

RETNINGSLINJER FOR

Psykotraumatologiske undersøgelser

- specielt med hensyn til test



Retningslinjer for
Psykotraumatologiske undersøgelser
– specielt med hensyn til test

Udarbejdet af:

Ask Elklit, professor, cand.psych. og specialist i psykoterapi og psykotraumatologi

Per Bernth Jensen, cand.psych. og specialist i neuropsykologi og psykotraumatologi

Udgivelse:

Dansk Psykolog Forening, maj 2007

Produktion:

Elbo Grafisk A/S, Fredericia

Retningslinjer for
PSYKOTRAUMATOLOGISKE UNDERSØGELSER
- specielt med hensyn til test

Dansk Psykolog Forening 2007

» 1.0. INDLEDNING

Dansk Psykolog Forening udgav i 1998 retningslinjer for anvendelse og administration af test inden for den gren af psykologien, der er beskæftiget med test i erhvervslivet (*'Retningslinjer for brug af test i erhvervslivet'*). I 2001 udkom tilsvarende et sæt *'Retningslinjer for neuropsykologiske undersøgelser'*.

Stigningen i antallet af klienter inden for det psykotraumatologiske fagområde har på tilsvarende vis ført til behovet for at opstille retningslinjer for en undersøgelsesprocedure/test inden for dette område, særligt af to grunde:

(a) De psykotraumatologiske følger af erhvervsmæssige belastninger er kommet på listen over arbejdsbetingede lidelser. Dette fører selvsagt til et øget krav om undersøgelse og et tilsvarende krav om at kunne graduere følgerne. Et tilsvarende behov for testning vil ligeledes gælde vurderingen af behandlingseffekten.

(b) Efter optagelsen på listen over arbejdsrelaterede lidelser kan det forventes, at der kommer en tilsvarende stigning i behovet for undersøgelser, som det skete, da følgerne efter den erhvervsmæssige eksposition for organiske opløsningsmidler blev optaget på listen. Fra en situation med udtalt underdiagnosticering (Floen & Elklit, 2007) kan man måske om få år stå i den modsatte situation, hvor der kan være for risiko for overdiagnosticering.

Interessen for diagnostik og dokumentation for behandlingseffekten af psykisk belastningsrelaterede lidelser har endvidere været stærkt stigende gennem de senere år.

Modsat de to andre nævnte områder findes der ikke inden for den psykotraumatologiske forskningsgren samme langvarige

historie med undersøgelser og testning. Området er sammenlignet med de to andre områder relativt ungt. PTSD-diagnosen blev første gang optaget i DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) og optræder ligeledes som selvstændig diagnose optaget i ICD-10 klassifikationslisten (WHO, 2002) som F. 43.1, kaldet posttraumatisk belastningsreaktion.

Psykiske følger efter psykologiske traumer er kendetegnet ved, at de ikke kan måles med gængse test på samme måde som de neuropsykologiske følger efter hjerne-skade. De vil bygge på klientens egne subjektive oplevelser af hændelsen(-rne) samt graden af følger og selvfølgelig på den psykologiske vurdering af, om klienten har et PTSD-syndrom.

Arbejdsrelaterede psykiske belastninger kan medføre erstatningskrav. Størrelsen heraf fastsættes af Arbejdsskadestyrelsen (ASK). Arbejdsskadestyrelsen har blandt andet til formål at fastsætte erhvervsevnetabet og graden af men. Mengraden eller menprocenten er beskrevet i den såkaldte Mentabel (ASK, 2004) og er specifikt omtalt i Mentabellens pkt. J.

Da Mentabellen graderer følgerne, opstår behovet for redskaber til at kunne graduere i overensstemmelse med Mentabellens angivelser.

Dette er indtil nu sket gennem klinisk vurdering. *Formålet med nærværende retningslinjer er at pege på, hvilke test der kan anvendes til at graduere følgerne.*

Retningslinjerne for psykotraumatologiske undersøgelser henvender sig både til de psykologer, der arbejder inden for problemfeltet, og til rekvirenterne af de psykotraumatologiske undersøgelser. Retningslinjerne er anbefalet af Dansk Krise- & Katastrofe psykologisk Selskabs bestyrelse og Det psykotraumatologiske Fagnævn og godkendt af Dansk Psykolog Forenings bestyrelse.

Det er hensigten at beskrive, hvorledes *god skik sikres ved den psykotraumatologiske undersøgelse*. Udformningen er påvirket af de foreliggende *Retningslinjer for neuropsykologiske undersøgelser*, idet denne gren af psykologien har en relativt lang historisk tradition og en veludviklet testetik. Selve den psykotraumatologiske undersøgelses administration og etik vil blive forsøgt udformet i overensstemmelse med denne tradition (Brun og Knudsen, 2006). Dette gælder både forberedelse inden undersøgelsen, kontakten med klienten, testsituationen og afrapporteringen.

Det skal understreges, at de anførte test aldrig må stå alene. Normerne, der er angivet, må ikke benyttes ureflekteret og ukom-

menteret. De anførte test må anses for at være et *absolut minimum* og bør af yngre psykologer kun benyttes under supervision.

På trods af den generelle karakter vil der være tilfælde, hvor undersøgelsen bør drøftes og tilrettelægges i samarbejde med kolleger. Dette gælder specielt ved undersøgelse af personer med en anden kulturel baggrund end den danske. Disse kulturelle forskelle vil ikke blive medtaget i nærværende retningslinjer, men bør drøftes med erfarne kolleger eller ved henvendelse til selskabets bestyrelse og Dansk Psykolog Forenings etiknævn.

Dansk Psykolog Forening, maj 2007

» 2.0. DEN PSYKOTRAUMATOLOGISKE UNDERSØGELSE

2.1. Formål

Den psykotraumatologiske undersøgelse foretages med det formål at vurdere, om der foreligger en PTSD-tilstand, samt graden heraf. Dette indebærer en beskrivelse af de psykologiske følger efter udsættelse for et psykisk traume. Det er sjældent velafgrænsede symptomer, men oftest et væld af symptomer, der optræder, efter at den pågældende klient har overværet eller været involveret i en *livstruende* situation. Det kan både dreje sig om enkeltstående hændelser (overfald, ulykker) og mere vedvarende begivenheder som fx krigshandlinger. Den psykotraumatologiske undersøgelse udsiger ikke i sig selv årsagerne til nedsat funktionsniveau/svækkelsestilstand. Den ætiologiske udredning foregår bl.a. via anamneseeksploration, der kræver ekspertviden.

Endvidere er der en række problemer, der knytter sig til det efterfølgende møde med en række instanser, hvis måde at forholde sig til den traumatiserede både kan forstærke og vedligeholde traumatiseringen – såkaldt sekundær traumatisering (Elklit, 2004a).

Udgangspunktet for at foretage en vurdering er, at der findes grundlæggende reaktioner på livstruende situationer, der har en række fællestræk.

Behovet for undersøgelse og testning skal også ses i lyset af, at der er sket en undervurdering af problemets omfang (Elklit, 1999), og omvendt, at der er en risiko for at overvurdere problemet – jf. den tidligere "*malersyndrom*"-debat (Gade et al., 1988).

Tilstanden bør undersøges og diagnosticeres så hurtigt som muligt efter traumat (også af hensyn til behandlingsiværksættelse). Efter seks måneder er den "*naturlige selvhelbredelse*", dvs. sandsynligheden for, at PTSD forsvinder af sig selv, ret be-

skeden (jf. Kessler et al., 1995). En systematisk assessment bør indgå i et kriseterapeutisk forløb og herved danne et naturligt udgangspunkt for en senere opfølgende vurdering, som foretages ved den rekvirerede undersøgelse.

Såfremt tilstanden bekræftes, er der således en høj sandsynlighed for, at tilstanden er vedvarende og vil præge hele personligheden med depression, generaliseret angst, fobier, somatisering og eventuelt misbrug som komorbide følgetilstande.

2.2. Den psykologiske test

Det almindelige psykologiske testbatteri kan som hovedregel ikke anvendes ved undersøgelsen af den traumatiserede klient, da disse test ikke er særligt anvendelige til at undersøge og specielt ikke til at graduere tilstanden af PTSD eller andre traumefølger. Dette gælder både Rorschach, Rotters sætningsfuldendelsestest og brede selvrapporteringsskemaer som fx Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) eller Symptom Checklist (SCL-90-R).

Det er vigtigt at kende både personens nuværende og 'prætraumatiske' personlighedsdynamik i forbindelse med planlægningen og vurderingen af undersøgelsen (Thrane & Elklit, 2002). Det falder uden for nærværende retningslinjers rammer at diskutere, om tidligere eller forudgående psykiske traumer i højere grad fører til udviklingen af et PTSD-syndrom, men mentabellen vægter specielt tidligere lidelser ved den endelige procentansættelse.

Det synes hensigtsmæssigt at teste direkte på de klager, klienten fremkommer med, når der i forvejen findes test til at belyse arten og graden af vanskeligheder.

Ved klager over koncentrationsbesvær og hukommelsesvanskeligheder anbefales det at teste direkte på disse funktioner med gængse (neuropsykologiske) psykologiske test.

Testningen af PTSD-tilstanden sker bedst ved at teste direkte på diagnoselistens angivelser for tilstedeværelsen af PTSD.

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) er mere velegnet end ICD-10 til at beskrive følgevirkningerne efter traumer af flere grunde: 1) I modsætning til ICD-10 bygger DSM-systemet på et psykologisk stressorkriterium, der anvender et normativt sociologisk stressorkriterium. 2) Det er forskningsmæssigt velunderbygget (99 % af al eksisterende forskning bygger på DSM). 3) Det har en høj grad af specifikation for undgåelseskriteriet, hvilket er af stor betydning for at kunne foretage en graduering af PTSD i stedet for at blot kategorielt at konstatere, om tilstanden er til stede eller ej. 4) DSM tillader anvendelsen af samtidige, sideordnede diagnoser. 5) DSM har varighedskriterier og opererer med forsinket PTSD. 6) DSM indeholder et funktionskriterium.

I en undersøgelse (Andrews, Slade & Peters, 1999; Peters, Slade & Andrews, 1999), hvor tildelingen af ICD-10 og DSM-IV diagnoser blev sammenlignet, fandt man kun 35 % overlap mellem de to diagnose-systemer. ICD-10 resulterede med sin kasuistiske tilgang i dobbelt så mange PTSD-diagnoser som DSM-IV. Forskellen kunne især tilskrives DSM-IV-kravene til specifikation af undgåelsessymptomerne og funktionskriteriet (Eid & Herlofsen, 2004).

Gradueringen må ske efter psykologens overvejelser på baggrund af en undersøgelse af peritraumatiske stressorer og af klientens angivelser af sværhedsgraden af symptomer på *genoplevelse, undgåelse og forhøjet vagtsomhed samt tidsforløbet og funktionsforringelser*.

Et særskilt problem vil være følgerne hos den svært hjerneskadede og traumatiserede klient. Svære hovedtraumer kan være forbundet med en betydelig grad af bevidstløshed og bevidstløshed af en vis

længde (retrograd- og anterograd amnesi), der kan have det resultat, at klienten ikke oplever at have været traumatiseret eller i det hele taget ikke har posttraumatiske følger.

Disse kan dog i uheldige tilfælde blive induceret, eller kimen kan lægges ved opvågningen på intensiv afdeling eller som mulig sekundær traumatisering (Bryant, 1999; Bryant & Harvey, 2003).

2.3. Anbefalet minimumstest

Der må som nævnt ske en særskilt vurdering af de tre hovedområder ved PTSD, nemlig genoplevelseskriterierne, undgåelseskriterierne og kriterierne på forhøjet vagtsomhed.

Harvard Trauma Questionnaire, del fire, (HTQ-IV; Mollica et al., 1992), der oprindeligt var udviklet til at undersøge PTSD hos flygtninge, indeholder tillige en række spørgsmål om skyldfølelse og andre meget almindelige reaktioner efter traumer og er efter vores opfattelse det mest velegnede af selvmonitoreringsskemaerne i dansk sammenhæng, idet der foreligger et omfattende dansk normmateriale (Bach, 2003). Internationalt set findes der tilgængelige oversættelser til en snes forskellige sprog (disse kan fås via RCT i København).

I forbindelse med PTSD forekommer der høj komorbiditet i form af sekundær depression og angst, misbrug og somatisering (Kessler et al., 1995). Derfor må andre følgetilstande, og her specielt angst og depression, vurderes gennem et diagnostisk interview eller via selvmonitoreringsskemaer som fx Trauma Symptom Checklist (TSC-35), som efter vores opfattelse er det mest velegnede i en dansk sammenhæng, idet der foreligger et omfattende dansk normmateriale (Krog & Duel, 2003).

Der bør efter behov inddrages andre relevante selvmonitoreringsskemaer og fx koncentrationstest og hukommelsestest.

Da mange traumatiserede klienter har været udsat for tortur og mishandling, herunder slag mod hovedet, kvælningsforsøg ('submarino') og utilstrækkelig kost, kan det i visse tilfælde være relevant at udvide den psykotraumatiske undersøgelse med en neuropsykologisk undersøgelse. Som et overordentligt overkommeligt screeningsredskab kan Trail Making A & B testen anvendes (Reitan, 1958; Reitan & Tarshes, 1959; Lezak, 1976; Nielsen et al., 1989; Elklit, 1992). Hvis der på baggrund af disse test kan rejses mistanke om kognitive vanskeligheder, bør klienten udredes neuropsykologisk.

Hvis der konstateres psykotiske symptomer, bør disse undersøges for traumerelateret indhold, da dette kan have differentialdiagnostisk betydning (jf. Elklit, 2004b).

2.4. Indhold

Selve undersøgelsen bør som andre psykologiske undersøgelser være firedelt, nemlig:

A) Anamnese

En beskrivelse og vurdering af klientens opvækst og psykosociale udvikling samt livsforløb frem til traumeeksponeringen (se 6.0.).

B) En klinisk vurdering af klienten med hensyn til:

- Klientens årvågenhed og evne til at fokusere og flytte opmærksomheden relevant.
- Motivation.
- Impulskontrol (over for påtrængende tanker).
- Perceptuelle forvrængninger.
- Orientering i tid, sted og egne data.
- Vrangforestillinger.
- Realitetssans.
- Finmotorik, mentalt og motorisk tempo.
- Kommunikationsevne inklusiv nonverbal kommunikation.

- Kontakten – formel og emotionel.
- Evne til at skelne væsentligt fra uvæsentligt.
- Indsigt i egen situation, sygdomserkendelse.
- Følelsesmæssige forhold, sindsstemning, angstfænomener og belastningstolerance.

C) Selve testdelen med diagnostiske interview, suppleret med selvmonitoreringsskemaer og eventuelt neuropsykologiske test.

D) En sammenligning af de opstillede hypoteser om traumets konsekvenser, de kliniske iagttagelser (herunder viden om den prætraumatiske personlighed) og selve testdelen.

Undersøgeren må her være opmærksom på, om der er sammenhæng mellem de forskellige forhold, altså om traumets karakter svarer til det klinisk iagttagelige, og om der er overensstemmelse mellem det klinisk iagttagelige og testdelen, hvilket udkrystalliseres i den endelige konklusion.

» 3.0. METODER

Undersøgelserne bør bygge på journaloplysninger indhentet med klientens tilladelse, herunder andre specialistundersøgelser samt oplysninger fra andre, hvis disse skønnes at kunne bidrage med relevante oplysninger. De anvendte test, som inkluderer selvmonitoreringsskemaerne, bør være anerkendte, standardiserede og eksplicit anførte. Benyttes andre typer eller ikke accepterede test, bør disse beskrives så udførligt, at rekvirenten selvstændigt kan vurdere deres lødighed.

» 4.0. DET ETISKE OG PROFESSIONELLE ANSVAR

Specialister skal have viden om de anvendte test, herunder normer, deres gyldighedsområde og begrænsninger, samt som ved anden testning have kendskab til:

- De love, der har betydning for ovennævnte.
- Lov om psykologer og tavshedspligt, forvaltningsloven. *)
- Aktuelle etiske og professionelle spørgsmål angående psykologiske undersøgelser.

Specialister skal:

- Arbejde inden for rammerne af forskningsbaseret viden og anden veldokumenteret erfaring.
- Sikre, at viden om brugen af testene er fyldestgørende og opdateret.
- Oprette fornødne rutiner i administration og tolkning af de opnåede scores og tolkning af resultaterne.
- Være opmærksom på konsekvenserne af brugen af testene og afbøde utilsigtede følger.
- Orienterer den enkelte klient efterfølgende, samt ved klientens tilsagn andre relevante instanser, efter indhentning af det nødvendige samtykke fra klienten. Der skal rettes særskilt opmærksomhed mod

*) De bestemmelser, der er tale om, er specielt:

- Lov om psykologer mv. (lov nr. 494 af 30. juni 1993 med senere ændringer) § 12, § 14 og § 16 (herunder regler om tavshedspligt).

- Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv. (lov nr. 397 af 10. juni 1987 med senere ændringer) § 14.

- Lov om patienters retsstilling (lov nr. 482 af 1. juli 1998) § 6, § 7.

- Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. (nr. 665 af 14. september 1998) § 19.

klienter, der ikke i fuld udstrækning kan svare for sig selv.

- Formidle resultaterne i et forståeligt sprog.
- Orienterer om relevante klagemuligheder.

» 5.0. DET PSYKOTRAUMATOLOGISKE TESTFORLØB

5.1. Forberedelse til testningen

Det bør tilsigtes, at testningen sker under hensyn til klientens trivsel og i et samarbejde i forhold til det problem, der søges belyst.

Undersøgelsen bør foregå i rolige omgivelser og med brug af nødvendige hjælpemidler.

5.2. Gennemførelse af testningen

Principper for gennemførelse af testninger indbefatter, at:

- Man behandler klienten med respekt og forsøger at undgå stressfølelse og nervøsitet.
- Man forsøger at opnå den bedst mulige kontakt, inden testningen påbegyndes.
- Man giver klare instrukser/instruktioner og sikrer, at klienten har forstået, hvad testen går ud på.
- Man instruerer om formålet med valget af test.
- Man afbryder testningen, hvis klienten reelt ikke medvirker, eller hvis det fornødne samarbejde ikke kan opnås.
- Man sikrer, at andre, der eventuelt overværer testningen, ikke påvirker klienten eller "hjælper" denne med besvarelser.
- Man omhyggeligt noterer alle kvalitative data og andre begivenheder af relevant karakter.
- Man orienterer klienten om det umiddelbare resultat og ved en senere lejlighed det endelige opgjorte resultat.

5.3. God skik ved vurdering af testresultaterne

I analysen skal medtages både kvantitative og kvalitative testdata. Psykologen skal ved tolkningen tilstræbe en meningsfuld beskrivelse af defekter og ressourcer. Derfor:

- Basér tolkningen på størst mulig objektivitet, hvilket fordrer kendskab til testens konstruktion, anvendelighed og pålidelighed i relation til problemstillingen.
- Brug nyeste/relevante referencemateriale og normer, men fokusér ikke udelukkende på normerne.
- Tag særskilt hensyn til demografiske, sociale og økonomiske forhold samt intellektuel formåen. Se endvidere på tidligere traumer, uddannelse, erhvervs erfaring og kulturel baggrund, specielt hos personer med en anden etnisk baggrund end dansk.
- Tag specielt hensyn til klientens læsefærdigheder og forståelse af det læste. Ved mistanke om dysleksi bør selvmoniteringsskemaerne oplæses.
- Vær opmærksom på, om det aktuelle funktionsniveau er påvirket af toksiske skader, inklusive stoffer, hjernesygdomme/hjernetraumer og somatisk sygdom af anden art.
- Tag særligt hensyn ved smertetilstande og usamlet adfærd, akut stress, angst og depressive tilstande og ved eventuel brug af medicin (smertestillende, angst- og depressionsdæmpende).
- Vær opmærksom på, at udtrætning udgør et særligt krav til vurdering af det formålstjenstlige i at fortsætte afprøvningen, men det er almindeligvis vigtigt at tilstræbe, at undersøgelsen udføres i løbet af en dag. Dog kan det kliniske interview finde særskilt sted den ene dag og testningen dagen efter, men selve testningen bør foretages i én omgang.
- Sørg for at have det nødvendige kendskab til traumets (traumernes) karakter og ud-

vikling, ligesom det relevante journalmateriale bør kendes in extenso, før undersøgelsen påbegyndes.

- Hav kendskab til seneste forskningsresultater, herunder specielt hvorledes det givne traume særligt påvirker klientens tilstand.

» 6.0. GOD SKIK VED RAPPORTSKRIVNINGEN

Rapportens form skal afhænge af problemstillingen, og hvem der har rekvireret undersøgelsen. Desuden skal rapporten forsøge at besvare de stillede spørgsmål, samt hvad der i øvrigt kunne have betydning for klienten.

Rapporten bør indeholde en beskrivelse af klientens opvækst, skolegang, efterfølgende erhvervs karriere samt andre psykiske og fysiske traumer. Rapporten bør beskrive måden, hvorpå klienten tackler sine problemer (coping) samt give et billede af den prætraumatiske personlighed, klientens interesser og det aktuelle funktionsniveau med hensyn til arbejde, nære relationer, fritid og daglige gøremål.

Herefter følger en gennemgang af selve testningen, og rapporten afsluttes med en konklusion, hvor psykologens egne iagttagelser medinddrages.

Der skal være klare angivelser af, hvad:

- Psykologen vurderer og konkluderer.
- Klienten angiver.
- Testningen viser.
- Hvad andre/journalmateriale angiver.

Ved psykologens vurdering skal "det kliniske indtryk" medtages, dvs. hvorledes denne oplever, at klienten arbejder med prøverne.

Der tilstræbes et almindeligt forståeligt sprog, hvor kvantitative og kvalitative data er adskilte og kun oplysninger og beskri-

velser, der vedrører den aktuelle sag og problemstilling, medtages.

Testscores angives i form af råscores for hver enkelt test/selvmonitoreringsskema.

» 7.0. GOD SKIK VED HÅNDTERINGEN AF TESTMATERIALET

De psykotraumatologiske testresultater vil altid være en del af en større helhed, men psykologen har et selvstændigt ansvar for denne del.

Alt testmaterialet og samtlige optegnelser skal opbevares forsvarligt efter de fælles etikregler, der gælder for nordiske psykologer. Materialet bør ikke udleveres til andre end psykologer.

Det bør forud for undersøgelsen sikres, at den grundlæggende problemstilling og klientens interesser er ordentligt belyst.

Det er vigtigt:

- At sikre, at klienten evner at gennemføre testen meningsfuldt.
- At fordele og ulemper ved valg af test i forhold til andre informationskilder er beskrevet.
- At vurdere sandsynligheden for, at testen/undersøgelsen kan resultere i vigtige oplysninger til belysning af problemstillingen.

» 8.0. PSYKOTRAUMATOLOGISKE SPECIALISTERKLÆRINGER

Ved psykotraumatologiske specialisterklæringer forstås en juridisk bindende erklæring til offentlige instanser, advokater, forsikringselskaber, kommuner etc.

Den psykotraumatologiske specialisterklæring ligestilles principielt med speciallægeerklæringer, når de opfylder kravene i nærværende retningslinjer og udarbejdes

af en godkendt specialist i psykotraumatologi eller af en psykolog under supervision af en specialist.

» 9.0. GOD SKIK VED ANVENDELSEN AF PSYKOTRAUMATOLOGISKE ERKLÆRINGER

Det er vigtigt at sikre, at kun undersøgelser udført af sagkyndige indgår i grundlaget for beslutningerne. Der må endvidere sigtes mod, at kun erklæringer, der er afgivet til det konkrete formål, indgår i beslutningerne, samt at disse er af nyere dato i forhold til problemstillingen, idet psykotraumatologiske forstyrrelser ofte over tid forandres i negativ eller anden retning (fx kan belastningsreaktioner (F.43.1 fra ICD-10) udvikle sig til personlighedsforstyrrelser (F.62.0)).

Det er specielt uacceptabelt, hvis rapporter afgivet til kommuner også bliver sammenblandet med forsikringsafklaring eller rapporter afgivet med henblik på diagnose alene – eller hvis de som led i vurdering af behandling bliver benyttet til pensionsafgørelser eller pensionsvurdering. Ved tvivlsspørgsmål bør undersøgeren kontaktes.

Det kan anbefales, at kommuner og andre rekvirenter af psykotraumatologiske erklæringer beskikker en psykolog med specialisterfaring som konsulent ved behov for vurdering af rapportens kvaliteter – svarende til lægekonsulentens hverv. Det må således særligt frarådes, at det er kommunens egen lægekonsulent, der vurderer lødigheden af rapporten.

» 10.0. BETEGNELSEN PSYKOTRAUMATOLOG

Titlen *specialist i psykotraumatologi* er godkendt af Dansk Psykolog Forening og må

kun benyttes af psykologer, der har erhvervet sig denne specialistgodkendelse.

Den videregående uddannelse omhandler:

- A) Autorisation.
- B) Moduler i forskning, teori, intervention og specialisering.
- C) Et beskæftigelseskrav.
- D) Faglig vejledning, supervision og personligt udviklingsarbejde.

– og den har en varighed af 5 år.

» 11.0. REFERENCER

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Arbejdsskadestyrelsen (2005). *Mentabel. Arbejdsskadestyrelsens vejledende procenttabel til brug for afgørelser om godtgørelse for varigt men truffet den 1. januar 2004*. København: Author.
- Bach, M. (2003). En empirisk belysning og analyse af "Emotional Numbing" som eventuel selvstændig faktor i PTSD. *Psykologisk Studie Skriftserie*, 6, (1), 1-199.
- Brun, B., and Knudsen, P. (2006). *Psykologisk undersøgelsesmetodik. En basisbog*. 2. udgave. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Bryant, R.A. (2001). Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? *Clinical Psychology Review*, 21, (6), 931-948.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1999). The influence of traumatic brain injury on acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Brain Injury*, 13, 15-22.
- Eid, J. & Herlofsen, P. H. (2004). Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemerne: implikationer for forskning og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 620-627.
- Elklit, A. (1992). Om anvendelsen af Trail Making Test (TMT) som et neuropsykologisk screeningsinstrument. *Nordisk Psykologi*, 44, (3), 234-236.
- Elklit, A. (2001). Psykologisk undersøgelse og diagnostik af traumatiserede flygtninge. *Psykologisk Pædagogisk Rådgivning*, 38, (5), 331-338.
- Elklit, A. (2004a). Psykotraumatologi. I J. Bjerg (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gad. 494-500.
- Elklit, A. (2004b). Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD), forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer. *Matrix*, 21, (1), 41-59.
- Elklit, A. (2006). Redskaber til psykologisk undersøgelse og diagnostic af traumatiserede. I P. Elsaas, J. Ivanow, E.L. Mortensen, S. Poulsen & B. Rosenbaum (Red.): *Psykologisk Assessment*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Floen, S. & Elklit, A. (2007): Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry*, 6:12, 1-22.
- Gade, A., Mortensen, E.L., & Bruhn, P. (1988). "Chronic painters's syndrome". A reanalysis of psychological test data in a group of diagnosed cases, based on comparisons with matched controls. *Acta Neurologica Scandinavica*, 77, 293-306.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Krog, T. & Duel, M. (2003). Trauma Symptom Checklist. *Psykologisk Studie Skriftserie*, 6, (4) 1-162.
- Lezak, M.D. (1976). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press. 429-432. (2. ed. 1983).
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollimi, P., Truong, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992). Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indo-Chinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Nielsen, H. et al. (1989). Normative data for eight neuropsychological tests based on a Danish sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 30, 37-45.
- Peters, L., Slade, T. & Andrews, G. (1999). A comparison of ICD-10 and DSM-criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress*, 12, 335-343.
- Reitan, R.M. (1958). Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271-276.
- Reitan, R.M. & Tarshes, E.L. (1959). Differential effects of lateralized brain lesions as the trailmaking test. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 129, 257-262.
- Thrane, J. & Elklit, A. (2002). *Den traumatiserede personlighed – et studie af personlighedens betydning for krisetilstandens udtryk og behandling*. København: Dansk Krise- og Katastrofe-psykologisk Selskab.
- WHO (2002). ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard.

DANSK PSYKOLOG FORENING 

Stockholmsgade 27 • 2100 København Ø

Tlf. 35 26 99 55 • Fax 35 25 97 37

www.danskspsykologforening.dk • dp@dp.dk
