



Psykiatri

Assessmentmanual 2

for psykologer på Kompetencecenter for
Transkulturel Psykiatri (CTP)

Revideret i forbindelse med PTF-6 projekt

Udarbejdet af:

Psykologer på CTP

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, 2020

Indholdsfortegnelse

PROCEDURE FOR PSYKOLOGASSESSMENT	2
FORMÅL MED PSYKOLOGASSESSMENT.....	3
GENERELLE OVERVEJELSER OM SEMISTRUKTURERET INTERVIEWTEKNIK	3
IMPLEMENTERING OG KVALITETSSIKRING	5
WHO DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0).....	6
BAGGRUND	6
HVAD MÅLER REDSKABET	6
ADMINISTRATION.....	6
HVORDAN BRUGES INFORMATIONEN FRA WHODAS-II I DEN KLINISKE PRAKSIS	10
CLIENT MOTIVATION FOR THERAPY SCALE (CMTS)	12
BAGGRUND	12
HVAD MÅLER REDSKABET	12
ADMINISTRATION.....	15
HVORDAN BRUGES INFORMATIONEN FRA CMTS I DEN KLINISKE PRAKSIS	15
LEVELS OF PERSONALITY FUNCTION SCALE (LPFS)	18
BAGGRUND	18
HVAD MÅLER REDSKABET	18
ADMINISTRATION.....	18
SUPPLERENDE INFORMATION OM VURDERING AF PERSONLIGHEDSRELATERET FUNKTION I TRANSKULTUREL PSYKIATRI:	21
HVORDAN KAN INFORMATIONEN FRA LPFS BRUGES I DEN KLINISKE PRAKSIS.....	24
LOCUS OF CONTROL SKALA (LOC).....	27
REFERENCER	29

Procedure for psykologassessment

Psykologforløbet i en traumepakke startes med 2 x 45 minutters assessment. Denne assessment skal gennemføres for alle patienter, som er inkluderet i forsøg, uanset hvilken arm de er randomiseret til.

Assessmentproceduren dækker følgende områder: 1) kognition, 2) motivation 3) niveau af personlighedsrelateret funktion og 4) Locus of Control. De 3 første områder undersøges med i forvejen definerede redskaber. Locus of Control vurderes på baggrund af psykologens samlede kendskab til patienten efter at de 3 første områder er afdækket. Figur 1 viser en oversigt over områder, redskaber, administrationsform og tid samt et forslag til, hvorledes assessmentproceduren kan bygges op inden for de 2 x 45 minutter. Opbygningen er vejledende. Den enkelte psykolog kan frit vælge i hvilken rækkefølge han/hun vil bruge redskaberne efter personlig præference, eller hvad der falder naturligt for den enkelte patient. Det afgørende er dog, at man foretager vurderinger på hver af de 4 skalaer inden for de første 2-3 sessioner. Såfremt patienten er i akut krise ved opstart af psykologforløbet, kan psykologassessmentet udskydes med henblik på stabilisering af patienten. I forskningsjournalen i RedCap registreres præcis hvornår i psykologforløbet assessment er gennemført.

FIGUR 1

1. assessment session

Område	Tidsforbrug	Redskab	Administrationsform
Motivation	25 min.	Client Motivation for Therapy Scale (CMTS)	Semistruktureret interview
Kognitiv funktion	20 min.	Kognitiv subskala WHODAS-II	Semistruktureret interview

2. assessment session

Område	Tidsforbrug	Redskab	Administrationsform
Personlighedsrelateret funktion	40-45 min. OBS: vurderes igen efter 8. session	Level of Personality Functioning Scale (LPFS)	Semistruktureret interview
Antagelser om selv, verden og nytte af egen ageren i verden	5 min.	Locus of Control Scale (LOC)	Vurderes på baggrund af samlet kendskab til patienten efter at de 3 øvrige områder er vurderet.

Formål med psykologassessment

Systematisk assessment består af brug af veldefinerede skalaer, som beskriver adfærd, der klassificerer eller udelukker bestemte kliniske beslutninger. Således kan assessment i højere grad gøres til genstand for faglig diskussion, vidensdeling og udvikling sammenlignet med vurderinger, som hver psykolog udfører på sin egen måde. Formålet med den heri beskrevne assessmentprocedure er primært at gøre psykologerne mere bevidste om grundlaget for at udvælge interventioner og interventionsstrategier fra behandlingsmanualen i løbet af psykologsamtalerne. De ovennævnte 4 assessmentområder er udvalgt af CTP's psykologgruppe, som særligt relevante i forhold til kvalificering af metode- og interventionsstrategi ift. målgruppen flygtninge. Systematisk assessment forud for terapistart kan f.eks. bringes i spil ved overvejelser om rammen for opbygning af terapiforløbet, sådan som det introduceres i den psykoterapeutiske manual anvendt på CTP (jf. Psykoterapimanual VI, side 21 samt bilag 4 side 191). Samtidigt skabes også et øget fokus på eventuelle skift af spor og valg af nye strategier igennem psykologforløbet. Hermed stiler assessmentproceduren på sigt imod vidensudvikling om hvilke faktorer, som gør sig gældende i forbindelse med forudsigelse af psykoterapieffekt i CTP's målgruppe samt individualisering af forløb.

Generelle overvejelser om semistruktureret interviewteknik

I psykologassessment gennemføres 3 redskaber som semistrukturerede interviews, jf. figur 1. En mere detaljeret beskrivelse af hvert redskab og gennemførelsesprocedure følger på de næste sider. I det følgende er et kort oprids af de vigtigste generelle principper for semistruktureret interviewteknik.

Det semistrukturerede interview er bygget op omkring åbningsspørgsmål/hjælpspørgsmål samt i forvejen definerede undersøgelsesområder og svarkategorier. Svarkategorierne sikrer, at alle psykologer har fokus på at afdække de samme områder, når de laver assessment og udvælger interventionsmetoder. Åbningsspørgsmålene hjælper med at belyse hver enkelt af de kategorier, som interviewer skal vurdere/rate, samt tydeliggør definitioner på de ønskede undersøgelsesområder.

Intervieweren skal som udgangspunkt komme ind på hvert hjælpspørgsmål (instrukserne for hvert redskab beskriver gældende procedure i detaljer). Derudover er det tilladt, at interviewer selv stiller nye spørgsmål og spørger ind, indtil han/hun har fået information nok til at kunne rate et område. Hvis man har spurgt ind så godt som muligt og stadigvæk ikke er i stand til at foretage en rating, er det tilladt at rate "VI" (vides ikke). Det samme gør sig gældende, hvis man i løbet af assessment har glemt at spørge ind til noget, eller hvis det vurderes, at spørgsmålene forårsager så stort ubehag for patienten, at det er direkte skadeligt og etisk uforsvarligt at gennemføre interviewet.

Det anbefales at give patienten dækkende information om formålet med, samt indholdet i, et givent interview, således at denne er forberedt på, hvad der kræves af ham/hende. Ligeledes anbefales det at give information om, hvad behandleren skal bruge informationerne til samt at give feedback på konklusionen af en assessmentsession. Dette sikrer compliance, transparens og åbenhed, som er en vigtig forudsætning for kvalificeret assessment. I assessmentpakken er der for hvert enkelt redskab givet et bud på, hvordan redskabet kan introduceres for patienten. Disse instrukser er vejledende, og psykologerne kan eksperimentere med form og indhold afhængigt af personlig præference, erfaring, og hvad der vurderes gavnligt for en given patient. Assessmentproceduren som helhed kan f.eks. introduceres således:

”Over de næste 2 gange vil jeg stille dig nogle spørgsmål om din hukommelse (WHODAS-II), dine forventninger og ønsker til psykoterapi (CMTS), hvad der er vigtigt for dig som person, og hvordan du har det med andre mennesker (LPFS). Der findes ingen rigtige eller forkerte svar på disse spørgsmål. Formålet er blot, at jeg lærer dig bedre at kende, og at vi sammen bliver klogere på, hvad der vil være bedst for dig at arbejde med i dit forløb. Jeg vil løbende give dig en tilbagemelding på hvad jeg finder ud af, og vi vil sammen blive ved med at afklare, hvad der er vigtigt for dig at arbejde med.”

Ved semistrukturerede interviews er den kliniske vurdering i højsædet. Det betyder, at **hvis der er uenighed imellem dét, som patienten giver udtryk for, og dét som klinikerens vurderer, foretages ratingen på baggrund af klinikerens vurdering.** Dette kan fx gøre sig gældende, hvis klinikerens har et tydeligt indtryk af, at patienten svarer ”uautentisk” og konsekvent gør sig bedre/dårligere, eller hvis patienten har dårlig sygdomsindsigt. Klinikerens skal dog til ethvert tidspunkt kunne argumentere tydeligt over for sig selv (og andre fagpersoner), hvorfor han/hun ikke bygger sin vurdering på dét patienten siger, og hvilken anden information han/hun primært bygger sin vurdering på. Dette er en grundlæggende kompetence i forbindelse med kliniske vurderinger, og den trænes løbende i manualsupervisionen på CTP.

Hvis klinikerens vakler imellem 2 svarkategorier, og det ikke er muligt at få et mere specifikt svar, skal ratingen som udgangspunkt placeres i den mindst alvorlige kategori (man rater nedad).

En vurdering bygges som udgangspunkt på baggrund af en samlet vurdering af intensiteten af et problem, dennes hyppighed, og i hvor høj grad patienter oplever, at det er generende. Desuden skal klinikerens løbende være opmærksom på at spørge ind til **varighed og hyppighed** af problemer inden for den tidsramme, som er angivet for det pågældende assessmentredskab. Eksempelvis defineres tilstedeværelse af problemer i personlighedsfunktion på LPFS som værende til stede i mindst 5 år.

Implementering og kvalitetssikring

Den heri beskrevne assessmentprocedure samt behandlingsplanlægning på baggrund heraf gøres løbende til genstand for supervision. Yderligere trænes samrating på de 4 redskaber også løbende i supervisionen. På denne måde sikres en kontinuerlig træning i udførelse af assessment, oplæring af evt. nye medarbejdere samt ensartethed og gennemsigtighed i metodevalg inden for manualens rammer.

Assessmentpakkens validitet i den transkulturelle psykiatri

WHODAS II er det eneste redskab i assessmentpakken, som er valideret til brug i forskellige kulturer. LPFS er i skrivende stund ved at blive valideret i Iran. Tværkulturel validitet (*brug i forskellige kulturer, hvor behandler og patient har fælles kulturel referenceramme*) for de øvrige redskaber er på nuværende tidspunkt ukendt. Validitet i transkulturelt brug (*behandler og patient har ikke fælles kulturel referenceramme*) er ikke kendt for nogen af redskaberne.

CMTS er blevet betydeligt forkortet til brug i CTP. Ydermere er dens administrationsform blevet ændret fra selvrapporteringsskemaer til semistruktureret administration. Ændringerne er foretaget under nøje overvejelser om behov for tilpasning til CTP's patientgruppe. De primære tilpasningskriterier i denne proces har været kulturel accept og forståelse af begreber, samt "gennemførlighed" i den transkulturelle behandlingskontekst.

Dette betyder, at de psykometriske egenskaber ikke per automatik kan antages at gøre sig gældende ved brug i den transkulturelle psykiatri. Alle redskaberne indgår i en integreret klinisk- og forskningsproces på CTP, hvor deres kliniske anvendelighed, psykometriske og prædiktive egenskaber vil blive afprøvet over en årrække.

Der er i den tidligere version af assessmentmanualen (2016) brugt et semistruktureret interview til vurdering af locus of control (LoC). Psykologgruppen på CTP har dog vurderet på baggrund af arbejdet med forrige forsøg (PTF5), at LoC i den semistrukturerede form ikke fungerede på meningsfuld vis. Den var primært meget svær at rate på pålidelig vis, men den medførte også ofte irritation hos patienten, samt bidrog til en oplevelse af manglende kultursensitivitet i behandler-patient dyaden. Derfor erstattes det semi-strukturerede interview med en samlet klinisk vurdering af patientens LoC i denne nye udgave af assessmentmanualen.

Det er ikke tilladt at reproducere og frit anvende de heri beskrevne redskaber. Personer, som downloader denne manual fra CTP's hjemmeside og ønsker at afprøve redskaberne i egen kliniske praksis, bedes tage kontakt til CTP's psykologgruppe med henblik på en drøftelse af brugsrammerne.

WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

DOMÆNE 1, KOGNITION

Baggrund

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) er en standardiseret metode udviklet af WHO med formålet at måle helbred og funktionsnedsættelse på tværs af kultur. Den er udviklet på baggrund af et omfattende tværkulturelt studie, der dækkede 19 lande og efterfølgende er blevet testet i mange forskellige kulturelle omgivelser og helbredspopulationer. Den er tilgængelig på mere end 30 forskellige sprog. WHODAS 2.0 består af 6 domæner: kognition, mobilitet, egenomsorg, samvær, aktiviteter i dagligdagen og deltagelse i samfundslivet.

Der er flere forskellige udgaver af WHODAS 2.0, som varierer i længde og administrationsmuligheder. På CTP har psykologgruppen valgt at afdække det domæne, der omhandler kognition, idet kognitive deficits, klinisk set, vurderes centrale for assessment samt behandlingsplanlægning. Lægerne udfører desuden 12-item WHODAS til afdækning af funktionsniveau i sin helhed.

Hvad måler redskabet

Domæne 1, Kognition, stiller spørgsmål vedrørende kommunikation og tænkning. De specifikke områder, der vurderes, er koncentration, hukommelse, problemløsning, indlæring og kommunikation.

Domænet afdækker områderne ved hjælp af 6 spørgsmål. For specificering af formålet med det enkelte spørgsmål se fuld dansk manual (spørgsmål til D1.1.-D1.6 – s. 40). Her findes også mere inspiration til at få afdækket det enkelte spørgsmål. Den danske manual kan findes på WHO's hjemmeside i elektronisk version.

Skalaen går fra 0-4, hvor 0 = ingen vanskeligheder, 1 = milde vanskeligheder, 2 = moderate vanskeligheder, 3 = svære vanskeligheder og 4 = ekstreme vanskeligheder eller kan ikke.

Administration

WHODAS er estimeret til at tage omkring 20 minutter.

Interviewet kan med fordel udføres i første assessmentsession med patienten, men såfremt det vurderes mere hensigtsmæssigt, kan WHODAS rykkes til anden assessmentsession.

WHODAS har modsat de andre redskaber i assessmentpakken en detaljeret administrationsprocedure, som er beskrevet i en dansk manual. Denne skal så vidt muligt følges. De vigtigste informationer er videregivet i denne instruks og burde være tilstrækkelige til en valid administration. I de tilfælde hvor den danske manual og CTP's behandlingsmanual afviger fra hinanden *følges instruksen i CTP's manual*. Derudover kan den danske manual frit bruges til inspiration og yderligere information.

I WHODAS-vurderingen anvendes "flashcards". På Flashcard 1 er nedskrevet definitioner på vanskeligheder, og flashcard 2 viser scoringsskalaen. Patienten skal have flashcard 1 og 2 på eget sprog foran sig, mens psykologen stiller spørgsmålene. Hvis patienten ikke kan læse eller flashcard 1 ikke er oversat til patientens sprog, gives kun flashcard 2.

Administration på arket:

- Sæt ring rundt om det svar, som patienten giver. Hvis et forkert svar indcirkles, sæt da en skråstreg over det forkerte svar og indcirkel det rigtige svar.
- Hvis patienten ikke ønsker at svare, skal det registreres ved at skrive "AFVIST" i venstre margen.
- Hvis en patient afholdes fra at udføre en aktivitet pga. helbredstilstand, skal itemet kodes som "4" for "ekstremt eller kan ikke udføre".
- Hvis en patient ikke har udført en aktivitet i de sidste 30 dage, men det ikke skyldes helbredstilstand, skal itemet kodes I/R for "ikke relevant".
- Hvis patienter svarer "ved ikke", gentages spørgsmålet. Hvis svaret fortsat er "ved ikke", bruges uddybende spørgsmål. Hvis patienten stadig ikke vil svare, noteres VI "vides ikke" i venstre margen.

Scoring

Det er **ikke** nødvendigt at angive en samlet score for WHODAS, men kan i stedet for bruge den samlede information fra interviewet som vurderingsgrundlag.

For den interesserede findes der to former for scoring. Den simple scoring, hvor man lægger de enkelte scores sammen og den komplekse scoring, som tager højde for flere niveauer af vanskelighed ved hvert item. Den komplekse scoring tillader en mere nuanceret analyse, der anvender den fulde information fra svarkategorierne og tillader komparative analyser mellem populationer og delpopulationer i WHODAS' normmateriale. Et computerprogram til kompleks scoring er tilgængeligt på WHO's hjemmeside: www.who.int/whodas. Normer til den komplekse scoring kan også ses på s. 22 i den danske udgave og s. 23 i den engelske udgave.

Introduktion og hjælpespørgsmål

Introduktion til patienten

I introduktionen til patienten skal du sige følgende:

"Jeg vil stille dig nogle spørgsmål for at få indblik i, om du har vanskeligheder med forståelse og kommunikation".

Ræk patienten flashcard 1 og sig følgende:

"Med vanskeligheder mener jeg: om det kræver en øget indsats af dig at udføre opgaven; om det giver dig ubehag; om du gør det langsommere end du er vant til eller om måden, du gør det på, er forandret".

"Når du svarer, vil jeg gerne have, at du tænker tilbage på de seneste 30 dage. Jeg vil også gerne have dig til at svare på disse spørgsmål, mens du tænker over, hvor mange vanskeligheder du har haft gennemsnitlig over de seneste 30 dage i forhold til det, jeg spørger dig om"

Ræk patienten flashcard 2 og sig følgende:

"Brug denne skala, når du svarer".

Spørgsmål

Gå i gang med at stille de 6 spørgsmål. Det anbefales, at tolken har spørgsmålene foran sig på patientens sprog og således læser dem op som oversættelse.

Vigtige ting ved oplæsning for patienten:

- Når du læser de 6 spørgsmål op, er det vigtigt, at alt, som står skrevet med blå, skal læses op for patienten.
- De understregede ord er nøgleord, som skal fremhæves, når de læses op for patienten.
- Det, der står med fed, er en instruks til interviewer og skal ikke læses højt.
- Patienten skal have læst hele spørgsmålet op for at sørge for, at patienten overvejer alle aspekter i spørgsmålet. Hvis patienten afbryder før hele spørgsmålet er læst op, gentages det.

Spørg ind til eksempler, således at det kan vurderes om patientens oplevelser af vanskeligheder svarer til det indtryk, som klinikerne får. Når man får eksempler, er det vigtigt at afdække, om de er repræsentative for patientens generelle kognition.

Hvis patienten giver et svar, der ikke stemmer overens med psykologens forståelse og observation af patientens nuværende funktion, skal psykologens svar registreres.

Det er vigtigt, at patienten rates på hvor store vanskeligheder, de har uden hjælp fra andre. F.eks. hvis patienten til D1.2 svarer: ”Jeg har ikke problemer med at huske at gøre vigtige ting, fordi min mand husker det for mig”, skal der spørges ind til, hvordan det ville være, hvis han ikke hjalp med det.

Hvis patienten de sidste dage har oplevet stor variation i graden af vanskelighed, bedes om et svar baseret på et gennemsnit af de gode og dårlige dage.

Man må gerne forklare spørgsmålet, hvis patienten ikke forstår det. Hav gerne formålet med spørgsmålet i baghovedet, som er forklaret i dansk manual (Spørgsmål til D1.1.-D1.6 – s. 40). Det er vigtigt ikke at påvirke patienten, men at forklare så neutralt som muligt.

Afklaring og uddybelse

Hvis patienten ikke forstår spørgsmålet, er en afklaring nødvendig. Hvis patienten forstår spørgsmålet, men giver et svar, der ikke er i overensstemmelse med spørgsmålets formål, er uddybelse nødvendig.

Retningslinjer for afklaring og uddybelse:

- Gentag spørgsmålet, hvis patienten f.eks. giver irrelevante svar eller ikke har forstået spørgsmålet.
- Gentag alle svarmuligheder, når der bliver spurgt om at få én svarmulighed gentaget.
- Man må gerne forklare spørgsmålet, men undgå at tilføre bias til spørgsmålet.

Uddybende spørgsmål:

I det omfang, som det kan lade sig gøre, bør man anvende neutrale uddybende spørgsmål såsom:

”Kan du fortælle, hvad du mener med det?”

”Kan du fortælle mig mere omkring det?”

”Kan du komme med et eksempel?”

”Hvad er dit bedste bud?”

”Kan du være mere præcis?”.

Hvis patienten stadig ikke forstår meningen med spørgsmålet, kan man give eksempler på ”vigtige ting” (spg. D1.2) eller ”analysere og finde løsninger på problemer i hverdagen” (spg.D1.3). Tag altid udgangspunkt i din viden om patienten. Vigtige (dagligdags) ting kunne jo f.eks. være at huske at ringe til lægen, spørge min mand/børn, hvordan hans/deres dag har været, huske at komme til forældremøde osv.

Løsninger på problemer i hverdagen kunne være ”hvordan kom du herud i dag?” eller ”hvordan planlagde du det?”

Situationer, der kræver uddybelse:

Hvis patienten svarer ”ved ikke”, gentages spørgsmålet. Hvis der stadig svares ”ved ikke”, benyttes uddybende spørgsmål. Hvis patienten stadig ikke kan svare, noteres VI i venstre margen.

Hvis patienten ikke finder spørgsmålet relevant, uddybes dette med fx ”kan du fortælle mig, hvorfor dette spørgsmål ikke er relevant for dig?”. Hvis det fortsat ikke er relevant, noteres I/R i venstre margen. Såfremt det skyldes, at patienten ikke kan udføre aktiviteten, gives et 4-tal (kan ikke udføres).

Hvordan bruges informationen fra WHODAS-II i den kliniske praksis

Jo højere patienten scorer, jo større vanskeligheder har vedkommende.

Resultatet kan bruges i behandlingsplanlægningen, idet kognitive deficits har betydning for behandlingseffekt. Såfremt patienten har moderate til svære kognitive vanskeligheder betyder det, at psykologen i højere grad skal være opmærksom på, at implementere strategier i forhold til f.eks. at huske aftaler, hjemmeopgaver, hvad der arbejdes med i terapien (fokus), indholdet fra sidste terapisesession, mv.

EKSEMPEL:

WHODAS-II, kognitivt domæne

Domæne 1

Kognition

Jeg vil nu stille dig nogle spørgsmål om [forståelse og kommunikation](#)

Vis flashkort #1 og #2 til respondenteren

I de seneste 30 dage, hvor mange vanskeligheder har du haft med:		Ingen	Milde	Moderate	Svære	Ekstreme eller kan ikke udføre
D1.1	At koncentrere dig om at gøre noget i ti minutter?	1	2	3	4	5
D1.2	At huske at gøre vigtige ting?	1	2	3	4	5
D1.3	At analysere og finde løsninger på problemer i hverdagslivet?	1	2	3	4	5
D1.4	At lære nye opgaver fx at lære at komme til et nyt sted?	1	2	3	4	5
D1.5	Generelt at forstå hvad folk siger?	1	2	3	4	5
D1.6	At starte og fastholde en samtale?	1	2	3	4	5

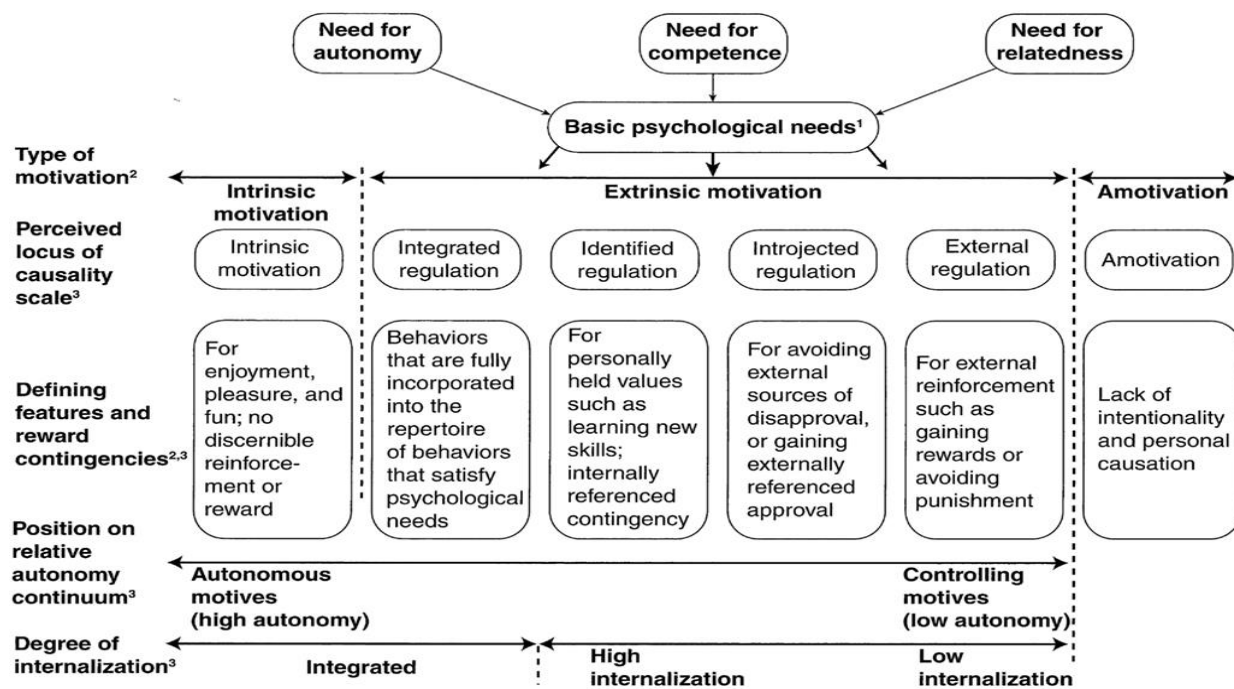
Client Motivation for Therapy Scale (CMTS)

Baggrund

Client Motivation for Therapy Scale (CMTS) er udviklet på baggrund af Ryan & Deci (2000) selvbestemmelsesteori (ST). Selvbestemmelsesteorien udgør en af tidens mest anvendte teorier om menneskelig motivation i klinisk og organisatorisk praksis, og CMTS-skalaen er ligeledes empirisk velunderbygget.

Hvad måler redskabet

Ifølge ST måles motivation på et kontinuum gående fra amotivation til intrinsisk motivation. Kontinuummet på CMTS-skalaen afspejler graden af patientens motivation til at arbejde med sig selv og ændre egen adfærd i psykoterapien. ST antager, at menneskets motivation for at udføre eller ændre en handling afhænger af i hvor høj grad handlingen vækker følelser relateret til autonomi, mestring og forbundethed med andre. Netop disse anses som almenmenneskelige basale behov.



Skemaet viser, at de forskellige motivationsformer (intrinsisk motivation, ekstrinsisk motivation og amotivation) er forbundet med, i hvor høj grad individet har internaliseret ydre værdier, normer og andre ydre faktorer, der er med til at regulere vores adfærd (adfærdsregulerende faktorer). Integration er en særlig form for høj internalisering, hvor individet identificerer sig med de ydre værdier og normer, der således føles som en central del af individet selv.

De forskellige motivationsformer

Intrinsisk motivation

At udvise en adfærd/udføre en aktivitet, fordi det er en fornøjelse, tilfredsstillende og opleves belønnende i sig selv. Man udøver således aktiviteten for at opnå indre glæde og for at få tilfredsstillende de tre behov; mestring, selvbestemmelse og forbundethed med andre. Adfærden udføres frivilligt, hvilket vil sige, at aktiviteten udføres for selve aktiviteten, og fordi den er i overensstemmelse med egne værdier og ikke styret af ydre krav, mål eller belønningssystemer.

Eks: Patienten ønsker at indgå i terapi udelukkende for den tilfredsstillende, det giver at opnå en dybere forståelse af sig selv.

Ekstrinsisk motivation

Der er flere grader af den ekstrinsiske motivation, som varierer alt efter, hvor meget værdier, normer eller andre adfærdsregulerende faktorer kommer inde fra en selv eller er bestemt af noget ydre. Definitionen på ekstrinsisk motivation er at udøve en aktivitet for at opnå et bestemt mål. Handlingen er ikke målet i sig selv, men en del af processen mod et andet mål.

- **Integreret regulering**

Dette er den mest autonome form for ekstrinsisk motivation. De normer og værdier, der styrer adfærden, er integreret og opleves som en del af én selv. Patienten vælger at indgå i behandling, fordi dette er overensstemmende med personens selvforståelse, værdier, mål og behov. Denne form for motivation har meget tilfælles med intrinsisk motivation, men udføres for at opnå et resultat og ikke fordi, det er tilfredsstillende i sig selv.

Eks: Patienten, der tidligere har gået til psykolog, men nu ønsker at starte et nyt forløb for at vedligeholde de ændringer, det tidligere psykologforløb medførte eller bygge videre herpå.

- **Identificeret regulering**

Her udøves adfærden stadig af ekstrinsiske grunde, f.eks. for at lære nye færdigheder og opnå et personligt mål, men adfærden er selvbestemt. Patienten vælger at indgå i behandling, fordi dette er i overensstemmelse med personens værdier, mål og behov. Ved identificeret regulering identificerer individet sig således med de normer og værdier, der styrer adfærden, og individet er motiveret af det, som det ønsker at leve op til.

Eks: Kvinden, der kæmper i et svært ægteskab søger behandling, da dét at søge professionel hjælp er kongruent med hendes værdi om, at man skal gøre alt for at redde sit ægteskab.

- **Internaliseret regulering**

Her er det samvittigheden, der motiverer patienten. Patientens adfærd reguleres og forstærkes gennem en indre motivation for at undgå følelsen af skyld og angst samt regulering af følelser relateret til ens selvværd. Patienten har dog en fornemmelse af, at egen adfærd er kontrolleret af noget inde fra sig selv, men identificerer sig ikke med de værdier/normer, som regulerer adfærden.

Eks: En voldsramt kvinde søger behandling grundet skyld- og skamfølelser over ikke at have gjort noget for at forbedre sit eget og sine børns liv.

- **Ekstern regulering**

Adfærden udføres for at tilfredsstille et ydre krav og for at undgå en straf eller opnå en belønning. Patienten vil føle sin adfærd kontrolleret udefra og fremmed for en selv.

Eks: En patient vil starte et terapeutisk forløb, da han/hun ellers ikke vil kunne modtage førtidspension eller grundet at ægtefællen har fremsat et ultimatum: gå i terapi eller vi bliver skilt.

Amotivation

Ingen regulering af adfærden. En tilstand, hvor patienten ikke ser en mening eller hensigt med at handle. Dette betyder, at patienten enten ikke gør noget eller også handler han/hun uden et formål.

Amotivation forekommer, når en patient ikke finder mening i, eller ikke forventer, at behandlingen vil give et ønsket resultat. Behandlingen opfattes som spild af tid eller også kan patienten ikke se en sammenhæng mellem egne handlinger og resultater (jf. ”ekstern locus of control”, som er beskrevet på s. 21.)

Eks. Patienten kan kun se, at han/hun får det bedre, hvis han/hun får en anden lejlighed, bedre økonomi, osv. og ikke tilskriver egen handling som led i sin psykiske bedringsproces.

Administration

CMTS udføres efter det vejledende forslag i den første assessmentsession. Der er afsat ca. 20-25 min. til at rate 10 spørgsmål. Nogle motivationsformer udelukker automatisk tilstedeværelsen af andre motivationsformer, eksempelvis kan man ikke samtidig have en af de ekstrinsiske motivationsformer og amotivation. Den største udfordring ligger derfor i at vurdere patienter, hvis motivation ligger i midten af kontinuummet. Imens det er noget nemmere og hurtigere at vurdere patienter, som ligger i yderenderne af motivationskontinuummet (amotiveret og intrinsisk motiveret). For hver motivationsform i midten af kontinuummet (grader af ekstrinsisk motivation) er der således 2 spørgsmål, som kan hjælpe med at nuancere psykologens forståelse af patienten, mens der i yderenderne kun er 1 spørgsmål.

CMTS rates semistruktureret. Man kan direkte bruge udsagn fra spørgeskemaet til inspiration såvel som hjælpes spørgsmål, der er opstillet ved siden af skemaet. Klinikeren kan også frit selv finde på uddybende spørgsmål, men skal til enhver tid være opmærksom på at få nok information til at kunne rate de specifikke udsagn på skemaet.

Scoring

For at vurdere den mest fremtrædende form for motivation hos en patient, laves et gennemsnit for hver subskala. Dvs. at for de subskalaer, som har 2 spørgsmål, lægges scorerne for hvert spørgsmål sammen og divideres med 2. For at få et hurtigt overblik over, hvor patienten placerer sig, uden at skulle bruge hovedregning, kan man forbinde de krydser, man har lavet på scoringsarket med en linje. Resultatet vil være en kurve, som topper ud for en eller to af motivationsformerne.

Nogle patienter, som ligger på midten af kontinuummet, kan således have forskellige typer regulering i næsten lige stor grad. Dette vil især gøre sig gældende for motivationstyper, som ligger ved siden af hinanden på motivationskontinuummet og er beslægtede. F.eks. kan en person, som har en grad af identificeret regulering (ønsker at være bedre til at håndtere ting), også have en vis grad af internaliseret regulering (dårlig samvittighed, hvis han/hun ikke gjorde noget ved sit problem). Denne profil vil være karakteriseret ved en kurve, som har en bred top, der afspejler høje scores på 3-4 efterfølgende spørgsmål (2 spørgsmål for identificeret og 2 spørgsmål for internaliseret regulering). Til forskel vil en patient, som scorer højt på kun en motivationsform, have en kurve, som har en spids ud for den pågældende motivationsform.

Hvordan bruges informationen fra CMTS i den kliniske praksis

Forskning viser, at jo højere grad en patient er ekstrinsisk motiveret des højere dropout- og udeblivelsesprocent, des mindre interesse og anstrengelse lægges i terapien, og des mindre tages ansvar for egen andel i

behandlingsprocessen. Omvendt ses, at jo højere grad værdier eller adfærdsregulerende faktorer er internaliseret og integreret, des mere selvbestemmelse, mestring, tilfredsstillelse og oprigtig motivation til at ændre sin tilstand opleves i den terapeutiske behandlingsproces. Dette har vist sig at korrelere med en bedre behandlingseffekt og gennemførelsesprocent.

Klinikeren kan bruge informationen fra CMTS til at blive bevidst om, hvorvidt det er nødvendigt at arbejde med patientens motivation (f.eks. hvis patienten ligger langt nede på motivation ud for de mere eksternt regulerede typer). Klinikeren kan således hjælpe patienten med at komme i kontakt med mere internaliserede regulerede grunde til at indgå i psykoterapi. Dette kan gøres sammen med patienten ved at danne forbindelse imellem de basale behov, som patienten vægter, og de aspekter af psykisk lidelse, som står i vejen herfor.

Hos personer med høj score på beslægtede motivationstyper, kan klinikeren være opmærksom på at vælge interventioner, som øger patientens oplevelse af de mere internaliserede regulerede former og mindsker oplevelsen af de mere ekstrinsisk regulerede. Fx kan klinikeren have højnet opmærksomhed på, at en patient kan udføre hjemmearbejdet pga. skyldfølelse, men at psykoterapien vil have bedre effekt for personen, hvis hjemmearbejdsopgaverne kan vælges således, at de vækker mere internaliseret motivation (taler til de basale behov, som er mest fremtrædende hos patienten).

Endeligt kan klinikeren hurtigere blive opmærksom på eventuelle udfordringer ift. ydre sociale krav, som ofte stilles til vores målgruppe. Disse baner vejen for udvikling af eksternt regulering hos den enkelte og kan medføre problemer i forhold til dannelse af behandlingsalliance. Således kan store dele af behandlingsforløbet forpurre af misforståede forventninger imellem patient og behandler, hvis der ikke er opmærksomhed på, at patienten i udgangspunktet kommer med ydre motivation af social karakter. Især hvis patienten automatisk ligestiller kommunens krav som værende psykologens ærinde. Selvom patienten kommer med ydre sociale krav som udgangspunkt, kan man med rettidig opmærksomhed på problematikken skabe mulighed for at vække mere internaliseret behandlingsmotivation hos patienten og en bedre behandlingsalliance, som burde give et bedre behandlingsudbytte for patienten.

Slutteligt er det nyttigt for klinikeren at være opmærksom på især amotivation. Mange af vores patienter kommer fra kulturer, hvor psykoterapi er en fremmed idé, som for nogle kan være svær at forstå. Nogle patienter vil således have svært ved at arbejde med og acceptere rammerne for psykoterapeutisk arbejde i det hele taget. Denne viden er nyttig for den enkelte kliniker i forbindelse med at forbygge udbrændthed.

EKSEMPEL:

Client Motivation for Therapy Scale (CMTS)

Motivationsform	1 Uenig	2	3 Moderat enig	4	5 Helt enig
Intrinsisk motivation <i>(Psykoterapi er en fornøjelse, tilfredsstillende og opleves belønnende i sig selv)</i>					
1. Fordi jeg oplever fornøjelse og tilfredshed, når jeg lærer nye ting om mig selv, som jeg ikke vidste i forvejen.					
Integreret regulering <i>(Patienten vælger psykoterapi, fordi dette er overensstemmende med personens selvforståelse, værdier, mål, behov)</i>					
1. Fordi jeg gennem terapi nu føler, at jeg kan tage ansvar for at lave ændringer i mit liv.					
2. Fordi jeg mærker, at ændringer, der finder sted gennem terapi, bliver en del af mig.					
Identificeret regulering <i>(Adfærden udføres af ekstrinsiske grunde eks. for at lære nye færdigheder og opnå et personligt mål. Dog opleves adfærden selvbestemt/i overensstemmelse med egne værdier)</i>					
1. Fordi jeg gerne vil ændre min nuværende situation.					
2. Fordi jeg tror på, at det med tiden vil gøre mig i stand til at få det bedre.					
Internaliseret regulering <i>(Adfærden reguleres gennem en indre motivation for at undgå følelsen af skyld og angst samt negative følelser relateret til ens selvværd.)</i>					
1. Fordi jeg ville få dårlig samvittighed, hvis jeg ikke gjorde noget ved mit problem.					
2. Fordi jeg ville have det dårligt med mig selv, hvis jeg ikke fortsatte med min terapi.					
Ekstern regulering <i>(Adfærden udføres for at tilfredsstille ydre krav, undgå en straf eller opnå belønning. Adfærden føles kontrolleret udefra og fremmed for en selv).</i>					
1. Fordi andre mennesker synes, det er en god idé, at jeg går i terapi.					
Amotivation <i>(Adfærden giver ingen mening)</i>					
1. Ærlig talt, jeg kan virkelig ikke forstå, hvad jeg kan få ud af terapi.					

Levels of Personality Function Scale (LPFS)

Baggrund

Levels of Personality Function Scale (LPFS) stammer fra DSM-5 (APA 2013). LPFS er udviklet på baggrund af studier, som har undersøgt strukturen i de mest anvendte mål for personlighedsforstyrrelse og personlighedsrelateret funktion. Empiriske analyser af de sidste 20 års forskning har således vist, at personlighedsfunktion bedst kan beskrives vha. 2 dimensioner: 1) **selvet** og 2) **interpersonel funktion**. Stadig akkumulerende evidens viser, at LPFS-vurderinger har en større klinisk værdi ift. forudsigelse af personlighedsforstyrrelse samt udvælgelse og planlægning af behandling sammenlignet med de traditionelle personlighedsforstyrrelses-modeller i DSM-IV og DSM-5.

Hvad måler redskabet

LPFS beskriver personlighedsrelateret funktion med reference til den normale personlighed. Som nævnt er LPFS inddelt i funktion relateret til selvet og interpersonel funktion. Selvets funktion er defineret ved 2 domæner: a) **identitet** og b) **selvrettethed**:

- **Identitet** forstås som evnen til at 1) opleve sig selv som unik person, 2) have stabilt selvværd og en realistisk selvvurdering, samt 3) evne til at regulere et bredt spektrum af emotioner.
- **Selvrettethed** forstås som evne til at 1) forfølge sammenhængende og meningsfulde livsmål, 2) anvende konstruktive og prosociale adfærdsstandarder, samt 3) udvise konstruktiv selvrefleksion.

Den interpersonelle funktion er defineret ved de 2 domæner: c) **empati** og d) **intimitet**.

- **Empati** forstås som adækvat 1) forståelse og værdsættelse af andres erfaringer, 2) tolerance over for forskellige perspektiver og 3) forståelse af egen adfærds påvirkning på andre.
- **Intimitet** forstås som 1) evne til at vedligeholde varige og dybe relationer, 2) ønske om og kapacitet for nærhed, og 3) adækvat gensidighed i den interpersonelle adfærd.

Administration

LPFS er en observatør-ratet skala. Således er det tiltænkt at en kliniker med relativt lille tidsforbrug kan vurdere personlighedsrelateret funktion vha. de i LPFS beskrevne typiske kendetegn, når han /hun har fået et indtryk af patienten. Der er afsat 40-45 min. til vurdering af personlighedsfunktion på LPFS i psykologernes assessmentprocedure. LPFS kan med fordel udfyldes i den sidste assessmentsession, idet man så har længere tid til at få et indtryk af patientens personlighed. Psykologerne på CTP har udarbejdet et sæt hjælpespørgsmål

til vurdering af LPFS'en (hjælpe spørgsmålene kan findes på p-drevet i mappen "Assessment PTF6". Se også punkt a på s. 21).

LPFS rates 2 gange i en traumepakke. Første gang rates LPFS på baggrund af hjælpe spørgsmålene, som gennemføres i assessmentsessionen, og den rates igen efter 8. session. Ratingen i 8. session giver mulighed for, at klinikerens kan nuancere sin forståelse af patientens personlighedsfunktion ud over de 40-45 min. ved forløbsopstart og lave en endelig vurdering på baggrund af sit samlede kendskab til patienten. Efter 8. session rates LPFS'en blot i Red Cap.

Hjælpe spørgsmål er ment som inspiration til, hvordan man kan bære sig ad med at spørge ind til de domæner, som LPFS'en omfatter. Hjælpe spørgsmålene skal ikke forstås som et semistruktureret interview, hvor alle spørgsmål skal stilles. Idet domænerne på LPFS'en er indbyrdes relaterede, vil man sandsynligvis samtidig få information om de fleste domæner, når man stiller spørgsmål til en konkret interpersonel situation. Således formodes det, at man ikke vil have brug for at stille så mange uddybende spørgsmål til de sidste domæner, som til de domæner, der kommer først. Klinikerens skal dog til enhver tid være opmærksom på at stille nok spørgsmål til at belyse facetter i alle 4 domæner.

I løbet af PTF6-studiet skal psykologgruppen gennemgå en proces, hvor indsigter fra løbende supervision og samrating på LPFS skal munde ud i en række anbefalinger (og evt. mere strukturerede spørgsmål) i forbindelse med anvendelse af LPFS i den transkulturelle psykiatri. Hele processen dokumenteres løbende i forskningsøjemed.

Scoring

Personlighedsrelateret funktion på LPFS rates på en skala fra 0-4, hvor 0 = "ingen nedsættelse", 1 = "nogen nedsættelse", 2 = "moderat nedsættelse", 3 = "svær nedsættelse" og 4 = "ekstrem nedsættelse". Vær opmærksom på, at scoren 2 = "moderat nedsættelse" afspejler skæringspunktet imellem normativ og patologisk funktion.

LPFS-skemaet er bygget op således, at der for hvert af de 4 domæner (identitet, selvrettethed, empati og intimitet) er en kort beskrivelse af de mest typiske psykologiske kendetegn på hvert niveau (0-4). Psykologen skal indplacere patienten på et af funktionsniveauerne ud for hvert domæne.

Udover de psykologiske kendetegn på hvert niveau skal følgende også være opfyldt, for at man kan foretage en rating på 2 eller derover:

- De typiske psykologiske kendetegn skal have været til stede i mindst 5 år.
- De skal gøre sig gældende på tværs af patientens forskellige kulturelle kontekster og livsomstændigheder (for detaljer og eksempler se punkt a, b, og c nedenfor).

Principper i den kliniske vurdering på LPFS

Hver af LPFS' domæner har også 3-4 facetter (på skemaet markeret som underafsnit på hvert niveau 0-4). I denne forbindelse skal én facet (et lille afsnit) opfattes som ét hele. Således skal patienten opfylde alle de typiske kendetegn for én facet for at kunne indplaceres på et bestemt personlighedsrelateret funktionsniveau. Hvis patienten kun opfylder et udpluk af typiske psykologiske kendetegn på en facet, kan denne ikke vurderes som værende gældende. Raterne skal være opmærksomme på de facetter, hvor ordet "eller" indgår.

Eksempel:

Domænet "intimitet", niveau 4, facet 4: "*Social/interpersonel adfærd er ikke gensidig; I stedet er adfærden rettet mod at få opfyldt basale behov – eller flygte væk fra smerte*". Denne facet skal således forstås som todelt: 1) Ikke gensidig interpersonel adfærd skal være opfyldt, 2) derudover, skal mindst et af de to nævnte typiske psykologiske kendetegn være til stede – "*opfyldelse af basale behov eller undgåelse af smerte*".

Derimod er det ikke et krav, at alle eller et bestemt antal facetter på et niveau skal være opfyldt for at patienten kan indplaceres på denne. Når en facet til fulde er opfyldt, skal klinikerens på baggrund af en samlet vurdering af 1) sværhedsgrad af udfordringer, 2) deres hyppighed, 3) hvor generaliserede, og 4) hvor generende de er for patienten, foretage en samlet vurdering af hvilket niveau af personlighedsrelateret funktionsnedsættelse patienten indplaceres på. Ifølge dette princip kan en patient på domænet "intimitet" opfylde 3 facetter på niveau 1, men kun 1 facet på niveau 2, og stadigvæk blive vurderet til at have personlighedsrelateret funktionsnedsættelse svarende til niveau 2. Dette vil i så fald betyde, at rateren har vurderet, at de typiske psykologiske kendetegn, som beskrives på niveau 2, er mere karakteristiske/ centrale i beskrivelsen af patientens problematik, end de der beskrives på niveau 1.

Slutteligt er det vigtigt at holde sig for øje, at det man vurderer som værende ind under facetten, relaterer sig til hele det overordnede domæne. Hvis man fx vurderer, at patienten opfylder facetten vanskeligheder med at regulere et bredt spektrum af emotioner, skal man holde sig for øje, at denne vanskelighed også skal påvirke patientens identitetsopfattelse for at blive ratet som positiv på LPFS.

Supplerende information om vurdering af personlighedsrelateret funktion i transkulturel psykiatri:

a) Kulturens indflydelse på evnen til at sætte ord på abstrakte personlighedsbegreber

Ud fra erfaringer med transkulturelle patienter har psykologgruppen på CTP udarbejdet hjælpespørgsmål til LPFS'en. Formålet er at give den enkelte psykolog redskaber til at spørge ind til personlighedsrelateret funktion på en måde som er informativ og relevant i vores målgruppe. Spørgsmålene er især formuleret ud fra erfaringer med, at mange af CTP's patienter har svært ved at forholde sig til abstrakte begreber som identitet og empati samt svare på spørgsmål om problemer, som er løsrevet fra den kontekst, de optræder i.

F.eks. kan en patient have svært ved at forstå spørgsmålet *"Kan du holde fast i dig selv/sætte grænser, hvis andre vil noget andet end det du vil?"*, da dette spørgsmål er løsrevet fra konteksten. Men patienten kan formentlig godt give et eksempel på en nylig situation, hvor andre har villet noget andet, end hende/ham selv. Hvis man spørger mere ind, kan hun/han sikkert også beskrive hvordan hun/han har reageret, samt om noget har været problematisk i situationen. Ud fra videre samtale kan patienten formentlig også svare på om problemet evt. er noget, der tit gentager sig for ham.

Derfor lægger CTP-psykologernes hjælpespørgsmål op til en beskrivelse af konkrete situationer, hvor LPFS'ens facetter af personlighedsrelateret funktion bringes i spil. Ud fra kvaliteten af disse beskrivelser får psykologen information om patientens personlighedsfunktion, uden at der er et krav om, at patienten selv er bevidst om og kan navngive specifikke interpersonelle problemer. Dette er i øvrigt også gældende for vurdering af personlighedsforstyrrelser i almindelighed, idet manglende forståelse af egne og andres reaktioner samt begrænset sygdomsindsigt netop er kendetegnende ved dårlig personlighedsrelateret funktion og evt. personlighedspatologi.

I den transkulturelle psykiatri skal denne type af (patologisk) manglende indsigt i sig selv og andre adskilles fra, at patienten kommer fra en kultur, hvor det er usædvanligt at tale/tænke om identitet og selvindsigt. Dette betyder altså, at hvis patienten kan give fyldestgørende eksempler på interpersonelle situationer og rimelig nuanceret beskrive årsager til egne og andres handlemåder, så rates denne som havende god personlighedsrelateret funktion på trods af, at patienten ikke bringer begreber om identitet, selvforståelse o.lign. op i samtalen.

b) Gennemgående problematik på tværs af kulturelle kontekster og livsomstændigheder

Personlighed er per definition noget, som kendetegner et individ på tværs af alle sammenhænge. Problematisk funktion defineres som regel ud fra gældende samfundsnormer og forventninger. Idet vores transkulturelle

patienter både tilhører en minoritetskultur (den, som de oprindeligt kommer fra), og den danske majoritetskultur, kan de normer og forventninger, som de er omgivet af i sine forskellige miljøer til tider være modstridende. Hvilken kulturnorm skal psykologen så rate patientens personlighedsfunktion ud fra? Svaret er: vurderingen skal *altid* bygge på en vurdering af gennemgående problemer i *alle* de sammenhænge, som patienten indgår i.

En kvinde, som ønsker at blive skilt fra en voldelig mand, kan bruges som eksempel (obs! eksemplet er noget karikeret med det formål at gøre forskellene mere ekstreme). Hvis kvinden kommer fra en minoritetskultur, som er meget kollektivistisk og patriarkalsk, vil en skilsmisse i sidste instans kunne opfattes som patologisk. Kvindens handlinger vil fx kunne forstås som alt for egoistiske uden forståelse for den skam og smerte, som de medfører hendes børn, ægtefælle samt hendes egen og ægtefællens storfamilier (manglende empati, evne til intimitet, muligvis urealistisk selv vurdering ift. evne til at klare sig alene).

Den samme handling kan formentligt blive vurderet helt anderledes af kvindens psykolog, som kommer fra den danske majoritetskultur (stabil identitet/selvoplevelse, målrettet adfærd, god tolerance overfor forskellige perspektiver, gensidighed i interpersonel adfærd).

Omvendt vil en kvinde, som ikke ønsker at blive skilt fra en voldelig mand, kunne blive opfattet som dependent i den danske majoritetskultur, mens hendes ”vedholdenhed” i det problematiske ægteskab kan blive set som en dyd i minoritetskulturen. Hvilken kulturvurdering er den rigtige?!

Ved personlighedsvurdering af transkulturelle patienter skal psykologen sørge for at få indblik i, i hvor høj grad de samme personlighedsproblematikker gør sig gældende på tværs af situationer i både minoritets- og majoritetskulturen. Fx tvivler den kvinde, som mistænkes for at være dependent også i høj grad på egne beslutninger, når det drejer sig om hendes børn? Har hun lagt mærke til, at hun tvivler mere på sig selv og er mere handlingslammet end hendes mor/søstre/svigerinder? Har andre påpeget det?

Omvendt, har kvinden, som ønsker skilsmisse også tendens til at overvurdere sig selv, negligere andres emotioner og behov i arbejds-/uddannelsessammenhænge? Beskriver hun også lignende interpersonelle problemer i situationer, som udspiller sig i majoritetskulturen?

Det er kun hvis interpersonelle problematikker gør sig gældende på tværs af patientens forskellige kulturkontekster, at adfærden vurderes som tegn på nedsat personlighedsrelateret funktion. I modsatte tilfælde er der formentligt tale om stressorer, som aktuelt gør sig gældende i den ene af patientens kulturelle sammenhænge. Det er formentligt forbigående og således ikke en valid indikator for patientens gennemgående personlighedsrelaterede funktion. Dette betyder, at sådanne eksempler kun tages i betragtning i mindre grad i den samlede vurdering af personlighedsrelateret funktion.

c) De interpersonelle problemers varighed og påvirkning fra vedvarende sociale belastninger

Personlighedsrelateret funktion vurderes ud fra gennemgående tendenser. Iagttagelse af tendenser forudsætter således en vis varighed i de tilstedeværende problematikker. Aktuelle belastninger kan påvirke personlighedsfunktionen negativt. De bør således som udgangspunkt ikke tænkes med i vurderingen af personlighedsfunktion, da de ikke nødvendigvis er gennemgående og karakteristiske for personen (men mere forbigående).

CTP's målgruppe udgøres af svært traumatiserede, kroniske patienter. Mange reagerer typisk stærkt emotionelt på livsændringer, som for de fleste ikke-traumatiserede personer opfattes som helt normative og "ufarlige". Samtidigt er mange af vores patienter også udsat for langvarige sociale belastninger af forskellig art. Hvorledes kan disse belastningsrelaterede "svingninger" i personlighedsrelateret funktion tolkes i forbindelse med en vurdering på LPFS'en?

Som udgangspunkt vurderes tilstedeværelse af personlighedsproblemer kun i så fald at man kan udelukke, at problemerne primært skyldes samtidig tilstedeværelse af en anden akse I lidelse (fx PTSD eller depression). Den heri beskrevne CTP-procedure afviger fra dette krav. Således vurderes tilstedeværelse af nedsat personlighedsrelateret funktion hos CTP's patienter, selvom størstedelen af dem vil have PTSD, angst og depression på det tidspunkt, hvor vurderingen laves. Tilstedeværelse af nedsat personlighedsrelateret funktion *vurderes dog kun i så fald*, at tendenserne har været til stede i uafbrudt mindst 5 år, og de gør sig gældende for samtlige kulturelle kontekster, som patienten indgår i (krav om gennemgribende og langvarig problematik).

Årsagerne til denne praksis begrundes i, at vurdering af personlighedsfunktion på LPFS i CTP (og andre sammenhænge i øvrigt) har som sit primære formål at belyse problematiske områder af interpersonel funktion, som kan have betydning for patientens evne til at indgå i samt profitere af behandling og skal ikke bruges til at give en diagnose på personlighedsforstyrrelse. Således vil nedsættelse i personlighedsrelateret funktion af mindst 5 års varighed, som gør sig gældende i de fleste sammenhænge, formentligt også have en betydning for kvaliteten af den behandlingsrelation, som patienten kan indgå i. Desuden lægger denne praksis sig også op ad gældende vurdering af en anden traumerelateret ledelse; *F62.0 – Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse*. Denne diagnose gives kun ved tilstedeværelse af karakteristiske problemer af mindst 2 års varighed og opfattes i kraft af sin placering i personlighedsforstyrrelseskapitlet, som "personlighedsforstyrrelseslignende".

Den adskiller sig fra andre personlighedsforstyrrelser ved, at den ikke er opstået tidligt i ungdommen, men som reaktion på svær traumatisering. Således kan F62.0 forstås, som gældende for de traumatiserede patienter, hvor de PTSD karakteristiske svingninger i funktionsniveau vokser sig til noget mere alvorligt og gennemgribende. Disse patienter vil med stor sandsynlighed også blive indfanget på LPFS'en med den ovenfor beskrevne afgrænsning.

Hvordan kan informationen fra LPFS bruges i den kliniske praksis

Som allerede nævnt er formålet med brug af LPFS på CTP en systematisk vurdering af patientens personlighedsrelaterede funktion. Formålet er ikke at stille en ”diagnose” for personlighedsforstyrrelse.

LPFS kan bruges til en vurdering af patienter med og uden tilstedeværelse af Akse II forstyrrelser. Vha. LPFS kan psykologen få en ”profil” af mulige problematiske områder i patientens interpersonelle funktion samt disses sværhedsgrad. Således kan informationen bruges til at foregribe eventuelle problemer i den terapeutiske alliance samt til at udvælge interventioner, som muligvis omgår de for patienten karakteristiske interpersonelle problemer (hvis der er tale om alvorlig nedsættelse i personlighedsrelateret funktion). Alternativt kan en LPFS profil bruges til at vælge interventioner, som bygger patienten op over for dennes karakteristiske interpersonelle problemer (hvis de vurderes ikke at være for alvorlige og inden for patientens nærmeste udviklingszone).

På trods af at LPFS'en ved første øjekast virker som et kompliceret og teoritungt redskab, viser studier, at uerfarne psykologistuderende med en relativ lille indsats kan trænes til at have ligeså god interrater-reliabilitet, som kliniske eksperter (Zimmermann et al. 2013). Samtidigt kan almindelige mennesker uden kendskab til psykiatri eller personlighedsforstyrrelse for det meste finde ud af at indplacere andre på LPFS'en, samtidigt med at den psykometrisk i det store hele bibeholder de heri beskrevne dimensioner (Zimmermann et al. 2015).

Udover de gode psykometriske egenskaber og prædiktive validitet i andre psykiatriske populationer, er argumentet for at anvende LPFS i den transkulturelle psykiatri også, at det bygger på observatørvurdering. Dette er en oplagt fordel i den transkulturelle psykiatri, hvor mange patienter bruger tolk, har svært ved at indgå i lange semistrukturerede interviews og ikke nødvendigvis bruger de samme ord til at forklare psykiske problemer, som behandlerne på CTP.

Levels of Personality Functioning Scale (LPFS)

		0 – Lille eller ingen nedsættelse	1 – Nogen nedsættelse	2 – Moderat nedsættelse	3 – Svær nedsættelse	4 – Ekstrem nedsættelse
Selv	Identitet	<p>Vedvarende bevidsthed om at være et unikt selv; opretholder passende grænser i forhold til forskellige roller.</p> <p>Sammenhængende og selvreguleret positivt selvværd med passende selvvurdering.</p> <p>Er i stand til at opleve, tolerere og regulere hele følelsesspektret.</p>	<p>Relativ intakt fornemmelse af selv, med nogen svækkelse i klarhed af grænser når der opleves stærke følelser og psykisk forpintethed.</p> <p>Selvværd mindskes indimellem ved overdreven kritisk eller forvrænget selvvurdering.</p> <p>Stærke følelser kan føre til fortvivlelse, hvilket er forbundet med en begrænsning i spektret af følelsesmæssige oplevelser.</p>	<p>Overdreven afhængighed af andre i definitionen af egen identitet, med svækket afgrænsning (i forhold til andre).</p> <p>Sårbart selvværd styret af overdreven bekymring omkring ekstern vurdering, herunder ønske om andres anerkendelse.</p> <p>Fornemmelse af at være defekt eller underlegen med kompenserende oppustet eller reduceret selvvurdering.</p> <p>Følelsesmæssig regulering afhænger af positiv ekstern vurdering.</p> <p>Trusler mod selvværd kan føre til stærke følelser såsom raseri eller skam.</p>	<p>En svag fornemmelse af autonomi/agens; oplevelse af en mangel på identitet - eller tomhed. Definitionen af grænser er ringe eller rigid: Der kan være overidentifikation med andre, overbetoning af uafhængighed fra andre eller begge dele skiftevis.</p> <p>Et skrøbeligt selvværd, der let påvirkes af begivenheder - og selvbilledet mangler kohærens (sammenhæng). Selvvurdering er unuanceret: Selvhad, selvforherligelse eller en ulogisk, urealistisk kombination.</p> <p>Følelser kan skifte hurtigt eller en kronisk, uforandret følelse af fortvivlelse kan forekomme.</p>	<p>Oplevelsen af et unikt selv og en fornemmelse af agens/autonomi er stort set fraværende, eller er organiseret omkring oplevelsen af en ekstern forfølgelse. Grænser i forhold til andre er uklare/perplekse eller fraværende.</p> <p>Svagt eller forvrænget selvbillede, som let trues i interaktion med andre; betydelige forvrængninger og forvirring vedrørende selvvurdering.</p> <p>Følelser er ikke i overensstemmelse med kontekst eller indre oplevelse. Had og aggression kan være dominerende følelser selv om de også kan benægtes og tilskrives andre.</p>
	Selvtro	<p>Fastsætter og søger rimelige mål baseret på en realistisk vurdering af personlige kapaciteter.</p> <p>Anvender passende standarder/normer for adfærd og opnår livstilfredshed inden for flere områder.</p> <p>Kan reflektere over og udlede konstruktiv mening af indre oplevelse.</p>	<p>Overdrevent mål-orienteret, i nogen grad mål-hæmmet eller ambivalent vedrørende mål.</p> <p>Kan have et urealistisk eller socialt upassende sæt af personlige normer, som begrænser visse aspekter af livstilfredshed (opfyldelse af behov).</p> <p>Er i stand til at reflektere over indre oplevelser men kan overbetone en enkelt (fx intellektuel eller følelsesmæssig) type af viden om sig selv.</p>	<p>Mål er oftere et middel til at opnå ekstern anerkendelse end til at opnå selvgenereret anerkendelse - og kan derfor mangle kohærens og/eller stabilitet.</p> <p>Personlige normer kan være urimeligt høje (fx et behov for at være speciel eller behage andre) eller urimeligt lave (fx ikke i overensstemmelse med almindelige sociale værdier).</p> <p>Opfyldelse af behov (livstilfredshed) kompromitteres af manglende af autenticitet.</p> <p>Svækket kapacitet til at reflektere over indre oplevelse.</p>	<p>Vanskeligt ved at etablere og/eller opnå personlige mål.</p> <p>Indre normer for adfærd er uklare eller modsætningsfyldte. Livet opleves som meningsløst eller farligt.</p> <p>Betydelig kompromitteret evne til at reflektere over og forstå egne mentale processer.</p>	<p>Ringt skelnen mellem tanker og handlinger, således at evnen til at sætte sig mål er svært nedsat, med urealistiske eller inkohærente mål til følge.</p> <p>Indre normer for adfærd er stort set fraværende. Oprigtig livstilfredshed (opfyldelse af behov) er stort set utænklig.</p> <p>En gennemgribende mangel på evne til konstruktivt at reflektere over egen oplevelse. Personlige motivationer kan være uerkendte og/eller opleves som fremmede for selvet.</p>

		0 – Lille eller ingen nedsættelse	1 – Nogen nedsættelse	2 – Moderat nedsættelse	3 – Svær nedsættelse	4 – Ekstrem nedsættelse
Inter-personelt	Empati	I stand til akkurat at forstå andres oplevelser og motiver i de fleste situationer. Forstår og værdsætter andres perspektiver, selv ved uenighed. Er bevidst om egne handlingers effekt på andre.	Nogen begrænsning i evnen til at værdsætte og forstå andres oplevelser; kan være tilbøjelige til at synes at andre har urimelige forventninger eller et ønske om kontrol. Selvom evnen til at overveje og forstå forskellige perspektiver er tilstede, er der modstand over for at gøre brug heraf. Har inkonsekvent bevidsthed om egne handlingers effekt på andre.	Hyperopmærksom på andres oplevelser men kun med hensyn til hvad der opfattes som relevant for en selv. Overdrevet selvhøfrende: betydelig nedsat evne til at værdsætte og forstå andres oplevelser, og til at betragte alternative perspektiver. Generelt ikke bevidst om eller ikke opmærksom på effekten af egen adfærd på andre, eller urealistisk vurdering af den effekt man har på andre.	Evne til at overveje og forstå andre menneskers tanker, følelser og adfærd er betydeligt begrænset; kan forstå meget specifikke aspekter af andres oplevelse, især sårbarhed og lidelse. Formår generelt ikke at overveje alternative perspektiver; særdeles truet af meningsforskelle eller alternative synspunkter. Forvirring eller manglende bevidsthed om egne handlingers indflydelse på andre; ofte i vildrede om menneskers tanker og handlinger, med destruktive motiver, der ofte fejlagtigt tillægges andre.	Udtalt mangel på evne til at overveje og forstå andres oplevelse og motivation. Opmærksomhed rettet mod andres perspektiver er stort set fraværende (opmærksomhed er hyperårvågen, fokuseret på at tilgodese egne behov og undgå skade). Sociale interaktioner er forvirrende og desorienterende.
	Intimitet	Fastholder adskillige tilfredsstillende og vedvarende relationer i sit personlige og sociale liv. Ønsker at indgå og være involveret i et antal omsorgsfulde, nære og gensidige relationer. Stræber efter samarbejde og gensidigt udbytte – og responderer på en række af andres ideer, følelser og handlinger på en fleksibel måde.	Formår at etablere vedvarende relationer i sit personlige og sociale liv, med nogen begrænsning hvad angår dybde og tilfredsstillelse. Har kapacitet til og ønske om at skabe intime og gensidige relationer, men kan være hæmmet i at lade sig selv komme til udtryk og nogle gange begrænset når intense følelser eller konflikter opstår. Samarbejde kan være hæmmet af urealistiske normer; nogen grad af begrænsning i evnen til at respektere eller respondere på andres ideer, følelser og handlinger.	Der er kapacitet til og ønske om at knytte relationer i det personlige og sociale liv, men forbindelser kan i det store hele være overfladiske. Nære relationer er i hovedtræk baseret på at få opfyldt behov for selv-regulering og at føle selvverd, med en urealistisk forventning om at blive perfekt forstået af andre. Tilbøjelig til ikke at betragte relationer på en gensidig måde, og koopererer med andre mest af alt for at få personligt udbytte heraf.	Der er i nogen grad ønske om at knytte relationer i det sociale og personlige liv, men kapaciteten for positiv og vedvarende tilknytning er betydeligt nedsat. Nære relationer baseres på en stærk tro på at have et absolut behov for den anden/de andre, or/eller forventning om at blive forladt eller misbrugt. Følelser af at være nært knyttet til andre skifter mellem frygt/afvisning og desperat længsel efter tilknytning. Lav grad af gensidighed; andre betragtes primært ud fra hvordan de påvirker selvet (negativt eller positivt); forsøg på samarbejde forstyrres ofte på grund af oplevede fornærmelser fra andre.	Ønske om tilhørsforhold er begrænset på grund af udtalt mangel på interesse eller forventning om at andre vil skade en. Kontakt til andre er tilbagetrukket, uorganiseret eller konsekvent negativ. Relationer betragtes næsten udelukkende ud fra hvorvidt de kan forsyne en med trøst eller forårsage smerte og lidelse. Social/interpersonel adfærd er ikke gensidig; i stedet er adfærden rettet mod at få opfyldt basale behov - eller flygte væk fra smerte.

Locus of Control (LoC)

Baggrund

Locus of Control (LoC) er et begreb inden for personlighedspsykologien, som er udviklet af Rotter i 1954. LoC omhandler i hvilken grad mennesker mener, de har kontrol over deres eget liv.

Generelt indebærer et godt mentalt helbred at have høj intern LoC, dvs. at personen tror, at han/hun har kontrol over de ting, som vedkommende i virkeligheden selv kan påvirke. Der eksisterer adskillige undersøgelser på dette, som dog alle er baserede på et vestligt psykologisk perspektiv.

Hvad måler LoC

Ved "locus" henvises til placeringen enten internt eller eksternt, hvorfra kontrollerende kræfter menes at stamme. LoC fungerer på et kontinuum fra helt internt til helt eksternt. Mennesker med høj indre LoC oplever at have en høj grad af kontrol over, hvad der sker i deres liv. Indre LoC hænger sammen med forestillinger om fri vilje, individualitet, opdragelse til selvstændighed og tiltro til egen indsats. Ved eksternt LoC oplever mennesker, at deres tilværelse bestemmes af ydre forhold, og at deres succes eller fiasko er et spørgsmål om held, skæbnen eller andre ydre faktorer.

Administration

I assessmentpakken vurderes LoC på baggrund af klinikerens samlede kendskab til patienten sidst i session 2 (efter at de 3 andre redskaber er udfyldt). Vær opmærksom på at assessment af CMTS og især LPFS-domæne "selvrettethed" kan være en god kilde til information om LoC.

Det formodes, at individet både besidder "generaliseret LoC", der er relativt stabilt træk i løbet af livet samt "kontekstuel LoC", som kan variere og afhænge af specifikke livsdomæner og situationer. I assessment forsøger vi at få indblik i og rate den generaliserede LoC.

Det er desuden væsentligt at være opmærksom på, at teorien om LoC er udviklet i et vestligt samfund, hvor der lægges stor værdi i autonomi, fri vilje, individualisme samt opdragelse til selvstændighed. Forskning på området er blevet kritiseret for misvisende at fremstille intern LoC som den mest positive og hensigtsmæssige kontrolstrategi, hvorimod eksternt LoC er blevet fremstillet som en negativ og dysfunktionel strategi. Senere forskning har fundet, at både intern og eksternt LoC som kontrolstrategier kan være gavnlige såvel som uhensigtsmæssige for individet afhængigt af den kontekst, situation og kultur, som individet befinder sig i. Eksempelvis kan høj grad af eksternt LoC i nogle kulturer være en effektiv og adaptiv måde at

fungere på. Klinikere bør være klar over egne værdier ift. kontrolstrategier, som ikke nødvendigvis er de kontrolstrategier, der vægtes i de samfund, som patienten kommer fra.

Hvordan kan informationen om LoC bruges i den kliniske praksis

Når vi i assessment fokuserer på LoC, hænger dette sammen med, at graden af intern eller ekstern LoC kan have betydning for det psykoterapeutiske forløb, både i forhold til patientens motivation og præstation, men også i forhold til hvilken form for psykoterapi, der er mest hensigtsmæssig for den enkelte. Forskning tyder på, at patienter med høj grad af intern LoC bruger mere tid på hjemmearbejde, fortsætter med øvelser, som de har succesfulde oplevelser med, er mere hjælpsøgende og bevidste om deres helbred. Omvendt indikerer forskningen, at patienter med høj grad af ekstern LoC, kan være sværere at fastholde i hjemmeopgaver, nemmere giver op og ikke i samme grad er motiveret af den individuelle udviklingsproces, som psykoterapi ofte er. I forlængelse heraf, antages det således, at individer med ekstern LoC er mindre tilbøjelige til at ændre deres adfærd, fordi de ikke i så høj grad har en fornemmelse af, at deres egen adfærd/indsats kan påvirke omstændighederne. Disse fund er i overensstemmelse med den kliniske erfaring i CTP.

Derudover arbejder vi med en kulturel forskellig målgruppe, hvortil der er forskellige værdier relateret til individet. Derfor er det væsentligt som terapeut at udforske og overveje, hvordan patienternes kultur, baggrund og traumer potentielt indvirker på hans eller hendes antagelser om egne kontrolstrategier. Kendskab til dette kan være en stor hjælp i planlægningen af det psykoterapeutiske forløb. Det kan bidrage til en opmærksomhed på hvor meget ansvar for forløbet, der indledningsvist kan placeres hos patienten samt hvilke konkrete teknikker og metoder, der er passende (f.eks. overvejelser ift. hjemmearbejde).

Udover denne korte præsentation af LoC, indeholder V-manualen uddybende beskrivelser, samt flere forslag til arbejde med LoC i løbet af psykoterapien.

Referencer

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Fifth edition. DSM-5*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association.

Pelletier, L. G., Tuson, K.M. & Haddad, N.K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2): 414-435.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

World Health Organization (2010). Editors: TB. Üstün Kostanjsek, S. Chatterji, J. Rehm. “*Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*”, 2010. Danske oversættelse: Sebastian Simonsen.

Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2013). Assessing DSM-5 Level of Personality Functioning From Videotaped Clinical Interviews: A Pilot Study With Untrained and Clinically Inexperienced Students. *Journal of Personality Assessment*, (April 2014), 37–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24224740>

Zimmermann, J., Böhnke, J. R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., Leising, D., ... Leising, D. (2015). The Latent Structure of Personality Functioning: Investigating Criterion A From the Alternative Model for Personality Disorders in DSM–5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 532-548.