



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Åh nej, varför sa jag så?!

En anpassning och utprovning av den svenska versionen av testet Faux pas

Ylva Narby & Kristina Svensson

Psykologexamensuppsats. 2012

Handledare: Susanna Vestberg
Biträdande handledare: Alexander Santillo
Examinator: Karin Stjernqvist

The aim of the current study was to test and adapt the neuropsychological instrument Faux pas in a group of healthy Swedish adults (N=47), with a Swedish version of the test. Intraclass correlation showed an excellent inter-rater reliability between two raters. Results in this study are considered to be equal to results from previous studies regarding the detection aspect of Faux pas. The relationship between results and gender, age and educational level was investigated and there was a significant tendency that higher educational level resulted in better scores regarding the ability to explain faux pas situations. A group of patients (N=5) diagnosed with behavioral-variant of frontotemporal dementia were also tested with Faux pas. They showed low scores regarding the ability to explain faux pas situations, while their results concerning the control questions were high. Modifications in a few items and control questions are advised as well as changing one of the follow-up questions, to enhance the utility of Faux pas. The current study confirms that Faux pas is of significance in neuropsychological testing and is indicating that a qualitative evaluation in the test situation also is required. The conclusion is that Faux pas ought to be of use with patients that have indications of neural changes in frontal areas of the brain.

Keywords: faux pas, theory of mind, social cognition, neuropsychological test, frontotemporal dementia

Syftet med föreliggande studie var att anpassa och att utprova det neuropsykologiska instrumentet Faux pas på en frisk svensk undersökningsgrupp (N=47), med en svensk version av testet. Intraklasskorrelationen visade ”excellent” interbedömarreliabilitet mellan studiens två bedömare. Undersökningsgruppens resultat visade sig vara jämbördiga med tidigare studiers kontrollgruppers resultat avseende detektionsmålet i Faux pas. Samband mellan resultat och variabler som kön, ålder och utbildningsnivå utforskades och en signifikant tendens att högre utbildningsnivå ger högre resultat avseende delmålet förklaringsförmåga uppvisades. Även en patientgrupp med beteendevarianten av frontotemporal demens (N=5) testades med Faux pas. De fick låga resultat på delmålet förklaringsförmåga medan poängen på kontrollfrågan var hög. För att öka instrumentets användbarhet rekommenderas justeringar av instrumentet, då ett antal item och kontrollfrågor samt en av följdfrågorna bör ändras. Studien bekräftar att Faux pas är ett viktigt instrument vid neuropsykologisk utredning och indikerar att en kvalitativ bedömning är nödvändig vid rättning av testet. Slutsatsen är att Faux pas torde kunna användas på flera olika patientgrupper med neurala förändringar i frontala delar av hjärnan.

Nyckelord: faux pas, theory of mind, social kognition, neuropsykologiska mätinstrument, frontotemporal demens

Vi vill rikta ett stort tack till de personer som möjliggjort denna studie. Framförallt vill vi tacka Susanna Vestberg och Alexander Santillo som stöttat, väglett och inspirerat oss under hela arbetets gång. Vi vill även tacka de personer som har deltagit i studien och genom detta bidragit till forskningen inom området. Ett sista tack vill vi sända till våra föräldrar som hjälpt oss finna kontaktvägar till målgruppen för studien.

Innehåll

Introduktion	7
Social kognition.....	7
Theory of mind och närliggande begrepp.....	8
Mindreading.....	9
First- och second-order beliefs.....	10
Förståelse för komplex social interaktion.....	10
Förmåga att läsa av känslolägen genom icke-verbal kommunikation.....	11
Faux pas.....	11
Theory of mind som stabil egenskap.....	12
Neurala korrelat till social kognition och theory of mind.....	12
Instrumentet Faux pas.....	13
Reliabilitet.....	14
Användningsområden.....	15
Resultat på Faux pas med friska deltagare.....	15
Resultat på Faux pas med patienter med autismspektrumstörning.....	16
Resultat på Faux pas med patienter med hjärnskador.....	16
Frontotemporal demens.....	17
Diagnoskriterier, kliniska symtom och funktionsbortfall.....	18
Neurala korrelat till frontotemporal demens.....	18
Epidemiologi.....	19
Utredning.....	19
Resultat på Faux pas med patienter med beteendevarianten av frontotemporal demens.....	20
Syfte och hypoteser.....	21
Metod	21
Undersökningsgruppen.....	22
Patientgruppen.....	22
Material.....	23
Faux pas.....	23
Kriterier för poängsättning.....	24
Formulär med inledande frågor.....	25
Statistiska analysmetoder.....	25
Resultat	26
Deltagare.....	26

Reliabilitet	26
Undersökningsgruppens resultat.....	27
Resultat per item.	28
Jämförelse mellan resultat på Faux pas och de demografiska variablerna	29
Patientgruppens resultat.....	30
Diskussion	31
Resultatdiskussion	31
Deltagarnas karaktäristika.....	31
Reliabilitet.....	32
Undersökningsgruppens resultat.....	32
Samband mellan undersökningsgruppens resultat och de demografiska variablerna.....	33
Patientgruppens resultat på Faux pas.....	34
Patientgruppens resultat i förhållande till undersökningsgruppens resultat på Faux pas.	35
Utvecklande av instrumentet	35
Rekrytering och urval av undersökningsgruppen.	35
Val av patientgrupp.....	37
Material.....	38
Validitet.....	39
Itemdiskussion	40
Item 1.	40
Item 4.	40
Item 7.	41
Item 12.	41
Item 13.	41
Item 15	41
Item 20.	42
Kulturella faktorer i testets item.	42
Avspegling av könsroller och heteronormativitet i testets item.....	42
Framtida forskning	43
Konklusioner	44
Referenser	46
Bilaga 1-7	52

Introduktion

Henriks kusin Daniel skulle komma och hälsa på och Henrik gjorde sin goda broccolipaj speciellt åt Daniel. Före middagen sade Henrik "Jag har lagat en paj åt dig. Den är i köket." "Mmm"; svarade Daniel, "Den luktar fantastiskt! Jag älskar paj. Utom broccolipaj förstås". (fritt efter Söderstrand, 2004)

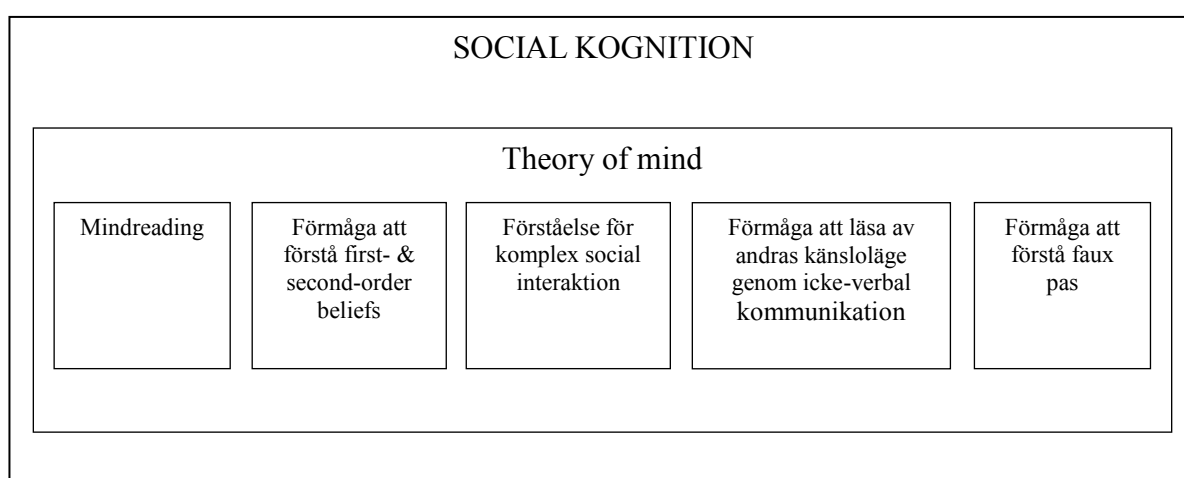
Berättelsen ovan illustrerar en situation som de flesta känner igen och säkert många har varit med om. Att människor säger ogenomtänkta saker i sociala situationer händer dagligen. En vanlig reaktion är att det blir lite pinsamt och att Daniel i detta exempel kanske tänker "Åh nej, varför sa jag så?!". Det finns dock människor som inte har förmågan att förstå att kommentarer av det här slaget kan uppfattas som sårande, även om meningen inte är att vara elak. Dessa personer kan uppfattas som egendomliga i sin sociala miljö på grund av detta, vilket kan skapa konflikter, utanförskap eller andra relationsproblem. Orsakerna bakom brister i denna förmåga kan vara utvecklingsmässiga, som vid autismspektrumstörning (Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones & Plaisted, 1999), bero på förvärvade hjärnskador (Stone, Baron-Cohen och Knight, 1998) eller uppkomma vid degenerativa sjukdomar, som till exempel frontallobsdemens (Gregory et al., 2002). Då brister i förmågan kan leda till omfattande svårigheter blir det viktigt att hitta sätt att förstå varför problem uppstår och om möjligt finna metoder som kan underlätta i personens vardag. Ett instrument som visat sig vara användbart för att utreda förmågan att förstå sociala snedsteg är det neuropsykologiska testet Faux pas (Stone et al., 1998; Baron-Cohen et al., 1999; Gregory et al., 2002). Förmågan att förstå snedsteg i sociala situationer är en delaspekt av theory of mind, som i sin tur faller inom det psykologiska området social kognition.

Social kognition

Social kognition är ett brett begrepp som enligt Kunda (1999) avser beskriva hur individers mål, önskningar och känslor influerar minnen och ger sociala händelser mening. Denna användning av begreppet refererar till alla aspekter av hur vi förstår och tillskriver mening till vår sociala värld genom tankar, mål och känslor. Författaren avser i sin beskrivning av begreppet att integrera kognition, motivation och affektteori. Ytterligare en definition av begreppet ges av Adolph (1999), som menar att social kognition handlar om de processer som styr vårt beteende i interaktion med andra människor.

Föreliggande uppsats utgår från båda dessa perspektiv. Tyngdpunkten ligger dock på beteenden i sociala situationer och därmed hur viktig social kognition är för att individen ska kunna anpassa sig till sin sociala miljö. Denna utgångspunkt kommer ur ett

evolutionspsykologiskt perspektiv, som hävdar att sociala förmågor har utvecklats som överlevnadsstrategi, då individer i en grupp har fördelar i jämförelse med individer utan grupptillhörighet (Adolph, 1999; Baron-Cohen, 1995). De människor som har haft förmågan att anpassa sig i ett socialt sammanhang är också de som har överlevt genom människans utveckling. Baron-Cohen (1995) baserar vidare sina antaganden på att vissa sociala förmågor har visat sig vara medfödda och universella, då uppenbara problem uppstår i de fall individer föds utan färdigheterna. Dessa sociala förmågor benämns på olika sätt i forskning och i teorier om socialt samspel, där flera olika begrepp med liknade betydelse är etablerade. I Figur 1 finns en visualisering över nyckelbegrepp inom detta område och figuren avser visa på vilket sätt begreppen är relaterade till varandra.



Figur 1. Social kognition och aspekter av theory of mind. Sammanställt utifrån Premack och Woodruff (1978), Dennet (1992), Happé (1994), Baron-Cohen (1995), Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore och Robertson (1997a), Stone et al., (1998) samt Bateman och Fonagy (2004).

Theory of mind och närliggande begrepp

Förmågan att tolka andra människors tankar och känslor och i förlängningen även förmågan att kunna anpassa sig i den sociala miljön, beskrivs med olika begrepp i litteraturen. Allen (2006) samt Bateman och Fonagy (2004) utgår från ett psykoanalytiskt perspektiv och benämner förmågan *mentalisering*. Fonagy avser fånga begreppet med beskrivningen ”holding mind in mind” (Allen, 2006, s. 3) och menar att det handlar om en förmåga att kunna tolka sig själv och sin omvärld utifrån egna och andras *mentala tillstånd*.

Begreppet ”*theory of mind*” (*ToM*), som används första gången i litteraturen av Premack och Woodruff (1978), kan i stort jämföras med mentaliseringsbegreppet. Författarna utvecklar sin teori om människors sociala kognition genom forskning på

schimpanser och deras definition av ToM är den allmänt vedertagna inom ToM-forskning.

Med ToM menar Premack och Woodruff (1978):

In saying that an individual has a theory of mind, we mean that the individual imputes mental states to himself and to others (either to conspecifics or to other species as well). A system of inferences of this kind is properly viewed as a theory, first, because such states are not directly observable, and second, because the system can be used to make predictions, specifically about the behavior of other organisms. (s. 515)

Författarna menar, liksom teorier kring mentalisering, att tolkning av sina egna och andras mentala tillstånd är en viktig komponent i ToM. De lägger även till att det handlar om icke-direkt observerbara processer (Premack & Woodruff, 1978), vilka kan liknas vid de implicita processer som beskrivs i mentaliseringsbegreppet.

Baron-Cohen et al. (1994) ser ToM som förmågan att kunna dra slutledningar om andras intentioner, tankar och känslor och menar att det är en nyckelaspekt inom social kognition. Stone et al. (1998) använder en definition av ToM som innefattar både en kognitiv och en empatisk-emotionell komponent och utvidgar därmed ToM till en definition som ligger mycket nära Batemans och Fonagys (2004) beskrivning av begreppet mentalisering.

Fortsättningsvis kommer Stones et al. (1998) definition av ToM användas, vilken definierar ToM som människors förmåga att tolka, förutse och dra slutsatser kring sina egna och andra människors mentala tillstånd. Då det inte finns någon vedertagen översättning på svenska och den engelska termen är den som används inom litteraturen, behålls även det engelska uttrycket och förkortningen ToM i denna uppsats. För att benämna själva förmågan används begreppet *ToM-förmåga* och när det gäller psykologiska test, som avser mäta ToM, används *ToM-test* för att benämna själva testen samt *ToM-uppgifter* när det handlar om uppgifter i test. Nedan följer olika aspekter av ToM som utvecklas i olika stadier av barndomen.

Mindreading. Enligt Baron-Cohen (1995) är ToM en förutsättning för det som författaren kallar för ”*mindreading*”. Denna aspekt av ToM innebär en ständigt pågående, automatisk och ofta omedveten process, där människan läser av andras mentala tillstånd. Då ingen lämplig översättning till svenska finns används här det engelska begreppet. Förmågan hjälper oss att förstå andra människors beteenden och att fylla i viktiga luckor i kommunikationen genom icke-verbal kommunikation. Om förmågan saknas kan stora problem uppstå för individen i sociala situationer, då dessa personer har svårt för att förstå andra människors beteenden, känslor, tankar och önskningsar. ToM har alltså inte bara en överlevnadsfunktion, utan det är även idag mycket viktigt att ha dessa egenskaper för att

kunna leva i den sociala miljö vi befinner oss i dagligen. Utifrån forskning kring ToM finns bevis för att bristande förmåga gör att det blir svårt att skapa och behålla relationer till andra människor, på grund av problem med den empatiska förmågan, förståelsen för sociala koder och normer samt bristande förmåga att förutsäga andras beteende (Baron-Cohen et al., 1994; Gregory et al., 2002).

First- och second-order beliefs. Förutsättningarna för utvecklandet av olika aspekter av ToM-förmågan är medfödda och barnet utvecklar sin kapacitet enligt ett typiskt mönster (Baron-Cohen, 1995). Wimmer och Perner (1983) visar att barn från tre till fyra års ålder börjar kunna förstå att andra människor inte har samma uppfattningar om världen som barnet själv har. Forskarna menar, utifrån sina experiment med barn i åldrarna tre till sex år, att förmågan att föreställa sig vad andra tänker och tycker är en kognitiv färdighet som utvecklas under den här perioden. Denna aspekt av ToM kallar de för ”*first-order beliefs*”, vilket betyder ungefär antagande av första ordningen. I studier av äldre barn kommer samma forskarduo fram till att barns ToM-förmåga utvecklas till en mer avancerad nivå i sex- till sju-årsåldern (Perner & Wimmer, 1985). Barnen visar nu att de även kan förstå och tolka vad en annan person tror om en tredje persons tankar. Detta kallas för ”*second-order beliefs*”, vilket betyder ungefär antagande av andra ordningen. I denna uppsats kommer fortsättningsvis de engelska termerna att användas, då dessa är vedertagna i litteraturen och de svenska översättningarna snarare kan skapa förvirring hos läsaren.

Ett test som avser mäta dessa aspekter av ToM är *Sally-Anne-testet*, som utvecklats av Baron-Cohen, Leslie och Frith (1985). Deras klassiska test med dockorna Sally och Anne baseras på de studier som Wimmer och Perner (1983) tidigare genomfört i syfte att undersöka barns förmåga att sätta sig in i andra människors mentala tillstånd.

Förståelse för komplex social interaktion. Vid sju till nio års ålder visar det sig att barn utvecklar en aspekt av ToM som är på en mer avancerad nivå (Baron-Cohen et al., 1999). Till exempel finns det barn med autismspektrumstörning som klarar uppgifter med first- och second-order beliefs, men misslyckas med att upptäcka och förstå ironi och sarkasm (Happé, 1994). I och med *Strange story test* utvecklar Happé (1994) ett test som avser mäta förståelse för ironi, vilket kräver förmågan att förstå att det som sägs inte behöver vara det som menas. I testet läses 30 korta berättelser för testpersonen, där karaktärerna i berättelserna säger saker som de inte menar bokstavligen. Deltagaren får sedan två följdfrågor avseende huruvida det som sades var sant samt varför testpersonen tror att personen i berättelsen sa så. Av historierna

innehåller 24 av berättelserna ironiska kommentarer medan sex berättelser är adderade för att agera som kontrolluppgifter.

Förmåga att läsa av känslolägen genom icke-verbal kommunikation. Ytterligare en aspekt av ToM anses vara att kunna förstå andras känslolägen genom att läsa av ansikten. Ett test för vuxna som ska mäta denna högre nivå av ToM utvecklas av Baron-Cohen et al. (1997a) efter Happés (1994) resultat från Strange story test, angående fortsatt utveckling av ToM efter sex års ålder. Testet heter *Reading the mind in the eyes*, och är ett icke-verbalt test. Testpersonen ska visa att den förstår vad andra tänker eller känner genom att titta på bilder på ögonregionen av olika individer. Detta görs genom att testpersonen får välja mellan två föreslagna ord, som presenteras tillsammans med bilden. De ord som testpersonerna får välja mellan består av Ekmans (1992) grundstämningar; glad; ledsen; arg och rädd, samt av mer komplexa tillstånd, som reflektiv, arrogant, och beräknande. Baron-Cohen et al. (1997a) menar att testet mäter en specifik aspekt av ToM, då testpersonerna tydligt måste förstå andra personers mentala tillstånd för att kunna beskriva vad de tänker eller känner.

Faux pas. En förmåga som anses vara ytterligare en aspekt av ToM, utöver ovan nämnda aspekter, är att kunna förstå och förklara ”*faux pas*”. Faux pas är en term som används på engelska, men kommer ursprungligen från franskan där begreppet betyder klavertramp eller fadäs (Nationalencyklopedin, n. d.). I föreliggande uppsats kommer termen faux pas att användas. Detta då det, liksom på engelska, är svårt att hitta endast ett begrepp på svenska som fångar hela fenomenet. Baron-Cohen et al. (1999) beskriver svårigheten med att förklara faux pas-begreppet, men de definierar det som att ett faux pas är när en person säger något utan att tänka på att någon annan kan ta illa upp. När den som säger något olämpligt får reda på att den gjort ett faux pas blir känslan en blandning av ånger, skam och medlidande för den andre (Baron-Cohen et al., 1999). Känslan kan sammanfattas med ”Åh nej, så skulle jag ju inte ha sagt!” (Stone et al., 1998). Ett exempel på ett faux pas finns i ingressen på sidan sex. I exemplet finns det en risk att Henrik blir ledsen, samtidigt som Daniel inte menade något illa och helt enkelt inte visste att Henrik lagat en broccolipaj speciellt åt honom. För att kunna förstå att ett faux pas ägt rum måste både en kognitiv och en empatisk-affektiv aspekt av situationen identifieras (Stone et al., 1998). För att förstå att ett faux pas har ägt rum måste läsaren förstå att det blev fel i situationen på grund av att Daniel inte visste att Henrik hade lagat en broccolipaj speciellt åt honom (kognitiv aspekt) och på grund av att uttalandet kan vara sårande eftersom Henrik hade ansträngt sig för Daniels skull (empatisk-affektiv aspekt).

Baron-Cohen et al. (1999) visar att förmågan att upptäcka och förstå faux pas är utvecklad vid 11 års ålder.

Theory of mind som stabil egenskap. Huruvida ToM är en stabil egenskap, eller en förmåga som förändras med åldern, är omdiskuterat. Efter att ha jämfört en frisk äldre grupp (medelålder 73 år) och en frisk yngre grupp (medelålder 21 år) på Strange story test får Happé, Winner och Brownell (1998) fram signifikanta resultat som visar att den äldre gruppen presterar något bättre än den yngre gruppen på faux pas-berättelserna, medan gruppernas resultat inte skiljer sig åt på kontrollberättelserna (Happé et al., 1998). Senare studier av Maylor, Moulson, Muncer, och Taylor (2002) samt av Sullivan och Ruffman (2004) visar på motsatta resultat, då de visar att en äldre grupp friska personer presterar sämre än medelålders och unga friska testpersoner på ToM-test. I Maylors et al. (2002) studie används sju berättelser från Strange story test samt ytterligare tre berättelser som liknar ursprungstestets berättelser. Att den äldre gruppen presterar sämre än den yngre i denna undersökning förklaras vara en följd av nedsatt ”fluid intelligence”, snarare än på grund av nedsatt ToM-förmåga. Samtidigt visar Sullivan och Ruffman (2004), med hjälp av Strange story test, att social förståelse blir sämre med åldern, oavsett eventuell försämring av ”fluid intelligence”. Sammanfattningsvis finns det både resultat som visar att äldre presterar sämre och resultat som pekar på att ingen försämring av ToM-förmågan sker med stigande ålder.

Neurala korrelat till social kognition och theory of mind

För att lokalisera vilka hjärnområden som är viktiga för ToM använder man sig inom forskningen av olika metoder, såsom fallstudier och hjärnabbildning i kombination med psykologiska test. När det gäller fallstudier är ett känt exempel Phineas Gage, som på 1840-talet fick ett hjärnspekt genom hjärnan (Harlow & Miller, 1993). Framförallt skadades den vänstra frontalloben hos Gage, men även anteriora delar av vänstra temporalloben. Gage överlevde men genomgick en kraftig personlighetsförändring som direkt följd av de frontala skadorna. Hans omgivning upplevde honom efter skadan som opålitlig och impulsiv och han kunde till exempel inte behålla något arbete eller planera inför framtiden (Harlow & Miller, 1993). Ett annat patientfall är Eslingers och Damasio's beskrivning av patienten ERV, som efter en operation med avlägsnande av hela högra sidan av orbitofrontala kortex och delar av vänstra orbitofrontala kortex, förlorade sociala färdigheter och utvecklade vad författarna kallar ”acquired sociopathy” (refererat i Baron-Cohen, 1995). Båda dessa fall visar att sociala färdigheter är lokaliserade i frontala regioner, vilket skulle kunna stödja att även den mer

specifika aspekten ToM är lokaliserad i dessa delar av hjärnan. I Bilaga 1 finns en skiss över hjärnan och de områden som är aktuella för social kognition och ToM.

Med objektiva hjärnabbildningsmetoder försöker forskare lokalisera vilka hjärnområden som är involverade vid ToM. Det är dock svårt att exakt visa på vilka områden som aktiveras vid utförande av ToM-uppgifter, då komplexa förmågor kräver interaktion av flera samarbetande hjärnregioner. Delar av frontalloben är dock det område som visar sig vara primärt aktivt, tillsammans med limbiska systemet och i synnerhet amygdala (Gregory et al., 2002). Även Xi et al. (2010) menar att inga entydiga svar kan ges angående vilka områden som aktiveras vid ToM, men finner bevis för att det snarare är ventromediala prefrontalkortex än dorsolaterala prefrontalkortex som är aktivt vid test som mäter ToM-aspekten faux pas. Baron-Cohen et al. (1994) visar i sin tur på signifikant högre blodflöde i höger orbitofrontala kortex jämfört med vänster frontallob och posteriora områden vid utförande av ToM-uppgifter. Även Stone et al. (1998) menar att ToM-förmågan är lokaliserad i orbitofrontala kortex och att det framförallt gäller mer avancerad nivå av ToM, då patienter med skador här får problem vid test av faux pas-aspekten. Även fynd av dorsolateral aktivering vid ToM-uppgifter finns i litteraturen (Fletcher et al., 1995), vilket komplicerar bilden angående vilka hjärnregioner som är nödvändiga för ToM.

Sammanfattningsvis finns det tydliga indikationer i forskningen på att ToM-funktionen, liksom andra socialkognitiva förmågor, är lokaliserad i prefrontala kortex. De flesta forskningsfynd tyder också på att ventromediala prefrontalkortex och orbitofrontala kortex vanligen är involverade.

Instrumentet Faux pas

För att mäta ToM-aspekten faux pas (se ovan för definition) hos barn presenterar Baron-Cohen et al. (1999) ett nytt ToM-test som de kallar just *Faux pas*. Fortsättningsvis kommer själva testet benämnas Faux pas, med versal, medan fenomenet skrivs med gemen; faux pas. Detta test utvecklades för att erhålla ett instrument som mäter en förmåga utöver first- och second-order beliefs. Instrumentet består av korta berättelser innehållande social interaktion och går ut på att försökspersonen ska detektera faux pas i berättelserna (Baron-Cohen et al., 1999). I en studie testas barn mellan sju och elva år på förmågan att känna igen faux pas och resultatet visar att de äldsta barnen har signifikant fler rätt än de yngre samt att flickor tenderar att utveckla förmågan tidigare än pojkar (Baron-Cohen et al., 1999). Hos barn i elva års ålder finner författarna inte några könsskillnader. I samma artikel redovisas ytterligare en studie, där normalt utvecklade barn jämförs med en grupp av barn med

autismspektrumstörning, diagnostiserade med antingen Aspergers syndrom eller högfungerande autism. Denna undersökning visar att gruppen med autismspektrumstörningar presterar signifikant sämre än gruppen med normalt utvecklade barn, trots att det inte finns någon skillnad i generell verbal förmåga mellan grupperna (Baron-Cohen et al., 1999). Författarna ser även att testet är bra för att upptäcka subtila nedsättningar i ToM, till exempel hos barn med Aspergers syndrom. En grupp som uppvisar en normal verbal förmåga och klarar first- och second-order beliefs-uppgifter, men ändå kan uppleva sociala svårigheter (Baron-Cohen et al., 1999). Vid publicering av denna examensuppsats finns inga studier genomförda på barn över 11 år.

Redan innan Baron-Cohen et al. (1999) hinner publicera sitt faux pas-test för barn kommer Stone et al. (1998) ut med en vuxenversion av testet, baserat på manuskriptet av den opublicerade artikeln med barnversionen av testet (Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones, & Plaisted (1997b), refererat i Stone et al., 1998). I sin version har Stone et al. (1998) omarbetat berättelserna i barnversionen för att innehållet ska passa vuxna. Ett exempel på en förändring är en berättelse som i barnversionen utspelar sig på en skolgård, men som i berättelsen för vuxna utspelar sig på en arbetsplats. Stones et al. (1998) version liknar även Baron-Cohens et al. (1999) på så sätt att de båda innehåller tio berättelser med ett faux pas, vilka testpersonen ska ta ställning till. Faux pas vidareutvecklas sedan av Gregory et al. (2002) och då adderas tio kontrollberättelser till vuxenversionen, vilka inte innehåller ett faux pas utan bara en mindre social konflikt. Denna ändring genomförs för att kontrollera för ett eventuellt ”yes-bias” i testningen, då avsaknad av kontrolluppgifter kan medföra att testpersonen ser ett mönster i testet och svarar ”ja” på alla uppgifter utifrån det. Föreliggande uppsats utgår från denna senare version av Faux pas och refererar till Stone et al. (1998) och Gregory et al. (2002) som testets gemensamma skapare. Efter publicering av den engelska versionen kommer omarbetningar från olika delar av världen, exempelvis Argentina (Torralva et al., 2007; Torralva, Roca, Gleichgerricht, Bekinschtein, & Manes, 2009) och Kina (Xi et al., 2010). På hemsidan för *Autism research center (ARC) tests, University of Cambridge* (Autism research center, n. d.) finns fler översättningar listade, bland annat från Rumänien, Grekland och Finland. Testet har även översatts till svenska från originalversionen av Stones et al. (1998) och Gregorys et al. (2002) och finns i Sverige med i en studie med patienter med ADHD och Aspergers syndrom (Söderstrand, 2004).

Reliabilitet. Få studier redovisar resultat för interbedömarreliabilitet och ingen studie hittas där intern konsistens för Faux pas beräknas. Gregory et al. (2002) redovisar en

interbedömarreliabilitet på 0,98 mellan två bedömare. Zalla, Sav, Stopin, Ahade och Leboyer (2008) anger korrelationen 0,95 mellan två bedömare och Spek, Scholte och Van Berckelaer-Onnes (2009) anger 95 procents överensstämmelse i interbedömarreliabilitet på totalpoängen av Faux pas.

Användningsområden. Sedan Stone et al. (1998) och Gregory et al. (2002) introducerade testet för vuxna har det använts på friska vuxna för att undersöka om demografiska variabler har en inverkan på resultatet eller för att använda som jämförelsematerial (Wang & Su, 2006; Ahmed & Miller, 2011). Dock har framförallt instrumentet använts vid studier av patienter med autismspektrumstörning (Söderstrand, 2004; Zalla, et al., 2008; Spek, et al., 2009), hjärnskador (Stone et al., 1998; Muller et al., 2010; Xi et al., 2010) och frontotemporal demens (Lough, Gregory & Hodges, 2001; Gregory et al., 2002; Torralva et al., 2007; Torralva et al., 2009). I merparten av dessa studier matchas patientgruppen med kontrollgruppen för ålder och kön. Vanligt är också att matcha för utbildningsnivå och även att testa generell begåvning.

Resultat på Faux pas med friska deltagare. Wang och Su (2006) undersöker ToM hos äldre och yngre, genom att använda Strange story test (Happé, 1994) samt Faux pas (Stone et al., 1998). De ser en signifikant skillnad på Faux pas, då äldre presterar sämre än yngre testpersoner, oberoende av intelligensnivå. Ingen skillnad mellan grupperna finns gällande Strange story test (Wang & Su, 2006). Ahmed och Miller (2011) testar i sin studie en stor grupp med friska försökspersoner med exekutiva test och ToM-test. Resultatet visar att kvinnor presterar signifikant något bättre än män på Faux pas. Ahmed och Miller (2011) visar även att verbalt flöde och problemlösning predicerar bättre resultat på Faux pas. Inga artiklar hittas vid en enkel sökning efter studier som redovisar samband mellan personlighet och resultat på Faux pas. I Tabell 1 nedan finns en sammanställning över studier där man använt vuxenversionen av Faux pas på friska kontrollpersoner som jämförelsegrupp till olika patientgrupper. Som tabellen visar redovisades inte exakta siffror i vissa studiers resultat och i somliga fall illustrerar författarna resultaten endast med hjälp av grafer. Även storleken på urvalsgruppen samt antalet item ser olika ut, då antal kontrollpersoner varierar mellan fem och 32 personer och antal item mellan åtta och 20.

Tabell 1.

Resultat på detektion av Faux pas med vuxna friska kontrollgrupper

Studie	N	Medelålder (år)	Detektion av faux pas i procent av maxpoäng M (SD)	Antal item (faux pas + kontroll)
Stone et al. (1998)	5	62	100 (0)	10 + 0
Gregory et al. (2002)	16	57	95,0 (10,0)	10 + 10
Söderstrand (2004)	14	36	61,4 (19,2)	10 + 0
Torrvalva et al. (2007)	10	64	95,0 (6,5)	10 + 10
Zalla et al. (2008)	15	28	Otydligt resultat ^a	10 + 10
Spek et al. (2009)	32	39	Otydligt resultat ^b	4 + 4
Torrvalva et al. (2009)	14	66	95,0 (7,5)	10 + 10
Muller et al. (2010)	15	37	Otydligt resultat ^c	4 + 4
Xi et al. (2011)	30	35	Otydligt resultat ^a	10 + 0

^a Anger ingen exakt siffra på detektion.

^b Anger inte maxpoäng på detektion, medeltal i procent går därför inte att beräkna.

^c Anger inget resultat på detektion.

Resultat på Faux pas med patienter med autismspektrumstörning. När det gäller studier med Faux pas och patienter med autismspektrumstörning går det vanligen att finna fler av dessa bland studier gjorda med barn. Dock visar Söderstrand (2004) i sin uppsats, utifrån ett relativt litet urval, att en vuxen grupp med Aspergers syndrom eller högfungerande autism presterar signifikant sämre än kontrollgruppen på Faux pas. Även på ett verbalt test som mäter social förmåga (Dewey, 1998) och på Reading the mind in the eyes får denna patientgrupp signifikant sämre resultat än kontrollgruppen (Söderstrand, 2004). Zalla et al. (2008) använder den franskspråkiga vuxenversionen av Faux pas och jämför i sin studie en grupp vuxna med Aspergers syndrom med en kontrollgrupp. Författarna redovisar ett tydligt signifikant resultat att gruppen med Aspergers syndrom presterar sämre i den totala sammanräkningen på Faux pas än vad kontrollgruppen gör. Även Spek et al. (2009) visar en signifikant skillnad på Faux pas mellan en kontrollgrupp och två grupper med högfungerande autism respektive med Aspergers syndrom.

Resultat på Faux pas med patienter med hjärnskador. Studier av patienter med hjärnskador har även gjorts med Faux pas och Muller et al. (2010) testar en grupp patienter med hjärnskador främst i frontal- och temporalloberna. Resultatet visar att gruppen presterar signifikant sämre än en kontrollgrupp på både Faux pas och Reading the mind in the eyes,

medan grupperna inte skiljer sig signifikant åt vad gäller ToM-uppgifter med first- och second-order false beliefs. Xi et al. (2010) finner att patienter med skador i ventromediala prefrontalkortex har svårt för att upptäcka faux pas, medan patienter med en skada i dorsolaterala prefrontalkortex kan detektera faux pas. De finner även ett samband mellan svårigheter att detektera faux pas och sämre förmåga att fatta beslut och diskuterar att nedsatt förmåga att fatta beslut kan minska anpassningsförmågan i sociala situationer. Stone et al. (1998) jämför i en studie patienter med bilaterala skador i orbitofrontala kortex (OFC-patienter), patienter med unilaterala skador i vänstra dorsolaterala prefrontalkortex (DLPF-patienter) samt en frisk kontrollgrupp. I studien finner man en signifikant skillnad i resultat mellan OFC-patienter i jämförelse både med DLPF-patienter och friska kontroller, när det gäller prestation på Faux pas. Ingen skillnad finns dock på mindre avancerade ToM-test, som mäter first- och second-order beliefs (Stone et al., 1998). Sammanfattningsvis finns ett samband mellan frontallobskador och svårigheter att upptäcka och förstå faux pas och vissa resultat anger att orbitofrontala kortex spelar en större roll än dorsolaterala prefrontalkortex för faux pas-aspekten.

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens (FTD) är en sjukdom där nedsatt social förmåga, försämrad förståelse för andras mentala tillstånd och personlighetsförändringar är centrala symtom (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). Liksom vid autismspektrumstörning och hjärnskador är Faux pas ett test som kan användas vid utredning av denna sjukdom. FTD är den tredje vanligaste demensformen (The Lund and Manchester Groups (1994), refererat i Neary et al., 1998) och är mindre uppmärksammat än demenssjukdomar som Alzheimers sjukdom och Lewy body demens, vilka har högst respektive näst högst prevalens bland demenssjukdomar i befolkningen (Boström, 2009; Marcusson, 2012b).

Vid FTD angrips hjärnans frontala och temporala delar vilket medför symptomuttryck inom flera domäner (Kilander et al, 2009). Sjukdomen är neurodegenerativ, vilket innebär att en progressiv celldöd sker i dessa hjärnområden. Enligt Marcusson (2012a) har cirka 7500 svenskar denna demensform och Kilander et al. (2009) rapporterar att fem till tio procent av de 140 000 svenskar som beräknas vara drabbade av en demenssjukdom uppfyller kriterierna för FTD. I en australisk studie påpekas att underdiagnostisering av FTD kan ske, då äldre sällan får genomgå den noggranna undersökning som säkerställande av sjukdomen kräver (Piguet, Hornberger, Mioshi och Hodges, 2011).

Diagnoskriterier, kliniska symtom och funktionsbortfall. Neary et al. (1998)

beskriver diagnostiska forskningskriterier för FTD och tre olika typer av syndromet identifieras. Två av dessa har främst språklig påverkan, *progressiv icke-flytande afasi (progressive non fluent aphasia, PNFA)* samt *semantisk demens (SD)*. Den förstnämnda ger främst svårigheter att tala flytande medan den andra varianten främst ger försämring gällande att benämna saker och att skapa mening vid tal och läsning. Den tredje undergruppen är *beteendevarianten av frontotemporal demens (bvFTD)*. Fem kliniska kärnkriterier finns för bvFTD och dessa är enligt Neary et al. (1998):

- Smygande debut och långsamt förlopp
- Försämring av sociala relationer i ett tidigt stadium
- Försämring i personligt uppförande
- Emotionell avtrubning
- Bristande insikt

Utöver kärnkriterierna finns även stödjande kriterier vid diagnostisering av bvFTD, vilka är mindre vanliga symtom eller symtom som uppstår i ett senare skede av sjukdomen. Exempel på dessa är nedsatt inhibering av impulser och försämrat omdöme, brister i förmåga att fatta beslut, personlighetsförändring, förlust av empati samt språklig påverkan, såsom ekolali eller bristande spontanitet i talet (Neary et al., 1998; Viskontas & Miller, 2009). Kilander et al. (2009) beskriver att ”de intellektuella verktygen i de bakre delarna av hjärnbarken är bevarade, men förmåga att använda dem på ett rationellt sätt förloras” (s. 11). Detta innebär att de individer som drabbas av sjukdomen betar sig på ett mycket förbryllande vis då fingertoppskänslan i sociala situationer försvinner. Detta kan få stora konsekvenser för patienterna i deras vardag och kan leda till konflikter med anhöriga, på arbetsplatsen och i andra sociala situationer (Kilander et al., 2009). Enligt Rahman, Shahakian, Hodges, Rogers och Robbins (1999) är förmåga att fatta beslut en av de kognitiva funktioner som påverkas i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet. Spatial förmåga och perceptuella funktioner är vanligtvis intakta och minnesfunktionen påverkas i ett senare skede (Neary et al., 1998).

Neurala korreler till frontotemporal demens. Neary et al. (1998) betonar att de olika subgrupperna av FTD har olika områden där celldöden är mest påtaglig och för patienter med bvFTD är atrofin i hjärnan vanligen bilateral och symmetrisk i frontal- och temporalloberna. För skiss över hjärnområden se Bilaga 1. Kril, Macdonald, Patel, Png, och Halliday (2005) visar på att främst frontala delar påverkas i inledningen av sjukdomsförloppet. Mer specifikt sker initial celldöd i orbitofrontala cortex, limbiska systemet och ventromediala

prefrontalkortex (Rahman et al., 1999; Williams, Nestor & Hodges, 2005; Viskontas & Miller, 2009). Längre fram i sjukdomsförloppet påverkas även dorsolaterala delar av frontalloben, vilket leder till nedsättning i exekutiva funktioner och kontroll (Viskontas & Miller, 2009). Celldöd i de frontala delarna minskar ju längre sjukdomen fortskrider och övergår till att öka i de temporala delarna samtidigt som limbiska systemet, med framförallt amygdala och hippocampus, fortsätter att påverkas (Kril et al., 2005).

Epidemiologi. Medeldebütåldern för FTD är mellan 50 och 60 års ålder men kan variera från 30 till 84 år (Passant, Elfgren, Englund, & Gustafson, 2005). Det är en form av demens som bryter ut tidigare än andra demenssjukdomar och så många som hälften av alla som insjuknar i en demenssjukdom innan 65 års ålder har bvFTD (Kilander et al., 2009). Enligt Viskontas och Miller (2009) är bvFTD vanligare bland män, bryter ut tidigare än andra undergrupper av FTD och har den starkaste genetiska kopplingen av demenssjukdomar. Marcusson (2012a) anger att det inte finns några skillnader avseende prevalens mellan könen.

Utredning. Enligt Viskontas och Miller (2009) är det svårt att diagnostisera bvFTD och som för alla demenssjukdomar krävs att neuropatologisk undersökning görs efter döden för definitiv diagnos. Magnetkamera (MR) kan användas för att undersöka om atrofi föreligger men är ibland inte tillräcklig för att upptäcka en degeneration i frontala delar i ett tidigt skede, då diskret nervcellsuttunning sker vid bvFTD (Landqvist, Elfgren, Englund, Nilsson & Passant, 2009). Detta innebär att även om MR inte visar på en atrofi kan inte bvFTD uteslutas. Vid bvFTD visar inte heller alltid blödflödesmätning med ”single photo emission computed tomography” (SPECT) eller ”positron emission tomography” (PET) på minskat blodflöde, vilket gör att demenssjukdom ibland felaktigt utesluts (Neary et al., 1998). Inte heller har några specifika markörer för bvFTD identifierats i cerebrospinalvätskan vid ryggmärgsprov (Andreasen & Blennow, 2005). Då dessa undersökningsmetoder inte är tillräckligt specifika för att se förändringar, blir kliniska symtomuttryck av största vikt vid diagnosförfarandet. Därav krävs känsliga neuropsykologiska undersökningsmetoder (Landqvist, et al., 2009).

Passant et al. (2005) beskriver att patienter med bvFTD ofta feldiagnostiseras, dels till följd av okunskap hos vårdpersonalen, dels på grund av de heterogena symtom som denna grupp uppvisar och dels då kognitiva funktioner fortfarande är bevarade. Sjukvården kan till en början tro att det rör sig om en psykos eller depression och då minnesproblem uppstår senare i sjukdomsförloppet kan patienten felaktigt diagnostiseras med Alzheimers sjukdom

(Passant et al., 2005). Viskontas och Miller (2009) betonar att bristande sjukdomsinsikt hos patienten kan bidra till att det blir svårt att få patienten att samtycka till utredning.

Resultat på Faux pas med patienter med beteendevarianten av frontotemporal demens. Lough et al. (2001) beskriver i en fallstudie en 47-årig patient med bvFTD, som efter insjuknandet har blivit personlighetsförändrad och har grava beteendestörningar. Patienten får göra både first- och second-order false beliefs-uppgifter samt Faux pas och Reading the mind in the eyes. Resultaten visar att patienten, trots endast en mild kognitiv svikt, misslyckas på samtliga test förutom Reading the mind in the eyes (Lough et al., 2001). Gregory et al. (2002) jämför i sin studie en patientgrupp med Alzheimers sjukdom och en patientgrupp med bvFTD. De tester som används är Sally-Anne-testet samt Faux pas. I resultatet skiljer sig bvFTD-gruppen signifikant från alzheimerpatienterna och kontrollgruppen, då de presterar sämre på Faux pas. Även om bvFTD-gruppen klarar av att detektera faux pas har de fortfarande sämre förmåga att förklara varför faux pas ägt rum. Av bvFTD-patienterna presterar 74 procent sämre än kontrollgruppen. På kontrollfrågorna i Faux pas visar bvFTD-gruppen inget signifikant sämre resultat, medan alzheimerpatienterna har svårigheter med kontrollfrågor som innehåller en minneskomponent. Detta visar att bvFTD och patienter med Alzheimers sjukdom har två skilda symtombilder även avseende minnesaspekten (Gregory et al., 2002).

Ytterligare två studier som använder sig av Stones et al. (1998) och Gregorys et al. (2002) vuxenversion av Faux pas är Torralva et al. (2007) och Torralva et al. (2009). I dessa fall är det en spanskspråkig version som används och studierna genomförs i Argentina med bvFTD-patienter. Torralva et al. (2007) genomför testningar med Faux pas och Reading the mind in the eyes och bvFTD-patienterna jämförs med en frisk kontrollgrupp. Resultatet visar att bvFTD-gruppen presterar signifikant sämre på både Reading the mind in the eyes och Faux pas (Torralva et al., 2007). Torralva et al. (2007) jämför även den affektiva och den kognitiva komponenten i försökspersonernas beskrivning av det faux pas som skett i berättelsen. Alltså belyses de två aspekter som tas upp redan i Baron-Cohen et al. (1999), vilka handlar om dels att faux pas orsakar att någon tar illa upp (affektiv) och dels att faux pas sker oavsiktligt och utan illvilja (kognitiv). Även här finner Torralva et al. (2007) en stark gruppeffekt av att bvFTD-gruppen presterar sämre än kontrollgruppen när det gäller både den affektiva och den kognitiva komponenten. I studien jämförs även bvFTD-patienter med mild generell kognitiv svikt med bvFTD-patienter med större kognitiva svårigheter. Jämförelsen

visar att gruppen med sämre kognitiv förmåga presterar sämre på Reading the mind in the eyes, men inga skillnader i resultat uppmärksammas på Faux pas (Torralva et al., 2007).

Torralva et al. (2009) gör tillsammans med en annan grupp forskare ytterligare en studie, där de undersöker resultat på Faux pas hos bvFTD-patienter. I analysen av resultatet delas bvFTD-gruppen, på samma sätt som i Torralva et al. (2007), in i hög respektive låg kognitiv nivå och dessa två grupper jämförs med kontrollgruppen. Resultatet visar en signifikant sämre prestation hos både gruppen med hög kognitiv funktion och gruppen med låg kapacitet, jämfört med kontrollgruppen på Faux pas. Ingen skillnad mellan de två bvFTD-grupperna hittas (Torralva et al., 2009). På samma vis finner man även en signifikant skillnad mellan bvFTD-grupperna och kontrollgruppen i resultatet på Reading the mind in the eyes.

Syfte och hypoteser

Målet med den aktuella studien är att göra Faux pas till ett lättillgängligt instrument som ska kunna användas vid utredning av flera olika sjukdomar där frontala hjärnregioner och således ToM-förmågan påverkas. Det primära syftet är att anpassa och pröva instrumentet till svenska förhållanden, då det idag används i många olika länder och tidigare forskning pekar på att det kan användas för att mäta ToM på en avancerad nivå. Utifrån detta är det andra syftet att undersöka instrumentets psykometriska egenskaper. Detta görs genom att jämföra resultat på delmått av Faux pas hos en undersökningsgrupp, vars medelålder motsvarar åldern hos den grupp som drabbas av bvFTD. Studiens tredje syfte är att undersöka om demografiska variabler, såsom ålder, kön och utbildningsnivå, har ett samband med testresultatet. Det fjärde syftet är att göra en deskriptiv jämförelse mellan undersökningsgruppens resultat och resultaten från fem patienter som är diagnostiserade med bvFTD. Hypoteser om resultatet, utifrån det tredje och fjärde syftet, är:

- Det finns inga samband mellan den svenska undersökningsgruppens resultat på Faux pas och kön, ålder eller utbildning.
- Den svenska undersökningsgruppen presterar bättre på Faux pas än en grupp patienter diagnostiserade med beteendevarianten av frontotemporal demens.

Metod

Den aktuella studien gick under etikansökan för *Lunds Prospective Frontotemporal Dementia Study (LUPROFS)*, vars metod var godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Lund. Poängkriterier utvecklades för faux pas-testet och dessa prövades sedan på 47 friska vuxna för att uppnå studiens tre första syften. Resultaten jämfördes sedan med resultaten från fem

patienter som var diagnostiserade med bvFTD, vilket möjliggör uppfyllelse av studiens fjärde syfte.

Undersökningsgruppen

Rekryteringen av friska vuxna personer skedde i tre universitetsstäder i södra och mellersta Sverige och pågick från december 2011 till och med mars 2012. Rekryteringen gjordes genom sociala medier, pensionärsorganisationer, privata kontaktnät och genom tryckta anslag uppsatta på exempelvis bibliotek och offentliga platser. Genom de testpersoner som deltog rekryterades även i vissa fall ytterligare personer genom testpersonernas kontaktnät. Samtliga deltagare signerade ett informerat samtycke samt en blankett för mottagande av gåva i samband med testningen. Inklusions- och exklusionskriterier för deltagande i testningen var att testpersonerna skulle vara psykiatriskt och neurologiskt friska, tala och förstå flytande svenska samt vara mellan 35 och 80 år gamla (se anslag i Bilaga 2). Samtliga kriterier kontrollerades för i rekryteringsfasen eller i testsituationen, genom att testpersonen själv fick uppge huruvida kriterierna uppfylldes (se Bilaga 3 för inledande frågor). Spridning gällande de demografiska aspekterna, ålder, kön och utbildning, var en ambition i rekryteringsfasen. I det slutgiltiga resultatet plockades en deltagare bort efter genomförd testning, då denna person inte uppfyllde studiens inklusions- och exklusionskriterier, vilket innebar att undersökningsgruppen innefattade 47 personer.

Patientgruppen

Gruppen med patienter rekryterades från kliniken för kognitiv medicin i Lund utifrån LUPROFS patientregister. Samtliga patienter var diagnostiserade med bvFTD och testades mellan februari 2010 och mars 2012 av testledare från kliniken för kognitiv medicin. En av patienterna testades med vuxenversionen, som utvecklades i föreliggande studie, medan resterande fyra personer testades med en svensk barnversion (personlig kommunikation, Santillo 2011). Rättningen av testprotokollen utfördes av den aktuella studiens testledare och gjordes med hjälp av de kriterier för vuxenversionen som utformats för denna studie. Initialt fanns 15 personer i patientgruppen, men 10 av dessa fick exkluderas till följd av att de var för långt gångna i sjukdomsförloppet eller var motvilliga till testning, vilket innebar att patientgruppen slutligen innefattade fem personer.

Material

Faux pas. Det instrument som anpassades och utprovades i den aktuella studien var en svensk version av Faux pas för vuxna. Berättelserna och instruktionerna härstammade från Stones et al. (1998) och Gregorys et al. (2002) ursprungsversion och hämtades från den svenska översättningen publicerad av Söderstrand (2004). Testet bestod av 20 berättelser, varav tio innehöll ett faux pas och resterande tio var kontrollberättelser innehållande en obetydlig social konflikt utan faux pas (för samtliga berättelser se Autism research center, n. d, under ”Faux Pas Test (Adult) – Svenska”). Berättelse 2, 4, 7 och 11-16 samt 18 innehöll ett faux pas, medan resterande var kontrollberättelser. Deltagarna testades en och en och testledaren läste varje berättelse högt för testpersonen, som även hade en tryckt version av berättelserna framför sig. Detta för att minska belastningen på arbetsminnet och risken för att mäta just minnesfunktionen istället för deltagarens förmåga att förstå faux pas. Testledaren introducerade testet för testpersonen med instruktionerna: ”*Jag ska läsa några korta historier för dig och ställa några frågor till dig om dem. Du har samma historia framför dig, så att du kan följa med när jag läser och återvända till texten när du behöver*”. Testpersonen informerades även om att denne närsomhelst kunde avbryta testningen om så önskades. Efter varje berättelse ställdes ett antal frågor, baserade på Stone et al. (1998) och Gregory et al. (2002). Dessa var:

- *Detektionsfråga:* Var det någon i berättelsen som sa något som den inte skulle ha sagt?
- *Följdfråga ett:* Vem var det som sa något som den inte skulle ha sagt?
- *Följdfråga två (affektiv):* Varför skulle hon/han inte ha sagt så?
- *Följdfråga tre (kognitiv):* Varför tror du att hon/han sa så?

Detektionsfrågan ställdes efter samtliga 20 berättelser, medan resterande frågor endast ställdes om testpersonen svarade jakande på detektionsfrågan. Efter samtliga berättelser ställdes även en itemspecifik *kontrollfråga*, för att undersöka om deltagaren hade förstått berättelsen. För varje berättelse valdes en av de två kontrollfrågor som användes i Söderstrands (2004) studie, baserat på vilken fråga som uppfattades som mest lämplig avseende att fånga förståelse för innehållet. Svaren på frågorna antecknades av testledaren i protokollet och hela testningen spelades in på en mp3-inspelare, för att underlätta rättningen i efterhand. Efter att dessa avlyssnats raderades ljudfilerna.

Efter 25 testningar ändrades innehållet i berättelse 10, 11 och 20, då det upptäcktes att dessa berättelser innehöll detaljer som förvirrade testpersonerna och kunde påverka testresultatet. I berättelse 11 ströks en mening och i berättelse 10 och 20 byttes ett respektive två ord ut (se Bilaga 4 för dessa tre reviderade berättelser).

Kriterier för poängsättning. Kriterierna för poängsättning, som användes i föreliggande studie, utvecklades utifrån Torralvas et al. (2007) rättningskriterier med hjälp av ett antal justeringar som redogörs för nedan. I linje med Torralvas et al. (2007) delades resultatet på testet in i tre delar, vilka var *detektion*, *förklaringsförmåga* och *kontrollfråga*, där respektive del kunde ge 20 poäng (se Bilaga 5 för bedömningskriterier för den version av Faux pas som användes i föreliggande studie). För att få full poäng avseende detektion skulle testpersonen svara rätt på detektionsfrågan, vilket innebar ”ja” på berättelser som innehöll ett faux pas och ”nej” efter berättelser som inte innehöll ett faux pas. I vissa fall svarade testpersonen ”nej” på detektionsfrågan, men fortsatte reflektera kring ett eventuellt faux pas. I dessa fall gavs poäng på detektionsdelen och resterande följdfrågor ställdes, vilket är en utveckling av Torralvas et al. (2007) kriterier. Detta tillägg i poängkriterierna gjordes efter 25 genomförda testningar, då det upptäcktes att vissa testpersoner svarade ”nej” men menade ”ja” enligt olika förklaringar som de angav. Poängsättningen i dessa fall justerades även i tidigare rättade protokoll.

När det gäller resultatets andra del, förklaringsförmåga, var de tre följdfrågorna underlag för poängsättning. Två poäng per faux pas-berättelse kunde ges och till följd av att testet innehöll 10 faux pas-berättelser kunde 20 poäng erhållas maximalt. För att få full poäng på denna del skulle testpersonen genom att svara på följdfrågorna kunna förklara berättelsens faux pas utifrån de två aspekter som faux pas innefattar. Detta innebar att testpersonen skulle visa att den förstod 1) *den affektiva aspekten*, att någon i berättelsen blev besvärad, sårad eller förolämpad samt 2) *den kognitiva aspekten*, att faux pas var en följd av att personerna i berättelsen inte hade samma eller lika mycket information. I de fall testpersonen förklarade en av aspekterna delades en poäng på förklaringsförmåga ut och då testpersonen förklarade båda aspekterna gavs två poäng. En utveckling av tidigare bedömningskriterier gjordes i föreliggande studie, genom att testpersonen kunde få full poäng på aspekten som mäter förklaringsförmåga även om personen endast lyckades besvara en följdfråga, förutsatt att personen i svaret förklarade både den affektiva och kognitiva komponenten. Jämförelsevis gavs i tidigare studier (exempelvis Torralva et al., 2007) en poäng per rätt besvarad följdfråga. För exempel på svar som deltagare i denna studie har gett vad gäller förklaringsförmåga, se Bilaga 6.

På den tredje delen, kontrollfråga, gavs en poäng per rätt besvarad kontrollfråga. Vid de tillfällen då en testperson svarade fel på en kontrollfråga, kodades detta item som ”missing” för den personen och det togs bort i sammanställningen av resultatet. Detta gjordes på grund av risken att testperson skulle ha missförstått innehållet i berättelsen och att

resultatet på så sätt riskerade att mäta arbetsminne och läsförståelse snarare än ToM. En kvalitativ bedömning i testsituationen gjordes även av huruvida testpersonerna uppvisade förståelse för innehållet i berättelserna. Detta resulterade i att items kunde kodas som ”missing” om personen missförstått berättelsen trots att denna svarat rätt på kontrollfrågan

Formulär med inledande frågor. I formuläret ställdes frågor om kön, ålder, utbildningsnivå och eventuella psykiatriska eller neurologiska sjukdomstillstånd. För att inte gruppera in testpersonerna i förbestämda kategorier gällande ålder och kön, ställdes öppna frågor i formuläret med inledande frågor. Designen på formuläret var skapat så att testpersonerna inte skulle behöva dela mer information om sin sjukdomshistoria än vad som var nödvändigt för studien (se Bilaga 3 för formuläret med inledande frågor till testpersonen).

Statistiska analysmetoder

Vid den statistiska bearbetningen användes dataprogrammet SPSS version 20. För att undersöka instrumentets psykometriska egenskaper testades interbedömarreliabilitet på tre delmått, vilka var totalpoäng för detektion, totalpoäng för förklaringsförmåga samt totalpoäng på kontrollfråga. Detta gjordes med hjälp av intraclass correlation (ICC) på de tio första testningarna, vilka rättats av två bedömare. Cicchettis (1994) kritiska värden för ICC användes. Dessa var för ”fair” 0,40-0,59, för ”good” 0,60-0,74 samt för ”excellent” 0,75-1,00. För att undersöka testets interna konsistens utfördes itemanalys med hjälp av Cronbach´s alpha på samtliga tre delmått. Tumregeln för minsta acceptabla alpha-koefficient var 0,7 (Brace, Kemp, & Snelgar, 2006).

Undersökningsgruppens resultat sammanställdes sedan uppdelat på sju delmått, vilka var:

- Totalpoäng för detektion
- Totalpoäng för detektion på faux pas-berättelser
- Totalpoäng för detektion på kontrollberättelser
- Totalpoäng för förklaringsförmåga
- Totalpoäng för förklaringsförmåga på den affektiva aspekten
- Totalpoäng för förklaringsförmåga på den kognitiva aspekten
- Totalpoäng på kontrollfråga

För att jämföra detektion på faux pas-berättelser med detektion på kontrollberättelser samt förklaringsförmåga på den affektiva aspekten med förklaringsförmåga på den kognitiva

aspekten, användes det parametriska testet t-test. Valet av parametriskt test gjordes då gruppen ansågs vara tillräckligt stor för detta. Acceptabel signifikansnivå sattes vid $p=0,05$.

Undersökningsgruppens resultat i förhållande till variablerna kön, ålder och utbildningsnivå analyserades separat på delmåtten totalpoäng för detektion, totalpoäng för förklaringsförmåga samt totalpoäng på kontrollfråga. Dessa analyser gjordes med hjälp av icke-parametriska test, då grupperna sannolikt inte var normalfördelade och då de var för små för att parametriska test skulle kunna användas. För att se huruvida det fanns några signifikanta skillnader mellan kvinnor och män användes Mann-Whitney U-test för oberoende grupper. Det icke-parametriska korrelationstestet Spearmans rho användes för att se huruvida det fanns några signifikanta samband mellan resultat och ålder samt mellan resultat och utbildning.

Resultat

Deltagare

Undersökningsgruppen bestod av 47 deltagare, varav 34 var kvinnor och 13 var män. Deltagarna var mellan 36 och 77 år och medelåldern var 60 år. I gruppen hade 31 personer högskoleutbildning och resterande 16 personer utbildning på grundskole- eller gymnasienivå. I Tabell 2 nedan redovisas deskriptiv data över undersökningsgruppen, där de tre variablerna kön, ålder och utbildning finns med.

Patientgruppen bestod av fem personer mellan 68 och 79 år. Av dessa var två kvinnor och tre var män. Bland patienterna hade fyra personer sju- till tioårig utbildning motsvarande grundskola och en person hade motsvarande gymnasieutbildning.

Tabell 2.

Undersökningsgruppens karaktäristika (N=47)

Kön	Ålder (år)	Utbildning
Kvinnor: 72 %	$M (SD)=60 (11)$	Grundskola: 17 %
Män: 28 %	$Mdn=62$	Gymnasium: 17 %
		Högskola: 66 %

Reliabilitet

Vid test av interbedömarreliabilitet efter de 10 första testningarna, gjorda av två bedömare, var intraclass correlation (ICC) 0,82 på detektion total samt 0,91 på förklaringsförmåga total.

Cicchettis (1994) kritiska värde för ”excellent” uppfylldes därmed för båda dessa mått. Vad gäller kontrollfråga skattades samtliga items lika av bedömarna, vilket resulterade i noll varians vad gäller ICC.

Vid mätning av testets interna konsistens på detektion total exkluderades sex personers svar och rapporterades som ”missing”, då de antingen svarat fel på kontrollfrågan eller missförstått innehållet i berättelsen. Detta gav Cronbach’s alpha 0,69. Då item 4 togs bort, i enlighet med SPSS:s beräkning av intern konsistens vid borttagande av item, blev Cronbachs alpha 0,71 på detektion total. Den totala förklaringsförmågan gav Cronbach’s alpha 0,66. Resultat från test med Cronbach’s alpha presenteras i Tabell 3.

Tabell 3.

Testets interna konsistens (N=47)

	Missing	Antal item	Cronbach’s alpha
Detektion total	6	20	0,69
Förklaringsförmåga total	3	10	0,66
Kontrollfråga	0	2 ^a	0,98

^aEndast item 2 och 10 har varians och Cronbach’s alpha beräknas på dessa två.

Undersökningsgruppens resultat

En sammanställning av undersökningsgruppens resultat på samtliga delmått redovisas i Tabell 4 nedan. Individerna i gruppens resultat på detektion total varierade mellan 13 och 20 poäng och typvärdet var 20 poäng. Av de 47 deltagarna hade tre personer 13 rätt och 34 personer hade 19 eller 20 rätt. Sammanlagt hamnade fem personer under den första kvartilen på detektion total. Medelvärdet för hela gruppen på detektion total var 93,50 procent rätt.

På detektion av faux pas-berättelser varierade personerna i undersökningsgruppens poäng mellan sex och 10 poäng. Av dessa hade 29 personer alla rätt och sex personer hade färre än nio rätt. När det gäller detektion av kontrollberättelser varierade resultatet mellan tre och 10 poäng. På detta delmått hade 33 personer alla rätt och endast en person tre rätt.

På förklaringsförmåga total var medianen 17, första kvartilen 15 och tredje kvartilen 19. Av deltagarna hade tre personer alla rätt på detta delmått och 10 personer hamnade under den första kvartilen.

T-test för ”paired samples” visade en signifikant skillnad, $t(46)=4,84$ $p<0,0001$, mellan undersökningsgruppens resultat på det affektiva och det kognitiva delmåttet. Vad

gäller den affektiva aspekten varierade undersökningsgruppens resultat mellan fem och 10 poäng. På den affektiva aspekten hade 23 personer alla rätt och sex personer hade poäng under den första kvartilen. Gällande den kognitiva aspekten varierade resultatet mellan tre och 10 poäng, då fyra personer hade alla rätt och två personer hade tre rätt. Typvärdet var nio och 16 personer fick denna poäng på delmättet, medan 11 personer hamnade under den första kvartilen.

Tabell 4.

Sammanställning av undersökningsgruppens resultat (N=47)

	Typvärde	Mdn	Kvartiler		Kontrollgruppens resultat	
			Q_1	Q_3	Min	Max
Detektion total	20	19	18	20	13	20
Faux pas-berättelser	10	10	9	10	6	10
Kontrollberättelser	10	10	9	10	3	10
Förklaringsförmåga total	18	17	15	19	8	20
Affektiv aspekt	10	9	8	10	5	10
Kognitiv aspekt	9	8	7	9	3	10
Kontrollfråga	10	10	20	20	18	20

Resultat per item. På item 10, 14, 16 och 17 detekterade alla inräknade personer faux pas korrekt och på item 18 svarade 10 personer fel. För resterande item varierade antal undersökningspersoner som svarade rätt på detektionsfrågan mellan 42 och 46 personer. Item 1 var den kontrollberättelse där flest personer svarade fel på detektion, då fem personer av de 47 deltagarna fick noll poäng.

Undersökningsgruppens resultat på varje faux pas-item, redovisat i antal personer som fått poäng på förklaringsförmåga total samt på den affektiva och den kognitiva aspekten, finns i Tabell 5 nedan. På item 15 lyckades 45 personer fånga den affektiva aspekten, jämfört med 21 personer som fick poäng på den kognitiva aspekten på samma item. Även på item 4 fanns en tydlig skillnad mellan deltagarnas poäng på den affektiva och den kognitiva aspekten, då 44 personer kunde förklara den affektiva aspekten medan 29 personer kunde förklara den kognitiva aspekten. På item 14 fick alla inräknade deltagare rätt på den affektiva aspekten.

Vad gäller typvärden för undersökningsgruppens resultat på respektive item hade samtliga item förutom item 15 typvärde ett för både den kognitiva och den affektiva aspekten. På item 15 var typvärdet på den kognitiva aspekten noll.

På item 14 fick 43 undersökningsspersoner full poäng på förklaringsförmåga total och ingen fick noll poäng. Jämförelsevis fick 20 personer två poäng på samma mått på item 15, vilket är det lägsta antalet deltagare för samtliga item. Vad gäller item 18 var det 10 deltagare som fick noll poäng på förklaringsförmåga total.

Tabell 5.

Antal personer som fått poäng på respektive faux pas-item (N=47)

	Affektiv	Kognitiv	Total			Missing
			<u>0 poäng</u>	<u>1 poäng</u>	<u>2 poäng</u>	
Item 2	43	43	2	2	42	1
Item 4	44	29	2	17	28	0
Item 7	41	43	2	4	40	1
Item 11	39	41	5	4	38	0
Item 12	40	36	4	10	33	0
Item 13	41	38	2	11	34	0
Item 14	46	43	0	3	43	1
Item 15	45	21	1	26	20	0
Item 16	43	31	1	18	28	0
Item 18	37	34	10	3	34	0

Jämförelse mellan resultat på Faux pas och de demografiska variablerna. Kvinnors respektive mäns resultat på Faux pas samt signifikansvärde i jämförelse mellan grupperna redovisas nedan i Tabell 6. På detektion total var medianen 20 för kvinnor och 19 för män. Enligt Mann-Whitney U-test var signifikansvärdet $p=0,08$ i jämförelsen mellan grupperna avseende detta delmått. Vad gäller förklaringsförmåga total var medianen 18 för kvinnor och 16 för män. Mann-Whitney U-test visade signifikansvärdet $p=0,06$ i jämförelsen mellan grupperna på förklaringsförmåga.

Tabell 6.

Kvinnors och mäns resultat på Faux pas samt jämförelse mellan grupperna (N=47)

	Kvinnor			Män			<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>Kvartil 1</i>	<i>Kvartil 3</i>	<i>Mdn</i>	<i>Kvartil 1</i>	<i>Kvartil 3</i>	
Detektion total	20	19	20	19	18	19,5	0,08
Förklaringsförmåga total	18	16	19	16	13	18	0,06
Kontrollfråga	20	20	20	20	20	20	0,78

Samband mellan resultat på Faux pas och variablerna ålder och utbildning redovisas i Tabell 7 nedan. Vad gäller korrelation mellan ålder och resultat på detektion total, förklaringsförmåga total och kontrollfråga i Faux pas, visade Spearmans rho att sambanden var mycket svaga och ej signifikanta.

Gällande samband mellan resultat på Faux pas och utbildningsnivå visade Spearmans rho signifikant korrelation 0,41 eftersom $p < 0,01$ för förklaringsförmåga total.

Tabell 7.

Samband mellan resultat på Faux pas och variablerna ålder och utbildning (N=47)

	Ålder (Spearmans rho)	Utbildningsnivå (Spearmans rho)
Detektion total	-0,24	0,16
Förklaringsförmåga total	-0,14	0,41*
Kontrollfråga	-0,06	-0,18

* $p < 0,01$

Patientgruppens resultat

En sammanställning av patienternas resultat redovisas i Tabell 8 på nästa sida, där varje rad motsvarar en patient. Av de testningar som genomfördes med patientgruppen testades fyra patienter med den svenska barnversionen av Faux pas och en patient med den vuxenversion som även undersökningsgruppen testades med. Antalet item vid de olika testningarna varierade mellan fem och 20, då Patient 1 och Patient 5 svarade fel på kontrollfrågor tillhörande två respektive tre item samt då administrationen av testet med Patient 3 fick avbrytas efter fem item.

Patienternas poäng på detektion total varierade mellan en och 18 poäng, vilket motsvarar en variation mellan 20 och 100 procent rätt på de item som räknats med i resultatet för respektive patient. Vad gäller poäng på förklaringsförmåga total fick patienterna mellan noll och sju poäng på detta mått. På måttet kontrollfråga svarade de patienter, som genomförde hela testet med samtliga kontrollfrågor, rätt på 17 till 20 frågor. För Patient 1 administrerades kontrollfrågorna endast på faux pas-berättelserna, vilket resulterade i att åtta av tio frågor besvarades rätt. Patient 3 testades bara med fem item och svarade rätt på samtliga kontrollfrågor tillhörande dessa. I testsituationen uppvisade Patient 3 och Patient 5 språklig påverkan, genom att upprepa och läsa högt ur berättelserna i stället för att svara på frågorna som testledaren ställde.

Tabell 8.

Patientgruppens resultat på Faux pas

Patient	Version	Antal item	Detektion total	Förklaringsförmåga total (%)	Kontrollfråga
1	Barn	18	18	6	8 ^a
2	Barn	20	15	5	20
3	Barn	5	1	0	5
4	Barn	20	15	5	20
5	Vuxen	17	10	7	17

^a Kontrollfrågan ställdes endast på de 10 faux pas-berättelserna

Diskussion

Resultatdiskussion

Deltagarnas karaktäristika. Åldersspridningen är tillfredsställande då undersökningspersonerna är mellan 36 och 77 år, vilket är inom det åldersspann som bvFTD vanligtvis bryter ut. Medelåldern är 60 år, vilket är passande då medelåldern för sjukdomsutbrott hos bvFTD-patienter vanligen är runt 60 års ålder. Positivt är att den aktuella studien har den största undersökningsgruppen för denna åldersgrupp, i jämförelse med tidigare studiers kontrollgrupper (se Tabell 1). Vad gäller könsfördelning i studien är endast 28

procent av undersökningspersonerna män, trots att aktiva försök gjordes att rekrytera fler män. Detta är en brist i studien då önskvärt hade varit att ha en jämnare könsfördelning.

Avseende patientgruppen anses inte paralleller mellan resultat och demografiska variabler vara av intresse, till följd av gruppens ringa storlek. Dock visar resultaten från undersökningsgruppen att det finns vissa indikationer på att demografiska variabler kan ha en inverkan på resultat, vilket innebär att framtida studier med större patientgrupp bör beakta demografiska variabler.

Reliabilitet. Interbedömarreliabiliteten är hög (enligt Cicchetti, 1994), vilket tyder på att de utformade bedömningskriterierna är välformulerade och tydliga. Interbedömarreliabilitet för denna studie överensstämmer med de tidigare studier som redovisar interbedömarreliabilitet. Dock används i tidigare studier korrelationsberäkningar (se exempelvis Zalla et al., 2008; Spek et al., 2009), vilka ofta ger högre siffror än vad ICC gör. Därmed är den interbedömarreliabilitet som redovisas i föreliggande studie mer tillförlitlig.

Då Cronbach's alpha används som mått på intern konsistens, trots att metoden egentligen kräver ett större n-tal än vad denna studie har, krävs försiktighet vid tolkningen av den interna konsistensen. Detektion total och förklaringsförmåga total ligger på gränsen till vad som kan anses vara en acceptabel intern konsistens (Brace et al., 2006). Då intern konsistens inte redovisas i tidigare studier blir den aktuella studiens mått på intern konsistens av intresse för framtida forskning. Olika orsaker kan vara grund till de icke tillfredsställande siffrorna. En orsak till att den interna konsistensen inte blir högre kan vara att testförhållanden inte är konstanta men troligtvis beror det på att ett antal item uppvisar tydliga brister (se vidare i itemdiskussionen nedan). Ytterligare en viktig aspekt som kan påverka den interna konsistensen är antalet item i instrumentet. För detektion finns 20 item, vilket anses acceptabelt för testets syfte. Vad gäller förklaringsförmåga blir antalet item endast 10, vilket påverkar reliabiliteten och gör instrumentet känsligare för svaga item. Att addera item som mäter förklaringsförmåga skulle kunna vara en strategi som kan ge högre intern konsistens. Samtidigt skulle det innebära att testet kommer att ta mycket längre tid att administrera, då det skulle bestå av fler berättelser, vilket skulle göra instrumentet mindre tillgängligt i klinisk verksamhet.

Undersökningsgruppens resultat. Medelvärdet i procent på detektion total är 93,50 och anses ligga i linje med tidigare studiers kontrollgrupps resultat (se Tabell 1). Samtidigt är det svårt att jämföra den aktuella studiens undersökningsgrupps resultat med tidigare

studiers, då dessa inte alltid redovisat resultat. Vid de tillfällen resultat redovisas finns sällan utförligt beskrivet vilka bedömningskriterier som följts. Anmärkningsvärt är även att tidigare studier har haft mycket små kontrollgrupper (se Tabell 1), vilket gör att slutsatserna från en jämförelse blir mindre tillförlitliga. Med tanke på att föreliggande studies urval är betydligt större än många tidigare studiers urval anses den aktuella studiens resultat vara mer representativt för hur friska personer presterar avseende detektion och kan därför agera som jämförelsebas i framtida studier. När det gäller gruppens medelvärden på delmåtten av detektion är det positivt att undersökningsgruppens medelvärden på faux pas-berättelser och på kontrollberättelser är lika höga, då detta innebär att kontrollberättelserna fyller sin funktion.

I undersökningsgruppen uppvisas en signifikant skillnad på förklaringsförmågan av den affektiva aspekten jämfört med den kognitiva aspekten, där både typvärde och median är högre för den affektiva aspekten. Att 23 personer hade alla rätt på den affektiva aspekten medan bara fyra personer lyckades få alla rätt på den kognitiva aspekten är anmärkningsvärt. Alltså finns en generell tendens att undersökningspersonerna har lättare att förklara den affektiva aspekten än den kognitiva. Tolkningen är att detta är en följd av att följdfrågorna i testet är bristfälligt formulerade för att fånga denna aspekt och inte att det beror på att undersökningspersonerna inte förstår att personerna i historien inte har samma kunskap. Gällande förklaringsförmåga total är det svårt att jämföra detta mått med tidigare studiers kontrollgruppers resultat, då tidigare studier sällan anger exakta resultat avseende detta mått samt att de har andra bedömningskriterier än den aktuella studien.

Undersökningsgruppens medelvärde på kontrollfrågan är mycket hög. Detta är väntat då exklusionskriterierna avsåg att utesluta personer med bland annat minnesproblematik och lässvårigheter.

Samband mellan undersökningsgruppens resultat och de demografiska variablerna.

Avseende undersökningsgruppens resultat på detektion total, förklaringsförmåga total och på kontrollfråga finns inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. Dock är signifikansvärdet mycket nära gränsen för signifikans både vad gäller detektion total ($p=0,08$) och förklaringsförmåga total ($p=0,06$). Med större grupper är det möjligt att skillnaden skulle bli signifikant, vilket skulle gå i linje med vissa tidigare studier som testat friska personer (exempelvis Ahmed & Miller, 2011).

För delmåtten detektion total, förklaringsförmåga total och kontrollfråga finns inget samband mellan resultat och ålder. Detta är i enlighet med teorin om att förmågan att förstå

faux pas troligtvis inte försämras med stigande ålder (Wang & Su, 2006). Angående kön och ålder bekräftas alltså hypotesen om att dessa variabler har ett samband med undersökningsgruppens resultat på Faux pas.

Vad gäller variabeln utbildning visar Spearman's rho ett signifikant samband mellan resultat och utbildningsnivå gällande förklaringsförmåga total. Korrelationen är 0,41, vilket är ett måttligt samband. Orsak till bättre resultat för personer med högre utbildningsnivå kan vara att högre utbildning ofta inbegriper en komponent av problemlösning och kräver verbal förmåga, vilket i tidigare studier visat sig korrelera med högre poäng på Faux pas (Ahmed & Miller, 2011). Med tanke på att studien inkluderar få personer med grundskola och gymnasium som högsta utbildning kan inga långtgående slutsatser dras från detta resultat. På grund av det låga antalet kan inte heller ett tydligt svar ges angående hypotesen om samband mellan utbildning och resultat på Faux pas. Tveksamheter angående hypotesen uppstår dock efter detta resultat, vilket gör det intressant att fortsätta studera denna variabel.

Patientgruppens resultat på Faux pas. Generellt kan sägas att patienterna presterar relativt bra på detektionsmättet, med en tendens att detektion av kontrolluppgifterna är lättare än detektion av faux pas-berättelserna. I Patient 3:s fall fick testningen avbrytas efter endast fem item, vilket resulterar i en låg poäng på detektion. Sammantaget går det inte att dra några slutsatser utifrån observationer kring patienternas resultat på detektionsmättet till följd av gruppens ringa storlek.

Något som uppmärksammas är att patienternas resultat på förklaringsmättet är lågt. Detta överensstämmer med tidigare studiers resultat som visar att nedsättning avseende förklaringsförmågan är mer utpräglad än eventuell nedsättning gällande detektion hos bvFTD-patienter (Gregory et al., 2002). Ytterligare resultat, som går i linje med tidigare studiers resultat från Gregory et al. (2002), är att patienterna får en hög poäng på måttet kontrollfråga vilket indikerar att minnesförmågan för gruppen länge är intakt. Detta är en viktig iakttagelse, som stärker antagandet om att Faux pas kan differentiera bvFTD-gruppen från exempelvis en alzheimersgrupp, vars diagnos bvFTD-patienterna felaktigt kan diagnostiseras med. Av de protokoll som rättats och de två ljudfiler som avlyssnats finns inga indikationer på att patienternas resultat har påverkats av att de testats med barnversionen. Något som skiljer barnversionen mot vuxenversionen är ordningsföljden på testets item, men inga slutsatser om huruvida detta påverkat patientgruppen kan dras från de rättade protokollen. Önskvärt är dock ändå att använda vuxenversionen vid framtida testningar, då vuxentestet antas ha högre

ekologisk validitet vid testning av vuxna och användande av samma version som för undersökningsgruppen underlättar jämförelser grupperna emellan.

Då studien endast inkluderar ett fåtal patienter, är det som ovan nämnt svårt att dra slutsatser från deltagarnas resultat. Av de fem patienter som inkluderas i studien upplevs två ha en språklig påverkan, Patient 3 och Patient 4. Detta kan innebära att patienterna kommit en bit in i sjukdomsförloppet, vilket gör att resultaten kan präglas av andra kognitiva svårigheter än problem i social kognition, som kan infinna sig hos bvFTD-patienter senare i sjukdomsskedet. Enligt tidigare forskning borde en övrig kognitiv nedsättning rimligtvis inte påverka resultatet på Faux pas utan sämre resultat torde snarare bero på nedsättning i verbalt flöde (Wang & Su, 2006).

Patientgruppens resultat i förhållande till undersökningsgruppens resultat på Faux pas. En statistisk jämförelse mellan resultat från den aktuella studiens patientgrupp och undersökningsgruppen är inte möjlig till följd av patientgruppens ringa storlek. Fyra av de fem patienterna presterar under första kvartilen av undersökningsgruppens resultat, medan Patient 1 uppvisar högre resultat än vad flera undersökningspersoner gör avseende detektion total. Alla patienter presterar dock väsentligt lägre än undersökningsgruppens första kvartil på förklaringsförmåga total. Även om undersökningsgruppen är för liten för att första kvartilen ska kunna utgöra ett cut-off-värde gällande detektion total och förklaringsförmåga total, indikerar resultaten att det finns en skillnad mellan friska personers och bvFTD-patienters prestation på Faux pas. Detta kan vara intressant att vidare undersöka i framtida studier med en större undersökningsgrupp. Baserat på de få patienter som inkluderas i studien finns det ingen tydlig skillnad mellan undersökningsgruppens och bvFTD-gruppens resultat gällande måttet kontrollfråga. Detta går i linje med teorin (Gregory, et al., 2002) men kan inte anses som fastställt i och med föreliggande studies lilla patientgrupp. På grund av patientgruppens storlek kan inte heller hypotesen om att den svenska undersökningsgruppen presterar bättre på Faux pas än patientgruppen bekräftas. Dock finns det tydliga skillnader i den deskriptiva jämförelsen, vilket går i linje med det förväntade resultatet.

Utvecklande av instrumentet

Rekrytering och urval av undersökningsgruppen. I studien testades 48 personer, varav en person fick uteslutas, då deltagaren sökte sig till testningen med en föreställning om att bli utredd för demens. Denna person uppmanades att vid fortsatt oro ta kontakt med sin husläkare för eventuell utredning. Urvalsmetoden i föreliggande studie gör det möjligt att

rekrytera människor som befinner sig geografiskt nära och som är beredda att ställa upp frivilligt, vilket gör att relativt många personer kan testas under en så pass kort testperiod som studien hade. Ett icke slumpmässigt urval är också att föredra, då det inom projektets ramar vore omöjligt att rekrytera på annat sätt på grund av begränsningar i resurser. Några saker måste dock beaktas i resultatet, med tanke på att urvalsmetoden inte säkerställer att stickprovet blir representativt för populationen i stort. Till att börja med kan resultatet påverkas av var deltagarna rekryterades. Eftersom ett stort gensvar kom från de tre universitetsstäderna, där rekryteringen inleddes, utvidgades inte rekryteringen vidare till andra områden. Detta gör att hänsyn måste tas till att majoriteten av deltagarna bor i städer där många är högskoleutbildade. Resultatet visar även att 66 procent av deltagarna i undersökningsgruppen har högskoleutbildning, vilket inte är optimalt. Eftersträvansvärt är också att ha en jämnare könsfördelning i undersökningsgruppen.

En annan aspekt, som måste beaktas i resultatet med tanke på urvalsmetoden, är risken för att undersökningsgruppen blir homogen på så vis att de som väljer att delta delar vissa egenskaper eller personlighetsdrag. Till exempel kan det handla om personer som är extra hjälpsamma, nyfikna och intresserade av att träffa nya människor och prova på nya saker. Denna aspekt blir extra viktig att diskutera då Faux pas avser mäta ToM, vilket är en funktion som bygger på att man kan hantera sin sociala miljö. Då en enkel sökning inte visar på att det finns stöd i tidigare forskning angående en koppling mellan ToM och personlighet, är det svårt att säga huruvida detta påverkar resultatet. Dessvärre hade det inte heller gått att undvika risken för homogenitet med hjälp av ett representativt urval, då det frivilliga deltagandet gör att vissa personer väljer att ställa upp och andra inte.

Ytterligare en faktor att ta hänsyn till vid tolkning av studiens resultat är testledarens förförståelse för testpersonen i testsituationen. Det finns en risk att testledarens bedömning av testpersonens resultat påverkas av det intryck som deltagaren gett vid kontakter som skett före testtillfället. Det handlar bland annat om telefon- och mailkontakt, uppgifter från sociala medier samt uppgifter från tredje person. Vid samtliga testningar är ansatsen att bedöma deltagarens prestation i testsituationen och personer som testledarna har en personlig relation till exkluderas för att minimera påverkan från förförståelse. I resultatet pekar dock en god interbedömarreliabilitet på att eventuell förförståelse inte påverkar bedömningen i testsituationen. Vidare är det intressant att diskutera deltagarnas förförståelse och hur denna skulle kunna påverka resultatet. Enligt det anslag som sattes upp på allmänna platser eller delades ut via mail och i personlig kontakt fick testpersonerna innan testningen information om urvalskriterierna (se Bilaga 2 för anslaget). Frågan är om denna information kan göra att

vissa personer undviker att anmäla sig på grund av att det låter skrämmande med ”neurologisk sjukdom”, ”demens” eller ”hjärnskada”.

Även kravet på att förstå och tala flytande svenska skulle kunna göra att vissa blir osäkra på huruvida de uppfyller kravet, då ”flytande” inte är definierat i anslaget. Denna del i rekryteringen har inte gått att kontrollera, men det skulle kunna ha gett en bristfällig spridning gällande undersökningsgruppens modersmål. Att det i anslaget stod att den som deltar får ”en mindre gåva” som tack för hjälpen skulle också kunna påverka urvalet, då risken finns att personer söker sig till studien för att få ersättning och därför kanske genomför testet med en oseriös inställning. Då gåvan endast var symbolisk är dock risken låg. Möjligtvis hade studien gått att genomföra även utan att denna gåva utlovades, men troligt är att det då hade tagit längre tid att få in anmälningar, eftersom en gåva kan motivera människor till att höra av sig.

Val av patientgrupp. För bvFTD-patienter är det viktigt att bli diagnostiserad tidigt i sjukdomsförloppet, då initiala symtom allvarligt påverkar personens sociala relationer (Neary et al., 1998). I ett tidigt skede av bvFTD är det svårt att använda de objektiva hjärnabbildningsmetoder som finns tillgängliga idag (Landqvist, et al., 2009) och därför blir Faux pas ett viktigt instrument för just denna patientgrupp. Denna demenstyp antas ha ett stort mörkertal på grund av underdiagnostisering (Passant et al., 2005) vilket också motiverar till att utforma ett lämpligt test för just bvFTD-gruppen. Vidare finns indikationer på att faux pas-aspekten av ToM är lokaliserad i de hjärnområden som initialt är drabbade vid bvFTD (Stone et al., 1998; Viskontas & Miller, 2009), vilket gör att det är en intressant grupp att testa med Faux pas, då patienternas resultat rimligen bör skilja sig från undersökningsgruppens resultat. Faux pas är ett lättillgängligt instrument för patientgruppen, då det är ett relativt kort test med enkla instruktioner. Detta är lämpligt för dessa patienter, som ofta är impulsiva, har dåligt tålamod och bristande insikt om sin sjukdom, vilket kan leda till motvillighet till utredning (Neary et al., 1998). Dessa symtom, som i kriterium två och tre för bvFTD beskrivs som försämring av sociala relationer och försämring i personligt uppförande, är tecken på nedsättning i ToM-förmågan (se introduktion). Att bvFTD-patienter tillsammans med dessa symtom ofta har en bevarad verbal förmåga gör att det är en bra grupp för utvärdering av Faux pas. En brist i studien är att patientgruppen är för liten för att statistiska jämförelser mellan gruppernas resultat ska kunna göras. I den tänkta patientgruppen hade flertalet kommit för långt in i sjukdomsförloppet för att kunna inkluderas i studien, vilket är en bidragande faktor till patientgruppens ringa storlek. Beklagligt är även att av de fem inkluderade patienterna har fyra testats med barnversionen. Samtidigt avspeglar detta hur den kliniska

verkligheten kan se ut, då det ofta av praktiska orsaker inte går att genomföra alla önskvärda testningar med patienter.

Material. Då Faux pas sedan tidigare finns och används i andra länder och på andra språk är det rimligtvis ett användbart test som bör finnas även på svenska. Som beskrivs i teorin finns det flera andra test, utöver Faux pas, som avser mäta mer avancerad ToM. Enligt vad tidigare forskning visar är de vanligast förekommande testen *Strange story test* och *Reading the mind in the eyes*. Anledningen till att även Faux pas behövs utöver dessa är att det har visats vara ett känsligt instrument för små ToM-nedsättningar (Stone et al., 1998; Gregory et al., 2002). Exempelvis Strange story test innehåller item som mäter både sociala snedsteg, ironi och sarkasm, vilket gör testet Faux pas till mer inriktat på att fånga en enda aspekt av ToM-förmågan. Dessutom riktas mer fokus i Faux pas på att utreda testpersonens förmåga att sätta sig in i andra personers känslor, genom den affektiva komponenten. Reading the mind in the eyes är bra då testpersonen har en språklig nedsättning, medan Faux pas kan föredras då språkförmågan är intakt.

Under de testningar som genomförts har tveksamheter väckts angående följdfråga tre (kognitiv); ”Varför tror du att hon/han sa så?”. Syftet med denna fråga är att fånga den kognitiva aspekten av faux pas, men uppfattningen är att testpersonerna oftast ger den kognitiva förklaringen redan på följdfråga två (affektiv); ”Varför skulle han/hon inte ha sagt så?”. Vanliga responser på den tredje följdfrågan är ”hon tyckte väl så”, vilket inte ger poäng på den kognitiva aspekten, om inte personen nämner denna aspekt som svar på någon av de andra frågorna. Ett förslag på en annan variant av den tredje följdfrågan är; ”Varför tror du att hon/han sa så i just den här situationen som beskrivs i berättelsen?”. Genom att lägga till situationsaspekten riktas fokus mot att det handlar om något som karaktären gjort i just denna specifika situation och inte något som den brukar göra. På så sätt är risken mindre att testpersonen svarar att karaktären som gjort ett faux pas är en elak eller dålig person. Ett annat sätt att förbättra instrumentet, genom att justera följdfrågorna, skulle kunna vara att lägga till frågor som är mer riktade och slutna. Risken med detta är dock att frågorna blir ledande och resultatet på så vis blir missvisande.

Viktigt att diskutera är även testets itemspecifika kontrollfrågor (personlig kommunikation, Söderstrand, 2011). Vissa av dessa behöver skrivas om för att på ett bättre sätt fånga hur väl testpersonen förstår alla sammanhang i berättelsen. Detta blir tydligt då deltagare i vissa fall svarar rätt på kontrollfrågan, men i övrigt rör ihop exempelvis vem som säger vad i berättelsen. Förslag på nya kontrollfrågor för aktuella item redovisas i Bilaga 7.

Under testning visar det sig att den kvalitativa bedömningen som testledaren gör i testsituationen ger en bättre bild av testpersonens förståelse för innehållet i berättelsen än vad själva kontrollfrågan gör. Därför är rekommendationen att ta bort kontrollfrågorna vid användande i klinisk verksamhet.

Vad gäller kriterierna för poängsättning, som utformats i föreliggande uppsats, är dessa en viktig utveckling av instrumentet, då en kvalitativ komponent i bedömningen har lagts till. Tack vare att testpersonen kan få två poäng genom att fånga båda aspekterna vid svar på endast en av följdfrågorna minskar risken att någon av aspekterna missas på grund av att en av frågorna inte lyckas fånga den. Tilläggen i kriterierna för poängsättning innebär också att det är extra viktigt att ha en erfaren testledare med kunskap om ToM och hur förmågan tar sig uttryck hos människor.

Att materialet ändrades efter 25 genomförda testningar, vilket innebär att de sista 22 deltagarna testades med en ny version av testet, kan också påverka resultatet. Ändringarna motiveras av att vissa item gjorde flera deltagare förvirrade kring innehållet, gav fel fokus åt uppgiften eller var item där många svarade fel för att berättelsen innehöll otidliga avsnitt. Vid item 10 gjordes korrigeringar av resultatet i tre tidigare protokoll, för att resultatet skulle ge en mer rättvisande bild av dessa personers förmåga. Korrigeringarna var möjliga då item 10 är en kontrollberättelse och resultatet korrigerades från fel till rätt på detektion. Vid item 11, som är en faux pas-berättelse, var det inte möjligt att korrigera resultatet i efterhand, då detta hade krävt en ny testning där följdfrågorna behövde ställas igen. Vad gäller item 20 påverkades inte resultatet av ändringarna av berättelsen, utan detta item justerades för att tydliggöra språket i berättelsen.

Validitet. Studiens icke slumpmässiga urval gör det svårt att generalisera undersökningsgruppens resultat på Faux pas till populationen. Detta gör att det blir viktigt att säkerställa en god begreppsvaliditet, då en välgrundad teoribildning kan stärka även den yttre validiteten. Vad gäller begreppet ToM finns det gott om forskning på området (se genomgång i introduktionen), då begreppet har operationaliserats och skillnader i förmågan har framkommit mellan kontrollgrupper och vissa specifika patientgrupper med neurala förändringar i samma frontala hjärnområden. Att det är en förmåga som existerar och där vissa grupper har nedsättningar råder samstämmighet om i teorin, vilket stärker begreppsvaliditeten. Aktuell är även den ekologiska validiteten, då avgörande för begreppsvaliditeten i instrumentet är att berättelserna i varje item motsvarar verkliga situationer med socialt samspel. En enkel justering, för att öka den ekologiska validiteten, är att ändra

detaljer i berättelserna för att de bättre ska spegla naturligt uppkomna situationer. I exempelvis item 6 kostar en full tank med bensin 500 kr, vilket idag upplevs som en mycket liten summa och i berättelsen skulle denna detalj lätt kunna skrivas om. En större patientgrupp hade även kunnat säkerställa en högre begreppsvaliditet, eftersom bvFTD-patienter enligt tidigare forskning har bristande förmåga att förstå faux pas. Om en större bvFTD-grupp hade jämförts med studiens undersökningsgrupp skulle en trolig skillnad mellan grupperna även kunnat bidra till säkerställande av den yttre validiteten.

Itemdiskussion

På hemsidan för *ARC tests* finns under fliken ”Faux pas (Adult)” samtliga berättelser som ingår i de items som utgör Faux pas på svenska (Autism research center, n. d.).

Itemdiskussionen utgår från dessa, bortsett från item 10, 11 och 20, vilka finns i Bilaga 4. En tydlig tendens i resultatet är att undersökningspersonerna har lättare för att detektera item 10, 14 och 17 än vad gäller item 18 är, där 10 personer misslyckas. En förklaring till detta skulle kunna vara att faux pas i item 18 är mindre tydligt, då advokater är en yrkeskategori som det för många deltagare är legitimt att irritera sig på.

Vad gäller förklaringsförmåga lyckas nästan alla förklara faux pas utifrån både den affektiva och kognitiva aspekten på item 2 och item 14, medan item 15 tycks vålla större problem för deltagarna, speciellt vad gäller den kognitiva aspekten. Vissa av dessa item är intressanta att diskutera vidare, för att se om potentiella förändringar i innehållet kan göras för att förbättra användbarheten. Detta gäller item 1, 4, 7, 12, 13, 15 och 20. Vad gäller item 10 och 11, som liksom item 20 ändrades efter 25 testningar, se ovan i diskussionen om utvecklandet av instrumentet. Det är också intressant att undersöka kulturella faktorer, könsroller och heteronormativitet i berättelserna.

Item 1. Den kvalitativa iakttagelsen av testets första berättelse är att flera testpersoner felaktigt hävdar att någon i berättelsen säger något olämpligt. Detta item har även lägst poäng på detektion av alla kontrollberättelser. En förklaring till detta skulle kunna vara att en del personer går in i testsituationen med ett antagande om att det ska finnas fel i varje berättelse och därför ”letar” efter felaktigheter i den första berättelsen.

Item 4. I denna faux pas-berättelse kommenterar några av deltagarna att det inte är fel att vara ärlig mot sin bästa vän och att Lisa i så fall inte gör fel som kritiserar gardenerna. Detta kan leda till poängbortfall, även fast testpersonen inte uppvisar bristande ToM. Möjligt

är att detta item skulle bli mer användbart om det i berättelsen inte framgår att kvinnorna är bästa väninnor.

Item 7. Några testpersoner reagerade i testsituationen på berättelsen i item 7, genom att diskutera att huruvida Margit sa något olämpligt beror på hur viktigt det är för Sally att bli kallad för flicka. Förekomsten av faux pas i denna berättelse skulle således kunna bero på hur utpräglad vikten av könstillhörighet är i den kulturella kontexten. Detta skulle eventuellt kunna påverka resultatet, då det för olika människor är olika viktigt att använda sig av könsbenämningar på små barn. Någon förändring av innehållet i berättelsen skulle troligtvis inte påverka detta items användbarhet, utan det är avhängigt av just den kulturella kontexten.

Item 12. Berättelsen i detta item är ett av de som är bevarade från barnversionen av Faux pas. Möjligtvis kan detta påverka resultatet i den vuxna undersökningsgruppen, då några deltagare förklarar karaktärernas beteende i berättelsen med att de är just barn och att det är därför Jonas talar illa om Micke. Genom detta missar alltså testpersonen att ge den kognitiva förklaringen till faux pas, vilket i detta fall är att Jonas och Peter inte vet att Micke är på toaletten. Genom att göra om karaktärerna till vuxna människor skulle denna förklaring kunna undvikas och möjligtvis göra att testpersonen lättare fångar den kognitiva aspekten av faux pas.

Item 13. I detta item är det en detalj i berättelsen som har skapat missförstånd vid testning. undersökningspersoner har reagerat med att påpeka att äppelpaj har en tydlig doft, som de allra flesta känner igen och att Staffan därmed borde ha förstått vad det var för paj. Poängbortfall sker alltså även här på den kognitiva aspekten, då Staffan bara ses som ohövlig när han talar illa om pajen som Kajsa har bakat. En enkel lösning skulle vara att byta ut äppelpajen mot en annan paj med mindre karaktäristisk men ändå god doft, exempelvis blåbärspaj.

Item 15. Denna faux pas-berättelse har under testningar visat sig vara en historia som inte innehåller ett faux pas. Detta då det inte tydligt står att karaktärerna i berättelsen inte har samma information om det som har skett. Den kognitiva aspekten saknas således, då Jens uttalande inte beror på att han antingen inte vet om att Christine har deltagit i tävlingen eller att hon var väldigt nöjd och gärna ville vinna. Det är till och med flera undersökningspersoner som säger att Jens är elak i sitt uttalande eftersom han vet att Christine har varit med i

tävlingen. undersökningspersonernas låga medelpoäng på detta item, som är det enda item där typvärdet är noll på kognitiv förklaringsförmåga, är därav förklarligt. Berättelsen bör därför skrivas om eller ersättas med en annan berättelse.

Item 20. Instrumentets sista berättelse har under testning även skapat förvirring hos flertalet testpersoner efter de förändringar som gjordes i berättelsen. Dels är det idag ovanligt att gå till slaktaren och dels anmärker några deltagare på att slaktaren borde vara mer tillmötesgående. Resultatet visar dock att detektionspoängen är hög, vilket innebär att ytterligare justeringar skulle kunna göras bara för att undvika missförstånd i testsituationen. En sådan justering skulle kunna vara att förtydliga att slaktaren inte hör vad Louise säger och att det är därför han börjar slå in fel sorts kött till henne. För att stärka den ekologiska validiteten skulle situationen kunna förläggas till en annan typ av butik, exempelvis ett bageri, dit det idag fortfarande är vanligt att gå för att handla.

Kulturella faktorer i testets item. Då beteende i sociala situationer är kulturbundet och således även snedsteg i sociala situationer, blir berättelserna i Faux pas även kulturbundna, vilket kan påverka resultatet då de överförs till vad som är socialt accepterat i en svensk kultur. Vad gäller den översättning av Faux pas, som används i föreliggande studie, kommer ursprungsversionen från den anglosaxiska kulturen, vilken på många sätt ligger nära svensk kultur samtidigt som det kan finnas skillnader gällande socialt acceptabelt beteende kulturen emellan. Till följd av att samhället är mångkulturellt måste hänsyn i bedömningen tas till detta vid användning av Faux pas. Användning av exempelvis namn med ursprung från olika delar av världen skulle i berättelserna bättre avspegla dagens svenska samhälle och öka den ekologiska validiteten.

Avspegling av könsroller och heteronormativitet i testets item. Genomgående för instrumentet är att karaktärerna i berättelserna följer traditionella könsroller. I item 6 är det en man som tankar bilen och en kvinna som står i kassan, i item 4 är det en kvinna som har köpt nya gardiner och i item 13 är det en kvinna som bakar en paj åt en man. Vidare handlar item 14 om två kvinnor som pratar om en bröllopspresent, item 19 beskriver två mäns bilmodeller och slutligen är slaktaren i item 20 en man. Då de tydliga könsrollerna inte gäller enstaka item utan är typiskt för hela testet är det här en viktig diskussion. Det finns en dubbelhet i och med detta, då Faux pas å ena sidan speglar vardagliga situationer där könsroller är ständigt närvarande, men å andra sidan samtidigt bidrar till att vidmakthålla dessa strukturer. Hade det

till exempel räknats som ett faux pas om en man hade glömt vad han hade fått av sin bästa manliga vän i bröllopspresent, eller hade det varit mer socialt accepterat? Om svaret för många blir ”nej” på den första frågan hade detta item blivit överksamt om karaktärerna varit av ett annat kön. Huruvida byte av kön eller användning av könsneutrala benämningar i berättelserna påverkar resultatet måste undersökas i ytterligare studier, men tydligt är att denna faktor spelar roll för faux pas.

Att alla relationer i de berättelser som ingår i Faux pas följer dagens svenska samhälles heteronormativa standard är ytterligare en aspekt som uppmärksammas. De parrelationer som förekommer är samtliga definierade som heterosexuella, vilket framkommer i item 2, 9 och 18. En funktion med detta är att det i testsituationen minskar risken för att fokus i berättelsen hamnar på något annat som skulle kunna vara avvikande än ett eventuellt faux pas. Problemet är dock att instrumentet på så sätt inte speglar verkligheten, då alla kärleksrelationer inte består av en man och en kvinna. Ändringar eller avidentifierande av kön hos karaktärerna i berättelserna, skulle dock kunna skapa problem om resultatet påverkas av att testpersonerna anmärker på detta istället för på eventuella faux pas. Samtidigt skulle ett undvikande av att ändra i berättelserna av denna anledning innebära en underskattning av testpersonernas förmåga. Som utvecklare av psykologiska mätinstrument krävs öppenhet för förändringar, men även öppenhet och ödmjukhet inför de personer som kommer att delta i testet. Annars riskerar instrument som Faux pas att bibehålla könsroller och hålla fast vid samhälleliga normer som riskerar att stänga människor ute.

Framtida forskning

Intressant inför framtida forskning vore att undersöka om förmågan att förstå faux pas fortsätter utvecklas efter 11 års ålder, vilket kan vara fallet då frontala delar av hjärnan utvecklas upp till tidig vuxen ålder. Ännu ett förslag för framtida forskning är att i större grupper fortsätta att undersöka huruvida förmågan att detektera och förstå faux pas är beroende av ålder, kön och utbildning. Ett ytterligare perspektiv, som är av intresse att studera närmare, är även huruvida personlighetsdrag har samband med resultat på Faux pas, då en hypotes är att exempelvis extroverta och sociala människor skulle kunna vara bra på att anpassa sig i sociala miljöer.

Med ett större urval och med större spridning över variablerna skulle det också vara möjligt att bestämma cut-off-värden för detektion total och förklaringsförmåga total, vilket i sin tur skulle öka testets kliniska relevans. Fler deltagare i patientgruppen skulle dessutom vara önskvärt för att stärka instrumentets reliabilitet, då i synnerhet vidare utredning av testets

interna konsistens efterfrågas. Ett större urval bidrar även till att säkerställa den yttre validiteten. Inför framtida studier vore det även intressant att använda andra test och metoder, som avser mäta samma sak som Faux pas, som ytterligare en metod för att stärka instrumentets användbarhet.

För att vidare utvärdera bedömningskriterierna, som är utformade i föreliggande studie, skulle fler testningar med denna version vara nödvändiga. De föreslagna ytterligare förändringarna av testets item, som presenteras i diskussionen ovan, skulle kunna utprövas med hjälp av exempelvis fokusgrupper eller intervjuer. Detta för att utreda items ekologiska validitet och följdfrågornas användbarhet. Intressant är sedan att jämföra resultatet i denna uppsats med resultat på test genomförda utifrån förändringar baserade på förslagen ovan.

Till sist skulle ytterligare ett steg kunna vara att utvärdera testet i flera olika patientgrupper, såsom patienter med bvFTD, hjärnskada och autismspektrumstörning. Även grupper med schizofreni och allvarlig depression vore intressant att använda instrumentet med, eftersom dessa patientgrupper kan uppvisa likartade symtom gällande social kognition.

Konklusioner

Studiens primära syfte var att anpassa och pröva instrumentet Faux pas till svenska förhållanden, vilket har gjorts genom att undersöka psykometriska egenskaper, demografiska variabler samt genom en deskriptiv jämförelse mellan undersökningsgruppen och patientgruppen.

Utvärderingen av de psykometriska egenskaperna hos testet Faux pas visar på en mycket god interbedömarreliabilitet och en godtagbar intern konsistens. Inför framtiden är dock rekommendationen att innehållet i vissa item och att några av kontrollfrågorna bör justeras. Även följdfrågan som i testet berör den kognitiva aspekten av faux pas bör utvärderas vidare. Ytterligare en viktig konklusion är värdet av den kvalitativa bedömningen vid användande av instrumentet och rättning av resultatet.

Angående de demografiska variablerna framkommer det en tendens att högre utbildningsnivå ger bättre resultat på delmättet förklaringsförmåga. Detta är det enda signifikanta samband som uppvisas mellan undersökningsgruppens demografiska variabler och resultat på testet. Dock är skillnaden mellan kvinnor och män nära signifikant.

I föreliggande studie kan inga jämförelser göras mellan undersökningsgrupp och patientgrupp, då bvFTD-gruppen endast inkluderar fem patienter. Det finns dock indikationer på att de patienter som ingår i studien får låga resultat gällande detektion och förståelse på Faux pas, medan resultatet på måttet kontrollfråga är högt. En signifikant skillnad mellan

förklaringsförmåga av den affektiva och den kognitiva aspekten av faux pas uppvisas i undersökningsgruppen. I den aktuella studien fastställs även att den svenska undersökningsgruppens resultat på Faux pas går att jämföra med resultat från tidigare studiers kontrollgrupper vad gäller delmålet detektion total.

Inom forskning och i klinisk verksamhet har det visat sig vara viktigt att utveckla och använda sig av neuropsykologiska utredningsmetoder, då det är svårt att använda sig av objektiva mätinstrument vid utredning av patienter med misstänkt bvFTD i ett tidigt stadium. Faux pas på svenska kan efter vidare anpassning och utprovning vara en viktig resurs vid utredning av demenssjukdom liksom vid annan neuropsykiatrisk problematik.

Referenser

- Adolph, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in cognitive science* 3(12), 469-479.
- Ahmed, F. S. & Miller, L. S. (2011). Executive function mechanisms of theory of mind. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41(5), 667-678.
- Andreasen, N., & Blennow, K. (2005). CSF biomarkers for mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 107(3), 165-173.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Autism research center. *Downloadable tests*. Hämtat 9 februari 2012 från University of Cambridge, ARC tests: http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind?". *Cognition*, 21(1985), 37-46.
- Baron-Cohen, S., Ring, H., Moriarty, J., Schmitz, B., Costa, C., & Ell, P. (1994). Recognition of mental state terms. *British Journal of Psychiatry*, 1994(165), 640-649.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. London: The MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997a). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1997b). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome. Opublicerat manuskript, University of Cambridge.

- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 29(5), 407-418.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Boström, F. (2009). *Lewy body demens*. Hämtat 9 februari 2012 från Demenscentrum: <http://www.demenscentrum.se/Forskning/Artiklar/Lewy-body-demens-avhandling/>
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2006). *SPSS for psychologists: A guide to data analyses using SPSS for Windows*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- Dewey, M. (1998). Att leva med Aspergers syndrom. I U. Frith (Red.), *Autism och Aspergers syndrom* (S. K. Jönsson & G. Lindgren, Övers.) (pp. 234-263). Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 1991).
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological review* 99(3), 550-553.
- Eslinger, P. J., & Damasio, A. R. (1985). Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: Patient EVR. *Neurology*, 1985(35), 1731-1741.
- Fletcher, P. C., Happé, F., Frith, U., Baker, S. C., Dolan, R. J., Frackowiak, R. S. J., & Frith, C. (1995). Other minds in the brain: A functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. *Cognition*, 57(1995), 109-128.
- Gregory, C., Lough, S., Stone, V., Erzinclioglu, S., Martin, L., Baron-Cohen, S., et al. (2002). Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: Theoretical and practical implications. *Brain*, 125(2002), 752-764.

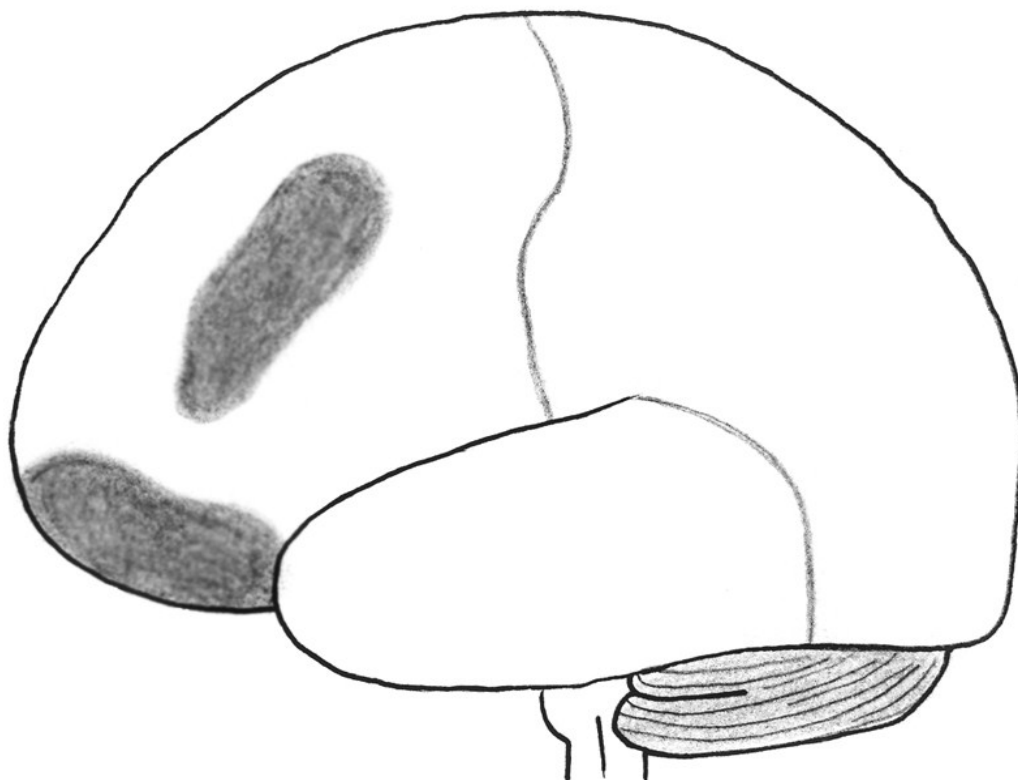
- Happé, F. (1994). An advanced test of theory of mind; Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 22(2), 129-154.
- Happé, F., Winner, E., & Brownell, H. (1998). The getting of wisdom; Theory of mind in old age. *Developmental Psychology* 34(2), 358-362.
- Harlow, J.M., & Miller, E. (1993). Recovery from the passage of an iron bar through the head. *History of Psychiatry*, 1993(4), 271-281.
- Kilander, L., Landahl, P., & Ingelsson, M. (2009). *Frontallobsdemens: Den förbryllande sjukdomen*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Kril, J., Macdonald, V., Patel, S., Png, F., & Halliday, G. (2005). Distribution of brain atrophy in behavioral variant frontotemporal dementia. *Journal of the Neurological Sciences* 232(1-2), 83-90.
- Kunda, Z. (1999). *Social cognition: Making sense of people*. MIT Press: London.
- Landqvist, M., Elfgrén, C., Englund, E., Nilsson, C., & Passant, U. (2009). Frontotemporal demens heterogen sjukdomsgrupp. *Läkartidningen* 20(106), 1381-1385.
- Lough, S., Gregory, C., & Hodges, J. R. (2001). Dissociation of social cognition and executive function in frontal variant frontotemporal dementia. *Neurocase* 7(2001), 123-130.
- The Lund and Manchester Groups. (1994). Consensus Statement. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1994(4),416-418.
- Muller, F., Simion, A., Reviriego, E., Galera, C., Mazaux, J-M., Barat, M., et al. (2010). Exploring theory of mind after severe traumatic brain injury. *Cortex* 46(2010), 1088-1099.

- Marcusson, J. (2012b). *Alzheimers sjukdom*. Hämtat 3 februari 2012 från Sjukvårdsrådgivningen: <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Alzheimers-sjukdom/>
- Marcusson, J. (2012a). *Pannlobsdemens*. Hämtat 2 februari 2012 från Sjukvårdsrådgivningen: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Pannlobsdemens/>
- Maylor, E. A., Moulson, J. M., Muncer, A-M., & Taylor, L. A. (2002). Does performance on theory of mind tasks decline in old age? *British Journal of Psychology* 93(2002), 465-485.
- Nationalencyklopedin (n. d.). *Faux pas: Engelska till svenska*. Hämtat 23 januari 2012 från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/engelsk-ordbok/faux+pas/861296>.
- Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., et al. (1998). Frontotemporal lobar degeneration; A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 51(6), 1546-1554.
- Passant, U., Elfgren, C., Englund, E., & Gustafson, L. (2005). Psychiatric symptoms and their psychosocial consequences in frontotemporal dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 19 (1), 15-18.
- Perner, J., & Wimmer, H. (1985). "John thinks that Mary thinks that . . .": Attribution of second-order false beliefs by 5- to 10-year-old children. *Journal of Experimental Child Psychology* 39(3), 437-471.
- Piguet, O., Hornberger, M., Mioshi, E. & Hodges, J., R. (2011). Behavioral-variant frontotemporal dementia; Diagnosis, clinical staging and management. *The Lancet Neurology*, 2011(10), 162-172.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The Behavioral and Brain Sciences*, 1978(4), 515-526.

- Rahman, S., Shahakian, B., J., Hodges, J., R., Rogers, R., D., & Robbins, T., W. (1999). Specific cognitive deficits in mild frontal variant frontotemporal dementia. *Brain*, 122(1999), 1469-1494.
- Santillo, A. (2011, oktober). Faux pas: svensk barnversion. [Protokoll med berättelser och följlfrågor som används i den svenska barnversionen av Faux pas]. Kognitiv medicin, Skånes universitetssjukhus i Lund. Personlig kommunikation.
- Spek, A. A., Scholte, E., M. & Van Berckelaer-Onnes, I. A. (2009). Theory of mind in adults with HFA and Aspergers syndrome. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 40(2010), 280-289.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S. & Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656.
- Sullivan, S., & Ruffman, T. (2004). Social understanding; How does it fare with advancing years? *British Journal of Psychology* 95(2004), 1-18.
- Söderstrand, P. (2004). Intuitionens neuropsykologi: Neuropsykologisk utredning av social kognition vid ADHD och Aspergers syndrom. Uppsats i IHPU-kurs i vetenskaplig metodik, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Söderstrand, P. (2011, 9 december). Faux pas-eng bearbetad. [Protokoll med berättelser och följlfrågor som används i den svenska versionen av Faux pas]. Neuropsykiatriska utredningsenheten, Borås. Personlig kommunikation via e-post.
- Torralva, T., Kipps, C. M., Hodges, J. R., Clark, L., Bekinschtein, T., Roca, M., et al. (2007). The relationship between affective decision-making and theory of mind in the frontal variant of fronto-temporal dementia. *Neuropsychologia*, 45(2007), 342-349.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Bekinschtein, T., & Manes, F. (2009). A neuropsychological battery to detect specific executive and social cognitive impairments in early frontotemporal dementia. *Brain*, 132(5), 1299-1309.

- Viskontas, I. V. & Miller, B. L. Frontotemporal dementia. I B. L. Miller & B. F. Boeve (Red.), *The behavioral neurology of dementia* (pp. 45-55). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wang, Y., & Su, Y. (2006). Theory of mind in old adults; The performance on Happe's stories and faux pas stories. *Psychologia* 49(4), 228-237.
- Williams G. B., Nestor P. J., & Hodges J. R. (2005). Neural correlates of semantic and behavioral deficits in frontotemporal dementia. *Neuroimage* 24(4), 1042-51.
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1983), 103-128.
- Xi, C., Zhu, Y., Niu, C., Zhu, C., Lee, T. M. C., Tian, Y. et al., (2010). Contributions of subregions of the prefrontal cortex to the theory of mind and decision making. *Behavioural Brain Research*, 221, 587-593.
- Zalla, T., Sav, A-M., Stopin, A., Ahade, S., & Leboyer, M. (2008). Faux pas detection and intentional action in Asperger syndrome: A replication on a French sample. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 39(2009), 373-382.

Bilaga 1: Skiss över aktuella hjärnregioner



LATERALT PERSPEKTIV



MEDIALT PERSPEKTIV

Deltagare sökes till forskningsprojekt

Vi är två snart färdiga psykologer som söker Dig, som vill bidra med 30 minuter av Din tid för att stödja **forskning kring socialt samspel**.

Deltagande i studien innebär att göra ett test, där Du får läsa korta berättelser och reflektera kring innehållet gällande kommunikation mellan människor. Testet, som nyligen har översatts till svenska, heter *Faux Pas* och vi vill nu testa en grupp friska personer. Målet är att studiens resultat sedan ska kunna användas som jämförelsematerial vid utredning av olika neurologiska och psykiatriska sjukdomar, som till exempel demenssjukdom.

Studien är vårt examensarbete på sista terminen av psykologprogrammet vid Lunds universitet och är en del i ett större projekt, *Diagnostik och sjukdomsförlopp vid Fronto- temporala demenssjukdomar*, som bedrivs vid Kliniken för kognitiv medicin, Skånes universitetssjukhus i Lund och Avdelningen för geriatrisk psykiatri, Lunds universitet.

För att vara med ska Du

- Vara mellan 35 och 80 år gammal.
- För närvarande vara psykiskt frisk och inte lida av någon neurologisk sjukdom eller ha drabbats av hjärnskada.
- Förstå och tala flytande svenska.

Stämmer detta in på Dig är Du välkommen att delta i testning **från och med december 2011 till och med februari 2012**. Testet tar endast 30 minuter av Din tid och som tack för hjälpen får Du en mindre gåva, samtidigt som Du ger ett viktigt bidrag till forskningen genom Ditt deltagande.

Är Du intresserad av att delta eller har några frågor, kontakta oss på:

E-post: [REDACTED] **Tel:** [REDACTED]

Ditt deltagande är ovärderligt för oss. TACK!

Med vänliga hälsningar,

Ylva Narby
Psykologiska institutionen, Lund

Kristina Svensson
Psykologiska institutionen, Lund

Bilaga 3: Inledande frågor till testpersonen

Faux Pas

ID-nummer: _____

Kön: _____

Ålder: _____

Högsta slutförda utbildning:

- Ingen utbildning*
- Grundskola/Folkskola eller motsvarande*
- Gymnasium eller motsvarande*
- Högskola/Universitet*

Stämmer något eller några av följande tillstånd in på dig:

- ADHD, DAMP, ADD, eller MBD*
- Asperger*
- Autism*
- Dyslexi*
- Hjärnskada*
- Neurologisk sjukdom (t ex frontallobsdemens, Alzheimer's, Parkinson's, Huntington's sjukdom)*
- Pågående depression*
- Schizofreni*
- Stroke*

Bilaga 4: Reviderade berättelser i Faux pas (rev. 120126)

10. Jesper var på biblioteket. Han hittade den bok han ville låna om fotvandring i Sarek och gick fram till utlåningsdisken för att låna den. När han tittade i plånboken så upptäckte han att han hade lämnat sitt lånekort hemma. "Jag är ledsen" sade han till kvinnan bakom disken. "Jag har visst lämnat lånekortet hemma." "Det är okay" svarade hon. "Om du talar om vad du heter så ska jag se om jag kan hitta dig i datorn och så kan du låna boken om du visar mig din legitimation".

11. Jenny Wester, chef hos Abco Software Design, sammankallade alla till ett personalmöte. "Jag har något att berätta för er" sade hon. "Jan Mårtensson, en av våra revisorer, är svårt sjuk i cancer och ligger på sjukhus." Alla tog emot nyheten under tystnad när Robert, en programmerare, anlände försenad. "Vet ni vad, jag hörde en jätterolig historia i går kväll!" sade Robert. "Vad sade den dödssjuka patienten till sin läkare?"

20. Louise gick till slaktaren för att köpa kött. Det var bullrigt och fullt med folk i butiken. Hon frågade slaktaren "Har ni fläskkotletter?" Han nickade och började slå in fläskfilé åt henne. "Ursäkta mig", sade hon, "Jag kanske inte talade tydligt. Jag frågade om ni har fläskkotletter." "Åh, förlåt mig", svarade slaktaren, "de är slut."

Generella riktlinjer i testsituationen

Om testpersonen inte svarar på frågan eller ger ett otydligt svar, upprepa frågan en gång. Notera dock detta i den kliniska bedömningen. Ställ inga frågor utöver de som finns i formuläret. Undvik över lag att vara ledande i beteende och tonfall. Ge testpersonen möjlighet att utveckla sina svar och avbryt inte om det inte är absolut nödvändigt för att föra testet vidare.

Poängräkning

Resultatets tre delar

1. Hur väl testpersonen kan detektera att det förekommer ett faux pas i Faux pas-berättelserna respektive inte förkommer ett Faux pas i kontrollberättelserna. En poäng per berättelse, vilket totalt kan ge 20 poäng på hela testet.
2. Hur väl testpersonen kan förklara varför faux pas ägde rum, både på grund av att någon i berättelsen tog illa upp och på grund av att detta gjordes oavsiktligt. Två poäng per berättelse, vilket totalt kan ge 20 poäng på hela testet.
3. Hur väl testpersonen förstår berättelsens innehåll och därmed har förutsättningarna för att kunna redogöra för faux pas. En poäng per berättelse, vilket totalt kan ge 20 poäng på hela testet.

Del ett - detektion av Faux pas

För att ta reda på om testpersonen kan detektera ett faux pas i berättelsen inleds frågeserien efter varje berättelse med frågan:

Var det någon i berättelsen som sa något den inte skulle ha sagt?

Svarar testpersonen rätt, alltså "ja" vid faux pas-berättelser och "nej" vid kontrollberättelser, ges en poäng per rätt detekterad berättelse. Således kan denna del totalt ge 20 poäng.

Vid ja-svar på detektionsfrågan ställs alla följdfrågor samt kontrollfrågan, vilket även gäller vid ja-svar på kontrollberättelserna. Vid nej-svar ställs endast kontrollfrågan. I vissa fall svarar testpersonen "nej" på denna fråga, men fortsätter reflektera kring ett eventuellt faux pas. I dessa fall ges poäng på detektionsfrågan och alla följdfrågor ställs och poängsätts.

Del två - förklaring genom mentalisering

Till hjälp för att undersöka huruvida testpersonen kan förklara *varför* faux pas ägt rum finns de tre följdfrågorna:

- *Vem var det som sa något den inte skulle ha sagt?*
- *Varför skulle hon/han inte ha sagt så?*
- *Varför tror du att hon/han sa så?*

För att få full poäng på denna del ska testpersonen kunna förklara faux pas utifrån de två aspekter som faux pas innefattar. Varje aspekt ger en poäng vardera. Svar som hänvisar till faux pas är godkända och testpersonen måste inte uttryckligen nämna känslor eller mentala tillstånd.

Den första aspekten handlar om att någon blir besvrad, sårad eller förolämpad av faux pas. För att få poäng på denna aspekt krävs att testpersonen visar förståelse för att det som sades kunde vara stötande för någon i berättelsen.

Den andra aspekten handlar om att faux pas sker på grund av att karaktären som säger något inte vet en sak eller inte inser en sak, alltså själv inte är medveten om att den gör fel. Poäng på denna aspekt ges även om testpersonen visar förståelse för att personlighetsdrag gör att karaktären i berättelsen talar utan eftertanke eller om karaktären beskrivs som klumpig eller obetänksam. Även en förklaring som innebär att karaktären säger som den gör på grund av starka känslor i situationen ger poäng på den andra aspekten. Om testpersonen verkar tro att karaktären i berättelsen säger det den säger avsiktligt, ges ingen poäng på denna aspekt.

Lyckas testpersonen fånga en av aspekterna ges en poäng och om båda beskrivs ges två poäng.

För exempel på svar från den friska kontrollgruppen, se Bilaga 4.

Del tre – kontrollfråga

Testpersonens förståelse för innehåll och sammanhang i berättelsen kontrolleras genom en itemspecifik fråga som alltid ställs sist vid varje berättelse. Poäng på kontrollfrågorna räknas samman separat från de andra frågorna, då dessa frågor är viktiga för att kunna jämföra faux pas-relaterade misstag med misstag som beror på att personen inte har förstått berättelsen. Rätt svar på var och en av kontrollfrågorna ger en poäng, vilket totalt blir 20 poäng på samtliga berättelser. Vid fel svar på kontrollfrågan, rekommenderas att tolka resten av frågorna för den berättelsen med försiktighet, då personens förståelse för berättelsens innehåll går att ifrågasätta. När den totala poängen räknas samman plockas berättelser med felaktigt besvarad kontrollfråga bort och ny totalpoäng räknas ut utifrån resterande berättelser. Felaktiga svar på kontrollfrågor kan vara en viktig del av den kliniska bedömningen och bör därför utredas vidare kvalitativt.

Bilaga 6: Exempel på svar på faux pas-berättelserna (förklaringsförmåga)

Berättelse 2

1 poäng, affektiv aspekt: ”Det skulle vara en överraskningsfest.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Sara kom av sig när hon spillde på klänningen, hon glömde bort, blev skärrad.”

Berättelse 4

1 poäng, affektiv aspekt: ”Det sårade Julia.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Lisa trodde att gardinerna var gamla.”

Berättelse 7

1 poäng, affektiv aspekt: ”För att den lilla pojken var en flicka.”

”Synd om flickan.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Hon hade kort blondt hår. Det är svårt att se på små barn.”

Berättelse 11

1 poäng, affektiv aspekt: ”De i hans omgivning hade fått reda på att revisorn var svårt sjuk, det var inte läge att skämta.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Robert visste inte det. Kom försent och kände inte till.”

Berättelse 12

1 poäng, affektiv aspekt: ”Inte så snällt, Micke ser väl inte konstigare ut än andra.”
”Nedsättande kommentar.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Han var inte medveten om att Micke var på toan.”

Berättelse 13

1 poäng, affektiv aspekt: ”Kajsa hade ansträngt sig. Blir väl ledsen.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Han trodde inte det var äppelpaj.”

”Han skulle ha väntat tills han såg vad det var för paj.”

Berättelse 14

1 poäng, affektiv aspekt: ”Jeanette hade gett henne just den skålen.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Hon kom inte ihåg att hon hade fått den av Jeanette.”

Berättelse 15

1 poäng, affektiv aspekt: ”Han talade nedvärderande om de andra. Christine var själv väldigt nöjd.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”I bästa fall trodde han inte att hon hade lämnat in.”

Berättelse 16

1 poäng, affektiv aspekt: ”Erik var ju också gäst, lät konstigt.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Han blandade ihop servitören med Erik.”

Berättelse 18

1 poäng, affektiv aspekt: ”Hon talade nedsättande om alla advokater. Rogers fru är advokat.”

1 poäng, kognitiv aspekt: ”Hon var irriterad och kände inte till att Rogers fru var advokat.”

Bilaga 7: Förslag på nya kontrollfrågor för vissa av instrumentets item

Item	Nuvarande kontrollfrågor (Söderstrand, 2004)	Förslag på kontrollfrågor
4	Vad hade Julia precis köpt?	I vilket rum hängde gardinerna?
10	Skulle Jesper ha kunnat låna boken han hittade?	Var det möjligt för Jesper att låna boken?
11	Vem kom för sent till mötet?	Var utspelade sig denna berättelse?
13	Vilken sorts paj gjorde Kajsa i den här berättelsen?	Hur kände Kajsa och Staffan varandra?
15	Vem vann tävlingen i den här berättelsen?	Vad hade Jens fått i förstapris?
18	Vad arbetade Rogers fru med i den här berättelsen?	Vem var det som var ny på kontoret?