

Personlighetsinventoriet NEO PI-R: Klinisk validitet

Laila Eriksen Østbø og Hilmar Nordvik

Personlighetsinventoriet NEO PI-R: Klinisk validitet

Femfaktormodellen for personlighetstrekk brukes primært for å vurdere den såkalt normale personlighet. I hvilket forhold står begrepene i denne modellen, som NEO PI-R måler, til de begrepene som benyttes i forståelse av pasienter med personlighetsproblemer?

Innledning

Femfaktormodellen for personlighetstrekk (FFM) har i de siste par tiårene fått en sentral plass i personlighetspsykologien. Det er betydelig enighet om at den omfattende hierarkiske modellen med fem store trekk, kalt domener, øverst, og seks mindre trekk, kalt fasetter, under hver av de fem store, gir en omfattende beskrivelse av det personlighetspsykologiske terrenget. Flere forskere har foreslått alternative faktorstrukturer for personlighet, blant annet har Lee og Ashton (2004) foreslått seks dimensjoner fremfor fem. Imidlertid synes FFM å være det McCrae og Costa kaller «a human universal»; den er påvist i et stort antall land og kulturer (McCrae & Costa, 1997; Nordvik, 2005). Grunnlaget for denne forskningen er at et felles standardinstrument, personlighetsinventoriet NEO PI-R (Costa & McCrae, 1992), som er konstruert for å måle alle trekkene i FFM, er oversatt til et stort antall språk.

De fem domenene i FFM er (engelske betegnelser i parentes):

- N: Nevrotisisme («Neuroticism»): Følelsesmessig ustabilitet med tilbøyelighet til angst, irritabilitet, depresjon og forlegenhet.
- E: Ekstroversjon («Extraversion»): tilbøyelighet til å søke ytre spenning, sosial deltakelse og markere seg selv i handling.
- O: Åpenhet for erfaringer («Openness for experience»): tilbøyelighet til fantasi, åpenhet for alternative muligheter, åpenhet for egne og andres følelser.
- A: Medmenneskelighet («Agreeableness»): tillit til medmennesker, omtanke for andre, føyelighet og medgjørighet.
- C: Planmessighet («Conscientiousness»): tilbøyelighet til systematikk og orden, selvdisiplin og pålitelighet.

Betegnelse på de seks fasettene under hvert domene fremgår av tabell 1.

Tabell 1. T-skårer hos pasienter (N = 158) på personlighetstrekk målt ved NEO PI-R og korrelasjoner mellom disse trekkene og symptomene på Becks Depression Inventory (BDI) og Becks Anxiety Inventory (BAI)

NEO PI-R trekk	M	SD	BDI	BAI
N1: Angst	61	8.8	.35**	.34**
N2: Fiendtlighet	58	9.7	.22*	.17
N3: Depresjon	63	8.2	.50**	.34**
N4: Forlegenhet	59	11.4	.24**	.19*
N5: Impulsivitet	50	9.0	.13	.01
N6: Sårbarhet	62	9.6	.37**	.30**
N: Nevrotisme	62	9.0	.41**	.31**
E1: Varme	46	11.4	-.22*	-.07
E2: Sosiabilitet	44	11.3	-.26**	-.15
E3: Selvmarkering	42	9.9	-.09	-.04
E4: Aktivitet	47	10.1	-.08	-.02
E5: Spenningssøking	42	9.6	-.10	-.14
E6: Positive Følelser	40	11.0	-.24**	-.23**
E: Ekstroversjon	41	10.7	-.24**	-.16
O1: Fantasi	46	9.1	.05	.15
O2: Estetikk	51	8.8	.02	-.03
O3: Følelser	50	8.9	.10	.03
O4: Handlinger	46	9.7	-.08	-.10
O5: Ideer	46	9.7	.17*	.03
O6: Verdier	45	9.5	.05	.02
O: Åpenhet	46	9.0	.08	.03
A1: Tillit	46	11.1	-.13	-.12
A2: Rettfremhet	53	8.6	.05	.03
A3: Altruisme	49	9.6	-.13	-.01
A4: Føyelighet	53	10.7	.10	.11
A5: Beskjedenhet	56	9.4	.25**	.19*
A6: Følsomhet	52	7.0	.06	.00
A: Medmenneskelighet	52	8.6	.06	.06
C1: Kompetanse	43	9.9	-.20**	-.07
C2: Orden	49	9.3	-.21**	.10
C3: Plikttroskap	49	10.3	.03	.01

Tabell 1. T-skårer hos pasienter (N = 158) på personlighetstrekk målt ved NEO PI-R og korrelasjoner mellom disse trekkene og symptomene på Becks Depression Inventory (BDI) og Becks Anxiety Inventory (BAI)

C4:				
Prestasjonsstreben	45	9.1	-.10	-.06
C5: Selvdisciplin	46	9.0	-.18*	-.02
C6: Betenksomhet	49	8.9	.02	.06
C: Planmessighet	46	9.0	-.05	.01

* $p < .05$, ** $p < .01$. Stor effektstørrelse, dvs. avvik på åtte eller mer fra 50, er uthevet.

Spørsmålet om NEO PI-Rs kliniske validitet handler om hvorvidt en kan dokumentere at instrumentet har sammenhenger med karakteristiske tilbøyeligheter ved pasienter som søker eller henvises til klinisk bistand. Er det slik at begrepene i FFM, som NEO PI-R måler, står i et meningsfylt forhold til de begreper som benyttes i forståelse av pasienter i klinisk arbeid?

I utgangspunktet gir FFM en beskrivelse av tilbøyeligheter i den normale personlighet, tilbøyeligheter som alle har mer eller mindre av. Tilbøyeligheter som måles som dimensjoner, har vært diskutert som et alternativ til kategorier for personlighetsforstyrrelser (Trull, 2000). Urnes, Pedersen og Karterud (2001) siterer Trull: «Dimensjonale modeller gir mer reliable skåringer (på tvers av forskjellige bedømmere og forskjellige tidspunkt), hjelper oss til å forstå symptomvariasjon og mangelen på klare grenser mellom kategoriske diagnoser, tar vare på viktig informasjon om trekk og symptomer på subterskelnivå, og reflekterer mer presist vitenskapelige funn om fordeling av personlighetstrekk og tilhørende tilpasningsproblemer» (s. 179).

Forbindelser mellom FFM og psykopatologi er beskrevet av Costa og McCrae (1990), Costa og Widiger (2002), Karterud, Johansen og Urnes (2001), Karterud et al. (2001), Miller (1991), Sunde og Svendsrud (1998), Widiger (1993, 1997), Wiggins og Pincus (1989), Wilberg et al., 1999). Både Costa og Widiger (2002) og Widiger, Verheul og van der Brink (1999) peker på at empiriske undersøkelser støtter disse sammenhengene mellom FFM og psykopatologi.

Costa og McCrae (1992) argumenterer for at pasienter i psykoterapi viser den samme variasjon i personlighetstrekk som andre, men deres variasjon er forskjøvet på trekkdimensjonene slik at middelveidene for pasientgrupper avviker fra normene for normalbefolkningen. Dette gjelder særlig for N: Nevrotisisme og fasettene under dette domenet, hvor pasientgrupper skårer høyt. Bruken av ikke-kliniske normer kan være en påminnelse om at personer i psykoterapi på mange måter er lik mennesker uten en diagnose.

De samme forfatterne peker også på at Åpenhet for erfaringer er en ressurs i terapi, dels fordi dette domenet betyr åpenhet for det som er fokus for terapien, og dels fordi det handler om tilbøyelighet for alternative fortolkninger av erfaringer. Planmessighet er også en ressurs fordi terapi innebærer planmessig konsentrasjon og utholdenhet.

Femfaktormodellen for personlighetstrekk (FFM) har primært vært brukt for å vurdere den såkalte normale personlighet, men den har etter hvert også fått utstrakt oppmerksomhet fra kliniske psykologer som bruker trekkbegrepene og det reviderte personlighetsinventoret NEO PI-R for å vurdere personlighetsproblematikk så vel som personlighetstilbøyeligheter (Piedmont, 1998). FFM kan invitere til å beskrive personlighetsforstyrrelser som ekstreme skårer på dimensjonene heller enn kategorier som i diagnoseklassifikasjonssystemene.

Kommisjonen i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R og DSM-IV) har reist spørsmålet om det nåværende kategorisystemet bør suppleres med eller erstattes av en dimensjonsmodell (Sunde & Svendsrud, 1998). Widiger (1993) hevder at det er store metodiske problemer forbundet med kartlegging og diagnostisering av psykiske lidelser i kategorier når de i virkeligheten er dimensjoner. De fleste instrumenter som brukes for å kartlegge psykopatologi, er vanligvis bygd opp i forhold til diagnosekriterier i DSM-III-R og DSM-IV. Ved bruk av slike instrumenter, og ved bruk av diagnoser, rapporteres problemer med blant annet høy komorbiditet (Sunde & Svendsrud, 1998). Det pågår en diskusjon om den dimensjonelle modellen vil være mer egnet.

Det vil være interessant å undersøke om og hvordan NEO PI-Rs domener/fasetter kan brukes i klinisk arbeid uavhengig av pasientenes diagnoser. Artikkelen har til hensikt å undersøke FFM-profiler hos pasienter i terapi (Miller, 1991).

Følgende spørsmål vil bli belyst:

- 1 Hvordan avviker pasientprofiler fra skårene på NEO PI-Rs norske normeringsutvalg?
- 2 Er det noen sammenheng mellom variasjoner på NEO PI-Rs domener/fasetter og behandlingseffekt? Kan FFM og NEO PI-R relateres til klientenes symptomtrykk?

Metode

Utvalget besto av 158 polikliniske pasienter, 121 kvinner og 37 menn, i alderen 18 til 62 år ($M = 38.5$, $SD 11.1$). Pasientene var diagnostisert med angstlidelser og depressive lidelser, og de gikk alle i kognitiv terapi hos førsteforfatter.

Instrumentene som ble brukt, var NEO PI-R, Beck's Depression Inventory (BDI) og Beck's Anxiety Inventory (BAI).

Beck's Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) og Beck's Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) ble administrert ved inntak og mot avslutning. BDI og BAI er standardiserte og anerkjente instrumenter som er blitt anbefalt som mål på bedring av symptomtrykket (Beck, 1995; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 2000; Nordahl & Stiles, 1993, 1997; Stiles, Nordahl & Vogel, 1993).

Den norske utgaven av personlighetsinventoriet NEO PI-R består av 240 utsagn og ble administrert i forbindelse med inntakssamtalen. Råskårer på dimensjonene og fasettene presenteres i form av T-skårer basert på det norske normgrunnlaget. Analyser av et omfattende norsk normalmateriale (ca. 3000 personer) har vist indre konsistens i form av alfakoeffisienter og faktorstruktur på linje med resultater fra andre land (Martinsen, Nordvik & Østbø, 2003, 2005). For domenene varierer alfakoeffisientene fra .85 til .93 og for fasettene fra .59 til .86, med middelerdi .73.

Resultater

Tabell 1 viser at de fleste avvikene lå innenfor normalvariasjonen i normalpopulasjonen, men de fleste pasientene avvek fra populasjonen ved flere av trekkene målt ved NEO PI-R. I Cohens (1992) standarder for effektstørrelse regnes forskjeller på .2, .5 og .8 populasjons SD-enheter som henholdsvis liten, medium og stor effektstørrelse. I T-skårene på NEO PI-R er populasjonens $SD = 10$. Effektstørrelsen var mest uttalt på Nevrotisisme ($M = 62$) og Ekstroversjon ($M = 41$) og på fasettene for disse domenene. Pasientene skåret høyere enn normgruppen på N-fasettene, unntatt på N5: Impulsivitet, og lavere på E-fasettene. Pasientene hadde også en tendens til å skåre lavt på Åpenhet og Planmessighet og på fasettene for disse domenene, med spesielt lave skårer på C1: Kompetanse ($M = 43$).

Standardavvikene på BDI og BAI var 9.1 og 12.6. BDI viste høyere korrelasjoner med personlighetsvariablene enn BAI.

Regresjonsanalyser med personlighetsmålene som uavhengige variabler og skårene på BDI og BAI som avhengige variabler viste at alle fasettene målt ved NEO PI-R forklarte 46 % av variansen i BDI og 29 % av variansen i BAI. Regresjonsanalyser med de fem domeneene som uavhengige variabler viste at Nevrotisisme var en statistisk signifikant prediktor ($p < .01$) ved både BDI (beta = .41) og BAI (beta = .35). For BDI var Åpenhet også statistisk signifikant (beta = .19, $p < .05$). I separate analyser med N-fasettene som uavhengige variabler var bare N3: Depresjon signifikant for BDI (beta = .50, $p < .01$). For BAI hadde N1: Angst høyest beta (.22), som ikke var statistisk signifikant.

Det var en statistisk signifikant reduksjon i skårer på BDI og BAI, med effektstørrelser $d = .4$ og $d = .3$ gjennom terapien, noe som indikerer en positiv effekt av terapi. Korrelasjoner mellom personlighetstrekk og reduksjonen i BDI- og BAI-skårene var lav, det vil si mellom $-.18$ og $.22$

Diskusjon

Det første spørsmålet vi ønsket å undersøke, var hvordan pasientprofiler avviker fra normeringsutvalget. Undersøkelsen viser at det er en generell pasientprofil i trekkene i FFM slik de blir målt med NEO PI-R. Dette karakteriseres først og fremst ved høy Nevrotisisme-skåre for domeneene så vel som for fasettene og er det primære kjennetegn hos personer som søker klinisk hjelp. Det virker som personer som er tilbøyelige til å bekymre seg og kjenne på negative følelser, også rapporterer høyere symptomtrykk enn andre. Dette kan være en indikasjon på at den enkelte pasients tilbøyelighet til å rapportere og håndtere sine psykiske plager ligger som et bakteppe med hensyn til mestringsmulighet og behandlingseffekt. Ved å vurdere personlighetstrekk kan en sammen med pasienten forsøke å finne et felles fokus for behandling. Gjennom en vurdering av pasientens følelsesmessige tilbøyeligheter og væremåte kan en i behandling arbeide med pasientens personlige sårbarhet.

N5: Impulsivitet i NEO PI-R handler om svak evne til å kontrollere egne impulser som man ønsker å kontrollere, og må ikke forveksles med spontanitet, risikoatferd og høyt tempo. Denne fasetten avvek fra de andre fasettene under Nevrotisisme, noe som ikke var overraskende. Faktoranalyse av det norske normeringsmaterialet av NEO PI-R har vist at N5 har positiv ladning på

Nevrotisisme og Ekstroversjon og negativ ladning på Planmessighet. Dette mønsteret finner en også i faktoranalyser fra en rekke andre land (Nordvik, 2005).

I mindre grad er pasientprofilen lav på Ekstroversjon, Åpenhet og Planmessighet. Dette støtter opp under et bilde av ressurs svakhet og tilpasningsproblemer og gir en indikasjon på et mønster av lav sosial, kulturell og kognitiv kompetanse, som bekrefter behovet for terapeutisk hjelp. Lav E indikerer liten tilbøyelighet til aktiv deltakelse på det ytre plan, sosialt og på annen måte. Som Costa og McCrae (1992) påpeker, ser en at Åpenhet og Planmessighet er ressurser i terapi. Lav O indikerer liten tilbøyelighet til å være åpen for nye inntrykk og erfaringer. Dette kan vanskeliggjøre refleksjon omkring egne og andres følelser og/eller å finne alternative muligheter. Lav C kan indikere liten kompetanse i skaping og realisering av orden og planer. Det er stor variasjon i disse trekkene blant pasientene, og det skaper individualitet i så vel mestring som problematferd, både i terapisisituasjonen og utenfor.

Det andre spørsmålet en ønsket å undersøke, var om det er noen sammenheng mellom variasjoner på NEO PI-Rs domener/fasetter og behandlingseffekt. Undersøkelsen ga ikke støtte for en slik sammenheng. Den lave korrelasjonen ved personlighetstrekk med differanseskårer på BDI og BAI mellom begynnelse og avslutning av terapien kan delvis skyldes lav reliabilitet ved differanseskårer. Dette kan også indikere at siden pasienten har en kjent trekkprofil, vil differanser innenfor denne profilen ikke være sterke nok til å påvirke effekten av terapi. Vi ønsket videre å undersøke om NEO PI-R kan knyttes til pasientenes symptomtrykk. BDI-målene ved symptomer på depresjon synes å være mer distinkt knyttet til fasetten N3: Depresjon enn BAI-målene ved symptomer på angst er knyttet til fasetten N1: Angst i FFM som målt ved NEO PI-R. Ved å vurdere personlighetstrekk og symptomtrykk kan en sammen med pasienten finne felles fokus. Gjennom en vurdering av pasientens følelsesmessige tilbøyeligheter og væremåte kan en i behandling arbeide med pasientens personlige sårbarhet. Dette impliserer at en i behandling kan se mer bort fra den kategorielle diagnosen og legge vekt på de personlige dimensjonene når det er tilrådelig og hensiktsmessig.

Undersøkelsen er i samsvar med hovedtendensene i den internasjonale forskningen slik den er omtalt i mange artikler og bøker (Costa & McCrae, 1990, 1992; Miller, 1991; Piedmont, 1998; Urnes et al., 2001; Widiger, 1993, 1997). Våre resultater tyder på at den internasjonalt mest renommerte personlighetstest for normalpsykologi også har nytte i klinisk arbeid i Norge. Undersøkelsen viser at de fleste avvikene lå innenfor normalvariasjonen i normalpopulasjonen, men pasientprofilen var

relativt høy på Nevrotisisme og lav på Ekstroversjon, Åpenhet og Planmessighet. Undersøkelsen ga ikke støtte for sammenheng mellom personlighetstrekk og behandlingseffekt.

Laila Eriksen Østbø
 Storsvingvegen 23
 6650 Surnadal
 E-post laila@neo-assessment.no

Referanser

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. , Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561 - 571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893 - 897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155 - 159.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362 - 371.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr. & Widiger, T. A. (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, D. M. (Ed.). (2000). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. New York: Oxford University Press.

- Karterud, S., Johansen, M. & Urnes, Ø. (2001). Personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser (DSM-IV akse II og akse I). I S. Karterud, Ø. Urnes & G. Pedersen (red.), *Personlighetsforstyrrelser* (ss. 60 - 80). Oslo: Pax Forlag.
- Karterud, S., Urnes, Ø. & Pedersen, G. (2001). *Personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Pax Forlag.
- Lee, K., & Ashton, M.C. (2004). Psychometric properties of the HEXACO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 329 - 358.
- Martinsen, Ø., Nordvik, H. & Østbø, L. E. (2003). *Norsk utgave av Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, Ø., Nordvik, H. & Østbø, L. E. (2005). Norske versjoner av NEO PI-R og NEO FFI. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 421 - 423.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509 - 516.
- Miller, T. (1991). The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: A clinician's experience. *Journal of Personality Assessment*, 57, 415 - 433.
- Nordahl, H. & Stiles, T. (1993). Kognitiv psykoterapi ved personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 760 - 770.
- Nordahl, H. & Stiles, T. C. (1997). Conceptualization and identification of cognitive schemas in personality disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 243 - 250.
- Nordvik, H. (2005). Personlighetstrekk: deres art og antall. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 994 - 998.
- Piedmont, R. L. (1998). *The Revised NEO Personality Inventory. Clinical and research applications*. New York: Plenum Press.
- Stiles, T. C., Nordahl, H. & Vogel, P. (1993). Kognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 749 - 759.
- Sunde, S. & Svendsrud, A. (1998). Femfaktormodellen og personlighetsforstyrrelsene i DSM-IV. *En empirisk undersøkelse av sammenhengene mellom 5PFs og PDQ-IV+*. Universitetet i Oslo: Hovedoppgave v/Psykologisk Institutt.
- Trull, T. J. (2000). Dimensional models of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 179 - 184.

- Urnes, Ø., Pedersen, G. & Karterud, S. (2001). Dimensjonale modeller med vekt på femfaktormodellen. I S. Karterud, Ø. Urnes & G. Pedersen (red.), *Personlighetsforstyrrelser* (ss. 186 - 199). Oslo: Pax Forlag.
- Widiger, T. A. (1993). The DSM-II-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4, 75 - 90.
- Widiger, T. A. (1997). Personality disorders as maladaptive variants of common personality traits: Implications for treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27, 256 - 282.
- Widiger, T. A., Verheul, R. & van den Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. I L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality. Theory and research* (ss. 347 - 366). New York: Guilford Press.
- Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1, 305 - 316.
- Wilberg, T., Urnes, Ø., Friis, S., Pedersen, G. & Karterud, S. (1999). Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: A comparison between DSM IV diagnosis and NEO PI-R. *Journal of Personality Disorders*, 13, 226 - 240.