

Projektive test i voksenalderen

Som diagnostisk metode er projektive test et værdifuldt supplement til andre metoder. Men hvad skal der til for, at testene overlever i voksenpsykiatrien? Artiklen diskuterer dette og understreger nødvendigheden af fælles nationale retningslinjer.

Der er i de sidste 10-20 år sket en gradvis indskrænkning i anvendelsen af projektive test (1; 2) som led i den diagnostiske udredning i psykiatrien. Hvis denne udvikling fortsætter, betyder det, at et vigtigt diagnostisk instrument forsvinder. Vigtigt, fordi de projektive test bidrager med en dimension til diagnostikken, som hverken det kliniske interview eller ratingskalaer kan erstatte.

Udviklingen er en følge af, at effektivitetskravene i dagens psykiatri gør det svært at afsætte ressourcer til denne form for test. De projektive test er komplicerede at administrere og vil i forhold til de simple diagnostiske instrumenter som spørgeskemaer og ratingskalaer altid være mere tidskrævende.

Men udviklingen skyldes også, at vi som psykologer ikke har været gode nok til at klargøre og målrette formålet med de projektive test. Mit udgangspunkt er, at hvis vi vil bevare de projektive test i psykiatrien, må vi meget stringent målrette dem mod problemstillinger inden for det gældende diagnosesystem og meget præcist klargøre og afgrænse brugen af testene i forhold til de spørgsmål, som de er egnede til at belyse inden for dette diagnosesystem.

Det kræver en drøftelse af nogle mere grundlæggende problemstillinger – specielt hvad det har betydet, at det nugældende diagnosesystem er fundamentalt forskelligt fra det, der var gældende, da testene blev udviklede.

Projektive test og diagnostik

Projektive test er kendetegnede ved, at en person præsenteres for et relativt ustruktureret og uigennemskueligt testmateriale, som vedkommende bedes strukturere. Enten ved som i Rorschach at skulle sige, hvad man kan få nogle blækklatter til at ligne, eller ved som i associationstesten at skulle svare på en række stimulusord med det første ord, der falder én ind. Rationalet bag testene er, at man ved præsentation af et ustruktureret materiale spontant vil prøve at strukturere og give det mening, og at den måde, man gør det på, vil afspejle karakteristiske temaer og mønstre hos testpersonen.

Ligesom andre psykologiske test er de projektive test standardiserede i form af ensartet instruktion og stimulusmateriale. Der er ved projektive test ikke tale om rigtige eller forkerte svar, men svarene sammenholdes med et normmateriale og scores i forhold til, hvor tæt eller afvigende de er fra dette.

Analyse af svar inden for forskellige traditioner

Der er forskellige måder at analysere testsvarene på. Man kan adskille to teoretiske traditioner. Den ene lægger fokus på indholdet af svarene og belyser dynamiske temaer, der kendetegner testpersonen, mens den anden lægger fokus på formen af svarene og belyser karakteristika ved den måde, testpersonen perciperer og tænker på.

Mens den første tradition er knyttet til klassisk psykoanalytisk teori og rettet mod dennes form for diagnostik og terapi, er den anden tradition knyttet til jeg-psykologien og rettet mod problemstillinger, der er relevante inden for en DSM/ICD-diagnostik.

Der er også en tredje tilgang, som forsøger at frigøre sig fra en psykologisk teori og forholde sig empirisk til testene. Denne tradition er eksemplificeret ved Rorschach-testen ad modum Exners Comprehensive System. I diagnostisk henseende er den rettet mod DSM/ICD.

De tre tilgange anvendes forskelligt i klinikken. Nogle gange i blandet form og nogle gange i ren form. Inden for psykiatrien vil den første tradition næppe være at finde i ren form i dag.

Anvendelsen af projektive test i Danmark

Den anden tradition er knyttet til den amerikanske psykolog D. Rapaport og gruppen omkring ham. I Danmark blev Rapaports testbatteri introduceret og videreudviklet af professor i klinisk psykologi L. Østergaard i 1950'erne. Hun udviklede blandt andet et scoringssystem til at vurdere formelle tankeforstyrrelser.

Det er svært at få et dækkende billede af testene nationalt, men billedet er ganske broget. Fælles synes at være, at traditionen med fokus på de formelle aspekter af svarene er ”gold standard”, og at de fleste anvender Rorschach CS. Derudover er der nok store va-

psykiatrien

riationer, både med hensyn til antal test, der anvendes, hvordan de administreres, hvordan formålet defineres, og den måde, resultater og konklusion opgøres og formidles på.

I forhold til testenenes chance for at overleve, er det svært at forestille sig, at det kan ske, uden at der saneres i dette brogede billede, og uden at der bliver vedtaget fælles nationale retningslinjer.

Fælles nationale retningslinjer for projektive test kunne indeholde beskrivelse af: 1) Hvad testene kan, som andre metoder ikke kan. 2) Testenes anvendelse inden for det gældende diagnosesystem. 3) Relevante testvariable, der matcher kriterier i det gældende diagnosesystem. 4) De forskellige typer af projektive test og deres konkrete formål. 5) Skabelon for testrapporter. 6) Relevant empiri.

Ad 1) Diagnostiske metoder i psykiatrien

Psykiatrisk diagnostik er usikker. Mange patienter fremtræder med et blandet klinisk billede, der kan pege i forskellige retninger, og det er ofte vanskeligt at opnå diagnostisk enighed. I psykiatrien er der ikke som i somatikken objektive biologiske markører. Diagnoserne beror alene på psykologiske kriterier og angives i det aktuelle diagnosesystem i form af symptomer og adfærdsmønstre. Nogle kriterier er subjektive og beror på patientens introspektive selvrapportering (fx oplevelse af tomhed, tristhed, uvirkelighed) mens andre er "objektive" og observeres udefra (fx realitetstestning og formelle tankeforstyrrelser).

Blandt de diagnostiske metoder er det kliniske interview det >

TERMINOLOGI & REFERENCER

Selv om termen "projektiv test" kan problematiseres (1; 2), er den fortsat den mest anvendte i Danmark og er derfor benyttet i artiklen.



> vigtigste. Interviewet kan være mere eller mindre struktureret og baserer sig på en bedømmers observation men i høj grad også på patientens selvrapportering. En hyppigt anvendt metode er selvratingskalaer, der alene baserer sig på patientens selvrapportering.

De projektive test adskiller sig herfra ved at basere sig på observation af det materiale, patienterne producerer, når de besvarer testopgaverne (Af nogle derfor kaldet implicite metoder, jf. 3). Dette materiale kodes, og det er disse koder, der oversættes til de testvariable, der beskrives i testrapporterne, og som kan ligge nærmere eller fjernere fra de kriterier, diagnoserne stilles ud fra.

Der er fejlkilder ved alle tre metoder. De to første metoder er afhængige af interviewerens og patientens empatiske/introspektive evner samt af patientens bevidste/ubevidste tendens til simulering/dissimulering, mens testmetoden er afhængig af reliable og valide scoringsmetoder. En gylden regel er, at jo større usikkerhed, der er om diagnosen, jo flere metoder bør bruges.

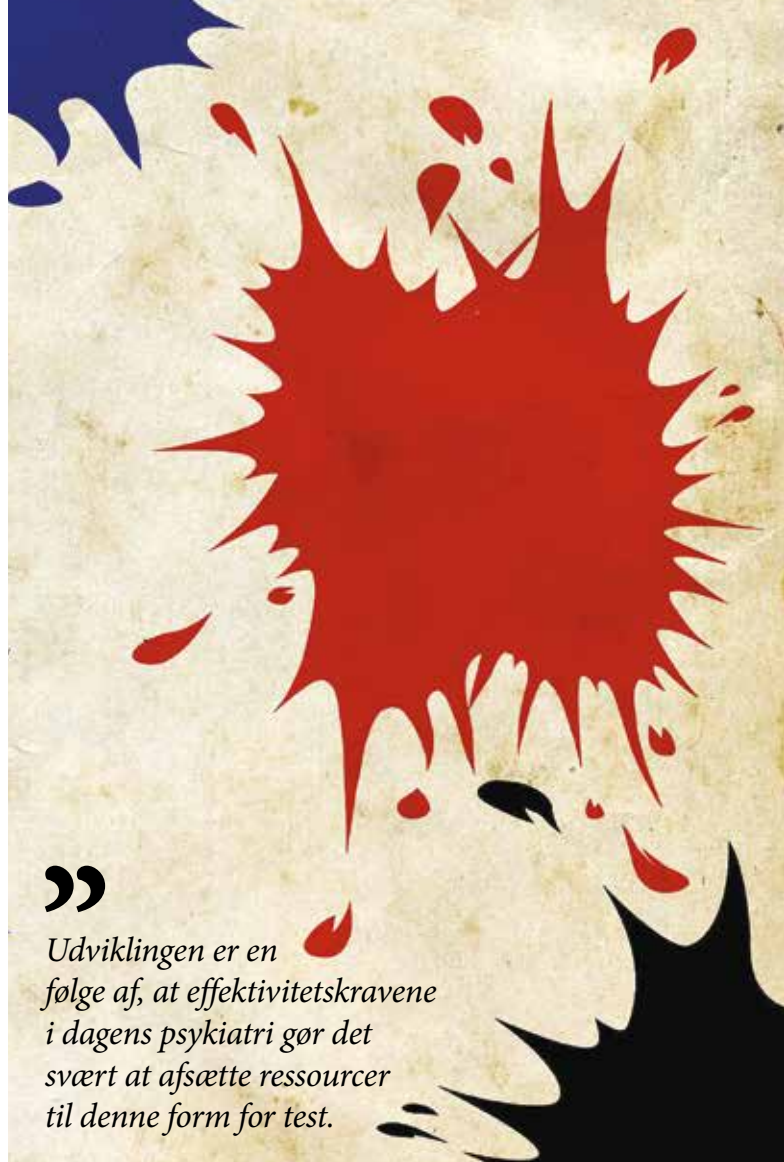
Ad 2) Test og diagnosesystem

Anvendelsen af de projektive test som diagnostisk redskab tog for alvor fart i 1930' og 1940'erne, hvor man var begyndt at erkende, at det daværende diagnosesystem, der omfattede hovedkategorierne psykose, neurose og psykopati, var utilstrækkeligt. Blandt andet var man blevet opmærksom på en gruppe patienter, hvis umiddelbare fremtræden svarede til en neurotisk tilstand, men senere viste en adfærd, der lå nærmere psykosen. Dette blev tydeligt, når patienterne kom i psykoanalytisk terapi med meget lidt struktur. Tilstanden forværredes under terapiforløbet, og nogle kunne reagere med psykotiske episoder.

Der var i de følgende år mange diskussioner om, hvordan disse tilstande skulle forstås, og hvor de diagnostisk kunne placeres. Gruppen nåede at få mange navne. Termer som borderline, pseudokonform, pseudoneurose, præpsykose og skizofrene grænsetilstande afspejler den forvirring, der prægede området. Var der tale om én gruppe, der afhængig af sværhedsgrad fremtrådte med forskellige kliniske billeder, eller om to grupper, en med subkliniske skizofreni træk og en anden med impulsiv adfærd og dårlig affekt-kontrol.

Det var for at få et diagnostisk redskab, der belyste processerne bag symptomer og adfærd, de patogenetiske processer, at de projektive test kom i fokus. Testenes ustrukturerede og uigennemskuelige stimulusmateriale gør, at de ligesom den ustrukturerede terapi er velegnede til at provokere og synliggøre subkliniske processer. Testsituationens rammer og standardisering sikrer, at dette sker under kontrollerede forhold, så tilstanden ikke forværres. Det diagnostiske formål opnås ved, at testpersonens svar sammenlignes med svarene fra normale og fra forskellige diagnostiske grupper.

Testenes styrke er således, at observationerne ikke foregår på det deskriptive, kliniske niveau, men at de synliggør de psykopatologiske processer bag. Udtrykt i jeg-psykologiske termer drejer det sig om evnen til at strukturere og organisere tænkning og perception – den kognitive stil.



”

Udviklingen er en følge af, at effektivitetskravene i dagens psykiatri gør det svært at afsætte ressourcer til denne form for test.

For Rapaport afspejlede disse processer, hvordan personligheden i sin helhed fungerer, dvs. hvor godt eller dårligt integreret personen er. Jo bedre integreret, des bedre er man i stand til at strukturere og realitetstilpasse sine svar, og des stærkere betragtes jeget. Jo dårligere integreret, des mere ustrukturerede og afvigende vil svarene være, og des svagere betragtes jeget.

Det overordnede formål med testene blev at beskrive, hvor patienten befandt sig på integrations-disintegrations-dimensionen. Dette skete dette ved at omsætte patientens svar til en bred gruppe af variable, såsom formelle tankeforstyrrelser, realitetstestning, kontaktevne, selv billede, forsvarsmekanismer, konflikтуelle temaer, krops- og kønsidentitet, introspektion.

Disse testvariable matchede kriterierne i de dagældende diagnosesystemer, DSM og ICD. DSM og ICD var på det tidspunkt karakteriseret ved at være prototypiske, altså at de enkelte diagnoser er beskrevet i form af typiske kasuistikker, der kan omfatte årsagsbillede, anamnese, personlighed, sygehistorie, det aktuelle billede samt eventuelt resultater fra psykologiske test. Diagnosen stilles ved at sammenholde det globale indtryk af en patient med de foreliggende kasuistikker og finde frem til den, der kom nærmest. Dvs. alle informationer om en patient kunne bruges til at stille en diagnose.

Det aktuelle diagnosesystem

I henholdsvis 1980 og 1992 ændres DSM og ICD grundlæggende. Fra at have været prototypiske bliver de begge polytetiske, dvs. at diagnostikken som hovedregel foregår på et deskriptivt niveau og baseres på symptomer og adfærd. Diagnosen stilles, når et vist antal af disse er til stede.

I forhold til de projektive test er det nærliggende at spørge, om et deskriptivt diagnosesystem overhovedet kan bruge test, hvis styrke er at observere på et andet niveau end det deskriptive, og hvor aktivering af de processer, der observeres, sker under "ikke-naturalistiske" forhold.

Det umiddelbare svar må være, at testene ikke er brugbare, og at de relevante diagnostiske instrumenter må være spørgeskemaer og ratingskalaer, der retter sig direkte mod symptomer og adfærd. Men begrænser man sig til disse instrumenter, betyder det, at man kommer til at mangle metoder, der kan identificere tilstande med diskrete eller subkliniske symptomer/adfærd, og på grund af det polytetiske systems snævrere tilgang til sygdomsbillederne, gør det behovet for at supplere de deskriptive metoder med andre metoder endnu vigtigere. Udfordringen i forhold til de projektive test bliver at finde de relevante testvariable.

Ad 3) Testvariable, der matcher kriterier i diagnosesystemerne

I forbindelsen med revisionen i 1980/92 af DSM/ICD kom der også en løsning på den ovennævnte drøftelse af én eller to sygdomsleheder inden for den såkaldte "borderline-gruppe". Gruppen blev opdelt i to. Én, som benævnes "skizotipi" med præpsykotiske træk, og en anden, som benævnes "emotionelt ustabil personlighedsstruktur"/"borderline", uden præpsykotiske træk. (Skizotipi figurerer i DSM-III ff. blandt personlighedsforstyrrelserne og i ICD-10 blandt tilstandsdiagnoserne i det skizofrene spektrum)

For de projektive test har denne opdeling været klagende i forhold til at få adskilt et testbillede præget af disintegrative træk ved skizotipi fra et testbillede uden samme mønster og hyppighed af disintegrative træk for borderline-gruppen.

Sammenholder man, hvilke disintegrative træk fra testbilledet der kunne matche de diagnostiske kriterier i ICD10, er der tale om to kriterier, der går igen i de to systemer. Det drejer sig om forstyrrelser i henholdsvis tænkningen og i realitetstestningen. Begge indgår som vigtige diagnostiske kriterier i skizofrenispektret, men mens de ved de skizofrene tilstande vil være synlige og observerbare, er de ved skizotipi og prodromalfasen kun diskret og veksellende til stede og vil ofte ikke være tilgængelige for ekstern bedømmelse og endnu sjældnere for patienten. I klinikken forveksles tilstanden ofte med andre tilstande, fx depression eller med personlighedsforstyrrelse.

Derfor er der fortsat behov for diagnostiske instrumenter, der som de ustrukturerede test kan gå bag om det kliniske niveau og aktivere subkliniske processer.

Det er i denne sammenhæng interessant, at det også er disse to variable, der i Rorschach-oversigtsartikler og -metaanalyser har vist sig som de diagnostisk mest robuste og stabile valide variable (4, 5, 6, 7, 8).

Ad 4) Forskellige typer af projektive test

Det oprindelige testbatteri, som L. Østergaard introducerede, bestod af minimum følgende test: Objektsortering, Ordsprog/lighed, Associationstesten og Rorschach.

De fire test kan opdeles efter, hvor strukturerede de er, og om testmaterialet er verbalt eller visuelt. De to første er de mest strukturerede og belyser primært begrebsdannelsen/de formelle tankeforstyrrelser. De to sidste er lavere strukturerede og belyser også andre variable, herunder realitetstestning.

Der er i dag en tendens til kun at anvende en af de projektive test, og i så fald Rorschach CS, sandsynligvis fordi det er den test, der i kraft af en relativ stor forskning kommer nærmest en psykometrisk test.

Af flere grunde er det vigtigt at anvende forskellige projektive test. Overordnet for at få et alsidigt og validt billede af testpersonen, men også for at kunne sammenligne præstationen i test, der er forskellige, både med hensyn til hvor verbalt/visuelt ladede de er, og hvor strukturerede de er. Som L. Østergaard viste i sin disputats (9), vil de dårligt strukturerede patienter klare sig relativt bedre, jo mere strukturerede testene er, og derfor have et mere vekslende funktionsniveau, når de to typer af testpræstationer sammenlignes. Det vekslende funktionsniveau er derfor et vigtigt diagnostisk kriterium i observation af disintegrative træk.

Ad 5) Skabelon for testrapporter

Overordnet bør en testrapport være kort og præcis og begrænses til en beskrivelse af de variable, der er relevante for den præsenterede problemstilling.

Skabelonen kunne omfatte: En kort beskrivelse af de anvendte test med redegørelse for resultaterne for de relevante variable: tankeforstyrrelser og realitetsforstyrrelser. Hvis iøjnefaldende, desuden særlige variable fra det samlede testbillede. Det kunne være testpersonens kontaktevne eller optagethed af bestemte temaer. Afslutningsvis en konklusion, der forholder sig til det beskrevne kliniske billede og med påpegning af, hvordan testbilledet kan være foreneligt med dette.

Der kan aldrig stilles en diagnose alene ud fra testene. Testene kan alene be- eller afkræfte, om resultatet er foreneligt med en diagnose inden for det skizofrene spektrum.

Uanset hvor vigtige de tidligere anvendte testvariable måtte synes at være, vil de fleste af dem være overflødige og støj i det aktuelle diagnosesystem. Derfor bør de udgå.

Man kan spørge, om konsekvensen af overstående forslag bliver, at testene kun skal kodes i forhold til tænkning og realitetstestning. Ikke mindst for Rorschach CS vil dette have stor betydning. Fra et effektivitetshensyn vil det være nærliggende at be-

>

- > grænse kodningen, et synspunkt, der også har været drøftet af markante CS klinikere/-forskere (10).

Ad 6) Empiri

Mens der er en langvarig klinisk erfaring i brugen af de projektive test i psykiatrien, er forskningen mere beskedent, når det vedrører de enkelte test (9, 11, 12, 13). Dog med undtagelse af Rorschach CS, hvor Exner-gruppen har stået i spidsen for en forskningstradition, hvor udviklingen af de forskellige CS-testvariable fortløbende er blevet fulgt op af validitetsundersøgelser (14). At denne forskning i dag udsættes for en så alvorlig kritik, at der må sættes spørgsmål ved validiteten af mange CS-testvariable (7, 8), ændrer ikke ved eller vidner vel snarere om, at Exner-gruppen har formået at skabe en kritisk forskningskultur.

Når det drejer sig om at identificere subkliniske tanke- og realitetsforstyrrelser i en skizotypisk/prodromal – eller ”high-risk population” (med skizofreni i familien), findes en righoldig forskning med anvendelse af projektive test (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

I Danmark har en langvarig interesse for formelle tankeforstyrrelser inden for skizofrenispektret givet anledning til flere undersøgelser, hvor projektive test har været anvendt (fx 9, 24, 25, 26, 27).

Opsummering

De projektive test er ressourcekrævende, og derfor er det også fra et cost-benefit synspunkt vigtigt at redegøre for, hvad testene kan, som andre og billigere metoder ikke kan. Testenes styrke er, at de gennem særligt stimulusmateriale kan aktivere områder af personligheden, der ikke umiddelbart er tilgængelige for eksterne bedømmer og testpersonen. Derfor er testene nødvendige og værdifulde som supplement til det diagnostiske interview og til observer- og selvrating-skemaer.

Diagnostisk drejer det sig om at kunne identificere diskrete eller subkliniske træk/symptomer hos personer, der i testpsykologisk henseende kan karakteriseres som dårligt integrerede med svage jefunktioner, hvilket i testen ses som forstyrrelser i tænkning og realitetstestning. Der vil ofte være tale om personer inden for det skizofrene spektrum.

Færre og færre psykiatriske afdelinger anvender projektive test. Hvis denne udvikling skal vende, er det nødvendigt, at der udarbejdes nationale retningslinjer. Hvordan disse konkret skal udføres, kan bedst drøftes ved et landsdækkende samarbejde – i første omgang for dem, der aktivt anvender de projektive test. ■

Birgitte Bechgaard, ledende psykolog,
Psykiatrisk Center Hvidovre

REFERENCER

1. Østergaard, L. (1992) Testteori og testmetode i Christensen, A. et al. *Undersøgelsesmetoder i klinisk psykologi*. Munksgaard.
2. Meyer, G.J. & Kurtz, J.E. (2006) Advancing Personality Assessment Terminology: Time to Retire ”Objective” and ”Projective” As Personality Test Descriptors. *J of Personality Assessment* 87:223-225.
3. Bornstein, R.F. (2009) Heisenberg, Kandinsky and the Heteromethod Convergence Problem: Lessons from Within and Beyond Psychology. *J of Personality Assessment* 91:1-8.
4. Lilienfeld, S.O. et al. (2000) The Scientific Status of Projective Techniques. *Psychological Science in the Public Interest* 1: 27-66.
5. Jørgensen, K. et al. (2000) The Diagnostic efficiency of the Rorschach Depression Index and the Schizophrenia Index. A review. *Assessment*. 7: 259-280.
6. Jørgensen, K. (2001) The Diagnostic efficiency of the Rorschach Depression Index and the Schizophrenia Index. A review. Erratum. *Assessment*. 8:355.
7. Mihura, J.L. et al. (2012) The Validity of Individual Rorschach Variables: Systematic Reviews and Meta-analysis of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin* 139: 548-605.
8. Wood, J.M. et al. (2015) A Second Look at the Validity of Widely Used Rorschach Indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013). *Psychological Bulletin*. 141:236-249.
9. Østergaard, L. (1962) *En psykologisk analyse af de formelle skizofrene tankeforstyrrelser*. Munksgaard.
10. Eblin, J. et al. (2012) Development of a brief behavioral measure of problems in thought disorganization and perception. An R PAS short-form. Paper presented at the annual meeting of the Society for Personality Assessment.
11. Østergaard, L. (1971) *Udkast til en scoringsmanual for ordassociationstesten*. Institut for Psykologi. Københavns Universitet.
12. Østergaard, L. & Dyreborg, E. (1972) *Manual for objektsorteringsprøve*. Institut for Klinisk Psykologi. Københavns Universitet.
13. Ivanou, J. (1999). *Associationstesten. Populærvar, originalsvar og reaktionstider hos danske ikke-patienter og psykiatriske patienter*. Ph.d.-afhandling. Københavns Universitet.
14. Exner, J. E. (2003) *The Rorschach: A Comprehensive System* (4th ed.) New York, NY:Wiley.
15. Ward, P. B. et al. (1991). Word association and measures of psychosis proneness in university students. *Personality and Individual Differences*, 12, 473-480.
16. Coleman, M.J. et al. (1996) Thought Disorder, Perceptual Aberrations, and Schizotypy. *J of Abnormal Psychology*. 105: 469-473.
17. Makowski, D. et al. (1997) Thought Disorder in Adolescent-Onset Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 23: 147-165.
18. Barth, A. & Kufferle, B. (2001) Development of a proverb test to evaluate constrictive thought disorders in schizophrenia (German) *Der Nervenarzt*, 72: 853-858.
19. Sponheim, S.R. et al. (2003) Proverb Interpretation in schizophrenia: the significance of symptomatology and cognitive processes. *Schizophrenia Research* 65:117-123.
20. William Perry et al. (2003) The use of the Ego Impairment Index across the schizophrenia spectrum. *J of Personality Assessment*. 80: 50-57.
21. Bora Baskaka et al. (2008) Peculiar word use as a possible trait marker in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 103:311-317.
22. *Schizophrenia Bulletin*: (1986) Issue Theme: 12. Thought Disorder.
23. *Journal of Neurolinguistics* (2010) Issue Theme: 3 Language, communication, & schizophrenia
24. Griffith, J.J. et al. (1980) Verbal Associative Disturbances in Children at High Risk for Schizophrenia. *J of Abnormal Psychology*. 89:125-131.
25. Parnas, J. & Schulsinger, H. (1986) Continuity of Formal Thought Disorder from Childhood to Adulthood in a High Risk Sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 74:246-51.
26. Nielsen, J. (2002) *Tanker og det der kommer imellem*. Ph.d.-afhandling om formelle tankeforstyrrelser og identifikation af skizofrenispektrum forstyrrelser. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
27. Væver, M.S. (2000) *Tankeforstyrrelser indenfor det skizofrene spektrum*. Ph.d.-afhandling. Institut for Psykologi. Københavns Universitet.