



Psykiatri

Psykolog-assessment: Manual til vurdering af psykoterapiegnethed i en transkulturel kontekst

Udarbejdet af:

Psykologer på CTP

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, 2024

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	2
MANUALENS OPBYGNING	2
FORMÅL OG RAMME	2
MÅLGRUPPE	3
METODE	3
BEHANDLINGSPAKKER	4
2. VURDERINGSPARAMETRE - DEFINITION OG BEGREBSAFKLARING.....	9
MOTIVATION	9
LOCUS OF CONTROL (LoC)	10
KOGNITIV FLEKSIBILITET	13
FUNKTIONSNIVEAU	15
KOGNITIVT FUNKTIONSNIVEAU	16
YDERLIGERE FAKTORER DER PÅVIRKER FORLØBET	18
3. AFDÆKNING AF VURDERINGSPARAMETRE – SELVE SAMTALEN	20
4. VURDERING OG ANBEFALING	24
VURDERING AF DOMÆNER.....	24
HVORDAN VÆGTER DE FORSKELLIGE PARAMETRE HVER FOR SIG OG I FORHOLD TIL HINANDEN?	28
ANBEFALING OG DOKUMENTATION	30
FREMLÆGGELSE PÅ KONFERENCE	30
BILAG.....	32
BILAG 1 – BESLUTNINGSTRÆ	33
BILAG 2 – SKABELON TIL NOTAT	34
REFERENCER.....	35

1. Indledning

Manualens opbygning

”Psyolog-assessment: Manual til vurdering af psykoterapiegnethed i en transkulturel kontekst” (tidligere ”V-manual: manual til vurdering af terapiegnethed i en transkulturel kontekst” og elementer fra ”Assessment-manual 1” og ”Assessment-manual 2”) beskriver formålet med - og rammen for implementering af manualen herunder de forskellige parametre og domæner, der udgør vurderingen af psykoterapiegnethed i en transkulturel kontekst.

Formål og ramme

Manualen anvendes af psykologerne i Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri (CTP) både ifm. vurderingssamtalen og eventuelle forskningsprojekter, som indeholder assessment.

Vurderingssamtalen hos psykolog er en del af et udredningsforløb på CTP. Et udredningsforløb er aktuelt, hvis patienten ikke er målgruppe for T-pakken (se målgruppe- og pakkebeskrivelser i efterfølgende passus) og der efter visitationssamtalerne hos lægen er tvivl om hvilken behandlingspakke, der gavner patienten bedst. I givet tilfælde vil lægen sende patienten i et udredningsforløb som i forlængelse af visitationssamtalerne kan omfatte vurderingssamtale ved psykologen.

Formålet med psykologens vurderingssamtale er en vurdering af generel psykoterapiegnethed. Vurderingssamtalen hos psykolog indbefatter en samtale à 45 minutter. Såfremt det ikke er muligt at nå interviewet på 45 minutter, kan man booke en ny aftale med patienten. Der bruges tolkebistand ved behov.

Efter vurderingssamtalen præsenterer behandlerne deres vurderinger ved næstkommende behandlingskonference, hvor der tages en fælles faglig beslutning om, hvorvidt patienten kan tilbydes behandling på CTP, og i givet fald hvilken pakke, der kan tilbydes. Behandlingsansvarlige læge skriver konferencenotat om beslutningen og informerer patienten om beslutningen ved en orienterende samtale.

Målgruppe

Traumatiserede flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge med traumerelaterede lidelser, kan efter lægens vurdering overgå direkte i psykoterapi *uden* en vurderingssamtale ved psykolog først (se bilag 1 – beslutningstræ). Målgruppen for vurderingssamtalerne er således patienter, som er indvandrere eller patienter (f.eks. anden/tredje generation), hvor den transkulturelle problematik spiller en væsentlig rolle for den psykiatriske problematik, og hvor lægen vurderer, at iværksættelse af en mere grundig tværfaglig udredning er nødvendig for at kunne afgøre, hvorvidt behandling på CTP er relevant og i så fald hvilken behandlingspakke, der kan tilbydes.

Metode

Vurderingen af, hvorvidt patienten er egnet til psykoterapi, foretages ved hjælp af et semistruktureret interview. I interviewet spørges ind til på forhånd fastlagte aspekter af patientens liv. Disse aspekter er patientens motivation for at søge behandling; tidligere erfaringer med psykoterapi; hvad de ønsker hjælp til; hvilke symptomer/problemer som de har; deres funktionsniveau; deres relationer til andre mennesker samt deres kognitive funktion. Såfremt det er relevant i forhold til de allerede foreliggende anamnesticke oplysninger eller at behandleren får mistanke herom, spørges ind til misbrug. Disse aspekter omtales som domæner.

På baggrund af de givne oplysninger foretager behandleren en vurdering af patientens motivation; locus of control; fleksibilitet, herunder refleksionsevne samt evne til introspektion; evne til at danne terapeutisk alliance; funktionsniveau samt graden af kognitive deficits. Disse omtales som parametre.

Som nævnt foretages interviewet semistruktureret, hvilket betyder, at det er behandlerens vurdering, om der skal spørges ind til alle aspekter og med hvilken grundighed de forskellige aspekter undersøges. Behandleren sikrer sig, at man har fået tilstrækkelige informationer til at lave en vurdering af patientens egnethed til psykoterapi samt komme med en anbefaling. Der skrives et notat, hvor der 1) redegøres for de vigtige informationer indenfor de ovennævnte aspekter; 2) foretages et klinisk indtryk samt der 3) afsluttes med en konklusion og anbefaling. Konklusion og anbefaling fremlægges på behandlingskonference. Der findes en skabelon i SP.

Behandlingspakker

I det følgende beskrives hvilke mulige behandlingspakker, der kan anbefales efter et udredningsforløb. Patienten kan også blive afsluttet, hvis denne efter vurderingssamtalen ikke vurderes at være målgruppen for CTP. Overordnet er mulighederne efter vurderingssamtalen hos psykolog, at patienten kan tilbydes én af følgende pakker:

- Lægepakke (L-pakke)
- Traumepakke hos psykolog (T-pakke)
- Psykoterapipakke hos psykolog (P-pakke)
- Støttende pakke hos sygeplejerske (S-pakke)

Der er udarbejdet en visuel model kaldet ”beslutningstræ”, som giver en oversigt over udredningsforløbet og valg af pakker (se bilag 1). I det følgende beskrives kort typiske scenarier i udredningsforløbet.

Lægepakke (L-pakke)

Hvis patienten er målgruppe for CTP, men er så forpint og dårligt fungerende at han/hun tilhører den mest syge gruppe af patienter som primært har behov for medicinsk behandling kan man tilbyde en L-pakke. I L-pakken tilbydes op til 10 samtaler med læge suppleret med 1 eller flere socialrådgiversamtaler alt efter behov. Det er typisk patienter som:

- kan have svært ved at overholde aftale om fremmøde og opfølgning mellem samtalerne
- kun kan forholde sig til få personer
- lider af psykose eller har et misbrug
- har en svær kronisk tilstand, hvor meget anden behandling er forsøgt
- har behov for at få justeret deres medicin
- har behov for en helt basal støtte
- har brug for diagnostisk udredning/afklaring, evt. med henblik på videre henvisning til OPUS/FACT eller misbrugsregi

- ikke ønsker langvarigt behandlingsforløb eller større tværfaglig indsats
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion.

Traumepakke (T-pakke)

Målgruppen for T-pakker er flygtninge eller familiesammenførte til flygtning (> 18 år) med opholdstilladelse i Danmark eller voksne med psykisk lidelse, hvor kulturen spiller en væsentlig rolle for sygdomsbillede eller behandling. T-pakke er til patienter som har været udsat for traumer og deraf har traumerelaterede symptomer. Patienten behøver ikke opfylde kriterierne for PTSD. Ofte vil patienten have depressive symptomer oveni deres posttraumatiske stresssymptomer. Patienten har som udgangspunkt ikke en psykotisk lidelse og er ikke afhængig af alkohol eller stoffer. T-pakken består som udgangspunkt af 10 lægesamtaler, 16 (+4) psykologsamtaler og en eller flere socialrådgiversamtaler alt efter behov.

- som vurderes at kunne profitere af tværfaglig behandlingsindsats med læge- og psykologbehandling
- som er motiveret for behandling, vurderes at kunne møde stabilt og er indstillet på øvelser og forberedelse mellem fremmøde
- uden afhængighedssyndrom af alkohol eller stoffer
- som ikke opfylder kriterierne for en psykotisk lidelse (F2)
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion.

Psykoterapipakke (P-pakke)

Til patienter som vurderes at være målgruppe for CTP, men har et behov for- og ønske om primært et psykoterapeutisk forløb. Der tilbydes 16 (+4) psykologsamtaler, lægesamtaler efter behandlernes vurdering og en eller flere socialrådgiversamtaler alt efter behov.

Patienten:

- har ikke behov for indledende lægesamtaler med henblik på medicin justering og psykoedukation
- vurderes at kunne møde stabilt og være indstillet på øvelser mellem fremmøde
- uden afhængighedssyndrom af alkohol eller stoffer
- som ikke opfylder kriterierne for en psykotisk lidelse (F2)
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion.

Støttende-pakke (S-pakke)

Til patienter som typisk har behov for en mere bred støtte af såvel sygeplejerske, læge og evt. socialrådgiver men hvor psykoterapi er mindre relevant. Der tilbydes op til 16 (+4) samtaler med en sygeplejerske, lægesamtaler suppleret med en eller flere socialrådgiversamtaler alt efter behov.

Målgruppe for S-pakken er patienten, der:

- er motiveret for forandringer i sin tilstand og har brug for hjælp til at (gen)finde egne ressourcer
- har brug for at få hjælp til at stabilisere sin hverdag, herunder med øvelser til selvberoligelse
- har brug for støtte til at øge sit funktionsniveau
- er påbegyndt psykofarmakologisk behandling og har brug for opfølgning af denne i form af vurdering af virkning og bivirkninger
- har større belastninger, typisk af social karakter, der vurderes at kunne reducere udbytte af psykiatrisk behandlingsindsats
- har somatiske problemstillinger, der fylder i sygdomsbillet og vurderes at kunne reducere udbytte af psykiatrisk behandlingsindsats
- har kognitive vanskeligheder, der vurderes at kunne reducere udbytte af psykiatrisk behandlingsindsats
- ikke umiddelbart vurderes stabile til at kunne indgå i psykoterapi

- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion

Udredningsforløbet og typiske scenarier

Der er udarbejdet en visuel model kaldet ”beslutningstræ”, som giver en oversigt over udredningsforløbet og valg af pakker (se bilag 1). I det følgende beskrives kort typiske scenarier i udredningsforløbet.

Scenarie 1 - Psykoterapiegnethed

Lægen har vurderet, at patienten ikke er oplagt til en T-pakke, fordi patienten ikke er flygtning eller familiesammenført til en flygtning og ej heller egnet til en L-pakke. Det er tydeligt, at kulturelle faktorer spiller en afgørende rolle i patientens sygdomsbillede.

- Hvis lægen vurderer, at et psykoterapeutisk forløb muligvis er mest relevant, går patienten til vurdering ved psykolog mhp. psykoterapiegnethed.
 - Hvis psykologen finder, at patienten ikke er egnet til psykoterapi, kan patienten anbefales et støttende forløb.
- Hvis lægen vurderer, at en S-pakke er mest relevant for patienten, anbefaler lægen et støttende forløb hos en sygeplejerske.

Scenarie 2 – Kulturelle faktorer og psykoterapiegnethed

Lægen er i tvivl om, hvorvidt patienten er oplagt til en T-pakke, fordi patienten ikke er flygtning eller familiesammenført til en flygtning og ej heller er egnet til en L-pakke. Det er uklart, hvorledes kulturelle faktorer spiller en afgørende rolle for patientens sygdomsbillede, og således uklart, hvorvidt patienten overhovedet er målgruppe for CTP.

- Lægen vurderer kulturelle faktorer jf. lægernes procedurebeskrivelse. Hvis der vurderes, at det er uklart, om betydelige kulturelle faktorer spiller en afgørende rolle i sygdomsbilledet og

interaktionen mellem patienten og behandlere, tages patientens sag op i behandlingskonferencen. Hvis det besluttet, at patienten tilhører til CTP's målgruppe, kan patienten sendes til vurderingssamtalen hos psykologen.

- Psykologen vurderer ved vurderingssamtalen, om patienten kan indgå i psykoterapi eller det er mere hensigtsmæssigt at anbefale S-pakke.

Scenarie 3 – Pakkeskift

Patienten har afsluttet en L-pakke eller S-pakke, og det formodes, at patient vil kunne få gavn af yderligere behandling ved en psykolog. Patienten er ikke flygtning eller familiesammenført til flygtning.

Traumatiserede flygtninge med traumerelaterede lidelser eller familiesammenførte til traumatiserede flygtninge i en L-pakke, kan efter lægens vurdering overgå direkte i en T-pakke eller P-pakke uden en vurderingssamtale ved psykolog først.

- Indvandrere, som ønskes skiftet til en T-pakke eller P-pakke, vurderes først af psykolog for egnethed til psykoterapi.
- Patienter som ønskes skiftet til en S-pakke, behøves ikke blive vurderet først af sygeplejerske for egnethed til støttende behandling.
- Patienter, der ønskes skiftet fra en S-pakke til en T-pakke eller P-pakke vurderes af psykolog for egnethed til psykoterapi.

2. Vurderingsparametre - Definition og begrebsafklaring

I det følgende afsnit defineres og beskrives de parametre, som skal undersøges og afdækkes i en vurderende samtale hos psykologen. Vurderingsparametrene er som følger;

- Motivation
- Locus of Control (LoC)
- Fleksibilitet
- Funktionsniveau
- Kognitiv funktion
- Andre faktorer, der kan påvirke forløbet; misbrug, sociale stressorer, smerter

Motivation

Motivationen for aktivt at indgå i psykoterapien har en stor betydning for patientens udbytte af behandlingen. I psykoterapien defineres motivation som at patienten ser en mening med- og har villighed til at gøre en indsats for at opnå en forandring rettet mod adfærd, følelsesliv og tankemønstre.

Især villigheden til at prøve nogle nye strategier er en vigtig faktor i motivation. Mange af vores patienter er uvante med psykologisk tænkning og processerne i psykoterapien, hvorfor villigheden til at deltage aktivt i terapien vægter tungere end patientens forestillinger om, hvorvidt terapien kan hjælpe. Således skal der skelnes mellem en mulig diskrepans mellem 'ønsket om at komme af med sine symptomer' og 'motivationen og villigheden til at gøre en indsats'. Yderligere er det vigtigt, at patienter oplever terapien som deres egen proces, hvor de kan afprøve ny adfærd og nye strategier, der er meningsfulde for netop dem. Motivationen skal således ikke reduceres til forståelsen af psykoterapi eller kendskab til konceptet psykoterapi. I stedet for kan der psykoedukeres omkring symptomer og interventioner for at vurdere patientens motivation og villighed til at deltage aktiv i psykoterapien. Yderligere er det vigtig at være opmærksom på, at mange af vores patienter har lidt af fysiske og psykiske lidelser i mange år uden at have forsøgt behandling. Dette kan føre til håbløshed i forhold til behandlingen.

Mange af CTP's patienter kommer fra en kollektivistisk kultur, hvor familien og især børnene kan være en stor motiverende faktor for at komme i behandling. Således kan et mål om at 'fungere for sine børn' fortsat forstås som en legitim motivation for behandlingen. Endelig kan klinikerens være opmærksom på eventuelle udfordringer i forhold til ydre sociale krav, som ofte stilles til vores målgruppe. Det kan skabe misforståede forventninger imellem patient og behandler, hvis der ikke er opmærksomhed på, om patienten eksempelvis ligestiller kommunens krav som værende psykologens ærinde. Her kan det være vigtigt at undersøge årsagen til henvisningen for at få afdækket, hvorvidt det er patientens ønske eller et krav/ønske, der kommer udefra f.eks. fra familien eller kommunen. En bedre forståelse hos patienten af forskellen imellem kommunens krav og psykoterapiens formål kan givetvis være afgørende for at øge motivationen for psykoterapi.

Locus of Control (LoC)

Locus of Control (LoC) er en teori udviklet indenfor social- og personlighedspsykologi. Teorien forsøger at forklare, hvad der ligger til grund for adfærd samt ændring af adfærd ved brug af begrebet Locus of Control. LoC refererer til individets overbevisninger og antagelser om, hvorvidt man har kontrol over de ting, der sker i ens liv. LoC skal ses ud fra et kontinuum, hvor der skelnes mellem intern/indre LoC og ekstern/ydre LoC. Med andre ord beskriver LoC, i hvor høj grad individet har en forestilling om, at det selv har kontrol over og kan påvirke dets eget liv og adfærd (intern LoC) eller i hvor høj grad, individet antager, at det der sker i livet, afhænger af ydre faktorer såsom andre mennesker, skæbner, held eller tilfældigheder (ekstern LoC). I vurderingssamtalen forsøges det afdækket hvor på dette kontinuum, patienten befinder sig.

Overbevisninger og antagelser om, hvorvidt man har kontrol over ting, der sker i ens liv grundlægges i den tidlige barndom og påvirkes af tidlige erfaringer, muligheder, familietraditioner og kulturelle værdier. Det formodes, at individet både besidder "generaliseret LoC", der er relativt stabil i løbet af livet samt "kontekstuel LoC", som kan variere og afhænger af specifikke livsdomæner og situationer. Samtidig fremhæves det, at markante ændringer i individets kontekst og omstændigheder kan påvirke og ændre individets generaliserede LoC. I vurderingssamtalen forsøger vi at få indblik i den generaliserede LoC. Man må således have en opmærksomhed på distinktionen mellem generaliseret LoC og kontekstuel LoC. I denne sammenhæng er det relevant, at mange af de patienter, som vi ser i klinikken, har været udsat for adskillige traumatiske oplevelser ofte helt tilbage fra deres barndom.

Mange af dem er vokset op i samfund præget af krig, undertrykkelse og forfølgelse, hvilket for nogen har haft betydning for deres muligheder og udvikling i livet. Hos individer fra samfund præget af fx diskrimination eller undertrykkelse, skal man være opmærksom på, at udsagn, der peger i retning af ekstern LoC, måske i højere grad afspejler deres erfaringer og oplevelser med et miljø, som de ikke havde kontrol over snarere end at afspejle deres generelle antagelser om individets personlige anstrengelser og præstationer.

Det er 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 ekstern LoC er blevet fremstillet som en negativ og dysfunktionel strategi. Senere forskning har fundet, at både intern og ekstern LoC som kontrolstrategier kan være ideelle og gavnlige såvel som uhensigtsmæssige for individet afhængigt af den kontekst, situation og kultur, som individet befinder sig i. Eksempelvis kan høj grad af ekstern LoC i nogle kulturer være en effektiv og adaptiv måde at fungere på.

Når vi i vurderingssamtalen søger at afdække LoC, hænger dette sammen med, at graden af intern eller ekstern LoC kan få stor betydning for det psykoterapeutiske forløb både i forhold til patientens motivation og behandlingsudfald (Wang et al., 2020) men også i forhold til hvilken form for psykoterapi, der er mest hensigtsmæssig for den enkelte.

Locus af kontrol, samarbejde og terapeutisk alliance

Forskning tyder også på, at patienter med en intern LoC er mere tilbøjelige til at danne en stærk terapeutisk alliance samt viser højere niveauer af samarbejde herunder færdiggørelse af hjemmearbejde og aktiv deltagelse i sessioner (Constantino et al., 2019, Lee, S. J., et al. 2022).

Omvendt er det også vigtigt at være opmærksom på, at forskningen også indikerer, at patienter med høj grad af ekstern LoC kan være sværere at fastholde i hjemmeopgaver, nemmere giver op og ikke i samme grad er motiverede 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. I forhold til alliancen er det også værd at bemærke, at patienter med høj intern LoC kan være mere kritiske overfor informationer fra sundhedspersonalet i en sådan grad, at det kan påvirke deres samarbejde med behandleren.

Den dynamiske natur af locus of control

Ny forskning (f.eks. Chen et al., 2022) understreger den dynamiske natur af LoC og antyder, at den kan udvikle sig i løbet af terapien. Terapeuter opfordres til regelmæssigt at vurdere og tilpasse deres strategier til patientens LoC og motivationsniveauer.

Ydermere kan man som psykolog være opmærksom på, at en høj grad af intern LoC i nogle tilfælde også kan hænge sammen med højere angstniveau, psykisk ustabilitet eller tendens til depression.

(Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., et al. (2019))

Derudover arbejder vi med en kulturel varieret 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 (fx overvejelser ift. hjemmearbejde).

I det senere psykoterapeutiske forløb kan kendskab til den underliggende betydning af en patients kontrolstrategier være afgørende for at kunne vurdere, hvorvidt strategierne er hensigtsmæssige eller ej.

Som behandler bør man undgå at læne sig op ad den grundlæggende ide om intern LoC som det mest gavnlige. Formålet er ikke nødvendigvis at øge individets interne LoC men at få en forståelse af, hvilken indflydelse personens LoC har på evnen til at skabe forandringer eller ændre uhensigtsmæssig adfærd.

Derudover kan man som behandler i det senere psykoterapeutiske forløb forsøge at klarlægge med patienterne, hvordan deres antagelser om kontrol er relateret til deres kultur eller opvækst, hvordan de kommer til udtryk, og hvordan de kan være meningsfulde for personen. Samtidig kan man

udforske, hvordan patienternes fleksibilitet eller rigiditet af LoC-antagelser er gavnlige for dem. Behandlere bør være klar over egne værdier ift. kontrolstrategier, som ikke nødvendigvis er de kontrolstrategier, der vægtes i de samfund, som patienten kommer fra.

Kognitiv fleksibilitet

Kognitiv fleksibilitet defineres som menneskets potentielle evne til at kunne tilpasse sine kognitive processeringsstrategier til at kunne håndtere nye og uventede forhold i miljøet (Canas et al. 2006). I denne assessment-kontekst skal begrebet forstås som en vurdering af individets evne til at kunne bøje og bevæge sig mentalt, hvor der f.eks. skiftes fra en måde at forstå tingene på til en anden eller hvorved der kan opnås flere og mere komplekse forståelser af fænomener. Kognitiv fleksibilitet indbefatter ligeledes graden af hvorvidt man er i stand til at ændre på et givet adfærdsmønster, hvis det kræves af én eller som man på anden vis er motiveret for. Kognitiv fleksibilitet kan ydermere forstås ved dets modpol - nemlig at være kognitiv ufleksibel eller kognitiv rigiditet. Her ses en tænkning og/eller en adfærd præget af formalisme og faste mønstre, der nødig fraviges. Et eksempel på det kognitiv ufleksible eller rigide kan være, når individet fortsat insisterer på at handle på en måde, der har vist sig at være effektivt i tidligere situationer men som i denne nye konkrete situation er ineffektiv (Canas et al. 2006). I vurderingssamtalen forsøges det klarlagt, hvor på dette kontinuum mellem fleksibilitet og rigiditet, vedkommende placerer sig.

I vurderingen af ovenstående er det hjælpsomt at kigge på begreberne refleksionsevne og introspektion.

Refleksion og introspektion

Refleksion forstås her som den proces hvorved mere simpel information konverteres til komplekse tanker, forestillinger og ideer. Refleksionsevnen kan således forstås som den enkeltes potentielle mentale evne til at belyse og forstå processer på et kontinuerligt komplekst niveau. F.eks. kan refleksionsevne være afgørende for at kunne forstå fænomener fra flere perspektiver – det kan være egne eller andres. Beslægtede begreber til refleksionsevne er mentaliseringsevne og refleksiv funktion, som ikke gennemgås yderligere her. Ved disse begreber fremhæves det, at evne, som f.eks. evnen til at mentalisere, kan være kontekstbestemt. Pointen om det kontekstbestemte er vigtig at holde sig for øje, idet vi forsøger at belyse den generelle evne. Derfor må man i det semistrukturelle

interview være opmærksom på om de eksempler, patienten kommer med, er et udtryk for denne generelle evne eller om de er kontekstbestemte.

Et andet underbegreb er introspektion. Introspektion defineres, som processen hvorved individet forsøger at få adgang til sine indre psykologiske processer, vurderinger, perceptioner og tilstande (*APA Dictionary of Psychology*, n.d.). I vores assessment-kontekst skal der foregå en klarlæggelse af i hvor høj grad patienten har adgang til egne indre psykologiske processer og i hvor høj grad vedkommende kan sætte ord på dem.

Grundene til at det er vigtigt at vurdere kognitiv fleksibilitet og herunder refleksionsevne og evne til introspektion er, at psykoterapi kræver en vis grad af fleksibilitet uanset metode. Hvis en patient vurderes særdeles rigid, uden evne til at mærke og italesætte egne indre psykologiske processer og uden evne til at se tingene fra andre perspektiver, må psykoterapi som behandlingsform vurderes med særdeles dårlig prognose.

Evne til intimitet

Endnu et underbegreb, der undersøges, er patientens evne til intimitet. Intimitet forstås i denne sammenhæng som oplevelsen af personlig nærhed og fortrolighed. Det vil sige, at det forsøges belyst, i hvor høj grad patienten evner at have nære relationer. Patientens (og psykologens) evne til at indgå i en intim relation spiller en rolle for evnen til at indgå i den terapeutiske alliance. I tilfælde af at patienten udviser vanskeligheder på dette område, må psykologen have en særlig opmærksomhed på dannelse af alliance.

Der er særlige kulturelle opmærksomhedspunkter, som er vigtige at holde sig for øje, når man foretager assessment i forhold til ovenstående begreber. Hos en del af de patienter, som vi ser i CTP, kan der være en uvanthed med psykologisk tænkning. Derved kan der hos nogle være en uvanthed med f.eks. introspektion og refleksion samt kendskab til den terapeutiske alliance. Det er dog vigtigt at adskille uvanthed med manglende evne. Hvis man er uvant, men har evnen og villigheden til at indgå i sådan en refleksiv proces, kan denne evne optrænes. I nogle kulturer eller subkulturer er man vant til at holde problemer for sig selv særligt de mere tabuiserede problemer som f.eks. seksuelle overgreb. Det siger ikke noget om evnen til at indgå i intime relationer, men kan ses som en kulturelt betinget uvanthed med samme.

Funktionsniveau

Indblik i patientens funktionsniveau har en stor betydning for det psykoterapeutiske forløb. Med funktionsniveau menes her den enkeltes evne til at klare sig i hverdagen. Gennem afdækningen af funktionsniveauet får psykologen indblik i, hvordan patientens hverdag aktuelt fungerer herunder, hvad patienten er i stand til af hverdagslivets opgaver. For at afdække funktionsniveau undersøges patientens evne til at mestre huslige gøremål, personlig hygiejne, varetage forældreopgaver, deltagelse på arbejde/i praktik/i kommunale tiltag/i skolen, dyrkning af hobbyer samt indgåelse i sociale relationer. Med denne definition af funktionsniveau læner vi os opad dele af WHO's definition af funktionsniveau (WHO, 2010).

En afdækning af funktionsniveau kan bidrage til en vurdering af patientens evne til- og muligheder for at indgå i terapien, fx at fremmøde til samtalerne og implementere opgaver. En afdækning og vurdering af patientens funktionsniveau er vigtig for at lægge passende interventioner i forhold til patientens nuværende funktionsniveau. I de vurderingssamtaler, hvor patienten vurderes egnet til psykoterapi, gør psykologen sig ofte tanker om, hvad man eventuelt kunne arbejde med under hensyntagen til funktionsniveau. Øgning af funktionsniveauet kan således også ende med at være fokus for behandlingen. Hvis man kunne forestille sig dette, er det vigtigt at undersøge, hvorvidt patienten er villig til at arbejde med øgning af funktionsniveauet f.eks. ved hjælp af ugeskema og adfærdsaktivering.

Ydermere kan det være relevant at afdække, om der er en stor ændring i funktionsniveau præmorbid versus postmorbid. Hvis patienten tidligere har kunnet meget mere funktionsmæssigt, kan det give en indikation af, hvor patienten har mulighed for at komme hen funktionsmæssigt alt efter, hvor længe siden det er, at den ændring er sket, og hvad årsag til ændringen er.

Det skal derfor også vurderes, hvorvidt funktionsniveauet er for lavt til, at patienten kan deltage i og få udbytte af terapien. Dette kan være tilfældet, hvis patienten ikke selvstændigt kan tage transport, kan give fremmøde i tilstrækkeligt omfang, eller hvis man vurderer, at det ikke er realistisk, at patienten kan arbejde videre med sessionernes indhold grundet det lave funktionsniveau.

I forhold til kulturelle faktorer bør man have en opmærksomhed på familiens rolle i varetagelsen af dagligdagens gøremål. I de kulturer, hvor mange af CTP's patienter kommer fra, har man en særlig forventning i forhold til at hjælpe "syge" familiemedlemmer. Det er derfor vigtigt at få afdækket,

hvem det er, der udfører de daglige gøremål i hjemmet, og hvad der er patientens rolle heri. Et eksempel kunne være en situation, hvor det er patientens familiemedlemmer, der primært står for madlavningen. Her kan det være væsentligt at få et nuanceret indblik i, hvad patienten foretager sig, mens de andre laver mad. Nogle vil være i køkkenet og lave lette opgaver; andre vil have bestemt hvad der skal spises og have lavet indkøbsliste og således forsat være en aktiv del af planlægningen, hvorimod andre igen ligger inde i sengen, mens familiemedlemmerne sørger for maden. Disse forskellige udgaver i eksemplet afspejler forskellige funktionsniveauer.

Man bør omvendt også have en opmærksomhed på hvilke forventninger, der er i forskellige kulturer til henholdsvis mande- versus kvindeopgaver. Udfører kvinden/manden for eksempel de opgaver, som der forventes af ham/hende i den givne kulturelle kontekst. Igen her må man bruge sin kulturelle sensitivitet og ikke forfalde til egne kulturelle kønsstereotyper, men i videst muligt omfang få afdækket, hvordan det er i den enkeltes givne kontekst.

Slutteligt skal man være opmærksom på at funktionsniveau vurderes adskilt fra patientens symptomsværhedsgrad. Funktionsniveau indikerer på tværs af somatiske og psykiatriske lidelser "hvad er det som patienten ikke kan i hverdagen på grund af sin sygdom" (WHO, 2010). Således kan nogle patienter godt have et meget højt symptomniveau uden at være meget begrænset i hverdagens gøremål, mens patienter med et relativt lavere symptomniveau kan have et meget lavt funktionsniveau.

Kognitivt funktionsniveau

Kognitive funktioner er en samlebetegnelse for de mentale funktioner og processer i hjernen, der gør, at vi kan opfatte verden, tænke og problemløse. Kognitive funktioner inkluderer koncentration, opmærksomhed, hukommelse, indlæring samt evnen til at planlægge og problemløse. Langt størstedelen af de patienter, vi ser, oplever kognitive vanskeligheder i større eller mindre grad. Graden af kognitive vanskeligheder kan få stor betydning for det psykoterapeutiske forløb, hvorfor vurdering af kognitivt funktionsniveau er vigtig. Det kan fx få betydning for patientens evne til at indgå aktivt i samtalerne, fastholde fokus i sessionerne samt evne til at udføre hjemmeopgaver og huske indholdet af samtalerne fra gang til gang. Graden af kognitive vanskeligheder får således betydning for, hvordan terapeuten vælger at tilrettelægge forløbet og de enkelte sessioner, så patienten får størst muligt udbytte af forløbet. En tidlig afdækning og vurdering af patientens kognitive funktionsniveau kan

bidrage til at afklare hvilke krav og forventninger, det er realistisk at stille til patienten, og det giver terapeuten mulighed for at få igangsat kompensatoriske strategier til fx at huske aftaler, hjemmeopgaver, indholdet i sessionerne mm. Derudover kan kognitive vanskeligheder fejlagtigt blive afkodet som manglende motivation og interesse, hvorfor det er væsentligt at afdække patientens kognitive funktionsniveau i den samlede vurdering af psykoterapiegnethed.

Vi ser ofte, at kognitive vanskeligheder er svære at forstå for patienterne og deres pårørende og opfattes nogle gange som tegn på dumhed, dovenskab eller begyndende demens. Det kan give anledning til selvbebrejdelse, lavt selvværd og bekymring. Afdækning af kognitive vanskeligheder i vurderingssamtalen kan give anledning til væsentlig psykoedukation og derved øge forståelse for egne vanskeligheder, hvis patienten vurderes egnet til psykoterapi.

I vurderingen af kognitivt funktionsniveau undersøges koncentrationsevne, opmærksomhed, hukommelse, indlæringsevne samt eksekutive funktioner (evne til planlægning og problemløsning). Vi forsøger at afdække konkrete problemer i hverdagen; hvornår og i hvilke situationer de opstår. I særligt svære tilfælde kan det være vigtigt at inddrage pårørende, der kan supplere med oplysninger.

Koncentration og opmærksomhed

Her kigger vi efter, om patienten oplever vanskeligheder ved koncentrere sig om det, de er i gang med. Udfordringer med koncentration og opmærksomhed kan fx vise sig ved, at patienten ofte oplever at miste tråden, ofte skal starte forfra med en opgave/aktivitet flere gange (fx læsning) eller har svært ved at følge med i en samtale. Det kan også være, at patienten har svært ved at holde fokus eller skifte fokus eller at patienten har svært ved at udelukke baggrundsstøj eller afledes de af andre ting. Udfordringer med koncentration og opmærksomhed kan også vise sig ved en oplevelse af hurtigt at blive udtrættet (får hovedpine, bliver træt i hovedet) når de læser, har samtaler med andre, ser tv el.lign.

Hukommelse

Her undersøger vi bl.a., om patienten har svært ved at huske aftaler (selvom de er nedskrevne), vigtige informationer, navne/alder på væsentlige personer i deres liv og om de ofte forlægger deres ting (mobil, nøgler mm.).

Indlæring

Her udforskes det fx, om patienterne har vanskeligt ved at tilegne sig nye informationer og færdigheder såsom at finde vej til behandlingsstedet. Derudover kan indlæringsbesvær vise sig ved, at de begår samme fejl igen og igen og således har svært ved at bruge erfaringer til at løse opgaver og aktiviteter, både nye og velkendte, såvel som lette og mere komplekse.

Eksekutive funktioner

Eksekutive funktioner dækker som nævnt over evnen til planlægning og problemløsning. Vi undersøger blandt andet, om patienten har vanskeligt ved at tilrettelægge og igangsætte en aktivitet. Herunder hvorvidt de formår at overskue, strukturere og planlægge gøremål og opgaver i hverdagen på en effektiv måde, som fx indkøb, madlavning og udflugter.

Yderligere faktorer der påvirker forløbet

Misbrug

Misbrug af stoffer, alkohol eller andre former for afhængighed ses sjældent. Det er dog vigtigt at være opmærksom på disse faktorer og at spørge ind til misbrug, hvis det er nævnt i lægens AOP (anamneseoptagelse). Skulle det vise sig, at patienten har et aktivt misbrug eller afhængighed, skal det overvejes, hvorvidt patienten skal viderehenvises til et specialiseret behandlingstilbud, eller om det kan godtages indenfor CTP's tilbud. Her vil en vigtig vægtning være, om patienten ellers kan indgå i psykoterapiens præmisser.

Sociale stressorer

Sociale stressorer kan påvirke patientens muligheder og evner til at indgå aktivt i psykologforløbet. Ofte set sociale faktorer er økonomiske problemer, uenigheder med kommunen eller jobcentret, en forestilling om, at behandlingen kan fritage dem fra kommunens krav, familie i krigsområder, problemer med opholdstilladelse, problemer med bolig, konflikter med familien etc.

Det er vigtigt af få afklaret, hvorvidt patienten er villig og har overskud til at arbejde indenfor en psykoterapeutisk ramme. Alternativt kan der overvejes et støttende forløb.

Smerter

Stærke fysiske smerter ses hos en stor del af patienterne. Smerterne kan fylde meget for patienterne og opleves af patienterne til tider som et større problem end den psykiatriske lidelse. Nogle patienter

kan have en forestilling om, at behandlingen kan fjerne deres smerter. Det er vigtigt at få afklaret, hvorvidt patienten har realistiske forventninger til forløbet. Alternativt kan et støttende forløb overvejes.

3. Afdækning af vurderingsparametre – selve samtalen

Til at undersøge og afdække de beskrevne vurderingsparametre bruges der i praksis et semistruktureret interview. Parametrene (kapitel 2) beskriver således, *hvad* der undersøges og vurderes, hvorimod dette afsnit beskriver, *hvordan* man indhenter informationerne ved brug af hjælpespørgsmål indenfor nogle bestemte domæner. Nogle af parametrene undersøges ved direkte spørgen (f.eks. kognition), hvorimod andre parametre vurderes indirekte på baggrund af den samlede information, man har fået igennem interviewet (f.eks. kognitiv fleksibilitet).

Det er vigtigt at få afdækket hver af de nedstående domæner. Psykologen vurderer, i hvilken grad de forskellige domæner skal uddybes for at kunne lave en faglig vurdering af parametrene. Det skal ved at domæner undersøges, hvor længe patientens tilstand har stået på, og hvordan patienten har oplevet sig selv tidligere. Yderligere, er det relevant at spørge til patientens mestringsstrategier og ressourcer. Det står psykologen frit at ændre på rækkefølgen af domænerne, hvis det øger flowet i samtalen.

Nedenfor gennemgås de domæner, der undersøges i samtalen samt hjælpespørgsmålene dertil:

Formålet med og rammen for vurderingssamtalen beskrives for patienten

- **Formål:** Du har tidligere været inde til samtale hos xx (navn på læge), som er læge her på stedet, og i dag skal du snakke med mig, og jeg er psykolog. Vi har 45 minutter i dag, og formålet er, at jeg skal vurdere, om du skal have tilbudt samtaler hos en psykolog her.
- **Processen:** Du får ikke svar i dag. Efter vores samtale snakker lægen og jeg sammen og det tages op på konference, hvor det besluttet, hvad du kan tilbydes af behandling. Du har fået en tid til samtale hos lægen, hvor han/hun vil informere dig om vores beslutning.
- **Introduktion:** Jeg ved lidt om dig på forhånd, fordi jeg har læst din journal. Jeg ved noget fra de samtaler, du har haft med lægen her. Jeg kommer også til at stille dig nogle forskellige spørgsmål for at få et indtryk af dig og din aktuelle situation.

1. Motivation for at søge hjælp

- Ved du, hvorfor du er henvist hertil?

- Hvad syntes du om det (særligt hvis andre har foreslået patienten at blive henvist)?
- Hvad fik dig til at søge hjælp (og hvorfor lige nu)?

Vurderes samlet med domæne 7. motivation og problemafkklaring.

2. Tidligere erfaringer med psykoterapi

- Har du talt med en psykolog før?
 - *Hvis ja:* Hvorhenne, hvornår, hvor mange gange? Hvordan var det? Noget du var glad for? Noget du ikke brød dig om? Hjalp det dig? Lærte du nogle øvelser, som du kan huske/fortsat anvender?
 - *Hvis nej:* Kender du andre, der har gået hos psykolog? Hørt om det? Hvilke forestillinger har du om det?

Det er her være relevant at undersøge, om patienten kender forskel på, hvad en læge/psykiater og en psykolog er. Kender patienten ikke til begrebet psykoterapi, kan man med fordel kort forklare, hvad psykoterapi går ud på.

3. Symptomer

Der tages udgangspunkt i de beskrevne symptomer i AOPen. Hvis oplysningerne ikke er tilstrækkelige, spørges der yderligere ind.

- Lægen har beskrevet, at du oplever xx. Er der nogle andre udfordringer/symptomer, vi skal være opmærksomme på?
- Hvad gør du, når du mærker symptomerne? (undersøge om der er strategier eller mestringer)

4. Funktionsniveau – dagligdag

- Hvad får du din dag til at gå med? Kan du beskrive en almindelig hverdag:
 - Fx: hvornår står du op? Hvad laver du så? Hvis børn: Hvem laver morgenmad, sender dem af sted mm.? Hvem ordner gøremål derhjemme (indkøb, madlavning, rengøring, tøjvask)?

- Indblik i søvnrytme. Hvornår går du i seng/falder i søvn? Hvad skyldes disse vanskeligheder, opvågninger og mareridt? Hvad gør du så, når du vågner? Hvornår står du op?

- Har det altid været sådan? Hvordan var det før?

Det er væsentligt at undersøge, hvilken rolle symptomerne spiller for patientens funktionsniveau.

5. Relationer til andre

- Jeg kan i journalen se, at du har x antal børn. Hvor gamle er de?
- Hvad med dine forældre? Er de i Danmark? Har du andre familiemedlemmer i Danmark? Hvad med resten af familien?
- Har du nogen venner/veninder? Hvor tit ser du dem?
- Hvem har du mest kontakt til? Nogen du føler dig særligt tæt med? Nogen du føler, du kan snakke med om, hvordan du har det? Nogen, du er særligt fortrolig med?

6. Kognition

Hvor meget der spørges ind til kognition, kan afhænge af, hvorvidt man i løbet af samtalen har fået indtryk af tilstedeværende vanskeligheder. Generelt er det væsentligt at være så konkret som muligt i sine spørgsmål, da det ikke kun handler om at afdække, hvorvidt der er kognitive vanskeligheder men i højere grad omfanget og sværhedsgraden af vanskelighederne.

- Har du problemer med at huske ting og koncentrere dig i hverdagen? Kan du prøve at komme med nogle eksempler på, hvordan det påvirker dig i din hverdag?
- Nogle kan have vanskeligt ved at huske, hvor de har lagt deres nøgler. Har du oplevet det? Hvad gør du, når du handler ind? Når du har haft en samtale med nogen du holder af, kan du så huske og gengive, hvad I har snakket om? Oplever du nogle gange, at du går ud i køkkenet og ikke husker, hvad du skulle derude?

Hvis man har indtryk af svære kognitive deficits:

- Har du oplevet ikke at kunne finde vej, i områder du egentlig kender? Hvor ofte sker det?
- Har du oplevet ikke at kunne genkende mennesker, du kender? Hvor ofte sker det?
- Kan du huske hvor gamle dine børn er? *OBS i nogle kulturer registrerer man ikke fødselsdatoer og fejrer ikke fødselsdage.*

7. Motivation og problemafklang

- Du har allerede nu nævnt, at du har vanskeligt ved xx, er plaget af xx osv. Hvad vil du sige er dine største problemer, som du ønsker hjælp til? På hvilke områder er det vigtigst for dig, at der sker en bedring? Hvis du skulle få det lidt bedre, hvordan ville det så se ud? Er der noget du allerede har forsøgt for at hjælpe dig selv med at få det bedre?
- Hvis man skal gå i forløb hos psykolog, kræver det, at man har mulighed for at møde helst ca. én gang om ugen. Derudover kræver det, at man er villig til at afprøve forskellige øvelser og opgaver, som skal laves derhjemme. En hjemmeopgave kunne f.eks. være: vejtrækningsøvelse, ugeskema osv. Hvordan vil du have det med det? Ville du være villig til den form for behandling?

8. Eventuelt

Psykologen må gerne have en opmærksomhed på, hvordan faktorer som 'misbrug', 'sociale stressorer' eller 'smerter' vil kunne påvirke forløbet. Hvis man i AOP'en får indtryk af, at der er et aktivt misbrug, bør der spørges konkret ind:

- Hvad drikker/ryger/tager du?
- Hvor ofte drikker/ryger/tager du xx?
- Hvor længe har du gjort det? Hvornår har du gjort det sidst?
- Har du på noget tidspunkt prøvet at stoppe? Hvordan gik det?
- Ser du det som et problem? Vil du være villig til at ændre på det?

Afsluttende

- Jeg vil lige opsummere de ting, vi har snakket om. Sig til hvis der er noget, jeg har misforstået. Jeg har forstået, at.../mit indtryk er, at...
- Du får som sagt svar ved din næste samtale hos lægen.
- Spørgsmål?

Afhængigt af hvor meget tid man har tilbage, kan man nøjes med at opsummere det, som omhandler patientens forventninger til psykoterapeutisk behandling samt motivation.

4. Vurdering og anbefaling

Vurdering af domæner

Når interviewet er overstået, sidder man tilbage med en del informationer. Man vil sidde med en vægtning, hvor der på den ene side måske er informationer, der peger i retning af egnethed til psykoterapi. På den anden side er der måske informationer, der peger i retning af, at patienten ikke er egnet til psykoterapi. Opgaven er nu at finde ud af, hvilken side der vægter tungest og hvorfor.

I det følgende vil vi komme ind på, hvordan man vurderer de forskellige parametre ud fra de valgte domæner; hvilke parametre der vægter mest i forhold til hinanden, og hvordan man laver sin anbefaling.

Motivation

Informationerne vedr. motivation får du primært, når du spørger direkte under domænet ”motivation og problemafklarung”. Her vil du spørge specifikt ind til, om patienten ønsker forandringer, og om de vil være villige til at indgå i den specifikke måde at forandre på, som psykoterapi fordrer. Det er meget vigtigt, at man i vurderingen skelner mellem ønsket om at få det bedre og så motivation for psykoterapi (villighed til forandring).

Du kan dog også mere indirekte få informationer om menneskers evne til- og motivation for forandring. Dette kan f.eks. vise sig ved, at man i samtalen får indblik i, at patienten har foretaget forandringer i sit liv. Det kan f.eks. være, hvis patienten har taget initiativ til skilsmisse eller foretaget andre livsændrende beslutninger. Da vil samtalen naturligt have drejet sig ind over, hvad der fik patienten til at træffe så stor og livsændrende en beslutning, og af den vej kan man få indblik i patientens mere generelle evne til at foretage forandringer (herunder også Locus of Control) samt hvad, der motiverede patienten til denne ændring. Opsummerende lyttes der efter følgende:

- Hvad er patientens umiddelbare holdning til psykoterapeutisk behandling (når præmisserne er præsenteret)?
- Er patienten villig til forandring?

- Har de foretaget forandringer i deres liv? Hvad motiverede dem til det?

Locus of Control

Locus of control er et af de parametre, som man indirekte uddrager viden om ud fra de undersøgte domæner og ofte også på tværs af domænerne. Under det semistrukturerede interview lytter man efter patientens erfaringer med livsændringer og mestring. Man lytter efter, om patienten har en oplevelse af, at det selv har kontrol over og kan påvirke eget liv og adfærd (intern LoC) eller i hvor høj grad, patienten antager, at det, der sker i livet, afhænger af ydre faktorer såsom andre mennesker, skæbnen, held eller tilfældigheder (ekstern LoC). Eksemplet fra motivation kan også bruges her: f.eks. hvis patienten har taget initiativ til skilsmisse. Her kan man vurdere, om det var på baggrund af en overvejende intern Locus of Control ("Jeg har længe villet ud af det ægteskab", "jeg gik længe og overvejede, hvordan jeg kunne komme ud") eller en overvejende ekstern Locus of Control ("Jeg var tvunget til det"; "Jeg havde ikke andre valg"). Et andet eksempel kan også være, hvordan patienten forholder sig til de almindelige livsomstændigheder f.eks. "jeg har det dårligt hver dag, men alligevel går jeg en tur hver dag". Eksemplet her illustrerer et menneske, der tænker, at jeg må forsøge at gøre noget for at ændre min livssituation. I forhold til Locus of Control er det ikke så vigtigt, hvor virksomme strategierne er, men mere om man har en generel oplevelse af, at man er i stand til at påvirke egen situation. Med Locus of Control er det dog vigtigt at holde sig for øje, at man ikke kan vurdere det ud fra enkelte episoder/situationer, men man stræber efter at opnå en indsigt i det, der definerer den enkelte som person. Man vurderer altså "trait" og ikke "state". Opsummerende lyttes der efter følgende:

- I hvor høj grad har patienten selv en oplevelse af at kunne påvirke sit liv?
- Er eventuelle adfældsændringer drevet af eget ønske om at påvirke tilstand eller følelse af at ydre omstændigheder påtvinger det?
- Har patienten forsøgt at gøre noget for at ændre sin tilstand/livssituation?
- Får man indtryk af, at patienten påtager sig ansvar for bedring af sin tilstand?

Kognitiv fleksibilitet

Kognitiv fleksibilitet er endnu et af de parametre, som vurderes indirekte og på tværs af domæner. Igen lytter man i samtalen efter graden af fleksibilitet eller mangel på samme (rigiditet).

Fleksibilitet kan f.eks. give sig til udtryk i udsagn som ”jeg forsøgte det og det. Det virkede ikke, så jeg forsøgte noget andet i stedet for”. Fleksibilitet ses mest tydeligt i adfærd, men kan også ses i tænkningen og lægger sig op ad refleksionsevne og introspektion.

Evnen til introspektion og refleksioner vurderes også indirekte. Når man vurderer introspektion, lytter man efter evnen til at italesætte egne indre psykologiske processer – om de kan sætte ord på, hvordan de har det (tanker, følelser, sensationer), og hvor nuanceret denne italesættelse er. Igen er det vigtigt at understrege, at en del patienter kan være uvante med dette, men det, som vi vurderer, er evnen. Der er f.eks. forskel på patienten, der siger: ”jeg har det dårligt”, og når man spørger ind til uddybelse af dette, forbliver svaret vagt, ukonkret, overordnet eller endimensionelt i forhold til patienten, der siger: ”Jeg kan mærke, at jeg er trist indeni, men jeg kan have øjeblikke, hvor jeg bliver lidt glad, når mine børn gør sådan og sådan”.

Tæt forbundet med introspektionen er refleksionen. Den kan f.eks. ses ved, at patienten italesætter sammenhænge eller forskelle f.eks. ”Jeg kan mærke, at jeg nogle dage er mere trist end andre. Det hænger sammen med, hvordan jeg har sovet”. Her lægges der både mærke til en forskel over tid og en sammenhæng mellem søvn og humør. Refleksion kan også ses, når du undersøger relationer til andre, hvor patienten f.eks. kan give udtryk for, at de har tænkt over grunde til, at familiemedlemmer reagerer på en bestemt måde eller har overvejelser omkring, hvorfor relationen til et bestemt familiemedlem er på en bestemt måde.

Evnen til intimitet undersøges både indirekte og direkte. Direkte, når der spørges, om de har nogle, de taler med om de svære ting i livet, eller om de har nogle, som de betror sig til. Indirekte ved, at der spørges generelt ind til relationer, og hvem patienten er knyttet til. Igen er det vigtigt at sørge for tilstrækkelig information til, at man får vurderet på ”trait” og ikke ”state” idet f.eks. PTSD og depression kan gøre, at man isolerer sig og trækker sig fra andre mennesker, uden at det nødvendigvis betyder, at man ikke har evnen til intimitet. Opsummerende lyttes der efter følgende:

- Kan patienten sætte ord på/beskrive indre tilstande som tanker, følelser, sensationer?
- Hvordan er nuancen i deres beskrivelser?

- Kan patienten forstå/beskrive sammenhænge og forskelle i tilstand; fx hvad forværrer/forbedrer tilstand eller sammenhænge mellem adfærd, humør, tanker?
- Kan patienten se sammenhæng mellem tidligere oplevelser og nuværende tilstand?
- Udviser patienten indsigt i egne og andres reaktionsmåder, adfærd og årsager hertil?
- Evner patienten at indgå i relationer? Interesserer patienten sig for, hvad andre tænker, føler, oplever?
- Kan patienten forstå, hvilken indvirkning egen tale og handlinger har på andre mennesker?
- Vurderes patienten at kunne indgå i en behandlingsalliance?

Funktionsniveau

Funktionsniveau vurderes ved den direkte udspørgen i forhold til, hvad patienten får sin dag til at gå med. Der lyttes således efter følgende:

- Har patienten en døgnrytme?
- Foregår der aktiviteter over dagen? Er der struktur i hverdagen?

Kognition

Kognition vurderes også primært ved den direkte udspørgen. Kognitive deficits kan dog også vurderes indirekte, hvis de kommer til udtryk i samtalen f.eks. ved, at patienten ikke kan huske ting, som man umiddelbart ville forvente, og hvor det vurderes, at det ikke skyldes nervøsitet. Ligeledes kan det vurderes indirekte, hvis patienten på påfaldende vis mister koncentrationen i samtalen eller tolken f.eks. må gentage spørgsmål. Der lyttes således efter følgende:

- Udviser eller beretter patienten om hukommelsesvanskeligheder?
- Udviser eller beretter patienten om koncentrationsvanskeligheder?
- Udviser patienten evne til at fastholde fokus i samtalen og herunder fokusere og undersøge et problem/emne i længere tid ad gangen?
- Hvis patienten har vanskeligheder, hvor store er vanskelighederne og hvor meget påvirker de hverdagen?

Yderligere faktorer der kan påvirke forløbet

I forhold til yderligere faktorer, der kan påvirke forløbet, vurderes misbrug direkte ved hjælp af de informationer, man får i interviewet og AOP. Det vil være yderst sjældent, at det kan vurderes indirekte ved, at patienten møder op påvirket.

De sociale stressorer vurderes også primært direkte ved interviewet og informationerne fra AOP'en. Vurderingen lægger sig op ad motivation, når man undersøger, om patienten er villig til at arbejde med de områder, der er relevante for psykoterapi. Det kan f.eks. være ved en anerkendelse af, at man godt kan forstå, at problemerne med kommunen fylder meget i patientens liv, men om de vil være villige til at fokusere på f.eks. problemerne med søvn. Indirekte får man indtryk af, om patienten er i stand til dette opmærksomhedsskifte.

- Har patienten misbrug? Hvis ja, hvor meget påvirker det patientens liv?
- Kan patienten skifte opmærksomhed fra de sociale stressorer, som vi ikke kan ændre på via psykoterapi til det, vi kan forsøge at ændre på via psykoterapi?

Hvordan vægter de forskellige parametre hver for sig og i forhold til hinanden?

Motivation er den parameter, der vægter tungest. Det er vigtigt igen at understrege, at motivation forstås som villighed til forandring, idet mange af CTP's patienter intet kender til psykoterapi på forhånd. Så man må ikke forveksle motivation med kendskab til psykoterapi; troen på psykoterapis effekt eller blot et ønske om bedring.

For de øvrige parametre er det graden af hvert parameter, der er afgørende for vurderingen.

Locus of Control er også et parameter, som vægter betydeligt. Man vurderer således, hvor på kontinuummet "intern versus ekstern Locus of Control", man placerer patienten (med opmærksomhed på alle de nuancer, der er vedr. begrebet, som beskrevet i afsnittet Locus of Control). Denne placering vil ofte følge ens vurdering af graden af motivation. Der kan dog være tilfælde, hvor f.eks. sociale stressorer vægter så betydeligt, at selvom patienten er motiveret og har overvejende intern Locus of Control, kan timingen for psykoterapi være forkert, hvis de sociale stressorer er for massive. Et eksempel på dette kunne være en patient, hvis boligsituation fylder alt i patientens bevidsthed. Ændring af boligsituation er ikke et område, som psykoterapi kan gøre noget ved. Igen er det graden af villighed (og fleksibilitet), der afgør vurderingen. Hvis patienten er villig til at parkere

problemet (f.eks. boligsituation) i samtalerne og har kræfter til at fokusere på aspekter af sit liv, som psykoterapi kan hjælpe med, kan man alligevel overveje psykoterapi.

Det er nødvendigt med nogen grad af fleksibilitet for, at psykoterapi som behandlingsform kan have effekt. Hvis patienten er ovre i rigiditetsspektrummet og oveni mangler motivation (og måske har overvejende ekstern Locus of Control) vil vedkommende være uegnet til psykoterapi. Hvis det kniber med fleksibiliteten – men patienten ikke er rigid – vil man kunne tilpasse interventionerne efter dette. Her vil man lede efter, om der er områder, hvor patienten er villig til at være mere fleksibel end andre. Man vil også kunne tilbyde primært adfærdsinterventioner, hvis den manglende fleksibilitet optræder samtidig med sparsom introspektions- og refleksionsevne. Evne til introspektion og refleksion vil sjældent som enkeltstående parametre være udslagsgivende for, at patienten findes uegnet til psykoterapi. Bestemmelse af hvor på kontinuummet patienten ligger, vil i højere grad give psykologen en opmærksomhed på, hvilke interventionsformer der tilbydes.

Ligeledes vil evnen til intimitet som enkeltstående parameter ikke føre til en vurdering af patienten som uegnet til psykoterapi. Igen vil informationen i højere grad som enkeltstående parameter blive brugt som en opmærksomhed på, i hvor høj grad man skal bruge tid på dannelse af alliance. Hvis manglende evne til intimitet forekommer sammen med manglende evne til introspektion og refleksion og samtidig med manglende villighed, vil man vurdere patienten uegnet til psykoterapi.

Ved funktionsniveau vurderer du, hvor patienten placerer sig på kontinuummet lavt versus højt funktionsniveau. Dog kan man ikke i sin vægtning entydigt konkludere på graden af funktionsniveau, men må se det i forhold til de andre parametre. Hvis f.eks. patienten har et lavt funktionsniveau, men er meget motiveret, tilstrækkelig fleksibel og har noget internt locus of control, vil man kunne give psykoterapi en chance forudsat, at patienten har italesat villighed til at gøre et forsøg på forandring. Omvendt vil en meget rigid patient, der ikke er tilstrækkelig motiveret, kunne blive vurderet som ikke-egnet på trods af et højt funktionsniveau.

I CTP's målgruppe er vi vant til, at patienterne som følge af PTSD og depression har kognitive deficits. Ved kognitive deficits bruges informationerne om disse som en opmærksomhed på at iværksætte kompensatoriske strategier i forhold til at huske aftaler; huske hjemmearbejde mv. Så kognitive deficits i både let til moderat grad kan rummes indenfor CTP's tilbud om psykoterapi. Der, hvor der er svære kognitive deficits f.eks. i form af manglende genkendelse, manglende

orienteringsevne, massive hukommelses- og opmærksomhedsproblemer i en grad, hvor ambulant behandling generelt har svære betingelser, må man vurdere, at psykoterapi ikke er det rette tilbud.

Anbefaling og dokumentation

Når man har foretaget vurderingen af de parametre, der vægter for psykoterapi og de parametre, der vægter imod psykoterapi, kommer man med en vurdering og anbefaling. Vurderingen og anbefalingen dokumenteres i SP (Sundhedsplatformen) ved hjælp af en skabelon med smartphrasen .psykudred (se bilag 2).

Hvis patienten samlet set vurderes egnet til psykoterapi skrives dette og på hvilken baggrund (gennemgang af ovenstående parametre) patienten findes egnet. Hvis der er overvejelser til fokus for psykoterapi eller særlige opmærksomhedspunkter, som psykologen, der starter forløbet skal være opmærksom på, noteres dette.

Der kan også være vurderinger, hvor man vurderer patienten forsigtigt egnet til psykoterapi. Det vil være i de tilfælde, hvor der er parametre, der taler for og nogle der taler imod, og der er nogenlunde balance mellem de to. Igen vil man her komme med éns anbefaling samt begrunde hvorfor og fremhæve opmærksomhedspunkter.

Hvis patienten ikke vurderes egnet til psykoterapi, skrives dette, og det begrundes hvorfor. Man kan i de tilfælde f.eks. anbefale, at patienten får et støttende forløb ved sygeplejerske (S-pakke), eller at patienten udredes nærmere eller opstartes i en lægepakke (L-pakke). Endelig kan man anbefale, at patienten afsluttes fra CTP, og hvis det er hensigtsmæssigt og muligt, kan man pege på andre behandlingsmuligheder.

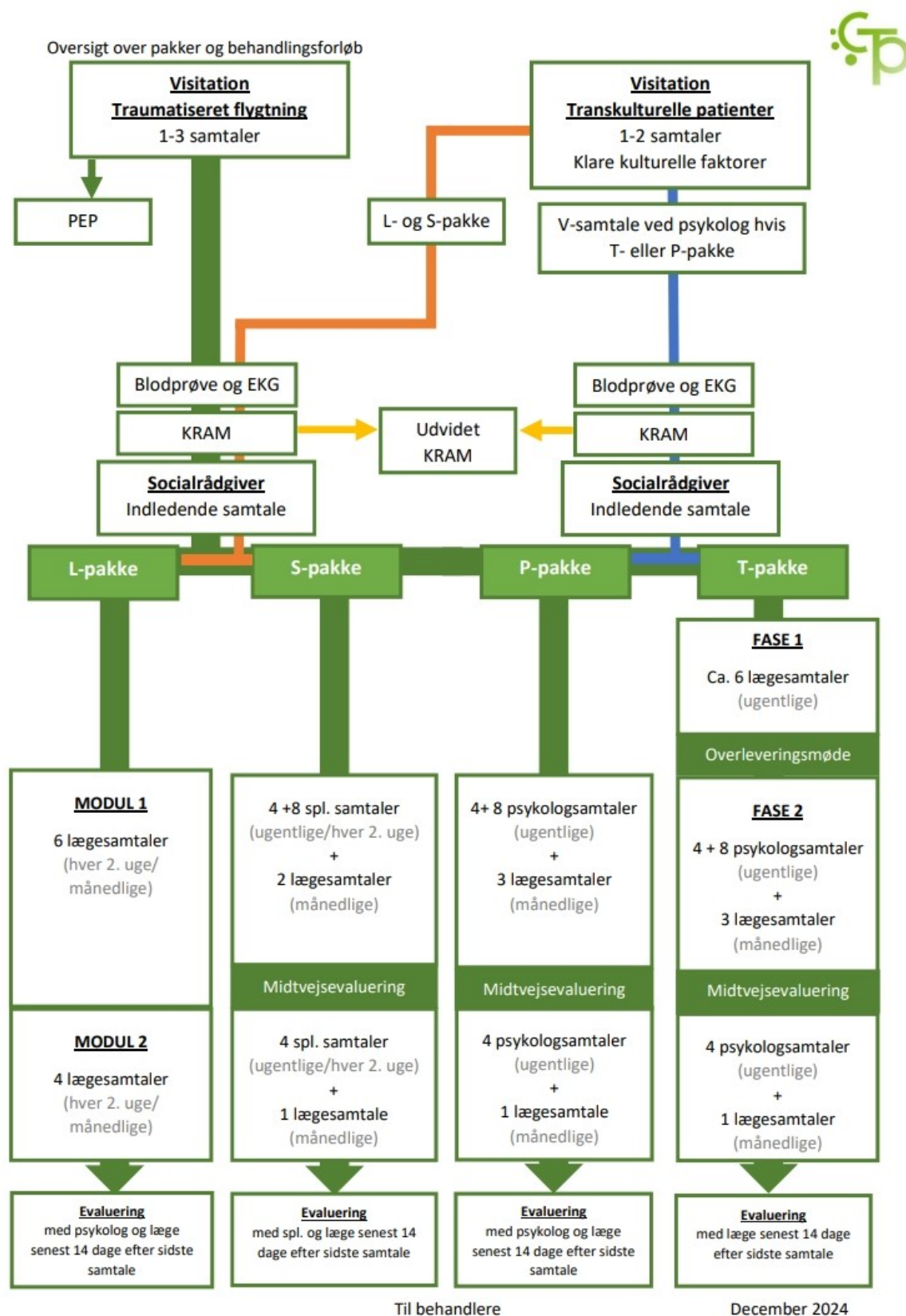
Fremlæggelse på konference

Udskrift af notatet og udskrift af AOP + 2. visitationsnotat lægges i den behandlingsansvarlige læges dueslag inden næstkommende behandlingskonference. Behandlingsansvarlig læge fremlægger AOP og baggrunden for, at en vurderende samtale er relevant. Psykologen fremlægger egen vurdering og anbefaling. Fremlæggelsen tager udgangspunkt i konklusionen. Hvis det vurderes relevant, kan man supplere med oplysninger. Det er vigtigt at være opmærksom på ikke at gentage, hvad lægen har fremlagt.

Endelig stillingtagen til behandlingsforløbet tages på konferencen og behandlingsansvarlig læge viderebringer det til patienten ved førstkommende lægesamtale samt skriver konferencenotat i SP.

Bilag

Bilag 1 – Beslutningstræ



Bilag 2 – Skabelon til notat

Vurderingssamtale

Tolk: ***

Samtalen har til hensigt at vurdere egnethed til psykoterapi.

Tema:

Tidligere erfaringer med psykoterapi

Symptomer/problematikker

Funktionsniveau

Relationer

Kognition

Motivation

Klinisk indtryk:

Tankegang vurderes samlet relevant og der er ingen mistanke om psykose. Stemningsleje vurderes neutralt / forsænket / eleveret, med adækvate følelsesmæssige reaktioner. Psykomotorisk tempo upåfaldende / lettere nedsat. Grådlabil. Pt. fremtræder lettere / moderat / svært depressiv, med lettere øget angstniveau / anspændthed. God formel som emotionel kontakt. Ingen / Lette / Moderate / Svære kognitive deficits i sessionen.

Vurdering og anbefaling:

Pt. vurderes egnet / ikke egnet til psykoterapi.

.me

Referencer

APA Dictionary of Psychology. (n.d.). <https://dictionary.apa.org/introspection>

Cañas, J. J., Fajardo, I., and Salmerón, L. (2006). Cognitive flexibility. *Int. Encycl. Ergon. Hum. Fact.* doi: 10.13140/2.1.4439.6326

Chen, et al. (2022). "Locus of Control in Dynamic Settings: A Semiotic Extension of an Old Theory." *Human Arenas*, 4, 542–562.

Constantino et al. (2019). "Patient Interpersonal Impacts and the Early Therapeutic Alliance in Interpersonal Therapy for Depression"

Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., Jeronimus, B. F., van der Veen, D. C., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Schoevers, R. A., & Riese, H. (2019). Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of Affective Disorders*, 253, 26-34

Lee, S. J., et al.(2022).The Impact of Locus of Control on Patient Cooperation in Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). *Cognitive Therapy and Research*.46(1), 147-158

Marks,L. (1998). Deconstruting Locus of Control: Implications for Practitioners. *Journal of Counseling and Development*: 76.251.

Wang, Y., et al. (2020)."Locus of Control and Motivation for Therapy: Predictors of Therapeutic Cooperation. *Clinical Psychology Review*, 78

Wang, Y., et al. (2020). "Reorienting Locus of Control in Individuals Who Have Offended Through Strengths-Based Interventions: Personal Agency and the Good Lives Model." *Frontiers in Psychology*, 1

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.