

## Psykologisk undersøgelsesmetodik

### Diagnosticering af patienter med misbrugsproblemer

#### 1. Indledning

Misbrug kan betragtes som et reaktionsmønster. Dette reaktionsmønster skal ses i forhold til et indre pres og et ydre pres. Hvis misbrugeren er et menneske med en alvorlig sindslidelse, må vi forestille os, at der er tale om et indre pres. Hvis misbruget er udviklet i en kultur, der er kendetegnet ved misbrug som tilfældet kan være det i sociale miljøer med udbredt drikkeri, vil man kunne tale om et ydre pres. Hos det enkelte menneske kan reaktionsmønsteret ændre sig. De faktorer, der sætter gang i et misbrug er ikke nødvendigvis de samme som dem, der fastholder misbruget.

I forbindelse med diagnostiske psykologiske undersøgelser forsøger man at kortlægge baggrunden for misbruget.

De diagnostiske undersøgelser deler sig i tre hovedgrupper, hvad angår afklaring. Man undersøger for en *psykoseproblematik*, for *personlighedsforstyrrelser*, herunder *angstproblemer*, hvor det naturligvis er vigtigt at afklare, hvilken form for personlighedsforstyrrelse, der kan være tale om. Endelig undersøger man for en *hjerneskadeproblematik*. Det skal understreges, at en stor gruppe mennesker i årene før, de udvikler et misbrug, ville blive karakteriseret som *normale* måske endda særdeles ressourcefyldte. Det er således også vigtigt, at vi i diagnostiske sammenhænge undersøger for det normale og ressourcefyldte og identificerer kriser i menneskers liv, der kan have presset den basalt normale ud i et misbrug.

#### Note

Henrik Palle gav i Politiken den 10. november en fin karakteristik af kriminalbetjent Jane Tennison (spillet af Helen Mirren) i kriminalserien "Mistænkt." Hun gennemløber en flot karriere på 35 år som detektiv trods meget modstand, intrigemageri m. m. og store personlige afsavn i form af en tilværelse som uønsket single og uønsket barnløs. Hun ender som alkoholiker formentlig som følge af et alt for store pres over meget lang tid. Til sidst sidder hun med en flaske whisky på et værtshus, hvor hun dog formår at afvise bartenderens tilnærmelser. Henrik Palle citerer fra Kris Kristoffersons sang "Me and Bobby McGee.": "Freedom's just another word for nothing left to lose." Nået helt til bunds har hun måske en mulighed for langsomt at kravle op. Hvis behandlerne kun kan se hende som alkoholiker og personlighedsforstyrret, er der tale om en forarmet opfattelse af et basalt nuanceret menneske. Vi er imidlertid sikkert bedre til at finde ressourcerne hos det tidligere karrieremenneske end hos de mere ydmyge eksistenser i vort samfund.

Når man undersøger for en hjerneskadeproblematik er det vigtigt at skelne mellem de psykotiske tilstande som eksempelvis Korsakow psykose også kaldet Wernickes encefalopati, der er en meget

alvorlig organisk betinget alkoholskade, og de lettere hjerneskader, hvor man ikke finder psykotisk adfærd.

Skizofrenierne rubriceres ikke i dag i ICD-10 diagnosesystemet som organiske psykoser, selv om den gennemgående opfattelse er, at de er biologisk medierede.

Endelig skal det fremhæves, at mange alkoholikere bliver diagnosticeret med en hjerneskade uden at der er tale om, at de frembyder tegn på psykotisk adfærd. Det samme er tilfældet med det såkaldte malersyndrom (toksisk encefalopati) som vi hyppigt stødte på op igennem 80'erne, men sjældent ser herhjemme i dag på grund af en sanering af arbejdsmiljøet. De to sygdomsbilleder alkoholisk betinget lettere hjerneskade og malersyndrom ligner klinisk hinanden. Der er da også i begge tilfælde tale om skader grundet omgang med organiske opløsningsmidler.

I skal i løbet af dette kursus beskæftige jer med såvel de diagnostiske enheder som med de prøver/test instrumenter, der kan belyse forskellige typer personlighedsforstyrrelser, psykoser og hjerneskader. Herudover skal I beskæftige jer med instrumenter, der skal identificere misbrugsmønstret og belyse omfanget af misbruget.

Ud over de her identificerede undersøgelsestyper er der i klinikken behov for en systematisk afdækning af kompetencer hos den undersøgte. Dette indebærer, at man sammen med den undersøgte skal forsøge at kortlægge, hvilke former for uddannelse, aktivering eller arbejde, der kan komme i betragtning. I denne sammenhæng skal man identificere eventuelle nødvendige skånevilkår, og man skal se på mulige frustrations/konfliktområder, herunder klientens ressourcer i forbindelse med konflikthåndtering. Med andre ord skal det undersøges, hvilke rammer og arbejdsvilkår der skal til for at den pågældende kan klare den arbejdsmæssige udfordring.

#### *Sociale forhold omkring misbrug.*

I USA er AIDS den førende dødsårsag blandt mennesker med blødersygdomme og brugere af illegale intravenøse stoffer. Medfødte hjerneskader som følge af mors alkoholmisbrug under graviditeten er største enkelt-faktor hos hjerneskadede spædbørn i Danmark.

Seniorforsker Ulla Hass fra Danmarks Fødevarerforsknin brugte for år tilbage i sin Ph.D. afhandling udtrykket "støj" til fosterhjernen. Det drejede sig om arbejdsmiljøbetingede skader hos gravide kvinder, der arbejdede i industrien under usunde forhold. Støj til fosterhjernen finder vi også hos barnet med en alkoholmisbrugende gravid mor, således som vi kan læse det i bøger, der har spædbørnshjemmet i Skodsborg som udgangspunkt. Forfatterne er Inger Thormann og Charlotte Guldberg. Børn med medfødte abstinenssymptomer grundet den gravide mors narkomani modtages på observationsspædbørnshjemmet sammen med de alkoholskadede børn.

I Politiken kunne man den 9. november læse en udtalelse fra professor Phillipe Grandjean. Han mener at brugen af industrikemikalier har skadet millioner af børn og medvirket til reduceret intelligens og adfærdsforstyrrelser. Han har udarbejdet en liste over 200 farlige stoffer. Det er indlysende, at kombinationen af påvirkning med farlige stoffer og alkoholindtag hos den gravide kvinde udgør en betydelig risiko for fostret og dermed det ufødte barn. Man skal tænke på, at en stor gruppe mennesker, der er blevet hæmmet i deres intellektuelle og personlige udvikling som voksne bliver misbrugere.

Det samlede alkoholindtag toppede i USA i 1980'erne og er siden faldet med ca. 15 procent. Dette er naturligvis en positiv udvikling. Stofrelaterede hasteindlæggelser i USA har været domineret af *kokain, marihuana/hash, heroin* eller *morfin* og *amfetamin*.

Tidsskriftet Psyke og Logos har viet det første nummer af 2005 til afhængighedstilstande. Der findes i dag en voksende bevægelse, der går ind for det synspunkt, at en række adfærdsforstyrrelser i deres væsen er udtryk for afhængighed, uden at der er tale om indtag af alkohol eller stoffer. Det drejer sig ud over overdreven fødeindtagelse samt spiseforstyrrelser som anorexia nervosa, om kæderygning, ludomani, overdreven eller ukontrolleret sex, ekstrem sportsudfoldelse, video-spil og overdreven brug af Internettet. Overdreven shopping kan også nævnes i denne sammenhæng. Visse former for ekstrem arbejdsudfoldelse eksempelvis relateret til brug af avanceret computerteknologi kan komme ind herunder, selvom det drejer sig om socialt acceptabel adfærd set i arbejdsmæssig sammenhæng, men ikke i familiemæssig sammenhæng, hvor det går ud over børn og samlever og naturligvis den overarbejdende selv.

På Karolinska Sygehuset i Stockholm indrettede man for nogle år siden en særlig behandlingsafdeling for svært stressede til dels udbrændte IT-nørder for at udtrykke det forenklet. Disse unge havde alvorlige symptomer på ekstremt belastningssyndrom, der bl.a. havde medført hjerte-kar symptomer. Nogle af de fortrinsvis unge mænd er blevet arbejdsmæssigt invalideret for livet.

Afhængighed er en del af en biopsykosocial proces, og man kan sige, at overdreven adfærd i mange retninger kan få karakter af misbrug. Der kan være en fælles etiologi ved afhængighedsadfærd, og dette kan antyde, at afhængighed kan være et syndrom. Det anbefales at anlægge en pragmatisk holdning til hele dette komplekse felt.

I sin artikel *The Biopsychosocial Approach to Addiction* fremkommer Mark Griffith med en række definitioner på afhængighed.

1. Afhængighed er den tvangsprægede, ukontrollerede brug af vanedannende stoffer.

2. En afhængig person er et menneske, der vanemæssigt bruger og har en ukontrolleret længsel efter et stof.
3. Afhængighed er en tilstand af periodisk eller kronisk forgiftning, der fremkaldes gennem gentaget indtag af stoffer de være sig naturlige eller syntetiske.

Afhængighed opleves hyppigt subjektivt som mangel på kontrol. Adfærden har en tendens til at bryde igennem til trods for viljemæssige forsøg på afholdenhed eller moderat forbrug. Disse vanemønstre er typisk karakteriseret ved øjeblikkelig tilfredsstillelse (kort tids belønning) ofte i tilfælde af alkoholmisbrug og andre afhængighedsskabende stoffer forbundet med senere delirøse virkninger (lang tids omkostninger). Forsøg på at ændre på misbrugsadfærd (gennem behandling eller selvkontrol) er typisk kendetegnet ved høj risiko for tilbagefald.

## **2. Misbrugsklienter og misbrugsprofiler i klinikken**

De fire hovedområder vi skal interessere os for er:

- *Psykotiske misbrugere*
- *Personlighedsforstyrrede misbrugere*
- *Hjerneskadede misbrugere*
- *Normale misbrugere, der kan være kriseramte.*

Samtidig skal vi se på kombinationen af alkohol/stofmisbrug og de store diagnosegrupper.

Inden for psykoseområdet er det naturligvis vigtigt at skelne mellem skizofreni, bipolar sindslidelse og organisk betinget psykose (Korsakow psykosen, der er betinget af massivt alkoholmisbrug er en organisk betinget psykose). Når vi her bruger udtrykket hjerneskade tænker vi ikke på en tilstand kendetegnet ved psykotisk adfærd, men på en svækkelse af åndsevner og emotionalitet, undertiden betegnet som lettere til middelsvære reduktionstilstande. Der er ikke tale om progredierende lidelser som ved Picks og Alzheimers syndrom. Imidlertid skal man altid være opmærksom på, at en misbruger kan være på vej ind i en dementiel udvikling. Sandsynligheden er naturligvis større hos ældre end yngre misbrugere.

Misbrugeren kan have en primær diagnose og en eller flere sekundære diagnoser. Det diagnostiske arbejde går ud på at identificere den primære diagnose og derefter vurdere, om der tillige er tale om en eller flere sekundære diagnoser. Hvis en klient er psykotisk, kan han teoretisk have to sekundære diagnoser nemlig personlighedsforstyrrelse og lettere hjerneskade. En hjerneskade vil medføre ændringer i adfærdsmønstret hos den personlighedsforstyrrede patient. Karakteren af ændringer vil afhænge af personlighedsforstyrrelsens art.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der bag en psykotisk lidelse altid findes en personlighedsstruktur, der er med til at påvirke det adfærdsmønster, der kommer til udtryk under psykosen.

Nogle misbrugere må basalt identificeres som normale, men er misbruget tilstrækkelig langvarigt vil det naturligvis have skadevirkninger på personligheden. Desuden vil misbrugere udvikle et særligt socialiseringsmønster kendetegnet ved medmenneskelige svigt og manglende pålidelighed.

De normale mennesker, der udvikler svære misbrugsproblemer, har ofte været udsat for massive belastninger, før misbruget satte ind. Der kan have været tale om kriser. I dag bruger man hyppigt udtrykket PTSD.

I de tilfælde, hvor man konstaterer, at en misbruger har symptomer på en hjerneskade, kan denne være forårsaget af misbruget direkte og indirekte. Risikoen for at komme ud for en ulykke, der medfører kranietraumer øges betydeligt, hvis man har svære misbrugsproblemer og ikke er i stand til at passe på sig selv.

Det er også en realitet, at mennesker der har pådraget sig en hjerneskade af den ene eller anden grund, at de er i farezonen for at udvikle misbrugsproblemer. Undertiden er det meget vanskeligt at afgøre, om der var tale om en begyndende hjerneskade problematik på det tidspunkt, da misbruget satte ind.

#### *Note*

En kvinde på ca. 50 år blev indlagt med svære misbrugsproblemer, som hun selv mente havde udviklet sig grundet en belastende skilsmisse. Det viste sig, at hun havde en affektiv sindslidelse med hyppigt forekommende depressioner og desuden tegn på i hvert fald let intellektuel reduktion. I behandlingen af hende var det naturligvis vigtigt at tage hensyn til det meget brogede sygdomsbillede. Den affektive sindslidelse blev identificeret som hendes primære diagnose. Det er vigtigt at være opmærksom på, at såvel manier som depressioner kan føre ud i misbrug. Der er tale om et drikkeri, der sætter ind både når stemningslejet sænkes som tilfældet er det ved en depression og når det øges som tilfældet er det ved en mani. Det er indlysende, at den rigtige og hurtigt stillede diagnose kan være afgørende for at standse et sådant ulykkeligt forløb.

#### *Note*

En mand i 30'erne havde en overvejende tvangspræget personlighedsstruktur kendetegnet ved betydelig perfektionisme. Han var velbegavet og talentfuld, havde således vundet en arkitektkonkurrence uden arkitektuddannelse, og han var en særdeles habil orgelspiller. Han var uddannet læge og meget tydede på, at en del af hans vanskeligheder hang sammen med angst for at tage ansvar i forbindelse med lægearbejdet. Han havde oplevet nogle traumer på baggrund af situationer, hvor han havde truffet en forkert beslutning og en patient som følge heraf var blevet meget dårlig. I de perioder, hvor han drak, forsvandt det indre perfektionspres, og han følte sig fri. Han var i disse perioder hyperaktiv, nærmest manisk og kunne finde på at gå op og spille på orglet i Roskilde Domkirke.

Ved forsøg på at revalidere en sådan patient bør man tænke i andre erhvervsbaner end den lægelige, idet meget tydede på, at han ikke kunne klare et lægefagligt arbejdspress. Efter flere år med gentagne indlæggelser fik patienten på et tidspunkt stillet diagnosen manio-depressiv psykose, og han kom i antidepressiv behandling. Nogle havde den opfattelse, at han var, hvad man tidligere kaldte kvartalsdranker. Et begreb, der ofte dækkede over perioder med depression og andre perioder med mani, hvor drikkeriet satte ind.

Basalt personlighedsforstyrrede patienter kan på tidspunktet for undersøgelsen både frembyde tegn på, at de befinder sig i en psykotisk tilstand og de kan vise tegn på hjerneskade eksempelvis en lettere hjerneskade betinget af langvarigt alkoholmisbrug måske i kombination med hovedtraumer og arbejdsmiljøbetiget hjerneskade.

Fra den kliniske verden har vi størst erfaring med alkoholmisbrugere, stofmisbrugere og medicinmisbrugere. Ofte er der hos patienterne tale om et blandet misbrug, og patienterne har ud over deres misbrugsdiagnose også en psykiatrisk diagnose, der fører til dobbelt-diagnose. Det drejer sig om psykoser som eksempelvis begyndende skizofreni og om personlighedsforstyrrelser. Henrik Holst, der er leder af Rusnavigatørerne udtaler, at samspillet mellem en psykiatri- og misbrugsbehandling kræver dobbeltkompetencer. Der er risiko for, at unge tabes i samspillet mellem psykiatri og misbrugsbehandling.

Der findes vel to væsentlige effekter af alkohol og en række andre rusmidler. Stofferne kan virke *symptomdæmpende*. Alkohol er eksempelvis et utroligt effektivt middel, når det drejer sig om at dulme fysisk smerte, angst og depression. Hos nogle mennesker dæmpes ligeledes følelser af vrede og irritation. Da det samtidig er velkendt, at alkohol fjerner hæmninger, kan alkohol dog også føre til vredesudbrud og til aggressive handlinger. Virkningen af alkohol er i flere henseender forskellig hos mennesker afhængig af deres basale personlighed.

Udover den symptomdæmpende indflydelse finder vi, at alkohol kan virke *bevidsthedsudvidende*. Det kan være en genvej til oplevelser i retning af at føle sig høj. Selvfølelsen øges, og mange beskriver, at de oplever langt bedre social kontakt, når de er påvirkede, end når de er ædru. Alkohol kan altså være en genvej til at føle sig frisat. Der bliver tale om en måde at nå frem til en oplevelse og føle en tilfredsstillelse. Man kommer videre. Nikotin kan styrke bevidsthedsintensiteten. Det samme kan være tilfældet med alkohol.

Undertiden ser det ud til, at alkohol både kan dæmpe angst eksempelvis præstationsangst og samtidig virke som benzin på motoren og gøre en høj. Dette syntes i nogen grad at have været tilfældet for en af vore største skuespillere Dirch Passer. I de seneste år af hans liv drak han, når han gik på scenen. Der hvilede et stort indre og ydre pres på ham, når han hver gang skulle overgå sig

selv, og han havde samtidig brug for at være speedet op og have en betydelig indre sikkerhed og tro på sig selv.

Hvis man drikker for at dæmpe smerte og angst, kan vi sige, at alkohol bliver brugt som *medicin*.

Hvis man drikker for at føle sig høj, får alkoholen virkning som en form for *benzin*.

Når cykelryttere tager stoffer, hælder de benzin på motoren, der herefter arbejder mere effektivt.

Doping er en særlig form for misbrug, der hjælper til at forbedre præstationerne. Der kan eksempelvis være tale om anabolske steroider. Amfetamin kan også anvendes i denne sammenhæng. Høje ambitioner, viljen til at vinde kan være medvirkende til forskellige former for doping.

Alkoholforbrug er en central del af den danske kultur. Det er kun ca. 5 procent af den danske befolkning, der er afholdsmænd. Vi er i dag opmærksomme på, at unge i Danmark har rekord i alkoholforbrug, og de starter deres forbrug i en meget tidlig alder. Forebyggelseskonsulent Lene Jensen og psykolog Anders Johansen, Ungdomscentret i Århus udtaler, at indsatsen i forhold til de unge under 18 år skal være anderledes end i forholdet til de voksne. Centerleder Ib Hansen fra Fyns Amts behandlingscenter udtaler, at de seneste år har vist en støt stigende tilgang af ganske unge under 18 år med problemer omkring brug/misbrug af rusmidler til behandlingstilbud over hele landet.

#### *Note*

I midten af 80'erne sad jeg i alkohol- og narkotikarådets alkoholudvalg, og i den forbindelse var jeg ude i nogle 6. klasser for at tale om alkoholvaner og problemerne med at drikke for meget. Den skole jeg besøgte befandt sig i et socialt belastet kvarter. Det var åbenlyst, at mange af børnene havde betydelige praktiske erfaringer med misbrugsproblemer fra deres hjem. De fortalte åbenhjertigt, men også hensynsfuldt om nogle af de situationer med fuldskab, de havde været vidne til i deres nærmiljø blandt familie og venner. En af drengene, der øjensynligt øjnede en fare for, at han også kunne komme ud i misbrug, sagde: "Jeg vil i hvert fald ikke blive som ham henne på bænken." Børnenes fornuftige overvejelser og deres forståelse af de problemer, der kan være forbundet med alkoholindtag i en tidlig alder, gav grund til en vis optimisme. Da jeg tre år senere talte med klasselæreren kunne hun imidlertid fortælle, at flere af børnene var ude i betydelige misbrugsproblemer. Deres mønster så ud til at kunne udvikle sig svarende til forældrenes. Forandringen var sket for børnene i 14-15 års alderen. Forskellen til i dag med en tilsvarende udvikling ville nok være, at flere børn var startet med at drikke allerede i 13 års alderen. Puberteten sætter tidligere ind i dag end for 100 år siden. Den biologiske barndom er blevet forkortet med mere end to år i denne periode. Gennemsnitsalderen for pigers menstruation er i dag 12 år. Mange er dog fuldstændig voksne, når de er 11 år, og dette indebærer at præpuberteten allerede sætter ind i 10 års alderen. Dette indebærer samtidig, at alkoholvanerne udvikler sig aldersmæssigt tidligere. Vi har ingen viden om, hvornår og i hvilket tempo, barndommen vil blive yderligere forkortet. Menstruationen hos piger sætter ind, når pigen vejer ca. 50 kg. Således har man været inde på, at kosten kan spille en væsentlig rolle for den tidlige pubertet. Den 20. oktober 2006 kunne man i Politiken læse, at 120 børn i 2005 blev sat i hormonbehandling, fordi de gik i pubertet før 11 års

alderen. Tallet for tidlig pubertet formodes at være meget større. En undersøgelse skal nu sættes i gang for at afdække problemets omfang.

I 80'erne gjorde jeg mig en del overvejelser over det betydelige slikforbrug, der var mange børns hverdag. Når man talte med de unge alkoholmisbrugende patienter om deres slikvaner som børn, var det tydeligt, at slik havde haft en ret stor plads. Jeg forestillede mig således, at der kunne være en sammenhæng mellem et stort slikforbrug i barndommen og tidligt indsættende alkoholforbrug. Ser vi på de tyve år der nu er gået, må man konstatere, at slikforbruget hos børn er steget, selv om man så vidt jeg er orienteret ikke har foretaget systematiske undersøgelser af slikforbruget hos børn på forskellige alderstrin. Det forekommer stadig værd at interessere sig for denne sammenhæng.

Der er i dag i debatten fokus på børnenes tendens til at styre for meget og forældrenes tilsvarende angst for at presse børn eller sætte dem i situationer, hvor det er de voksne og ikke børnene, der træffer valgene. Hvis valget for den 8-årige står mellem et museumsbesøg og en tur i bon-bonland, så er det ikke svært at forudse, hvilken udflugtsmulighed, der for barnet er den mest attraktive. Det er naturligvis ok med bon-bonland, men behøver det at være dette valg hver gang?

Den nydelses- og forbrugsorienterede kultur har vundet stort indpas i mange børns dagligdag, og er formentlig med til at øge risikoen for, at alkohol kommer tidligt ind i billedet. Nydelseskulturen er kendetegnet ved hurtig behovstilfredsstillelse, begrænsede præstationskrav og lav frustrationstolerance. Den har været med til at skabe et stigende antal overvægtige børn. Overvægt er det største misbrugsproblem i Danmark. Sodavandsdrikke er medvirkende hertil. De kommer ind i børnenes liv før alkoholen.

På Grønland er alkoholindtaget større end i Danmark, og invaliderende misbrug tillige mere omfattende. En af de særdeles alvorlige konsekvenser heraf er en ekstremt høj selvmordsrate på Grønland i forhold til hele den øvrige verden.

Hos psykiatriske patienter, der har udviklet paranoide psykoser, finder man ikke sjældent et amfetaminmisbrug. Det er velkendt, at amfetaminmisbrug kan føre til psykotiske tilstande, netop med paranoide symptomer. Det kan i praksis være svært at afgøre, om den paranoide psykose gav anledning til misbruget, eller et betydeligt misbrug førte ud i en psykotisk tilstand.

I 60'erne så vi ikke sjældent psykiatriske patienter, der havde misbrugt de såkaldte *hallucinogener* som eksempelvis LSD, der kunne fremkalde psykoselignende tilstande. Dette stof blev også på eksperimentel vis anvendt i behandlingen af svært neurotiske patienter for at bruge datidens sygdomsbetegnelse. Nogle patienter udviklede en livslang invaliditet, hvilket førte til erstatningssager, hvor bl.a. nu afdøde psykiatriske overlæge fra Frederiksberg Hospital Gert Jørgensen blev inddraget. Han havde udført eksperimenter med LSD i kælderen på Frederiksberg

Hospital. Nogle patienter opnåede erstatninger på 100.000 kr. Det diskuteres stadig om stoffet kan være så skadeligt, at det kan medføre kroniske psykoser eller anden form for psykisk invaliditet.

Stoffet anses ikke for egentlig vanedannende, men der findes patienter, der har prøvet det flere gange.

I en udsendelse i radioen for nylig fortalte forfatteren Ib Michael, hvorledes han i sine unge dage under rejser i Sydamerika havde eksperimenteret med hallucinogener, der havde bragt ham ud i mini-psykotiske tilstande, men han havde en oplevelse af, at han altid selv vidste hvor grænsen gik, og derfor kunne de tilstande han kom ud i ikke sammenlignes med egentlige sindssygdomme. Sådan vurderede han det i hvert fald.

En klassisk opdeling i misbrugsmidler er narkotika, der omfatter stoffer som opium, morfin og heroin. Udtrykket narkotika anvendes om lægemidler, der bruges som rusgifte på samme måde som man bruger udtrykket stimulanser.

Mennesker, der indtager *narkotika*, opnår over tid en farmakologisk tilvænning, der bevirker, at de kan tåle doser af stoffet, der for andre ville være dødelig.

En anden stor gruppe udgøres af sovemidler de såkaldte *barbiturater*.

Hyppt kombineres sovemiddelmisbrug med misbrug af andre medikamenter eller med alkohol, hvad der kan gøre symptombilledet meget broget og vanskeligt at identificere. Paradoksalt nok kan overdreven brug af sovemidler føre til søvnløshed.

En tredje gruppe karakteriseres som *stimulanser*. Det drejer sig om kokain, amfetamin m.m.

For amfetamin- og sovemiddelmisbrugere gør tilvænning sig hurtigt og mest udtalt gældende med hensyn til virkningen på de højere psykiske funktioner. Ved større doser forekommer rysten på hænderne, muskeluro, rastløshed, kolde, klamme hænder og fødder, hurtig puls med hjertebanken og trykken i hjerteregionen. Hjertet udsættes for skadelig overbelastning, hvilket indebærer risiko for død af hjertesvigt. Appetitløshed fører til vægttab. Mange misbrugere anvender gennem indsprøjtninger en blanding af narkotika og amfetamin. De psykoser, der kan fremkaldes via amfetaminmisbrug er kendetegnet ved angst, vrangforestillinger og hallucinationer. De kan være meget svære at skelne fra skizofreni.

I dag kender vi til misbrug gennem en række syntetisk fremstillede stoffer som ecstasy, der kan være overordentlig farlig.

### **3. Sygdomsbilleder ved misbrug**

*Psykotiske tilstande.*

En psykose indebærer et sammenbrud af jeg-funktioner, dvs. svigtende evne til at opleve kontinuitet og sammenhæng i tilværelsen.

Jegets evne til at skelne mellem aspekter af den indre og ydre verden er gået tabt.

Til enhver psykotisk tilstand hører vrangforestillinger og en virkelighedsopfattelse, der er klart afvigende. Der kan indgå hallucinationer, konfusion og forskellige former for adfærdsforstyrrelser med svigtende social tilpasning til følge.

Ud fra den opfattelse, at eksempelvis skizofreni er en biologisk medieret sygdom, har genetikere grundet sygdommens hyppige forekomst i bestemte slægter, interesseret sig for kromosomforskning. I Århus er man tilsyneladende ret langt i retning af at kunne identificere kromosomanomalier, der kan have betydning for udviklingen af skizofreni. Forskellige faktorer kan være bestemmende for psykosens gennembrud. Psykosen er karakteriseret ved. autisme, associationsforstyrrelser, ambivalens, affektive forstyrrelser. Sekundært identificeres: tankeforstyrrelser, hallucinationer (hørelse, lugt, syn, smag). Motoriske forstyrrelser i form af tvangsfænomener.

Man beskriver undertiden skizofreni som en neuronal udviklingsforstyrrelse, der hænger sammen med følgende forhold:

- En uudviklet evne til at sætte ord på følelser.
- Nedsat opmærksomhed og hukommelse.
- Lav stimulusbarriere.
- Psykologisk sårbarhed.
- Forstyrrelser i opvæksten/negative objektrelationer.
- Skader i selvudviklingen.
- Traumatiske oplevelser.

I Danmark ser vi hos en meget stor gruppe unge skizofrene et betydeligt misbrug, hvor alkohol og hash er de hyppigst anvendte stoffer. Det er mærkbart ved kongresser, hvor flere lande mødes, at Danmark i årevis har levet med dette problem i en helt anden udstrækning end vore nabolande. Uden at kende de præcise tal vil jeg desuden mene, at op mod 80 procent af de skizofrene patienter er nær på at være storrygere. Sandsynligvis tjener rygning bl.a. til at dæmpe bivirkningerne ved psykofarmakaindtagelse.

Der forskes også i mulige genetiske faktorerers betydning for udvikling af forskellige former for misbrugsproblemer.

En væsentlig organisk betinget psykose, der kan skyldes alkoholmisbrug er Wernicke-Korsakoff syndromet. I det følgende er i skematisk form angivet de vigtigste informationer om dette syndrom.

*Wernicke-Korsakoff syndrom.*

Svækkelse/beskadigelse af perceptuelle- motoriske funktioner.

Indlæring og hukommelse først og fremmest korttidshukommelse og episodisk hukommelse.

Abstraktion og problemløsning.

Man kan finde nogenlunde bevaret proceshukommelse dvs. evnen til at lære enkle, gentagne færdigheder. Prognosen for patienterne er gennemgående dårlig.

Amnesi. Der er her først og fremmest problemer med nyindlæring. Man finder desorientering i personlige forhold, tid og geografiske forhold.

Konfabulering, hvor hukommelseslakuner udfyldes.

Langtidshukommelsen dvs. eksempelvis erindring om barndomsoplevelser kan være relativt intakt.

På det organiske grundlag finder man:

Orbitobasale-frontallaps dysfunktioner (øverste frontale associations cortex).

Diencefale skader.

Skader på hippocampus.

Skader på amygdala.

Neurontab i hypothalamus og cerebellum.

Støttevævet er reduceret, men kan undertiden gendannes. Der er tale om tab af den hvide substans.

Desorientering omkring personlige forhold kan betyde, at patienten vurderer sin alder forkert og angiver et erhverv, han aldrig har haft. Desorientering i tid kan indebære, at han siger, vi har sommer, mens vi har vinter. Ved at kigge ud af vinduet kan man undertiden nå til enighed om, hvilken årstid, vi har, men spørger man fem minutter senere, får man måske at vide, at det er efterår.

Geografisk desorientering kan dreje sig om, at en patient, der opholder sig i København mener, at han befinder sig i Århus eller et sted i Sverige.

Der er hyppigt også desorientering omkring privat adresse.

Øvrige karakteristiske symptomer ved WKS er:

Sløvhed.

Træthed.

Apati.

Sænket bevidsthedsniveau.

Balanceproblemer.

Undertiden desuden:

Hallucinationer.

Ved forgiftning kan forekomme hallucinationer, delir og jalousiforrykthed.

Diagnostisk procedure ved alkoholinduceret kognitiv skade omfatter.

Kortlægning af sygehistorien.

Fysisk/neuropsykiatrisk undersøgelse.

Laboratorieprøver.

Neuropsykologisk undersøgelse.

Hjernescanning.

EEG.

*Øvrige væsentlige psykoser er:*

- Akut, forbigående psykose.
- Affektiv sindslidelse med psykotiske symptomer.(de bipolare og de skizo-afektive psykoser).
- Paranoid psykose.
- Organiske psykoser (Til denne gruppe regnes ikke skizofrenierne).
- Histrionisk/dissociativ psykose.

*Personlighedsforstyrrelser DSM-IV.*

Inden for psykiatrien diagnosticeres patienter i Danmark efter diagnosesystemet ICD-10. Dette diagnosesystem har mange fælles træk med diagnosesystemet DSM-IV, der i en række henseender forekommer mere nuanceret end ICD-10.

Ved personlighedsforstyrrelser er der tale om et varigt mønster af indre oplevelser og mellemmenneskelig adfærd, der afviger markant fra forventningerne i den kultur, hvor vedkommende lever.

Når personlighedstrækkene er ufleksible og uhensigtsmæssige og funktionelle problemer eller subjektivt ubehag er dominerende, udgør de en personlighedsforstyrrelse.

Det er en stor udfordring at finde frem til det tidspunkt i et barns udvikling, hvor personlighedsstrukturen er nogenlunde fastlagt. Formentlig kan man i hvert fald tale om, at dette udviklingstrin er nået ved 8 års alderen. Fremtiden vil måske vise, at det kan kortlægges tidligere.

Fordelene ved en tidlig kortlægning kan være, at nogenlunde præcis viden giver mulighed for målrettet pædagogisk stimulering. Ulempen kan være, at man udvikler forudfattede meninger om et barn og derved bremser barnets muligheder. Mange børn med DAMP problematik og andre typer

alvorlige opmærksomhedsforstyrrelser er i stor fare for at udvikle misbrugsproblemer som voksne. Der findes også en overrepræsentation af mennesker med alvorlige opmærksomhedsproblemer i vore fængsler. DAMP problematikken, der identificeres som en medfødt hjerneskadeproblematik, associeres hyppigt med antisociale personlighedsforstyrrelser.

I det amerikanske diagnosticeringssystem DSM-IV foretager man en gruppering af personlighedsforstyrrelser på følgende måde:

#### ***Cluster A***

- Skizotypal.
- Paranoid.

Disse forstyrrelser er karakteriseret ved en introvert stil. Devaluering og spekulationer over andres motiver til handling er meget karakteristiske for mennesker med en paranoid personlighedsforstyrrelse.

#### ***Cluster B.***

- Histrionisk.
- Borderline
- Narcissistisk.
- Antisocial.

Dette cluster kaldes det dramatiske cluster. Mennesker med forstyrrelser inden for cluster B er præget af intens emotionalitet og styrke. Interaktion med omverden styres af følelser.

#### ***Cluster C.***

- Avoidant
- Dependent
- Obsessiv/kompulstiv

Ved disse lidelser drejer indre temaer sig ofte om at føle sig kritiseret, skamfuld og ydmyget i samværet med andre. Mennesker med disse personlighedsforstyrrelser har stærkt behov for at beskytte sig mod ydmygelse, og de er bange for at miste kontrol.

I det diagnostiske arbejde med patienter, der har en personlighedsorganisation på borderline-niveau (Cluster B) har det vist sig, at man hyppigt i Rorschach-protokoller finder svar, der bliver fortolket som symbolsk udtrykte vanskeligheder ved at adskille sig fra et primært objekt, dvs. foretage den nødvendige differentiering.

Hvis man skal undersøge sammenhængen mellem personlighedsstruktur og misbrug, er der flere veje at gå. DSM-IV giver mulighed for differentiering dvs. frem for blot at klassificere og

identificere et ”gruppetilhørsforhold”, bliver der tale om en mere nuanceret, dimensionaliseret personlighedsbeskrivelse. Et personlighedstræk kan forekomme i større eller mindre udstrækning hos et menneske. Udviklingen af DSM-IV systemet sker i takt med at psykologer får stadig større indflydelse på systemet på baggrund af den psykologiske forskning og nyere psykologiske instrumenter eller test.

Går vi ud fra de tre Cluster B i DSM-IV systemet vil vi forvente, at finde relativ høj forekomst af misbrugere hos mennesker med en *antisocial personlighedsforstyrrelse*.

Den antisociale personlighedsforstyrrelse kan identificeres gennem følgende adfærds- og interpersonlige, kognitive og emotionelle stilistiske træk.

Adfærdsstilen hos mennesker med antisocial personlighedsstil karakteriseres ved impulsivitet, irritabilitet og aggression. Disse mennesker er uansvarlige i forhold til arbejde og økonomi. At bryde regler er karakteristisk for dem. Personligheder med antisociale personlighedsforstyrrelser identificeres også gennem deres impulsive vrede og gennem et upålideligt adfærdsmønster. Det er mennesker, der tillige ofte engagerer sig i risiko- og lystbetonet adfærd.

Deres personlighedsstil er kendetegnet ved oppositionelle træk og hensynsløs adfærd i forhold til andre menneskers behov og sikkerhed. De er konkurrencebetonede og mistroiske i deres forhold til andre, er dårlige tabere. I deres relationer til andre kan de være beregnende.

Disse træk kan kendetegne såvel den succesfulde forretningsmand som den kriminelle.

Den kognitive stil hos den antisociale personlighed beskrives som impulsiv og kognitivt infleksibel såvel som ydre-orienteret (outer locus of control). Disse mennesker er dygtige til at aflæse og reagere på sociale signaler. Fordi de udviser foragt over for myndigheder, regler og sociale normer, kan de let rationalisere deres adfærd. Impulsivitet, irritabilitet og aggressivitet, disponerer dem for at kværulere og endog handle voldeligt.

Hos den antisociale personlighed ser det ud til, at misbruget hænger sammen med spændingssøgning, der også har betegnelsen sensation seeking. Det karakteristiske ved antisocial adfærd er manglende hensyntagen.

*Den tvangsprægede person (Cluster C)* er ikke den man først tænker på når man tænker på misbrug, fordi de tvangsprægede personer netop er præget af en høj grad af kontrol. Imidlertid ser man undertiden mennesker, der lider under et betydeligt indre pres grundet perfektionisme. I de perioder, hvor perfektionismen dominerer, kan de arbejde samvittighedsfuldt og i flere henseender fungere på et tilfredsstillende niveau udadtil, mens de indadtil er plaget af deres hæmninger. Når perioden med misbrug starter, forsvinder al kontrol og hæmningerne løsnes. Der kan gå mange år med sådanne

svingninger mellem perioder med kontrol og perioder med misbrug. Undertiden ser det ud til, at misbrugsfaserne er sammenhængende med et sænket stemningsleje. Man har således konstateret, at nogle af de mennesker, vi i gamle dage kaldte for kvartalsdrankere i virkeligheden var ikke-diagnosticerede patienter med bipolare sindslidelser, der tidligere blev identificeret som manio-depressive sindslidelser (jf tidligere kasuistik med mand i 30'erne).

Len Sperry (1995) adskiller den obsessivt kompulsive personlighed fra den obsessivt kompulsive personlighedsforstyrrelse. I det første tilfælde er der tale om en karakterstruktur og en livsstil, mens der i det sidste tilfælde er tale om forstyrrende og genererende tvangstanker og tvangshandlinger. Personlighedsstilen er egosynton, hvilket vil sige, at personen identificerer sig med sine personlighedstræk og sin livsstil, mens OCD-problematikken drejer sig om egodystone, dvs. jeg-fremmede og belastende reaktionsmåder. Len Sperry skelner mellem de karakteristiske træk ved personlighedsstilen og de karakteristiske træk ved personlighedsforstyrrelsen. Svære tvangstanker kan være stærkt invaliderende og disponere for misbrug, der indebærer spændingsreduktion.

#### *Den histrioniske personlighedsorganisation og personlighedsforstyrrelse. (Cluster B)*

Vi taler ikke længer om hysteriske neuroser, men bruger i stedet begrebet histrionisk personlighedsforstyrrelse. Der er tale om et kontinuum fra det sunde og normale til det patologiske. I den sunde del af spektret har vi den histrioniske personlighed og i den patologiske del har vi den histrioniske personlighedsforstyrrelse. En række træk kendetegner den forstyrrede personlighed inden for adfærd, interpersonlige relationer, kognitive og emotionelle stilarter.

Adfærden er kendetegnet ved det charmerende, dramatiske og ekspressive og samtidig det krævende og selvoptagede. Der kan være tale om det opmærksomhedssøgende og manipulerende. Der er begrænsninger i indlevelsesevnen

Disse mennesker er ofte impulsive og de kan være feltafhængige. De er suggestible og meget påvirket af anerkendelse fra andre.

I DSM-IV systemet arbejder man tillige med paranoid, avoidant (evasiv), dependent, narcissistisk og borderline-personlighedsforstyrrelserne.

Ser vi på det paranoide og de evasive personlighedsforstyrrelser i relation til misbrug, vil man forvente, at de isolerer sig med deres misbrug, at det altså ikke indgår særligt ofte i sociale sammenhænge.

Mennesker med personlighedsforstyrrelser i form af dependens, utilstrækkelig autonomi dvs. oplevelse af selvstyring og som desuden har en svag rumlig og kropslig differentieringsevne har en

øget sandsynlighed for at udvikle misbrugsproblemer, hvorfor Hermann Witkins personlighedsteori gennemgås.

*Witkins* teori om feltafhængighed- feltuafhængighed har dannet baggrund for en række personlighedstest, heriblandt Witkin Embedded Figures test, der indgik i Alice Theilgaards disputatsarbejde om kromosomanomalier hos mænd og kvinder og prøvesystemet. ”Tilted room and chair”, der i sin tid blev brugt ved udvælgelse af astronauter til de første rumforskningsprogrammer.

Witkins test. (se Brun og Knudsen; 2006) er blevet anvendt i en række tværkulturelle studier.

Witkins kognitive test er samtidig personlighedsprøver, og Witkin er en af de få forskere, der forener en kognitiv teori med en personlighedsteori.

Witkin arbejdede med begrebet feltafhængighed og feltuafhængighed. Ved feltuafhængighed forstås en rumlig og kropslig differentieringsevne, der samtidig er forbundet med ringe suggestibilitet.

Witkin var af den opfattelse, at barnet med stigende alder frem til 15-16 års alderen udvikler en stigende rumlig og kropslig differentieringsevne, der kan måles gennem hans test som eksempelvis Embedded Figures Test. Samtidig med at denne differentieringsevne udvikles, får barnet en stadig mere sikker dømmekraft. Barnet kan danne sig sine egne meninger og holde fast på dem.

Nogle af de mænd, der blev udvalgt til astronautprogrammerne havde en meget høj grad af feltuafhængighed og samtidigt viste de sig at være meget lidt suggestible.

Witkin påpegede, at der er store individuelle forskelle, således at nogle mennesker er mere feltuafhængige end andre, og han mente at mænd gennemgående var mere feltuafhængige end kvinder. Han anså ikke dimensionen feltuafhængighed for at være relateret til intelligens.

I kvindeåret 1976 påtog en specialestuderende Marianne Larsen (i dag Krøyer) sig at undersøge 200 borgere i Roskilde, som var fordelt nogenlunde præcist i forhold til Socialforskningsinstituttets krav til undersøgelser af denne art, hvor der bl.a. skal tages hensyn til køn, alder og socioøkonomisk status. Undersøgelsen konkluderede, at mændene som gruppe klarede sig bedst, men når man undersøgte forholdene nærmere viste det sig, at hvis man sammenlignede de to grupper bedst uddannede mænd og kvinder, så udlignede forskellene sig. Desuden fandt hun, at mænd med en kortere skolegang end svarende til 9 år, fordelte sig i to populationer, hvor de mænd, der siden havde brudt skolekurven og erhvervmæssigt havde klaret sig bedre end forventet, nåede bedre testresultater end dem, der ikke var nået så langt erhvervmæssigt. Tilsvarende forskelle fandtes ikke hos kvinderne.

Witkin fandt i sine tværfaglige studier, at mennesker der er feltuafhængige fungerer mere selvstændigt socialt og i højere grad end de feltafhængige holder fast på egne meninger. De feltafhængige vurderes som mere dependente og mindre socialt sikre.

Witkins teori har lighedspunkter med Lazarus-gruppens teori, der handler om indre centrum for kontrol i forhold til ydre centrum for kontrol. Mennesker, der har et højt indre centrum for kontrol oplever, at de er herrer i eget hus. De føler sig selvstændige, og de oplever, at de har gode muligheder for at påvirke deres eget liv og skæbne. Kommer de i vanskeligheder tager de i højere grad ansvar end tilfældet er det med de mennesker, der har et højt ydre centrum for kontrol. Mennesker med et ydre centrum for kontrol kan være tilbøjelige til at lægge ansvaret ud på omgivelserne, og hvis de har problemer vil de finde forklaringen i miljøet omkring dem hos forældre, politikere, lægen, sygdommen, præsten m.m. Disse mennesker kan være kendetegnet ved en betydelig dependensproblematik.

Det er velkendt, at mange, der har udviklet misbrugsproblemer, har et højt ydre centrum for kontrol og således en dependensproblematik. Som behandler oplever man, at de meget gerne vil fralægge sig ansvaret og tilsvarende lægge opgaven over på behandleren.

I DSM-IV arbejder man med personlighedstyper, der er kendetegnet ved dependens. Hvis disse mennesker udvikler en afhængighedsproblematik, vil den behandlingsmæssige udfordring bl.a. indebære, at man skal arbejde med deres selvstændighed.

Vi skal her se på borderline- og narcissisme grupperne.

Johan Cullberg skriver:

”Den emotionelt ustabile personlighed blev tidligere kaldt borderlinepersonligheden, der betegner en psykisk forstyrrelse, som hverken er en neurose eller en psykose. Begrebet borderlinepersonlighed bruges stadig ofte uden entydig definition og i mindst tre forskellige betydninger. Det anvendes om en tilstand, der tilsyneladende befinder sig midt mellem psykose og ikke-psykose. Men det kan også bruges mere veldefineret i overensstemmelse med ICD-10 hvor der tales om en emotionelt ustabil personlighed af borderline-type. Endelig kan det inden for den psykodynamiske tradition betegne en personlighedsstruktur, der står i modsætning til en neurotisk personlighedsstruktur kendetegnet ved hæmning.”

Mennesker med borderline-personlighedsstruktur kan være højt begavede, fantasifulde og kreative. De kan med andre ord have mange ressourcer. Selv om de er blevet skuffede i deres forventninger til følelsesmæssige relationer til andre mennesker, kan de have et nært forhold til kunst, kultur, natur og dyreliv.

Der er to retninger inden for borderline-diagnosticeringen. Den ene retning er repræsenteret ved Otto Kernberg. Her defineres borderline-begrebet ud fra de karakteristiske træk ved personlighedens struktur eller organisation.

Kernberg arbejder med følgende karakteristika:

Identitetsdiffusion: Dette kan indebære tomhedsfølelse og en modsigelsesfuld selvopfattelse (god/ond) og en modsigelsesfuld oplevelse af andre mennesker.

Der kan være tale om en primitiv forsvarsorganisation, hvilket indebærer at primitive forsvarsmekanismer dominerer som eksempelvis splitting og projektiv identifikation.

Patienterne er kendetegnet ved en nogenlunde intakt realitetstestning (dømmekraft). Dog har dømmekraften blinde pletter. Uspecifikke træk kan være indikatorer på jeg-svaghed. Her forstås:

- Svigtende angsttolerance
- Svigtende impuls kontrol
- Svigtende evne til sublimering (dvs. manglende evne til at forvandle driftsimpulser i konstruktiv retning til acceptable aktiviteter). Når man sublimerer omsættes en driftsimpuls til aktiv handling, nysgerrighed, en undersøgende indstilling.

Den anden retning som kommer til udtryk i ICD-10 er mere klinisk-deskriptivt orienteret. Her stilles diagnosen hovedsageligt med udgangspunkt i ydre observerbare kendsgerninger. I ICD-10 taler man om ustabil personlighedsstruktur i henholdsvis impulsiv type og borderline type. I praksis overlapper beskrivelserne, og klinikerer må forholde sig til dem begge.

### *Den narcissistiske personlighed*

Ordet narcissistisk kommer af den græske myte om Narkissos, som var så forelsket i sit eget spejlbillede, at han ikke kunne holde op med at betragte sig selv i kildens vand og derfor lidt efter lidt sygnede hen og døde.

Narcisisme er ikke i sig selv noget unormalt eller sygeligt. Alle mennesker er nødt til at have et vist mål af selvkærlighed for at overleve, og alle er afhængige af andres påskønnelse for at kunne opretholde deres selvkærlighed. Alle har inderst inde forestillinger om egen grandiositet og alle har oplevet krænkelser og nederlagsfølelse.

Kernberg har beskrevet denne personlighedstype som forstyrret på borderline-niveau. Udadtal kan disse mennesker dog virke sunde.

Len Sperry skelner mellem narcissistisk personlighedsstil og narcissistisk personlighedsforstyrrelse.

Antitesen til narcissisme er objektkærlighed (Kohut). Det er kvaliteten af objektrelationer, der har betydning.

Len Sperry (1995) har udarbejdet en systematisk beskrivelse af karakteristika ved forskellige former for personlighedsforstyrrelser. Han foretager en analyse af såvel den basale struktur som personlighedsforstyrrelsen. Den ser ud som følger:

1. Behaviour appearance (åbenlyse adfærds karakteristika).
2. Interpersonlig adfærd.
3. Kognitiv stil.
4. Følelsesstil.
5. Forældre påvirkning/miljøfaktorer.
6. Selvopfattelse.
7. Syn på verden.
8. Forhold karakteristiske for selvet.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der til grund for enhver personlighedsforstyrrelse ligger en personlighedsstruktur. Det er ligeledes vigtigt at forsøge at finde frem til den grundlæggende personlighedsstil og karakterstruktur, der ligger bag forskellige psykotiske tilstande. Det er ikke tilstrækkeligt at diagnosticere eksempelvis en skizofreni, hvis man ikke samtidig har fat i væsentlige personlighedsegenskaber eller karaktertræk hos patienten, således at vi har muligheder for at forudsige noget væsentligt omkring det pågældende menneskes forvaltning af den belastning, der ligger i at blive ramt af en psykose.

Nogle tilstandsbilleder er overordentlig komplicerede. I praksis har det vist sig, at det undertiden kan være svært at differentiere mellem en depressiv psykose og en begyndende dementiell udvikling.

#### *Neuropsykologiske sygdomsbilleder*

En psykologisk undersøgelse, der skal afdække en eventuel dysfunktion må omfatte flere typer psykologiske prøver, som giver mulighed for at fokusere på forskellige delaspekter af de samlede funktioner. Hos Brun og Knudsen (2006) identificeres et basisbatteri for en neuropsykologisk undersøgelse. Dette prøvebatteri anvendes på de forskellige hjerneskadecentre i Danmark. Nogle af disse test gennemgås på dette kursus af Torben Østergård og Anders Degn Pedersen. De to psykologer gennemgår således Mini Mental test, Wisconsin kortsortering, Trail Making A & B,

delprøver fra WAIS III, simple og komplekse spændviddeprøver, Rey's komplekse figurer, Rey's test for verbal indlæring og hukommelse.

Claus Werchmesiter gennemgår prøver til måling af arbejdshukommelse, eksekutive funktioner (Wisconsin). Planlægning (Tower of Hanoi, labyrinttest) Beslutningstagen/logisk ræsonneren (selection test) Impulsivitet (Matching familiar figures. Orbitofrontal funktion (Go/No go test m.fl.). Perspektivtagen (Theory of Mind).

I det følgende beskrives kort centrale neurokognitive funktioner.

De eksekutive funktioner er centrale styringsprocesser, der har til formål at organisere og integrere kognitive processer, men adskiller sig fra disse ved at være relativt domæne uspecifikke. Der er tale om globale funktioner med indflydelse på alle aspekter af adfærd. Det neurale grundlag for de eksekutive funktioner formodes først og fremmest at være frontallapperne (især det præfrontale cortex). Igennem barndommen sker en gradvis udvikling af de eksekutive funktioner. Udviklingsmæssigt er der frontallapsaktivitet allerede hos spædbarnet. Der sker en spurt mellem 7 og 10 år. Modningen sker omkring pubertetens begyndelse.

De eksekutive funktioner omfatter selvregulering, sekventering, fleksibilitet, reaktionshæmning (response inhibition) planlægning, organisering af adfærd.

Ved det såkaldte frontallapssyndrom er der ofte sket en ændring af patientens personlighed, hvilket kan vise sig i den sociale adfærd, eksempelvis ved manglen på initiativ. Patientens adfærd bliver forstyrret i forbindelse med planlægning, kontrol, initiativ, emotionalitet og koncentration.

Desuden viser patienten ofte svigtende sygdomsindsigt. Ved en skade i venstre frontallapsregion finder vi desuden problemer med sproglig formulering. Disse vanskeligheder vil også give sig til kende ved skriftlig kommunikation.

Karakteristiske symptomer ved en skade i parietallapperne er besvær med at registrere berøring af ting eller genstandes form og kvalitet. Desuden besvær med at registrere temperaturforskelle.

*Amnestiske forstyrrelser* kan forekomme ved meget alvorligt alkoholmisbrug og ved forskellige former for hjerneskader som eksempelvis iltmangel til hjernen ved drukneulykker.

De oftest iagttagede symptomer er:

Nyindlæring svært forstyrret, og som følge heraf ses varierende grader af desorientering.

Retrograd amnesi. Hukommelsen for begivenheder forud for sygdommen kan være velbevaret. Man ser imidlertid hyppigt, at måneder eller år kan være væk, som regel de seneste forud for sygdommen. Hukommelseslakuner udfyldes ofte med plausible indfald, fabuleringer eller i den akutte fase konfabuleringer (jf. omtalen ovenfor af Wernicke-Korsakoff syndromet).

*Anosognosi* (en indgribende form for svigtende erkendelse, hyppigt forstærket af patientens glemsel for det skete).

Emotionelle ændringer i slægt med, hvad der ses ved visse frontallapssyndromer, med emotionel forfladigelse, ringe drive og spontanitet. Endelig kan man finde en lidt for udtalt føjelighed/eftergivenhed.

Øvrige kognitive funktioner kan være forholdsvis velbevarede.

*Højre hemisfære syndrom*. Patienten er ved denne form for hjerneskade emotionelt overraskende upåvirket af sin sygdom.

Ved en neuropsykologisk undersøgelse undersøges for:

- Rum/retningsforstyrrelser
- Svigtende opmærksomhed (neglect) over for visuelle indtryk
- Andre sansemodaliteter.
- Manglende fornemmelse af kropsdele
- Svigtende tidsopfattelse
- Emotionel ændring (indifferens, eleveret stemningsleje).

Anosognosi er ofte ledsaget af apraksier (eksempelvis påklædningsapraksi).

Det sker overraskende ofte, at højresidigt ramte apopleksipatienter benægter, at deres venstre arm og eller ben er lammede. Undertiden fremkommer de med detaljerede forklaringer på deres vanskeligheder. En kvindelig patient sagde således, at den lammede arm, der lå i sengen ved siden af hende, ikke var hendes egen arm. Da undersøgeren pegede på hendes vielsesring, svarede hun, at nogen måtte have taget den. Da hun blev bedt om at flytte armen, kom hun med en undskyldning i form af gigt, der gjorde det for smertefuldt at bevæge den. Der er i sådanne situationer tale om fænomenet konfabulering, der er beskrevet i forhold til ny viden om hjernens funktion i tidsskriftet *New Scientist* 7. oktober 2006. Om fænomenet konfabulering skyldes hukommelsestab, forstyrrelse i emotionalitet eller forstyrrelser i body image, ved vi ikke med sikkerhed. Muligvis vedrører funktionssvækkelsen den orbitofrontale cortex (placeret i hjernen lige bag øjenhulerne). OFC kendes bedst som en del af hjernens belønningssystem, som får os til at udføre behagelige handlinger eller søge, hvad vi har behov for. Imidlertid har OFC og andre frontale hjerneregioner også til opgave at styre alle de informationer, der genereres gennem vore sanser, hukommelse og fantasi, idet det unødvendige undertrykkes og det virkelige og relevante sorteres frem. Vores evne til at spore virkeligheden på denne måde sætter os i stand til at vurdere alting subjektivt og foretage

prioriteter. Den danske neurovidenskabsmand Morten Kringelbach, der forsker i Oxford, beskæftiger sig med dette felt.

Mennesker, der konfabulerer, har muligvis en skade på OFC, hvilket vil sige, at denne del af hjernen muligvis ikke modtager al den relevante information eller er ude af stand til at sortere den på en rimelig måde. Kringelbach interesserer sig videre for den konfabulering, man finder hos børn og for konfabulering hos voksne, der opstår, når vi er ude af stand til at forklare fænomener på en logisk måde.

Hvis man anser skizofreni for at være en neurobiologisk lidelse, kunne man tænke sig at en del vrangforestillinger, der jo også er en form for konfabulering opstår, fordi personen ikke er i stand til at forklare de perceptionsforstyrrelser, han registrerer. Artiklen i New Scientist (oktober 2006) har følgende provokerende slutning: "It is an unsettling thought that perhaps all our conscious mind ever does is dream up stories in an attempt to make sense of our world."

Ved *agnosi* forstås forstyrrelser i opfattelse og bearbejdning af stimuli fra omverdenen. Gnose betyder at erkende. Som regel er der tale om forstyrret opfattelse, der er knyttet til forskellige modaliteter og funktioner. Agnosier navngives som regel efter sansemodaliteten eller den svigtende funktion.

*Apraksier*: Viser sig ved svigt i formålsrettede udførelser af handlinger. Der er tale om en eksekutiv defekt. Handlesekvensen fra idestyring af delhandlinger dvs. motorisk udførelse kikser på et eller flere trin. Forstyrrelsen skal ikke forveksles med at være klodset eller upraktisk. Der findes fire hovedgrupper inden for apraksier.

- Konstruktionsapraksi (integration af visuel og kinæstetisk information svigter)
- Påklædningsapraksi.
- Ideomotorisk apraksi (ideen er bevaret, men omsætningen i et præcist motorisk program svigter. (Patienten ved godt, hvad kammen skal bruges til, men at få det omsat i handling lykkes ikke.)
- Ideatorisk apraksi (dvs., ideen er tabt).

### *Afasier*

Det dominerende venstre hemisfære syndrom og de væsentligste symptomer er:

Impressive sprogforstyrrelser auditivt eller ved læsning, centrale sproglige bearbejdningsforstyrrelser, ekspressive forstyrrelser mundtligt eller skriftligt, taleforstyrrelser (dysartri), emotionel ændring (depressive reaktioner, katastrofereaktioner).

*Cerebral astenopi* ses ikke så sjældent hos hjerneskadede patienter. Der er tale om en tilstand med abnorm hurtig udtrætning af synsperceptionen, uden at der er forstyrrelser i det perifere sanseapparat (øjet). Fænomenet ytrer sig ved at det sete bliver uklart, får dobbeltkonturer, står ustabilt (ostevinduet) kan forsvinde formindskes, se ud til at vælte etc.

Det karakteristiske er, at forstyrrelserne først kommer efter en vis latenstid. Forværres som regel af stærkt lys. Er meget varierende i sværhedsgrad. I enkelte tilfælde i sig selv direkte invaliderende (eksempelvis en tandlæge med svære synsforstyrrelser efter få sekunder i det stærke lys).

Perseveration er et karakteristisk symptom ved hjerneskader.

W. Perry har ud fra Rorschachprøve-protokoller beskrevet tre typer perseveration. Han har identificeret dem gennem arbejdet med hjerneskadede.

1. Phonemic perseveration.: repeterende fonemisk udtryksmåde ” en kvinde, der befinder sig i en dam” ” En dam.”
2. Tematisk perseveration. ”gentagelse af et tidligere svar. Genopdukken af et indhold eller tema. Man finder det ved temporallapssygdomme. En elaborering af et tema, hvad enten det passer på klattens udformning eller ej. ”en sommerfugl” ”En sommerfugl i flugt.”
3. Stuck in set perseveration. Kompulsiv brug af en ramme eller en strategi. Sprog eller indhold tages fra et tidligere svar. ”De to arme får det til at ligne en engel.” ”To personer, der danser. De har to arme.”

I forhold til forskellige patientkategorier har Perry beskrevet nogle karakteristiske træk.

*Alzheimers patienter viser:*

Mekanisk perseveration. Indholdperseveration- fonetisk perseveration- stuck in set perseveration- tematisk perseveration.

*Huntington patienter viser:*

Eksekutiv perseveration. Problemer med hæmning.

*Subkortikale patienter viser:*

Stuck in set perseveration.

*Frontal korteks defekt patienter viser:*

Problemer med selektion ved handlen. Øgning af stuck in set perseveration.

*Skizofrene patienter viser:*

Fiksering på det samme sæt ideer. Vender tilbage til det samme igen og igen. Dette er et almindeligt element i skizofreni.

W. Perry fremhæver, at hukommelse anses for at være en hjernefunktion, der hører under neuropsykologien. Personlighed eller emotionelle forandringer, der følger hjerneskade, er først for nylig blevet gjort til genstand for udforskning. Strukturerede neuropsykologiske tests, der vurderer sprog, perceptuelle og motoriske test, er velkendte. Under Rorschachprøven er der tale om løsning af abstrakte problemer. Det er en form for problemløsningstest, hvis natur og udstrækning afslører personens bevidsthedsniveau og grad af forvirring. Hans svar afdækker, hvor flydende hans tænkning er og den afdækker forstyrrelser i logisk tænkning, når strukturen i testomgivelserne forsvinder. De perceptuelle problemer hos patienter med Wernicke-Korsakoff syndromet kan skyldes forstyrrelser ved indkodning (delvis analyse af komplekse visuelle stimuli).

#### **4. Psykologiske undersøgelser ved misbrugsproblematik**

Man skelner i almindelighed imellem kognitive/neuropsykologiske undersøgelser og personlighedspsykologiske undersøgelser. Det er hensigtsmæssigt først at gennemføre den neuropsykologiske del af undersøgelsen og derefter den personlighedspsykologiske del.

Et neuropsykologisk basisprogram skal tage højde for en vurdering af den basale intelligens. Det skal omfatte såvel verbale som non-verbale indlæringsprøver. Desuden skal det indeholde problemløsnings og visuo-konstruktive opgaver og prøver, der registrerer simultankapacitet og omstillingsparathed. Nogle af opgaverne skal være tidsafhængige.

Ser man på forskellige former for stofmisbrug, er det misbrug af alkohol, der oftest giver anledning til kognitive problemer. En grundig anamnese er nødvendig bl.a. i forsøget på at afdække hovedtraumer, som man ofte finder ved de alvorlige tilfælde af alkoholmisbrug. Lang tids hashforbrug anses ligeledes for at have en skadelig indvirkning på kognitive funktioner og føre til intellektuel reduktion.

I forhold til yngre mennesker kan det være en god ide at gennemføre en fuld WAIS-III, fordi man herigennem får et fint indblik i viden, færdigheder, evner for logisk tænkning. Endvidere får man en god fornemmelse af patientens/klientens arbejdsmetoder og reaktioner i konfliktløsningssituationer. Udholdenhed over for tilbøjeligheden til at give op.

Gennemgangen af prøven er særdeles relevant set i et erhvervsperspektiv som grundlag for vejledning omkring fremtidig uddannelse og arbejde.

Hvad angår personlighedsprøver kan det være en god ide at indlede med J. Rotters sætningsfuldendelsestest, der er let tilgængelig og giver et godt samtalegrundlag omkring bevidste konflikter, følelsesmæssig tilknytning og basale følelser.

Rorschachprøven er en god prøve, men den kræver en del træning, før man kan anvende den i klinikken. Derfor anbefales lettere tilgængelige metoder som eksempelvis NEO-PI-R, der er baseret på fem faktormodellen, som vi skal se på, og PAI (Personality Assessment Inventory), der er specielt god til afdækning af misbrugsproblemer, men også som grundlag for praktisk vejledning og målrettet behandling.

I arbejdet med psykologiske undersøgelser af misbrugere kan man som udgangspunkt vælge en personlighedsteoretisk model, der kan bruges som grundlag for personlighedsbeskrivelsen. I mange år var psykologer, der udarbejdede personlighedsbeskrivelser, inspireret af den psykoanalytiske tænkemåde. Det var den psykoanalytiske og psykodynamiske tankegang, der lå bag personlighedsbeskrivelser. I dag ser det ud til, at fem faktor modellen vinder stadigt større indpas. Noget afgørende i denne sammenhæng er utvivlsomt, at en række personlighedsprøver er baseret på denne model. Metoden giver mulighed for en nuanceret personlighedsbeskrivelse, hvor de enkelte egenskaber bliver vægtet imod hinanden.

Da vurderingen af personligheden er et grundlæggende element i en psykologisk undersøgelse, er der i årenes løb blevet opstillet en lang række modeller for personlighedsvurdering. De fleste af disse modeller kan ikke direkte anvendes i klinikken. I de senere år er der derfor blevet udarbejdet en personlighedsmodel, som inkluderer mange af elementerne fra de ældre modeller, men også er baseret på emperi. Der er tale om den såkaldte Fem Faktor model (*FFM, The big five*). Baggrunden for anvendelsen af FFM i klinikken er bl.a. beskrevet i

*A Proposal for Axis II. Diagnosing personality Disorders Using The Five-Factor Model.*

*Thomas A. Widiger, Paul T. Costa, Jr., and Robert R. McCrae. Chapter 25 page 431-456.*

*Edited by Paul T. Costa, JR., And Thomas A. Widiger. Second Edition.*

*American Psychological Association. Washington DC 2002.*

Undertiden kalder man FFM teorien for ateoretisk, fordi den bygger på empiri dvs. den er erfaringsbaseret.

Teorien arbejder med fem hoveddimensioner. Til disse overordnede dimensioner knytter sig en række under-dimensioner.

Fem faktor teorien ligger til grund for en række moderne personlighedstest som eksempelvis NEO-PI-R og 16 PF. Disse prøver er gennemgået hos Brun og Knudsen (2006). En grundig teoretisk indføring findes i den nyligt udkomne bog *Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere*. Ved Peter Elsass et. al. Dansk Psykologisk Forlag 2006.

Det centrale ved femfaktor-teorien er, at den beskriver mennesker i forhold til dimensioner snarere end i forhold til kategorier.

De eksisterende diagnosesystemer som DSM-IV og ICD-10 arbejder med diagnostiske kategorier. Fordelen ved et kontinuerligt system er naturligvis, at der i højere grad er mulighed for at fremkomme med en nuanceret personlighedsbeskrivelse.

En dimension i systemet vil altid stå over for dens modsætning. Ser man således på dimensionen venlighed vil modsætningen være fjendtlighed. En person kan på en NEO-PI-R test således blive placeret et sted imellem disse to yderpunkter. Under hver af de 5 hoveddimensioner findes en række undergrupper. Henrik Skovdahl, der er direktør for Dansk psykologisk Forlag er nok den psykolog i landet, der har haft størst indflydelse på teoriens og prøveinstrumenternes udvikling i Danmark.

De fem dimensioner er:

1. *Neuroticisme* over for emotionel stabilitet.
2. *Venlighed* over for fjendtlighed.
3. *Ekstroversion* over for introversion.
4. *Åbenhed* over for lukkethed.
5. *Samvittighedsfuldhed* over for lav selvkontrol.
6. *Neuroticisme/emotionel stabilitet*

Neuroticisme er kendetegnet ved kronisk oplevelse af negative følelser fx tristhed, vrede, skyld, angst, frustrationer osv.

Lav selvfølelse. Svært ved at undertrykke impulser. Overvældes af stress. Irrationel- styret af følelser.

Modsætningen hertil er ligevægtig, tilfreds med sig selv, modstår impulser, er god til at håndtere stress, kan ikke se vanskeligheder hos sig selv og kan virke uden empati for andre., overdrevent rationel.

*Venlighed/fjendtlighed.*

Tillidsfuld/naiv over for skeptisk/kynisk.

Åben/oprigtig over for konfronterende holdning.

Føjelig /ukritisk over for stridslysten.

Omsorgsfuld over for kritisk over for andre.

Hjælpsom over for egocentrisk.

Empatisk over for arrogant.

Samarbejdsvillig over for konkurrerende

Afhængig over for mistroisk.

Konfliktsky over for paranoid.

*Ekstroversion/ introversion.*

Kan ikke være alene over for socialt isoleret.

Fylder meget socialt over for hæmmet/genert.

Opmærksomhedssøgende overfor følelsesmæssigt flad, tilbageholdende.

Ønsker at dominere og kontrollere over for at lade andre føre an.

Højt energi- og aktivitetsniveau over for lavt energiniveau.

Optimisme.

*Åbenhed/lukkethed.*

Aktivt og levende fantasiliv over for lav tolerance.

Interesse for det overnaturlige over for vanskeligheder ved at tilpasse sig forandringer.

Foretrækker nye ting og variationer over for faktaorienteret.

Nysgerrig over for konkret tænkende.

Æstetisk (kunst/kultur) over for uimodtagelig for kunst og skønhed.

Parat til omstillinger over for manglende parathed til omstillinger.

Lav kedsommelighedstærskel over for ikke at være forandringsvillig.

*Samvittighedsfuldhed/lav selvkontrol*

Præstationsorienteret over for mangler mål, indre styring, kontrol, vilje.

Velorganiseret over for uorganiseret/usystematisk.

Pligtopfyldende over for uforpligtende holdning.

Selvdisciplineret over for få principper.

Perfektionistisk over for afslappet.

Er moralsk over for at handle uden at tænke på konsekvenser.

Mangler spontanitet over for at reagere spontant.

Mangler evnen til at "slippe tøjlerne" over for lav selvdisciplin.

Peter Hartmann (2006) skriver i sin oversigtsartikel, at der er en biologisk basis for FFM. Den kan måles validt. Et omhyggeligt kendskab til et menneskes fem personlighedsdimensioner kan danne udgangspunkt for at forudsige noget væsentligt om adfærd, hvorved der fremkommer vigtige oplysninger af betydning for diagnose, interventionsmåder og fremtidige resultater. Vi får indblik i de tanker, følelser, ønsker, intentioner og handlinger, der bidrager til vigtige aspekter ved individualitet.

Et personlighedstræk anses for at udgøre det primære analyseniveau. McCrae og Costa (1990), der står bag femfaktormodellen, beskriver *et personlighedstræk* på følgende måde:

*En skjult egenskab, der bidrager til emotioner, tanker og adfærd. Fokus er på det mentale liv så vel som på, hvordan og hvorfor mennesker føler, tænker og handler som de gør.* Ydermere handler personlighedstræk om præferencer og dispositioner for visse emotioner, tanker og adfærd og ikke evner (som vi kender det fra den klassiske intelligenskvotient, min bemærkning).

Begrebet attribute (egenskab) er en kvalitet eller et karakteristikum ved et menneske eller en genstand, men siger ikke noget eksplicit om årsagen til dette karakteristikum.

Personality trait (PT) opfattes som et genotypisk karakteristisk træk ved personen. PT bestemmer personens tendens til at være kendetegnet ved specifikke emotioner, tanker og adfærd. PT er derfor den primære årsag til emotioner, tanker og adfærd. Dette indebærer, at en person, der råber op og reagerer udadrettet, handler sådan fordi han har en "aggressiv" personlighedsstruktur, der får ham til at vise disse adfærdstendenser. Personlighedsteorien er således kun anvendt i forhold til deskriptive kategorier eller abstrakte verbaliseringer af personens emotioner, tanker og adfærd.

Man må slutte sig til personlighedstræk gennem iagttagelig adfærd og derfor vurdere PT indirekte.

I Hartmanns artikel findes en oversigt over de biologiske systemer med relation til FFM.

Desuden findes en oversigt over såkaldte super traits, der viser noget om, hvorledes en typisk profil kan se ud hos velintegreerede indvandrere, og hvordan den kan se ud hos misbrugere. Der findes oversigter også for andre fremtrædelsesformer.

*Personlighedsstil* er et grundlæggende begreb i personlighedsdiagnostik. Der er tale om et vedvarende mønster, der kendetegner sansning/opfattelse relateret til tænkning i forhold til omgivelserne og selvet. Mønstret kommer til udtryk i en række vigtige sociale og personlige sammenhænge.

*Personlighedsstil er en struktur i form af livslange antagelser som personen har omkring selvet og verden, foruden typiske måder at tænke og føle på samt adfærdsmønstre forbundet med disse antagelser.*

Personlighed kan også ses som et konglomerat af personlighedstræk, der er tilbøjelige til at manifestere sig som sammenhængende clustre.

### *Etik*

Mennesker, der søger hjælp fordi de er kommet ud i misbrugsproblemer, befinder sig i en ydmygende situation. Det kræver således meget af behandlerne at arbejde på at genopbygge disse menneskers selvværd. Jeg har i årenes løb mødt mennesker med misbrugsproblemer, der har levet i

en økonomisk utålelig situation uden førtidspension. Mange steder lurer stadig den holdning, at misbrugerer kan tage sig sammen, og at misbrugsproblemer er selvforskyldte og derfor ikke skal "belønnes" med en førtidspension. Naturligvis skal behandlings- og revalideringsmuligheder forsøges i en række situationer, før pension kommer på tale, men der må være en grænse for, hvad mennesker skal trækkes igennem.

Vi har i dette oplæg fokuseret på mentale problemer/forstyrrelser relateret til misbrug, men det skal naturligvis med i den professionelle vurdering af patienten/klienten, at der tillige ofte er tale om en række fysiske skavanker, der tilsammen fører til det kroniske belastningssyndrom.

### **5. Psykologiske undersøgelser – Praktiske retningslinier**

*En psykologisk undersøgelse er en metode til belysning af intellektuelle, abstrakte og praktiske kompetencer, personlighedstræk, karakter og eventuel psykopatologi. Den afdækker således såvel den kognitive som den personlighedsmæssige struktur hos et menneske.*

Centralt for enhver psykologisk undersøgelse er det, at undersøgeren har sikret sig klarhed over undersøgelsens formål. I praksis vil man som regel gå ud fra en henvisning, hvad enten den person, der skal undersøges er patient eller klient. Hvis undersøgelserne foretages i hospitalssammenhæng vil henviseren normalt være en læge.

Den undersøgte skal kende til baggrunden for henvisningen. Han skal nøje orienteres om, hvad undersøgelsen går ud på, og hvad formålet er med dens gennemførelse, og han skal acceptere grundlaget for undersøgelsen. Det er undersøgerens forpligtelse at sikre sig, at disse forhold bliver bragt i orden, inden undersøgelsen påbegyndes. Det er vigtigt, at den undersøgte er i en nogenlunde stabil fase på undersøgelsestidspunktet. Det er ikke muligt at danne sig et pålideligt indtryk af et menneskes personlighedsorganisation, hvis han eller hun befinder sig i en akut krisesituation.

Ingen enkelt psykologisk prøve/test er tilstrækkelig ved gennemførelse af en personlighedsundersøgelse. De enkelte test udvælges på baggrund af arbejdshypotesen, og der suppleres med andre test, hvis hypotesen i forhold til den oprindelige problemstilling, ændrer sig undervejs, eller man savner yderligere belysning af problemstillingen.

Undersøgelsen omfatter ud over de enkelte test en anamneseeksploration og et diagnostisk interview. I bogen *Assessmentmetoder* gennemgår Anne Rechenbach teori og metode i forhold til *Adult Attachment Interview*, en observatørbaseret metode, der har mange lighedspunkter med et diagnostisk interview af den type, der er ret stramt struktureret. Se også Susanne Harders gennemgang af *Structural Analysis of Social Behavior (SASB)*.

Undertiden indeholder en psykologisk undersøgelsesrapport et diskuterende afsnit, hvor undersøger forholder sig til eventuelle modstridende testresultater og endelig munder undersøgelsen ud i en konklusion med eventuelle anbefalinger.

Det er god klinisk praksis at lade rapporten indeholde et kort referat af den tilbagemeldings/orienteringssamtale, der føres med patienten efter undersøgelsens afslutning.

Eftersom den psykologiske undersøgelsesrapport er en kombination af anamnese, interview data og testgennemgang med resultater, anbefaler vi i basisbogen at bruge udtrykket psykologiske undersøgelser frem for psykologisk testning.

Det skal anføres, at klinisk psykologiske undersøgelser munder ud i en konklusion, der ofte indeholder en diagnose. Der er her tale om en såkaldt klinisk diagnose, der i Danmark er baseret på ICD-10 diagnosticeringssystemet.

Centralt ved en diagnostisk psykologisk undersøgelse, der kan være enten overvejende neuropsykologisk eller overvejende personlighedspsykologisk er det, at der er tale om en hypoteseafprøvningsproces, hvor vi går ud fra en problemstilling. Hvis der ikke i henvisningen findes et klart formuleret ønske om de forhold/problemer, man som henviser ønsker at få belyst gennem undersøgelsen, er det den undersøgende psykologs opgave at sikre en sådan afklaring, før man går i gang med arbejdet. Det er indlysende, at man samtidig skal sikre sig, at patienten er indforstået med planen (eventuelt må en værge inddrages i de tilfælde, hvor patienten er så dårlig, at han ikke kan vurdere, hvad en undersøgelse indebærer).

#### *Anamnesen*

Ved enhver personlighedspsykologisk undersøgelse, skal der foretages en anamneseeksploration og et diagnostisk interview, der naturligvis vil afhænge af problemstillingen.

Med henblik på modeller for anamneseeksploration henvises til Brun og Knudsen (2006).

Man undersøger først for kognitive /neuropsykologiske funktioner derefter for personlighedspsykologiske funktioner.

#### *Det diagnostiske interview*

Det diagnostiske interview indledes med en præcision af formålet med undersøgelsen, og undersøgeren sikrer sig et så godt samarbejde som muligt.

Det diagnostiske interview former sig om en samtale, hvor undersøger arbejder ud fra nogle hypoteser, der hos misbrugspatienten er relateret til de problemstillinger, vi har skitseret. Normal (kriseramt, PTSD). hjerneskadet,. personlighedsforstyrret, psykotisk.samt mulige kombinationer i form af en primær og en sekundær diagnose.

Man kan naturligt lægge dette interview efter anamneseoptagelsen, der er mere systematisk opbygget.

Det kan være en god ide at bede patienten indledningsvist fortælle, hvad han oplever som mest vanskelige og belastende i øjeblikket. Herefter søger man at afdække den aktuelle livssituation dvs. arten og kvaliteten af netværk, sociale forpligtelser i forhold til eventuelle samlever og børn samt de følelsesmæssige relationers oplevede kvalitet.

Hvis patienten står foran et behandlingstilbud taler man om hans forventninger til dette, herunder forventning til behandlere/omsorgspersonale og forventninger til egen indsats.

Samtalen føres herefter tilbage i tid, og man drøfter navnlig med yngre patienter opvækstforhold, skoleforløb, uddannelses- og arbejdsforhold. Undersøgeren prøver at analysere, hvornår misbruget begyndte, hvad det bestod i og eventuelt, hvad der i patientens oplevelse satte det i gang.

En systematisk afdækning af misbrugsmønstret over tid hører til anamnesen og må undertiden baseres også på lægesamtaler.

Hvis man i løbet af samtalen får indtryk af, at patienten er aktivt misbrugende på undersøgelsestidspunktet, må man overveje at udsætte undersøgelsen.

I løbet af samtalen skal traumer i patientens tilværelse gerne belyses på en skånsom måde.

Samtalen afsluttes med en afdækning af færdigheder, interesser og ressourcer samt glædesfyldte aktiviteter og ønsker for fremtiden (belyst systematisk).

Det er undersøgerens opgave at forsøge at vurdere det narrative univers og dermed de indhentede oplysningers pålidelighed dvs. værdi.

#### *Det narrative univers.*

Det narrative univers drejer sig om, at den historie vi fortæller på et givet tidspunkt er farvet af vores sindsstemning og af nogle basale grundholdninger.

Eksempelvis er depression ofte forbundet med vrede, og vreden farver vor måde at opfatte verden på og vore relationer til andre mennesker.

Indholdet i det diagnostiske interview kan indeholde meddelelser, der er Troværdige.

Troværdige meddelelser med mange udeladelser.

Troværdig, men med tvivlsomme informationer og selvmodsigelser.

Utroværdigt - fantastiske informationer.

Utroværdigt – præsentation af et næsten konfliktfrit univers – idyllisering - forglemmelser.

#### *Tilbage melding til den undersøgte.*

Tilbage melding på undersøgelsen kan gives på flere måder: Personlig samtale, telefonsamtale, skriftlig dokumentation, og den kan gives i forhold til en eller flere personer/instanser.

Undersøgeren skal være opmærksom på, at undersøgelsesrapporten skal skabe størst mulig sikkerhed for den undersøgte, samtidig med at der skal tages hensyn eksempelvis til samfundet som tilfældet kan være det ved svære antisociale personlighedsforstyrrelser hos store børn og unge, retspsykiatriske patienter og unge lovovertrædere.

Inden undersøgeren giver feed-back skal en række forhold være tænkt igennem. Naturligvis er væsentlige dele af denne proces sat i gang allerede ved udarbejdelsen af rapporten, der indeholder anbefalinger af forskellig art. Det er u hensigtsmæssigt at komme med forslag, som ingen vil støtte endsige have mulighed for at iværksætte.

Som undersøger vil man ofte være i den situation, at man kan komme med forslag, men man har ikke kompetencen til at sætte ideerne i værk.

I den kliniske verden vil man som regel give feed-back til henvisende instans som det første led. Denne fremgangsmåde er med til at sikre, at der skabes konsensus i forbindelse med de endelige interventionsforslag. Andre hensyn gør sig gældende i skoleverdenen.

De professionelle vil i almindelighed ikke være følelsesmæssigt berørt af undersøgelsens fund på samme måde som en klient, dennes eventuelle samlever eller i unges tilfælde deres forældre. Der er i professionelle sammenhænge større muligheder for at bruge fagsprog og dermed være mere præcis i sin udtryksform.

I en tilbage meldingssamtale er det altid vigtigt at begynde med det, der er positivt. De stærke sider skal fremhæves, og problemer og vanskeligheder skal ses i et udviklings- og behandlingsperspektiv. Samtalen skal forme sig som en dialog. Det er således meget vigtigt at give klienten plads til selv at ytre sig omkring undersøgelsen og stille spørgsmål. I en vis forstand er psykologen færdig med sit arbejde, når rapporten er udarbejdet, så tilbage meldingssamtalen handler også om hvordan rapporten modtages, og hvordan den bliver brugt.

Psykologen Stephen Finn taler om tre niveauer for samtalen.

Først gøres rede for de resultater, der er i overensstemmelse med klientens selvopfattelse, hvilket vil give klienten bekræftelse på hans selvopfattelse og hans opfattelse af omverdenen. Dette kan reducere følelser af isolation og fremme en følelse af at være forstået. Disse informationer kaldes niveau 1 informationer. De kan godt indeholde oplysninger om alvorlig psykisk sygdom eller svære tilpasningsproblemer, hvis klienten selv har en erkendelse heraf.

Niveau 2 information er om undersøgelsesresultater, som kan omdanne klientens opfattelse af egne vanskeligheder. F.eks. kan der være tale om at gøre klienten, der har præsenteret sig selv som doven opmærksom på, at han snarere er deprimeret, hvilket almindeligvis reducerer energi og initiativ. Denne type information kan give klienten en mere positiv og håbefuldst måde at anskue vanskeligheder på, og kan føre til forøgelse af selvværdet.

Niveau 3 informationer er undersøgelsesresultater, der står i kontrast til klientens selvopfattelse. Ved at præsentere denne information som hypoteser og opfordre til fælles refleksion derover, kan undersøgeren fremme klientens nysgerrighed om sig selv og understøtte en følelse af muligheder for/evner til at udforske selvet og i bedste fald en følelse af mestring og kontrol.

Forløbet af tilbagemeldingssamtalen kan give informationer af værdi for hele undersøgelsen og dermed for undersøgelsens konsekvenser.

I basisbogen har vi gjort en del ud af at beskrive, i hvilken rækkefølge det anbefales at gennemføre prøverne.

De kognitive prøver tages som de første prøver. Claus Werchmeister vil gennemgå en række specifikke kognitive test til belysning af hjerneskadeproblematik., heriblandt Wisconsin card sorting test som allerede anført.

Når man kommer til personlighedsprøverne kan disse opdeles i projektive prøver som Rotters sætningsfuldendelsestest, Rorschach og TAT. og strukturerede personlighedsprøver som NEO-PI-R, MCMI-III og PAI. (MCMI-III gennemgås af Per Nielsen).

Checklister/skalaer som Hamilton Depression Scale og Bechs Anxiety Inventory (gennemgås af Nicole Rosenberg).

### *Checklister*

Som basis for undersøgelsesrapporten er gengivet en checkliste, der er udarbejdet af *Fischer* (1994); jf. *Brun & Knudsen* (2006).

Den består i 34 punkter. Desuden findes en negativ check-liste på 18 punkter, hvor der er gjort rede for, hvad man skal forsøge at undgå.

Man kan godt blive lidt stakåndet, når man læser checklisten. Hvis man har fulgt den i sine sager, har man det til gengæld godt.

### *Positiv checkliste*

1. Findes de relevante identificerende informationer (fulde navn, adresse, alder) på undersøgelsestidspunktet?
2. Er der angivne datoer for undersøgelsesdage og rapportlevering?

3. Er der sammenhæng i rapporten? Hvilke begivenheder eller adfærdsmønstre er vigtige? For hvem er de vigtige og af hvilke grunde?
4. Vil læsere i årene, der kommer, kunne forstå rapporten? Kan man se i hvilken sammenhæng og under hvilke omstændigheder, undersøgelsen blev gennemført? Kan man ud fra undersøgelsen se, hvor der findes andre relevante rapporter/journaler?
5. Findes der baggrundsoplysninger, som undersøgeren har taget hensyn til? F.eks. familiesituation, medikamentel behandling, udviklingshistorie?
6. Kan man se, hvem der er kommet med baggrundsoplysningerne?
7. Fremgår det klart, hvad undersøgelsesrapporten bygger på? Herunder hører anvendte prøver, dokumenter der er blevet gennemlæst, iagttagelser eksempelvis i et klasseværelse eller på en sengeafdeling, samtaler med klienten/patienten, vurdering af klientens miljø og samtaler med pårørende.
8. Hjælper rapportens opbygning læseren med at finde frem til vigtige informationer uden at skulle lede længe?
9. Angiver overskrifterne tydeligt arten af hver sektionens indhold?
10. Er der taget hensyn til, at rapporten skal kunne bruges af professionelle med forskellige former for uddannelse og af lægfolk?
11. Har de professionelle tilstrækkeligt med informationer til at bedømme undersøgelsens konklusioner?
12. Har de tilstrækkeligt med tekniske data, således at de i fremtiden kan sammenligne prøvescores, der går forud for vurderingen, osv.
13. Er det sandsynligt, at de ville ønske klienten var blevet undersøgt også med andre prøver?
14. Hvis der i undersøgelsen ikke findes en tilstrækkelig mængde data, er der så taget hensyn hertil ved prøvebeskrivelsen?
15. Har man sørget for at "oversætte" specifikke fagudtryk af hensyn til den læser, der er lægmand?
16. Får læseren en fornemmelse af, hvad hver prøve indebærer, og hvad klienten rent faktisk skal gøre?
17. Kan man ud af rapporten se, hvorledes hver prøve har bidraget til resultatet?
18. Giver rapporten et integreret billede af klienten? Er personlighed, følelser, udviklingstrin, færdigheder, præstationer og så videre blevet præsenteret på en holistisk måde?
19. Kan læseren fornemme, hvordan klienten har oplevet situationen?

20. Indeholder rapporten en beskrivelse af klientens forståelse for, hvad undersøgelsen indebærer og kan medføre?
21. Kan læseren klart adskille psykologens og klientens synspunkter?
22. Kan læseren danne sig et billede af klienten ud fra rapporten?
23. Findes der i rapporten klare eksempler på, hvordan klienten kommer igennem arbejdet med prøven?
24. Kan læseren vurdere såvel kortsigtede som langsigtede resultater af klientens arbejde i undersøgelsen?
25. Kan man se, hvordan psykologen har påvirket forløbet og forestille sig, hvordan klienten kunne have reageret i samvær med en anden psykolog?
26. Kan klienten forstå den skrevne rapport? (gælder naturligvis ikke små børn).
27. Er der en klar beskrivelse af undersøgelsens resultater og forslag eventuelt resumeret i punkter?
28. Er alle forslag i konklusionen velbegrundede ud fra, hvad der tidligere er skrevet i rapporten?
29. Er psykologens brug af eventuelle diagnoser forståelig?
30. Kan læseren se, at psykologen har undersøgt eventuelle andre hypoteser end den dominerende?
31. Er rapporten professionelt udarbejdet: ren (uden kaffeplet), ordentlig paginering, professionelt opsat?
32. Er supervisor, hvis han findes, tydeligt identificeret?
33. Findes der oplysninger, der angiver, hvem klienten (forældrene) har givet tilladelse til at læse rapporten?
34. Findes der et teknisk appendiks, hvis det skønnes nødvendigt, hvor andre professionelle kan finde oplysninger om eksempelvis WISC-R skalerede scores, MMPI-profil, Rorschach structural summary, TAT historier (råprotokollen)?

*Bemærkning til punkt 34:*

Sandsynligvis vil det i fremtiden være praktisk at udarbejde et oversigtsskema, hvor kvantitative prøveresultater er plottet ind og set i relation til givne normer. Dette ark vil først og fremmest være til glæde for fagfolk og til stor hjælp ved retestninger.

*Negativ checkliste*

1. Findes der ”syndebukke” i klientens beskrivelse af andre mennesker, der er involveret i hans liv? Har psykologen taget hensyn til de vanskeligheder, der kan opstå, hvis sådanne synspunkter refereres ukritisk? (”syndebukke” kan være en forælder, bedsteforælder, barnets lærer o.a.).
2. Kan det tænkes, at læseren forvirres af vendinger, der har forskellige tekniske betydninger eller kan forveksles med dagligdags betydning?
3. Findes der uklart sprog og for lange sætninger?
4. Kan det tænkes, at manglen på eksempler og brug af abstrakte termer gør læseren usikker på de præmisser, konklusionen bygger på?
5. Findes der overfladisk jargon som eksempelvis ” Rorschachprøven afspejler labilitet?”
6. Kan baggrundsoplysninger forekomme fordomsfulde som eksempelvis følgende udsagn:” ”Sort arbejdsløs mor”.
7. Findes der passager, der karakteriserer klienten på en måde, der kunne passe på enhver?
8. Vægtes rapporten i meget høj grad mod det negative på bekostning af det positive?
9. Er tonen i rapporten overdrevent optimistisk eller pessimistisk?
10. Findes der ringslutninger, hvor man eksempelvis forklarer dårlige prøvepræstationer ud fra en underliggende intelligensdefekt?
11. Findes der oplysninger i konklusionen, der ikke fremgår af den tilgrundliggende undersøgelse?
12. Fremstår vurderingen i en urimelig anonymiseret form, således at psykologen gemmer sig?
13. Er der en tendens til, at prøvedata vurderes som mere virkelige eller valide end andre observationer?
14. Eller modsat. Overses prøvedata til fordel for andre observationer?
15. Foreligger der en teoretisk bias på bekostning af et helhedsbillede?
16. Ligner psykologens rapporter hinanden, således at forskellige klienter kommer til at fremstå ensartede?
17. Savnes et klart fokus og en integration af prøveresultater?

Følgende elementer skal indgå i kvalitetsstyringen af en psykologisk erklæringssag, der omfatter psykologisk undersøgelse.

- Journaluddrag og overblik over sagsoplysninger.

- Planlægning af undersøgelsen.
- Indledende planlægning.
- Inddragelse af supervisor (hvis dette er nødvendigt).
- Forudsætninger for udførelse af psykologiske undersøgelser. (sikre mod misbrug lige op til us.)
- Afsættelse af tid og indkaldelse af patient.
- Varighed af den psykologiske undersøgelse.
- Hvor skal undersøgelsen foregå?
- Indkaldelse af indlagte patienter.
- Indkaldelse af eksterne og ambulante patienter.
- Timeregnskab ved eksterne psykologiske undersøgelser.
- Generelt vedrørende gennemførelsen af en psykologisk undersøgelse.
- Information til patienten ved undersøgelsens begyndelse (klarlægning af formålet med us.)
- Eventuelle ledsagere.
- Indledende interview.
- Gennemførelse af prøver, anamnese optagelse og interview.
- Udarbejdelse af psykologisk undersøgelsesrapport.
- Tilbage melding til patient og henvisende instans.
- Notat om tilbagemeldingsforløbet til patienten.

## **6. Elementer af den neuropsykologiske undersøgelse**

Neuropsykologiske og Personlighedspsykologiske undersøgelser gennemføres i forhold til såvel børn som voksne.

I almindelighed vil man karakterisere en intelligensundersøgelse som en kognitiv undersøgelse. Kognitive undersøgelser er nært beslægtede med de neuropsykologiske undersøgelser.

Neuropsykologiske undersøgelser gennemføres i forhold til voksne mennesker, der har pådraget sig en hjerneskade dvs. en fysiologisk anatomisk betinget nedsættelse af enkelte eller flere af hjernens funktioner. En beskadigelse kan være mere eller mindre permanent. Funktionen kan i mange tilfælde reetableres eller i det mindste forbedres ved nyindlæring, idet andre dele af hjernen overtager funktionen.

En meget almindelig differentialdiagnostisk problemstilling vedrører differentieringen mellem demens og depression.

Det er sandsynligt, at basale personlighedstræk forstærkes i tilslutning til en hjerneskadeproblematik. En af vanskelighederne beror på, at vi ikke med sikkerhed kan forudse, hvilke træk der bliver de dominerende, og hvilke der dæmpes ned.

En forudsætning for at kunne identificere en svækkelsestilstand er naturligvis at have kendskab til de normale kognitive funktioner. De kan i oversigtsform se ud som følger:

*Perception:* Fortolkning af sanseindtryk, opmærksomhed og koncentration, hukommelse, orientering, realistisk tankegang, naturligt sprog, naturlige bevægemønstre, praktiske færdigheder, rumlig opfattelse, logisk tænkning, abstraktionsevne, følelsesstabilitet mv.

Otto Kernberg har understreget betydningen af at orientere sig i sensoriet dvs. sikre sig, at patienten kan opfatte dvs. se og høre nogenlunde normalt, at han er orienteret i tid, sted og personlige data. Sansesystemet skal være nogenlunde intakt, hvis vi skal kunne vurdere mentale funktioner.

Howard Gardners kompetencebegreb, der oprindeligt blev udviklet under Gardners neuropsykologiske arbejde med hjerneskadede patienter har vist sig særdeles anvendeligt også i personlighedspsykologiske sammenhænge. Det er således værdifuldt altid at danne sig et overblik over patientens funktionsniveau i forhold til de væsentligste kompetencer som er:

Den matematiske logiske kompetence, den sproglige kompetence, den spatiale kompetence, den kinæstetiske kompetence, den musikalske kompetence, den interpersonlige kompetence og den intrapersonlige kompetence.

Vi anvender ingen psykologiske test, der direkte måler den musikalske kompetence, hvorfor vi må anvende interview og samtale til at afdække dette felt. Hvis patienten har en aktiv musikudfoldelse vil det måske være muligt at få et mere direkte indtryk. En egentlig systematisk undersøgelse vil der imidlertid i almindelighed ikke være basis for. Dette ville bl.a. forudsætte særlige kompetencer hos den undersøgende psykolog.

#### *Note*

En midaldrende mand havde været udsat for en trafikulykke. Han oplevede selv, at han havde pådraget sig en hjerneskade. Hans mest dominerende klage drejede sig om tab af musikalsk kompetence. Han havde haft et stort kendskab til klassisk musik, og kunne i radioen hyppigt identificere komponist, værk og undertiden tillige dirigent og pladeindspilning. De sidste kompetencer var nu fuldstændig forsvundet. Den undersøgende psykolog kunne ikke se problemet. Hans personlige kompetence strakte sig ikke videre end til at kunne foretage en klassifikation af et musikstykke. Han var ikke særlig musikalsk, og kunne ikke se at tab af musikalitet kan være relateret til en hjerneskade. Ved vurdering af hjerneskader er vi jo i den situation, at vi altid skal forsøge at sammenligne med et tidligere funktionsniveau uden at være i stand til at skruer tiden

tilbage og foretage en systematisk undersøgelse. Hvilke forudsætninger ville vi som almindelige psykologer have haft for at vurdere en let intellektuel reduktion hos en mand som Albert Einstein?

### *Demensundersøgelser*

Det er almindeligt på neuromedicinske og psykiatriske afdelinger at få henvist patienter til såkaldte demensundersøgelser.

Begrebet demens bruges ofte deskriptivt som betegnelse for et klinisk syndrom forårsaget af diffuse hjerneforstyrrelser, der kan have mange årsager. De væsentligste forstyrrelser er:

- Globale forstyrrelser af kognition (generelle intellektuelle forstyrrelser)
- Forstyrrelser af følelsesliv.
- Svækkelse af energi og dynamik.

Der findes mange forskellige demensformer forbundet med progredierende hjernelidelser som eksempelvis ved Alzheimers syge. En anden hyppig demens form er multi infarkt demens.

Svære hovedtraumer kan medføre demens.

I det følgende gengives i hovedtræk et arbejdsbilag til brug ved semistruktureret interview som del af en neuropsykologisk undersøgelse.

Baggrundoplysninger, der stammer fra patienten.

- Født og opvokset
- Far og mor- erhverv og evt. andet
- Søskende
- Søskendes beskæftigelse
- Evt.kort om barndom (almindelig, problemer).
- Skolebaggrund
- Uddannelsesforløb
- Erhverv op til identificeret behandlingsbehov/sygdom.
- Ægteskabelig/samlivsstatus
- Børn og deres alder, ude/hjemmeboende.
- Boligsituation.
- Forsørgelsesgrundlag: løn, sygedagpenge, kontanthjælp, pension.
- Fritidsaktiviteter før behandlingsbehov/sygdom.
- Bilkørsel
- Forsørgelsesgrundlag
- Håndethed

- Ryger
- Alkohol (specifikt identificerede interview-guide er nødvendig ved egentligt misbrug).
- Andet misbrug.

Den ovenfor angivne anamnese vedrørende baggrundsoplysninger kan udmærket bruges også ved personlighedsundersøgelser.

Sygehistorie.

Tidligere helbredstilstand og familiære dispositioner (neurologiske og psykiatriske)

Aktuelle sygdomsforløb.

Hospitalsindlæggelse.

Bevidsthedstilstand ved indlæggelse

Undersøgelser og behandling i form af CT-scanning m.m.

Opvågning (ved tilfælde af bevidstløshed- skøn vedr. retrograd og post traumatisk amnesi).

Den videre hospitalsbehandling.

Senere resultater af skanning (CT, Spect, MR).

Sete problemer i akutfasen.

Overflyttet til anden afdeling.

Behandling iværksat.

Kontakt til sagsbehandler.

Medicin.

Andre undersøgelser/ speciallægeundersøgelser og konklusioner.

*Genoptræningstilbud:*

Ergoterapi

Fysioterapi

Taletræning.

*Note*

Op igennem 70'erne og 80'erne var vi herhjemme meget optaget af den såkaldte toksiske encefalopati også kaldet malersyndrom. Der var tale om arbejdsbetingede forgiftningstilstande, der medførte mindre omfattende, men undertiden invaliderende og permanente hjerneskader. Når *Bente Ingrid Bruun* således i artiklen Den etiske fordring Psykolog Nyt nr. 18. 2006 skriver, at de miljøskadede mennesker med malersyndromer ikke blev anerkendt af psykologer som hjerneskadede. "Det var en skamlet på psykologfaget" tager hun ikke hensyn til en række psykologer, der foretog hjerneskadediagnosticering af mennesker med toksisk encefalopati og gennemførte genoptræning af dem. Der henvises til Sanseprojektet. Syns og hørefunktion samt neuropsykologisk funktionssvækkelse hos mennesker med toksisk encefalopati. (*Anne Marie Sørensen* et. al. Kognition og pædagogik nr. 58. december 2005). De tilstande vi så ved toksisk

encefalopati i form af svækkede mentale funktioner, minder meget om tilstandsbilledet ved de lettere alkoholskader. Dette er forventeligt, eftersom der i begge tilfælde er tale om skader som følge af omgang med organiske opløsningsmidler.

#### *Note*

Helt nye undersøgelser har vist, at der er al mulig grund til at vise respekt i forhold til menneskers klagebillede. En dygtig skakspiller gik til læge, fordi han oplevede, at han var begyndt at fungere ringere mentalt. Han kunne ikke som tidligere forudse de næste 6 skaktræk i et skakspil. Manden blev vurderet lægeligt og neuropsykologisk, uden at man kunne finde tegn på svækkelse. Han fik at vide, at han ikke fejlede noget. Et halvt år efter kunne man ved skanning konstatere, at der var tale om en klart progredierende dementiell udvikling. Denne kasuistik er beskrevet i tidsskriftet *New Scientist*. Sygehistorien er ikke enestående i sin art.

Ovennævnte eksempel er taget med, fordi mange alkoholskadede mennesker har oplevet, at professionelle ikke helt tog deres klager alvorligt, når det drejer sig om eksempelvis hukommelsesproblemer.

Det forekommer meningsløst at angive IK værdier ved brug af WAIS intelligensprøvesystemet. Imidlertid må vi være opmærksomme på det voksende antal kognitive testsystemer, der er koblet op på computere. Disse testsystemer er hyppigt forbundet med scoringsprogrammer og fortolkningsprogrammer. Eksempelvis kan nævnes Peter Laursens Cognitive Function Scanner (se *Brun & Knudsen (2006)*).

Vi har på hjerneskadecentrene brug for at finde en kobling mellem præstationer på neuropsykologiske test og effekt af neuropsykologisk genoptræning. Vi kan imidlertid ikke uden videre anvende diagnostiske prøver til at måle træningseffekt. Dette forekommer indlysende, men hvad gør vi så?

#### *Den neuropsykologiske undersøgelse i behandlingsperspektiv.*

Interview Guide fra Sohlberg og Mateer (uddrag).

Når man arbejder med børn og voksne i et forsøg på at afdække en hjerneskade, dens manifestationsformer og konsekvenser bevæger man sig ind på et sensitivt område ikke blot i forhold til den undersøgte, men tillige i forhold til de pårørende. Hos Sohlberg og Mateer kan man hente god støtte til en systematisk fremgangsmåde ved familiesamtaler, der tjener til at afdække vanskeligheder med henblik på effektiv behandlingsplanlægning og samtidig fungerer som en hjælp til familien, hvor familien får plads til at give udtryk for svære følelser i forhold til en undersøger, der forsøger at forstå og hjælpe.

#### *En familiesamtale*

Der tænkes her primært på sen-hjerneskader. Udgangspunktet for samtalen er, at man respekterer, at den hjerneskadede og familien er eksperter på deres egen situation. De har oplevet den.

### *I. Familiestruktur.*

Man undersøger patientens netværk ved at spørge ind til patientens omgivelser. Hvis han er på institution skal det afklares, hvem der kommer og besøger ham.

### *II. Hvad var årsagen til hjerneskaden.?*

Spørg til de konsekvenser skaderne havde for patienten umiddelbart efter sygdom/ulykke.

Forhold som varigheden af posttraumatisk amnesi og længden af hospitalsopholdet afdækkes så vidt muligt.

Til sidst resumerer man som undersøger sine indtryk og forsøger at afklare, om man er på rette vej.

### *III. Hvad sker der med familien nu?*

- Hvordan har familiesituationen forandret sig?
- Hvordan er det at leve sammen med et hjerneskadet menneske?
- Hvad opleves som mest belastende for den hjerneskadede selv og for familien?
- Hvor ligger de positive oplevelser for den hjerneskadede og for familien?
- Hvorledes ser en typisk dag ud for patient og familie?

### *IV. Familiefunktion.*

- Hvilke funktioner og rutiner kan den hjerneskadede deltage i?
- Hvordan klarer familien udfordringer og stress?
- (humor, tilbagetrækning, tilkæmpet ro?)
- Er reaktionerne ens for alle i familien?

### *V. Oplevelser med dem, der yder service.*

- Hvilke former for hjælp er blevet givet?
- Hvor ligger de problematiske oplevelser, og hvor ligger de gode oplevelser?

Undersøger resumerer, hvad der har været godt og dårligt Man taler om, hvad familien kunne have ønsket anderledes, og beder familien resumere, hvordan de mener en fremtidig familie skulle rådgives.

### *VI. Samtale omkring den støtte, der ydes i øjeblikket.*

### *VII. Samtale omkring mål for fremtiden.*

#### *Retningslinier for familieinterview.*

Planlæg dit interview. Brug eventuelt en interview guide og afgør, om samtalen skal føres med den samlede familie eller medlemmerne hver for sig.

*Som undersøger/ behandler er det vigtigt at lytte mere end man taler.*

Lyt på alle tre niveauer.

- a) Indholdet.
- b) Den indre stemme bag indholdet.
- c) Hvor meget er forblevet skjult? Hvor langt er der at gå endnu.? Sørg for at fortsat arbejde ligger åbent dvs. næste fase skal forberedes.

1. Reflekter og opsummer.
2. Verificer. Eks. "Det lyder som om familien havde forventet større fremgang?"
3. Valider. Det kan dreje sig om den indsats familien har ydet. Hvor man kan vise sin respekt for deres indsats.
4. Klargør. Ud fra din viden kan du som undersøger forklare, hvorfor patienten reagerer, som han gør. Det kan eksempelvis dreje sig om perseveration, som man finder ved frontallapsskader. Dette kan forklares for de pårørende.
5. Gode råd.
  - Hold deltagerne på sporet af samtalen.
  - Stil nødvendige afklarende spørgsmål.
  - Undgå så vidt muligt at afbryde.
  - Udvis opmærksom og hensynsfuld adfærd.

Der eksisterer et vejledende program, som er tilpasset forskellige typer hjerneskader, som psykologen med fordel kan formidle til personale.

Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach. McKay Moore Sohlberg and Catherine A. Mateer The Guilford Press. New York 2001.

## **7. Elementer af den personlighedspsykologiske undersøgelse**

Den personlighedspsykologiske undersøgelse foretages efter en basal kognitiv vurdering. Den indledes med anamneseeksploration og diagnostisk interview. Formålet er som det er præciseret flere steder at vurdere psykopatologi og så vidt muligt afdække ressourcer.

På det tidspunkt, at personlighedsprøverne kommer ind i billedet, har undersøgeren allerede dannet sig et relativt solidt billede af patienten og er eksempelvis normalt nået frem til en vurdering af, om der kan være tale om en psykoseproblematik

Valget af prøver afstemmes i forhold til problemstillingen. Det anbefales at bruge et standardbatteri som suppleres, hvis gennemførelse af de valgte prøver ikke medføre den nødvendige afklaring af sygdomsbilledet. Det foreslås i almindelighed først at bruge de projektive prøver og derefter at bruge de strukturerede personlighedsprøver.

I det omtalte værk *Assessmentmetoder* (Elsass et. al. 2006) findes en gennemgang af en række psykologiske test, evalueringsinstrumenter, checklister, spørgeskemaer, *attachment interview m.m.*

I vil på dette kursus under de følgende dage blive præsenteret for en række instrumenter, der er direkte målrettede i forhold til jeres arbejde.

PAI testen (Personality Assessment Inventory) er ikke omtalt i dette værk, hvilket angiveligt hænger sammen med ønsket om flere dokumenterede danske erfaringer, før der skrives om den på dansk. I det følgende omtales kort PAI testen. Desuden omtales Hare PLC-R, der er velegnet til identifikation af svær antisociale personlighedsforstyrrelser.

*PAI. (Personality Assessment Inventory).*

Til afdækning af personlighedsforstyrrelser er en psykologisk test *Personality Assessment Inventory (PAI)* af værdi. Se Brun og Knudsen (2006) for uddybende forklaring og litteraturhenvisninger.

PAI (Morey, 1991) er en selvadministreret personlighedsprøve og en prøve til afdækning af psykopatologi, udarbejdet til at give indblik i kliniske klientvariable inden for sundhedsområdet.

Den skal give oplysninger som er af væsentlig betydning for behandlingsplanlægning, implementering og vurdering. Den karakteriseres som en psykometrisk prøve. I Danmark vil man tillige bruge udtrykket empirisk eller struktureret Personlighedstest.

Af betydning for prøvens udvikling har været en antagelse om, at ingen enkelt kvantitativ iteparameter skal bruges som det eneste kriterium på itemudvalg.

Hver PAI –skala blev konstrueret således, at den indeholder items, der dækker hele skalaen af forstyrrelser. Prøven afdækker således både de lette og de meget alvorlige forstyrrelser.

Prøven indeholder 344 items, der besvares på en 4-alternativ skala, ””helt forkert,” ”en smule sand”, ”overvejende sand” og ”meget sand.” Hvert svar vægtes i overensstemmelse med intensiteten af det træk som de forskellige alternativer repræsenterer.

Således vil klienter, som scorer ”meget sandt” på spørgsmålet ”sometider tror jeg, jeg er værdiløs” få 3 point tilføjet til deres rawscore på depressionsskalaen, hvorimod den der scorer en smule sand til samme item, kan få tilføjet 1 point.

De 344 items består af 22 ikke overlappende komplette skalaer. ∞ for validitet, 11 kliniske skalaer, 5 behandlingsovervejelser og 2 interpersonlige skalaer. 10 af de fulde skalaer indeholder afledte underskalaer designet til at fremme fortolkning og dækning af den fulde bredde af komplekse kliniske konstruktioner.

### *Hare PCL-R*

Robert Hare er professor emeritus i psykologi fra University of British Columbia. Han har arbejdet med udforskning af psykopati, psykopatiens egenart, vurdering og implikationer for mental sundhed og retssikkerhed. Han har en lang videnskabelig karriere bag sig.

Hare har udviklet Pshychopathy Checklist-Revised (PCL-R) og en række dertil relaterede psykologiske måleinstrumenter. Han har bl.a. beskæftiget sig intensivt med problemkomplekset ”serie mordere.

Hare Pschopathy Checklist-Revised:2<sup>nd</sup> Edition (PCL-R) er en 20 item skala til vurdering af psykopati i videnskabelige, kliniske og retspsykiatriske sammenhænge. Den bliver i øjeblikket oversat til udgivelse på Dansk psykologisk Forlag.

PCL bruger et semi-struktureret interview til at måle personlighedstræk og adfærd relateret til, hvad man traditionelt forstår ved psykopati.

PCL-R items ser ud som følger:

1. Overfladisk charme.
2. Storhedsforestillinger omkring personlig betydning.
3. Behov for stimulering/tilbøjelighed til at føle kedsomhed.
4. Patologisk løgnagtighed
5. Manipuleringstendens.
6. Mangel på anger og fortrydelse.
7. Overfladisk affekt.
8. Mangel på empati.
9. Parasitær livsstil.
10. Dårlig adfærdskontrol.
11. Promiskuøs seksuel adfærd.
12. Tidlige adfærdsproblemer.
13. Mangel på realistiske langtidsmål.
14. Impulsivitet.
15. Manglende ansvarsfølelse.
16. Svigtende evne til at tage ansvar for egne handlinger.
17. Mange kortvarige parfohold.
18. Ungdomskriminalitet.
19. Tilbagefald til kriminalitet ved betinget straf.

## 20. Gentagen kriminalitet.

Der findes særlige udgaver for unge kriminelle, for personer der har udvist tegn på psykopatiske træk, men ikke i et klinisk omfang og for antisociale personlighedsforstyrrelser med henblik på at forstå, hvad der går forud for kriminel adfærd.

## 8. Psykologiske erklæringer

Tre typer psykologiske erklæringer er centrale i forhold til misbrugspatienter.

- *Erklæringer brugt ved anbefaling af revalidering og som grundlag herfor.*
- *Erklæringer til brug ved vurdering af førtidspensionsansøgning.*
- *Erklæringer til brug ved vurdering af erstatningssager.*

Der vil i disse sager normalt være behov for såvel en neuropsykologisk som en personlighedspsykologiske undersøgelse.

En meget almindelig erklæringstype inden for voksenområdet omhandler spørgsmålet arbejdsmæssig invaliditet og stillingtagen til pension. Hvis det er undersøgerens vurdering eksempelvis på basis af en grundig neuropsykologisk undersøgelse at formidle, at den undersøgte ikke har kompetencer til at klare sig på arbejdsmarkedet, skal psykologen formulere sig i et sprog, der gør dette tydeligt.

En psykologisk erklæring vil som udgangspunkt normalt være identificeret dvs. den vil have en form for betegnelse eller karakteristik. Denne karakteristik vil indeholde informationer om, hvad erklæringen skal bruges til og derfor også på det helt overordnede plan, hvad den skal indeholde.

En psykologisk erklæring vil i mange tilfælde omfatte en psykologisk undersøgelse, men den er ikke identisk med en psykologisk undersøgelse. Den psykologiske erklæring har som udgangspunkt en henvisning. Herved adskiller den sig ikke fra en psykologisk undersøgelse. Erklæringen skal imidlertid bruges i en bestemt sammenhæng, hvor diagnosen kan være væsentlig, men diagnosens betydning skal vægtes i forhold til en række øvrige faktorer.

En meget almindelig erklæringstype inden for voksenområdet omhandler spørgsmålet arbejdsmæssig invaliditet og stillingtagen til førtidspension. Hvis det er undersøgerens vurdering eksempelvis på basis af en grundig neuropsykologisk undersøgelse at formidle, at den undersøgte ikke har kompetence til at klare sig på arbejdsmarkedet, skal psykologen formulere sig i et sprog, der gør dette tydeligt.

Det anbefales ved psykologiske erklæringssager at anvende et basisprogram for såvel de kognitive/neuropsykologiske prøver som de projektive prøver.

I sager om erstatning kan der være tale om ulykker eksempelvis på arbejdspladser, hvor arbejdsgiveren kan blive pålagt et erstatningsansvar.

Omstændighederne omkring ulykken/uheldet kan i nogle situationer være meget komplicerede. Et identificeret misbrug vil naturligvis vanskeliggøre mulighederne for erstatning til den pågældende.

Hvis det drejer sig om en formodet hjerneskadeproblematik, vil forsikringsselskabet være interesseret i at få undersøgt, om der kan være andre årsager til en formodet hjerneskade end ulykken. Her er det vigtigt, at psykologen udtaler sig om et svækkelsesbillede og ikke om de direkte årsager til dette svækkelsesbillede, idet dette ikke er muligt på baggrund af en psykologisk undersøgelse.

Hvis undersøgelsen vedrører et ungt menneske, der ikke tidligere har været ude på arbejdsmarkedet og egentlig revalidering ikke skønnes indiceret, er det sjældent tilstrækkeligt at undersøgelsen munder ud i en konklusion om arbejdsmæssig invaliditet af et omfang, der bevirker, at man må anbefale pension. I forhold til et ungt menneske er det tillige vigtigt at undersøge, hvilke uddannelsesmæssige og aktiveringsmæssige foranstaltninger, man kan anbefale, således at den unge får en meningsfuld dagligdag, der indebærer muligheder for at få tilfredsstillet såvel erkendelses-vidensbaserede behov som præstationsbehov og sociale behov.

I denne sammenhæng savner vi metoder og redskaber, der i højere grad end det i dag er tilfældet, kan kortlægge den undersøgte kompetencer, ressourcer, problemløsningsstrategier i forhold til opgaver samt konfliktløsningsstrategier i forhold til sociale udfordringer.

Det er mange år siden, at man i Danmark nedlagde Det psykotekniske Institut, der gennemførte såkaldte erhvervstest, der kunne bruges i erhvervsvejlednings sammenhæng.

I forbindelse med sådanne erhvervsrettede uddannelser, skulle der ud over kompetencer og færdigheder også foretages en afdækning af interesseområder, der naturligvis hyppigt hænger sammen med kompetencer.

En psykologisk erklæring behøver ikke nødvendigvis at indeholde en direkte psykologisk undersøgelsesbeskrivelse, hvor psykologen har anvendt psykologiske prøver. Den kan på samme måde som tilfældet er det med en række psykiatriske erklæringer begrænse sig til resumerende betragtninger over vurderinger på basis af indhentet anamnesticke materiale og grundige interview, men i en række situationer vil en psykologisk erklæring tillige bygge på psykologiske prøveresultater.

En psykologisk erklæring kan omfatte en eller flere personer. I børnepsykologisk sammenhæng er det således ikke usædvanligt, at erklæringen omfatter en hel familie dvs. barn/børn og forældre.

I en erklæringssag indgår normalt en vurdering, og mange erklæringer munder ud i direkte anbefalinger.

Mens psykologiske undersøgelser undertiden begrænses til et relativt lukket rum som tilfældet kan være det på et hospital, så indgår erklæringer i større sammenhænge dvs. de vil umiddelbart være tilgængelige for andre instanser end den henvisende instans.

På det helt overordnede plan kan det være hensigtsmæssigt at skelne mellem erklæringer, der har et pædagogisk sigte som tilfældet kan være det i PPR-regi og erklæringer, der bruges i retssager som tilfældet kan være det ved forældremyndighedssager.

#### *Note*

I 80'erne havde vi et tværfagligt revalideringsudvalg på Sct. Hans Hospital, der i et samarbejde med magistratens III afdeling i København repræsenteret ved socialoverlæge og socialrådgiver skulle vurdere revalideringsmulighederne for en række alvorligt psykisk syge patienter, herunder skizofrene patienter og lægge en revalideringsplan for dem, hvis man vurderede, at revalidering var en realistisk mulighed. Dette betød, at en række fagfolk udførte et omfattende og systematisk arbejde for at sikre ofte unge patienter en tilværelse, hvor de kunne opleve, at de var en aktiv del af samfundet. Mange patienter gav udtryk for glæde og tilfredshed ved dette arbejde, selv om de naturligvis kunne føle sig usikre på, om de kunne klare kravene. Revalideringsudvalget blev nedlagt samtidig med, at man i stigende grad valgte at indstille de psykisk syge unge til en førtidspension. I dag oplever mange unge og deres forældre, at dagligdagen føles alt for lang og ensformig. Det har betydet et stigende pres på forældre, og i pårønderarbejdet er det et stadigt tilbagevendende ønske, at samfundet stiller flere beskyttede uddannelses- og arbejdspladser til rådighed. Nogle oplever det således, at tildeling af pension er en måde, hvorpå samfundet lukker af for krav om beskæftigelse. Den økonomiske løsning er den lette løsning. Naturligvis er der stadig unge, der bliver sat i gang med forskellige former for arbejdsprøvning, men erfaringerne fra disse forløb er utilstrækkeligt koordinerede, og indsatsen set i et bredt perspektiv er ikke tilstrækkelig. Endvidere er det et stort problem, at unge der forlader skolen med et standpunkt og et generelt intellektuelt og socialt funktionsniveau, der tyder på svære begrænsninger i deres udfoldelse, at de i realiteten bliver ladt i stikken frem for, at man i løbet af det sidste skoleår fik lagt en revalideringsplan.

I mange tilfælde er baggrunden for den arbejdsmæssige invaliditet multifaktorielt determineret. Resultatet heraf kan blive et kronisk belastningssyndrom, således som det blev beskrevet i bog og artikler af psykiateren Haakon Lærum.

Undertiden bliver undersøgeren anmodet om at stille forslag til behandling og forskellige andre former for intervention. Nogle af disse forslag kan omhandle psykoterapi, andre forslag kan være af pædagogisk/uddannelsesmæssig karakter.

I kapitlet om den psykologiske undersøgelsesrapport i basisbogen understreges betydningen af at formulere behandlingsforslag, der er realistisk funderede og praktisk brugbare.

Vi skal i april 2007 komme nærmere ind på temaet erklæringssager.

## 9. Kvalitetsstyring i forbindelse med psykologiske undersøgelser

Som noget helt centralt for det psykologiske undersøgelsesarbejde er kvalitetsstyring og kvalitetssikring.

Kvalitetsstyringen er hos *Brun & Knudsen* (2006) i kapitel 8 beskrevet for neuropsykologiske undersøgelser, personlighedspsykologiske undersøgelser, psykologiske undersøgelser ved mentalobservation og andre erklæringsager. *Vedrørende kvalitetssikring af psykologiske undersøgelser* henvises til kapitel 8 i Brun og Knudsen (2006).

Endvidere henvises til Kvalitetshåndbog for Klinisk psykologisk Afdeling. Sct. Hans Hospital. Den findes på PPR's hjemmeside.

Kvalitetsstyringen omfatter en række detaljerede procedurer, der skal overholdes. Et væsentligt punkt drejer sig om krav til psykologers uddannelse. En forudsætning for at kunne gennemføre psykologiske undersøgelser selvstændigt kan dreje sig om, at psykologen er autoriseret. Et andet krav kan dreje sig om, at psykologen kan dokumentere, at han/hun har modtaget supervision på sit undersøgelsesarbejde frem til et nærmere angivet præstationsniveau.

Kvalitetsstyring er en kontinuerlig proces.

Kvalitet er blevet defineret som graden af målopfyldelse, dvs. evnen til på tilfredsstillende vis at udføre den givne og kendte opgave bedst muligt inden for en fastlagt ramme for udfoldelse.

Centralt for et kvalitetsstyringssystem er således, at de enkelte ydelser, der leveres af virksomheden, laboratoriet, institutionen etc. skal defineres. Kravet til ydelsernes kvalitet, herunder også leveringsbetingelserne for ydelser skal specificeres. Dette gælder uanset, om ydelserne er fysiske produkter eller rene serviceydelser.

Certificering og akkreditering er begreber, der er knyttet sammen med begrebet kvalitetsstyring. Specielt tales ofte om certificering eller akkreditering efter en given international eller europæisk standard f.eks. certificering efter ISO 9000 eller akkreditering efter ISO 17025.

En certificering efter ISO 9000 siger derfor principielt intet om kvaliteten af virksomhedens produkter, men kun om det system, som styrer den vedtagne produktkvalitet.

Adgangen til i dag at kunne bruge en række psykologiske test er, at man er blevet certificeret til at bruge dem. Psykologen skal således igennem et uddannelses/træningsprogram og en form for eksamination i brugen af den pågældende test. Dette er naturligvis med til at sikre kvaliteten af ydelserne.

Endelig skal psykologerne kunne leve op til de internationale retningslinier for anvendelse af test.

Prøverne skal være optaget omhyggeligt, scoret præcist og fortolket og beskrevet på et solidt grundlag og ud fra en nuanceret forståelse

I rapporten skal der gøres rede for hver prøve og inden for et prøvesystem som WISC-III skal de enkelte delprøver beskrives hver for sig. Dette indebærer, at arbejdsform, prøveresultat (testscore) og prøvefortolkning skal dokumenteres.

Rationalet bag gennemgangen af hver enkelt prøve/delprøve er, at det øger læserens muligheder for at gennemskue de præmisser, undersøgelsen er baseret på. Samtidig tvinges undersøgeren til præcision og til at forholde sig til eventuelle modstridende prøveresultater.

Der findes i dag en række redskaber, der kan tages i brug ved tilrettelæggelse af kvalitetsstyring.

Inden for H:S har det amerikanske kvalitetsstyringsorgan Joint Commission udarbejdet en række Guidelines til brug for kvalitetsstyring. De har ikke arbejdet specifikt med det psykologiske undersøgelsesområde, men har på Sct. Hans Hospital checket det kvalitetsstyringssystem, der anvendes i Klinisk psykologisk Afdeling og sagt god for det.

Det centrale er, at kvalitetsstyring er en kontinuerlig proces. Der bliver aldrig tale om et færdigt arbejde.

## Referencer

- Brun, B., and Knudsen, P. (2006). *Psykologisk undersøgelsesmetodik. En basisbog*, 2. ed. (København: Dansk Psykologisk Forlag). (Revideret og udvidet udgave)
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*, 5th ed. (København: Hans Reitzels Forlag).
- Elsass, P., Ivanouw, J., Lykke Mortensen, E. L., Poulsen, S., and Rosenbaum, B., eds. (2006). *Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere*. (København: Dansk psykologisk Forlag).
- Finn, S., E, Tonsager, M., E, and Texas, A. (xx). Information-gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms. *Therapeutic Assessment*, 1-57.
- Hartmann, P. (2006). The Five-Factor Model. Psychometric, biological and medical perspectives. *Nordic Psychology* **58**(July), 150-171.
- Kernberg, O. F. (1977). The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization. In *Borderline Personality Disorderes. The Conquest, The syndrome, The Patient*, 1st ed., P. Hartocollis, ed. (New York: International University Press). (p. 87-121)
- Kringelbach, M. (2004). *Den følelsesfulde hjerne*. (København: Peoples`Press).
- Linnet, J., ed. (2005). *Afhængighedstilstande*, 1st ed., Psyke & Logos. (København: Dansk Psykologisk Forlag).
- Sohlberg, M., and Mateer, C. (2001). *Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach*, 1st ed. (New York, London: The Guilford Press.).
- Sperry, L. (1995). *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders*, 1st ed. (Levitown,PA: Brunner/Mazel).
- Theilgaard, A. (1984). A Psychological Study of the Personalities of XYY and XXY Men. *Acta Psychiatrica Scandinavia* **69**, 1-33.
- Thormann, I., and Guldberg, C. (1996). *Hånden på hjertet. Omsorg for det lille barn*. (København: Hans Reitzels Forlag).
- WHO. (1994). *ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. (København: Munksgaard).
- Widiger, T. A., Costa, P. T. J., and McCrae, R. (2001). Proposal for Axis II: Diagnosing Personality Disorders Using the Five-Factor Model. In *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*, 2. ed., P. T. jr Costa, and T. A. Widiger, eds. (Washington DC: American Psychological Association).
- Witkin, H. (1967). A cognitive Style Approach to Cross Culture Research. *Int. J. Psychol.* **2**, 233-251.