

I udviklingen af arbejdsprofil-skemaet er der lagt vægt på at registrere individets kompetence fremfor at fokusere på individets problemer. Baggrunden herfor kan henføres til det almindelige skift fra defekt-modeller af mennesket til kompetence-modeller, hvor igennem det betones, at en vellykket revalidering i højere grad må koncentrere sig om at udvikle individets eksisterende ressourcer fremfor at behandle defekter.

Arbejdsprofil-skemaet kan anvendes i forskellige arbejdstyper med deraf følgende mulighed for at undersøge kompetencen på flere områder af arbejdslivet. Der opnås herved ikke blot et dobbeltcheck af kompetencen, men også et mere nuanceret billede af revalidandens arbejdskompetence og -motivation på flere områder. Hiermed betones også vigtigheden af situationsspecifikke analyser, idet én og samme person ifølge det transaktionsteoretiske paradigme ikke nødvendigvis opfører sig på samme måde på to forskellige arbejdspladser. Forskellige perspektiver på samme person giver alt andet lige flere oplysninger og større viden om, hvordan og hvor der skal sættes ind med hjælpen.

Tanken med skemaet har været at indføre en tilbagevendende vurdering af revalidandene og dermed fremme processen via indgriben i rette tid, eksempelvis ved at belønne revalidanden i et arbejde med forskellige grader af selvstændighed og langsomt udvide erkendelse af egen arbejdskompetence (jvf. case 1) eller ved at bearbejde en angst for selvstændighed, der dog kan have den konsekvens, at arbejdskompetencen daler (jvf. case nr. 4).

I revalideringen har man traditionelt satset på at optræne en person i et bestemt fag. Er man heldig, lykkes det at finde en arbejdsplads til revalidanden på det private arbejdsmarked i netop dette fag. Arbejdspsykologisk viden synes imidlertid at pege på, at et fag kan

opdeles i en række færdigheder, og at nogle af disse færdigheder går igen i alle fag. Her tænkes f.eks. på motoriske færdigheder og kognitive færdigheder som planlægning, udførelse og kontrol. I princippet kan det således lade sig gøre at dele arbejdsprocessen i et givet antal færdigheder, der kan generaliseres til andre fag. Kan man håndtere en skrue-trækker, er det også sandsynligt, at man kan håndtere en blyant. Kompetencen kan relativt let overføres til andre opgaver. Såfremt man har en præcis beskrivelse af revalidandens kompetence, åbnes der mulighed for at finde en relevant udplacering af vedkommende, på tværs af de fag, vedkommende er oplært i.

Perspektivet er således at vurdere, hvad en person kan i en given situation og at bruge denne viden til at lægge en passende revalideringsplan eller til udplacering af revalidanden. Udviklingen af et arbejdsstrækningsprogram, baseret på arbejdsprofilskemaets kategorier (jvf. Roessler, 1986), står her på dagsordenen for de kommende års arbejde. Bestræbelserne går i første omgang ud på at undersøge arbejdsfunktioners optræningsmæssige værdi og undersøge, i hvilken udstrækning færdigheder kan generaliseres til andre arbejdsfunktioner.

LITTERATUR

- Agervold, M. (1981). *Skritehold og arbejds miljø*. København: Akademisk Forlag.
- Agervold, M. (1983). *Kontorarbejde - en undersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø*. København: Akademisk Forlag.
- Albrechts, G.L. & Levy, J.A. Constructing Disabilities as Social Problems. In Gary L. Albrechts (Ed.): *Cross national rehabilitation policies. A sociological perspective*, 11-32. London: Sage.
- Gardell, B. (1977). *Arbetsinnehåll och livskvalitet*. Lund: Prisma.

Glaser, B.C. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Harding, C.M., Strauss, J.D., Hafez, H. & Liberman, P.B. (1987). Work and mental illness I. Toward an integration of the rehabilitation process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, (6), 317-326.

Kern, H. & Schumann, M. (1977). Industriarbeit und Arbeiterbewusstsein. Frankfurt: Suhrkamp.

Kohn, M. (1969). *Class and conformity. A study in values*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.

Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In: L.A. Pervin & M. Lewis. *Perspectives in interactional psychology*, 287-327. New York: Plenum Press.

Nagi, S.Z. (1981). Disability concepts and implication for programs. In G.L. Albrecht (Ed.): *Cross national rehabilitation policies. A sociological perspective*, 33-48. London: Sage.

Oestrich, I. (1986): *Træning af sociale færdigheder*. København: Munksgaard.

Riegel, K.F. & Meacham, J.A. (1978). Diagnostics, transaction, and Piaget's theory. In L.A. Pervin & M. Lewis

(Ed.): *Perspectives in interactional psychology*, 23-48. New York: Plenum Press.

Roessler, R.T. (1986). Training for vocational coping: A method for enhancing work establishment skills. *Rehabilitation counseling bulletin*, 29, (4), 258-265.

Rold Andersen, B. (1966). *Fysisk handicappede i Danmark IV*. Arbejde og erhverv. København: Teknisk Forlag.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. London: Temple Smith.

Turner, A.N. & Lawrence, P.R. (1965). *Industrial jobs and the worker*. Boston: Harvard University.

Volpert, W. (1975). Die Lohnarbeitswissenschaft und die Psychologie der Arbeitstätigkeit. I P. Groskurth & W. Volpert: *Lohnarbeitspsychologie*, 11-198. Frankfurt: Fischer Verlag.

Volpert, W. Psychologische Handlungstheorie - Anmerkungen zu Stand und Perspektive. In: Volpert, W. (Eds.): *Beiträge zur Psychologischen Handlungstheorie*, 13-28. Bern: Hans Huber.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford Science Publ.

Wolman, B.B. (1973). Dictionary of Behavioral Science.

Måling af belastninger efter voldeligt overfald med TSC-33 (traume symptom checkliste)

ASK ELKLIT

Psykologisk Institut
Århus Universitet
Asylvej 4
8240 Risskov

Der har i de senere år været en stigende interesse for de lideiser, som ofre for for-

skellige former for vold udsættes for (j.f. Ochberg, 1988; Figley, 1984).

Eftervirkningerne fra vold og andre traumer har fået sin egen diagnostiske skuffe: Posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD) i DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Der foretages adskillige incidensundersøgelser (Leth, 1988; Eklit, 1989) indenfor området. Voldsofre tilbydes i stigende omfang en psykologisk hjælp. Behovet for at dokumentere lidelsens art, omfang og værdighed er en vigtig og aktual forskningsmæssig opgave.

Symptomtilgang

I forbindelse med et projekt som tilbyder psykologisk hjælp til sagsløse voldsofre (Brøndum, 1989), er der i en tilhørende effektundersøgelse anvendt en række forskellige metoder med hovedvægten på fænomnologiske og projektive indfaldsvinkler. Et af de benyttede målingsredskaber er en traume-symptom-checkliste, kaldet TSC-33 (Briere & Runtz, 1989). Denne liste er valgt, fordi den er rimelig kort (33 symptomer), og nem at administrere. Den kan læses op, som i denne undersøgelse, for personer, eller bruges som en papir- og blyanttest. Den begrænser sig som andre symptomlister til observerbar og selvoplevet adfærd. Den indeholder et frekvensmål med fire trin (se bilag 1).

Symptomerne i listen antages at beskrive 5 tilstande: dissociation, angst, depression, søvnforstyrrelser og virkningerne af et seksuelt misbrugstraume. Angående opbygning af disse subskalaer se bilag 3. TSC er blevet anvendt i fire undersøgelser og har gode psykometriske kvaliteter (Briere & Runtz, 1989). Den indre konsistens mellem de fem nævnte skalaer viser en pålidelighed med subskala alfa-værdier på .71 og for hele TSC på alfa = .89. Både den enkelte skala og totalscoren diskriminerer godt mellem seksuelt misbrugte og ikke misbrugte klienter. Ud fra TSC-data kunne 79% af 195 personers kategoriseres korrekt med

hensyn til deres seksuelle misbrugstraume. TSC ser ud til at være et validt måleredskab for virkningerne af traumatisering. Denne vurdering hvilket bl.a. på TSC's sensitivitet overfor relevante traumatiske delaspekter, som er blevet demonstreret i Briere & Runtz (ibid), mens kønsforskelle blandt seksuelt misbrugte tilsyneladende ikke slår igennem (Briere & al., 1988).

Briere & Runtz (1989) nævner muligheden for, at TSC-33 er egnet til en lang større gruppe af traumatiske livserfaringer end seksuelt misbrug. Dette forekommer sandsynligt, efter som de fire ovennævnte skalaer omfatter tilstande, som både umiddelbart og teoretisk generelt forbindes med posttraumatiske forstyrrelser. Den sidste skala »formodet post-seksuelt misbrugstrauma« viser sig ved nærmere eftersyn at indeholde tre spørgsmål, der også indgår i skalaen dissociation og to spørgsmål, der belyser henholdsvis seksuelle problemer i almindelighed, og spørgsmål om man er bange for mænd. Der er ikke noget, der tyder på, at denne skala kun beskriver forhold, der har betydning for incestofre.

Det bør understreges, at TSC's værdi ligger i at bestemme *omfang* og/eller specifikke efterreaktionsmønstre hos enkeltpersoner eller grupper af personer, som har været udsat for vold eller andre traumer. En høj TSC-score kan altså ikke bruges i sig selv til at identificere eller bekræfte overgreb hos et enkelt individ. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en TSC-score ikke kan ses isoleret, men er brugbar, når vi sammenholder de relevante populationer.

Vores interesse og formål med at anvende TSC er, at se 1) om TSC kan bruges til at diskriminere mellem voldsofre, som har været udsat for forskellig grad af traumatisering, 2) om vi kan se en forskel mellem ofre ud fra forskellige sociale og interventionsmæssige aspekter

samt 3) belyse forhold i det øvrige test- og interviewmateriale.

Der findes mange symptomlister f.eks. Foy et al. (1984), Leymann (1985) og Stein et al. (1989), der fremstilles og tilsyneladende bruges til kun en bestemt undersøgelse. Symptomlister bygges ofte op ud fra åbne spørgsmål som hos Conte & Schuerman (1988). Nogle gange fremkommer de i forbindelse med et struktureret interview som hos Becker & al. (1982), hvor to grupper overfaldne sammenlignes med hensyn til symptomforekomst. Hos Ruch & Leon (1983) finder vi en mere rumslig, matematisk beskrivelse ud fra Guttman's teknik af forandringer i symptomer over tid.

Blandt mere udbredte og mere gennemarbejdede symptomlister er der grund til at nævne Hopkin's symptomcheckliste (HSC) fra 1954 (Parloff & al.), som igen bygge på ældre kilder. Derogatis & al. har beskrevet HSC i 1974. HSC indeholder fem skalaer: Somatisering, obsessiv-kompulsiv, interpersonel sensitivitet, depression og angst. Reliabiliteten indenfor de enkelte skalaer (den indre konsistens) er høj: alfa = .84-.87. Test-retest reliabiliteten er .75-.84 for de enkelte skalaer. Reliabiliteten mellem kliniske bedømmere og HSC for de enkelte skalaer er mellem .64-.80.

HSC er prøvet på mange og store grupper af patienter og normalbefolkninger. Både konstruktionsvaliditet og kriterievaliditeten er god. Listen er velegnet til psykoterapeutisk forskning som et måleredskab. Den er udvidet i SCL-90 (Derogatis & al., 1973) som er rettet mod en psykiatrisk population, og listen er forkortet i Wheatley (1972) til 35 spørgsmål, rettet til en gruppe ambulante patienter.

Derogatis & al. (1976) sammenholder MMPI og SCL-90 for en patientgruppe med angst og depressive symptomer, og de påviser en meget høj konvergerende validitet mellem de to prøver på 8 ud af

9 skalaer. Foy et al. (1984) fandt i en undersøgelse af Vietnam veteraner, at en symptomliste med 39 spørgsmål, som de havde udviklet med items, som indikerer angstbaserede forstyrrelser, at deres symptom checkliste har en diskriminerende funktion, som korrekt klassificerer mere end 90% af de personer, som led af den posttraumatiske stressforstyrrelse. Dette resultat var markant bedre end for MMPI, hvis diskriminerende funktion ikke var så god som symptomlisten.

Gieser et al. (1978) sammenholdt psykiatriske vurderinger med HSC i Lipman et al.'s udgave (1969) af en katastroferamt befolkning og finder høje interkorrelationer mellem to parts-forskergrupper med modstridende interesser i forbindelse med en erstatningssag.

Green et al. (1975) brugte bl.a. HSC i Lipman et al.'s udgave (1969) overfor 50 patienter i kriseterapi og fandt ligeledes rimelig god overensstemmelse ved den endelige måling af tilstanden ved behandlingens afslutning mellem symptomlisten og psykiateres vurdering. HSC findes især velegnet til at belyse angst, depression og somatiske klager.

Green et al. fremhæver, at slutniveauet – og ikke startniveauet – i aller højeste grad former patienternes, behandlernes og bedømmernes oplevelse af patienternes fremgang. I overensstemmelse med Meitzoff & Kornreich (1970) sætter de spørgsmålstegn ved brugen af diagnostiske personlighedstests som MMPI, når man vil beskrive forandringer, der fremkom ved psykoterapi, fordi disse mål mangler den nødvendige sensitivitet.

Leymann (1985) har som så mange andre produceret sin egen symptomliste med et betydeligt indslag af fysiske og somatiske symptomer. Herved ligner listen HSC. I sin analyse af bankfunktionærers funktioner på røriske overfald indleder Leymann reaktionerne i fem grupper: Stresshormonal profil, postreaktion pro-

fil, søvnløshed, kognitiv profil og psykosomatisk profil. Han påviser, at hver profil har sin specifikke tidsmæssige forekomst. De fire første har et aftagende forløb, mens den sidstnævnte er stigende over tid. Leymann, der arbejder for den svenske Arbetarskyddsstyrelsen, baserer sig overvejende på et neurofysiologisk paradigme, når han beskriver eftervirkningerne af overfald, men erkender (p. 536) at dette paradigme ikke er tilstrækkeligt. I bilag 2, ses hans kategoriseringer, som virker meget vilkårlige. Mangel på appetit placeres f.eks. i søvnløshedgruppen! Mareridt, vage angstfornelser, irriterabilitet, usikkerhed, hovedpine samles under en kognitiv profil! Leymann er et afskrækkende eksempel på en manglende identificering og relativt egen fremgangs måde til eksisterende og velundersøgte videnskabelige traditioner. I Leymann (1988) er der foretaget en faktoranalyse af materialet, som giver et helt andet kategoriseringsbillede end tidligere.

Teoretisk tilgang

I modsætning til symptom-tilgangen er det muligt at bruge en tilgang, der udspringer af en bestemt teori, som har hypoteser om hvilke symptomer, der skal forekomme i de sammenhænge, hvor effektmåleredskaber anvendes. Horowitz (1979, 1980, 1982) er et fremtrædende eksempel på denne »constructive« tilgang med sin Impact of Event Scale (IES). Den tager sit udgangspunkt i diagnosen posttraumatisk stress forstyrrelse, som Horowitz er en af ophavs-mændene til.

Skalaen er indholdsfril i den forstand, (»event«), men om denne er et overfald, en skilsmisse, et dødsfald, en alvorlig sygdom eller noget femte er ligemeget. Ud fra selve PTSD-diagnosen tager Horowitz to ud af tre generelle reaktionsmønstre: Intrusion/indtrængning af ukontrol-

lable impulser og Avoidance/forsøg på at undgå: at tænke, mærke, huske, føle begivenheden. Det tredje reaktionsmønster: Hyperopmærksomhed indrages ikke.

IES består i dag af 15 spørgsmål, 7 om »Intrusion«, 8 om »Avoidance«. Oprindeligt (Horowitz, 1979) blev spurgt både til intensitet og frekvens, men disse svarfordelinger ligner hinanden så meget, at der nu kun spørges til frekvens.

Både reliabilitet, konstruktionsvaliditet og sensitivitet er god ved IES. IES er herhjemme bl.a. brugt af Beckman (1989). I Horowitz (1989) er IES og SCL-90 samt flere andre vurderingsskalaer brugt på 66 personer, som havde lidt større tab og var henvist til en behandlingsklinik. Angst-skalaen på SCL-90 korrelerede signifikant med »Intrusion«, mens Avoidance-dimensionen korrelerede med alle 9 subskalaer i SCL-90, dvs. at den differentierer ikke.

IES må karakteriseres som en psykometrisk sund skala, udsprunget som den er direkte af en bestemt diagnose. Data kan fortolkes som konsistente med teoretisk klinisk model for responsmønster ved alvorlige livsbegivenheder (Horowitz, 1982).

Min væsentlige indvending mod IES, er at den giver for lidt information, fordi mere end halvdelen af spørgsmålene er »undgåelsesspørgsmål«, om man undgår at tænke, føle, huske og mærke »det«, den udtalte begivenhed. Det er vigtigere og mere relevant at undersøge en række af begivenhedens mulige *følggevirkninger* på kroppen, på følelses- og tankelivet, på de sociale relationer og selvfølelsen, som man gør det ved hjælp af en bredspektret symptomliste.

En sammenligning

I bilag 2 findes en gennemgang af i hvilket omfang de symptomer, der er indeholdt i TSC-33, findes i HSCL og SCL-90 samt i Leymann's liste, der er konstrueret

specielt til at undersøge røveriøfres posttraumatiske reaktioner.

Af sammenligningen ses 1) at de valgte symptomer i TSC-33 med 5 undtagelser indgår i de 3 andre symptomlister. Undtagelserne er 23+24 om sexualitet, 25+26 om angst for hvert køn og 32 ud af kroppen-oplevelser. Det forekommer rimeligt, at to traumesymptomlister indbyrdes har et vist sammenfald, idet det skal påpeges, at Leymann har temmelig mange somatiske spørgsmål. Det forekommer ligeledes naturligt, at gennemarbejdede, bredspektrede symptomlister som HSCL og SCL-90 omhandler mange af de tilstande, vi ser efter et voldstraume, fordi tilstandene er almenmenneskelige reaktionsmåder.

Af sammenligningen ses 2) at der eksisterer en vis overensstemmelse med hensyn til kategorisering, men at der også i en del tilfælde er forskelle i opfattelsen af, hvilken skala et bestemt item hører hjemme i. Det ses i bilag 3, at TSC ikke udnytter den information, der ligger i at anvende de forekommende spørgsmål til at belyse den kropslige tilstand, de interpersonelle forhold og fjendtlighed. De symptomer, som Derogatis et al. (1976) samler i en tvangsneurotisk skala (OBS-K), indgår i TSC i dissociationsskalaen, hvilket forekommer relevant, da formålet er at beskrive relationer snarere end personlighedstræk.

Alt i alt bliver hovedindtrykket af sammenligningen at symptomudvalget i TSC virker både præcist og økonomisk, at skalkategoriseringerne er substansielle, samt at der er potentielle udnyttede analysemuligheder.

I bilag tre ses de 8 subskalaer, som det vil være meningsfyldt at analysere TSC-

svarene ud fra. For de 5 første skalaers vedkommende følges Briere & Runtz (1989) med en enkelt tilføjelse ved dissociation, spørgsmål 27, inspireret af Derogatis & al. (1973), fordi dette symptom er et »klassisk« tvangsneurotisk symptom. Til de 5 eksisterende subskalaer er som nævnt tilføjet »somatisering«, »interpersonel sensitivitet«, og »fjendtlighed«. Fire af fem symptomer, som indgår i »somatisering« findes også i forbindelse med angst-skalaen, hvilket forekommer naturligt, når man medtænker de fysiologiske mekanismer, som er velbeskrevet i forbindelse med angst.

»Interpersonel sensitivitet« opsamlere alle de spørgsmål, hvor der direkte optræder andre personer, samt spørgsmål 7 og spørgsmål 28, hvor relationen til andre er mere indirekte. »Fjendtlighed« og vrede optræder ofte i forbindelse med overfald – tit som fantasier og følelser, tit som forskudte handlinger, hvor aggres-sion rettes mod de nærmeste hjælpere instanser eller personen selv. En kommende statistisk analyse vil godtgøre, om disse nye subskalaer er konsistente og relevante. I kommende anvendelser af TSC vil jeg foreslå, at spørgsmål 17 og 20 udgår. 17 er et generelt spørgsmål, hvor en række af de øvrige spørgsmål belyser det samme, men giver mere præcis information. Spørgsmål 20 forekommer uhyre sjældent også i de fire beskrevne undersøgelser (Briere & Runtz, 1989). Ny egen tilføjelse er spørgsmål 35, der angår det generelle energiniveau.

I en kommende artikel vil der blive gjort rede for resultaterne ved brug af TSC, hvor en gruppe sagesløse voldsofre, som har modtaget kriseintervention, er sammenlignet med en kontrolgruppe.

BILAG 1

TSC-traume Symptom Checkliste

Hvor tit har du oplevet følgende inden for de sidste 2 måneder:

	Nej/aldrig	Lidtil	Meget tit
1. Har du problemer med at falde i søvn	0	1	2
2. Sover du uroligt	0	1	2
3. Har du mareridt	0	1	2
4. Vågner du op tidligt om morgenen - og kan ikke falde i søvn igen	0	1	2
5. Har du dårlig appetit, vægttab	0	1	2
6. Føler du dig isoleret fra andre	0	1	2
7. Føler du dig ensom	0	1	2
8. Har sin sex-lyst været lille	0	1	2
9. Har du følt dig trist	0	1	2
10. Har du forstyrrende tanker ell. billeder (flashbacks)	0	1	2
11. Taber du tråden, forsvinder du i dine tanker	0	1	2
12. Har du hovedpine	0	1	2
13. Har du problemer med maven	0	1	2
14. Græder du sommetider	0	1	2
15. Føler du dig bange el. på vagt	0	1	2
16. Har du svært ved at styre dit temperament - humørsvingninger*	0	1	2
17. Har du svært ved at komme ud af det med andre	0	1	2
18. Føler du dig vred eller irriteret*	0	1	2
19. Lider du af svimmelhed	0	1	2
20. Besvimer du	0	1	2
21. Har du ønsker om at skade dig selv fysisk	0	1	2
22. Har du ønsker om at skade andre fysisk	0	1	2
23. Har du seksuelle problemer	0	1	2
24. Er du seksuelt meget aktiv	0	1	2
25. Er du bange for mænd	0	1	2
26. Er du bange for kvinder	0	1	2
27. Vasker du dig meget - overdreven hygiejne	0	1	2
28. Føler du dig underlegen ell. usikker	0	1	2
29. Har du selvbefrøjelser	0	1	2
30. Har du følelse af uvirkelighed	0	1	2
31. Har du problemer med at huske	0	1	2
32. Føler du, at det nogen gange er, som om du er ud af din krop	0	1	2
33. Føler du dig anspændt	0	1	2
34. Har du problemer med at trække vejret	0	1	2
35. Føler du dig uoplagt*	0	1	2

*) Ikke med i den oprindelige TSC-33

BILAG 2

TSC-Traume Symptom Checkliste

	Briere & Rantz (89) TSC-33	Derogatis et al. (74) HSLC	Leymann (85)	Derogatis et al. (73) SCL-90
1. Har du problemer med at falde i søvn	DEPSØVN	44	7 SØVN	44 ADD
2. Sover du uroligt	SØVN	44	8 SØVN	66 ADD
3. Har du mareridt	SM-h, SØVN	7	3 KOG	
4. Vågner du op tidligt om morgenen - og kan ikke falde i søvn igen	DEP	44	SØVN	64 ADD
5. Har du dårlig appetit, vægttab	DEPSØVN	19 DEP	16 SØVN	19 ADD
6. Føler du dig isoleret fra andre			39 POST	
7. Føler du dig ensom	DEP	29 DEP		29 DEP
8. Har sin sex-lyst været lille	DEP	5 DEP		5 DEP
9. Har du følt dig trist	DEP	30 DEP		30 DEP
10. Har du forstyrrende tanker ell. billeder (flashbacks)	DIS SM-h			3 OBS-K
11. Taber du tråden, forsvinder du i dine tanker	DIS	51,55 OBS-K	6 POST	51,55 OBS-K
12. Har du hovedpine	A	1 SOM	1 KOG	1 SOM
13. Har du problemer med maven	A	13,43	11,12,13 SOM	40 SOM
14. Græder du sommetider	DEP	20 DEP	14 POST	
15. Føler du dig bange el. på vagt	A	33 A	52 POST	23,33 A
16. Har du svært ved at styre dit temperament - humørsvingninger*			33 KOG	
17. Har du svært ved at komme ud af det med andre		24 I.P.		24 HOST
18. Føler du dig vred eller irriteret*		6 I.P.		
19. Lider du af svimmelhed	DIS A	4 SOM	36 POST	11 HOST
20. Besvimer du	DEP		34 KOG	4 SOM
21. Har du ønsker om at skade dig selv fysisk	DEP	36 POST	2 HOR	3 SOM
22. Har du ønsker om at skade andre fysisk	SM-h		4 SOM	
23. Har du seksuelle problemer	A SM-h		15 DEP	63 HOST
24. Er du seksuelt meget aktiv	A		36 POST	
25. Er du bange for mænd	A			65 OBS-K
26. Er du bange for kvinder	A			41 I.P.
27. Vasker du dig meget - overdreven hygiejne	DEP	41 I.P.	36 KOG	89 ADD
28. Føler du dig underlegen ell. usikker	DEP	26 DEP		26 DEP
29. Har du selvbefrøjelser	DIS SM-h		5 POST	80 A
30. Har du følelse af uvirkelighed	DIS SM-h	9 OBS-K		9 OBS-K
31. Har du problemer med at huske	DIS			
32. Føler du, at det nogen gange er, som om du er ud af din krop	A	57 A	27 HOR	57 A
33. Føler du dig anspændt	A		48 SOM	
34. Har du problemer med at trække vejret	A	14 SOM	30,31 POST	14 DEP
35. Føler du dig uoplagt*				

*) Ikke med i den oprindelige TSC-33

Forkortelser:

A = Angst, ADD = Diverse, DEP = Depression, DIS = Dissociation, HOR = hormon, HOST = Fjendtlighed, I.P. = Interpersonal Sensitivitet, KOG = Kognition, OBS-K = Obsessiv-kompulsiv, POST = Postreaktion, SM-h = Mulig Sexuel misbrugstraume, SOM = Somatisering, SØVN = Søvnproblemer.

Tallene inde i tabellen refererer til nummereringen i de pågældende symptom checklister. Kategoriseringen er foretaget af de pågældende forfattere.

BILAG 3

Liste over hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte skalaer

DEPRESSIV	1 4 5 8 9 14 21 28 29
ANGST	12 13 15 25 27 33 34
DISSOCIATION	10 11 19 27* 30 31 32
MULIG SEXUEL MISBRUGS-TRAUME	4 10 20 23 30 31
SØVNPROBLEMER	1 2 3 4
SOMATISERING*	5 12 13 19 33 34 35
INTERPERSONEL SENSIVITET*	6 7 16 17 18 22 24
FIENDTLIGHED*	16 18 21 22

* nye i forhold til Briere & Runtz (89)

LITTERATUR

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic & Statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.: Amer. Psych. Press.
- Becher, J.V. et al. (1982). The effect of sexual assault on rape and attempted rape victims. *Victimology*, 7, 106-113.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). The trauma symptom checklist (TSC-33). *J. of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Brøndum, E. (1989). Psykologisk førstehjælp til voldsofre. *Nordisk Psykologi*, 41, 150-53.
- Conte, J.R. & Schuerman, J.R. (1988). *The effects of Sexual Abuse on Children*. I G.E. Wyatt (Ed.). *Lasting effects of child sexual abuse*. New York: Sage.
- Derogatis, L.R. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psycho-pharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L.R. et al. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL). A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Derogatis, L.R. et al. (1976). The SCL-90 and the MMPI. A step in the validation of a new self-report scale. *Brit. J. Psychiatry*, 128, 280-9.
- Elklit, A. (1989). *Forholdet mellem registreret og ikke-registreret vold i et lokalsamfund*. Psykologisk Institut. Aarhus Universitet.
- Figley, C.R. (ed.) (1985). *Trauma and its Wake*. New York: Brunner & Mazel.
- Foy, D.W. et al. (1984). Etiology of post-traumatic stress disorders in Vietnam veterans. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 52, 79-87.
- Gleser, G.C. et al. (1978). Quantifying interview data on psychic impairment of disaster survivors. *J. of Nervous & Mental Disease*, 166, 209-216.
- Green, B.L. et al. (1975). Relationships among diverse measures of psychotherapy outcome. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 43, 689-699.
- Horowitz et al. (1979). Impact of Event Scale. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, M.J. et al. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 85-92.
- Leth, I. et al. (1988). Seksuelle overgreb mod børn og unge. *Nordisk Psykologi*, 40, 383-393.
- Leymann, H. (1985). Somatic and Psychological Symptoms after the Experience of Life Threatening Events. *Victimology*, 10, 512-538.
- Leymann, H. (1988). Stress reactions after bank robberies: psychological & psychosomatic reaction patterns. *Work & Stress*, 2, 123-132.
- Lipman, R.S. et al. (1969). Factors of symptoms distress. *Archives of General Psychiatry*, 21, 328-338.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton.
- Ochberg, F.M. (ed.) (1988). *Posttraumatic therapy and victims of Violence*. New York: Brunner & Mazel.
- Parloff, M.B. et al. (1954). Comfort, effectiveness & self-awareness as cri-

ria of improvement in psychotherapy. *Amer. J. Psychiatry*, 111, 343-351.

Ruch, L.O. & Leon, J.J. (1983). *Type of Sexual Assault Trauma: A multidimensional analysis of a short-term panel*. *Victimology*, 8, 237-250.

Stein, J.A. et al. (1988). Long-term psy-

chological sequelae of child sexual abuse. I G.E. Wyatt (Ed.) *Lasting effects of child sexual abuse*. New York: Sage.

Zilberg, N.J. (1982). Impact of event scale. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 50, 407-414.

En gang immigrant – altid immigrant? En undersøgelse af tyrkiske tilbageemigrerede

HEIDI KROMAYER

Psykologisk Institut
Aarhus Universitet
Asylvej 4
8240 Risskov

Problemerkomples

I årene 1984-85 vendte i hundredvis af tyrkiske familier tilbage til deres hjemland, efter at de i en årrække havde været gæstearbejdere i Tyskland.

Den 1. december 1983 trådte nemlig en ny lov i kraft i den Tyske Forbundsrepublik: »Gesetz zur Förderung der Rückkehrbereitschaft von Ausländern«, der gjorde det økonomisk muligt for udlændinge, i hovedsagen tyrkere, at vende tilbage til deres respektive lande.

Mellem 200.000 og 300.000 tyrkiske statsborgere har indtil dato benyttet sig heraf, først og fremmest på grund af kulbejdsløshed, men også på grund af kulturelle forskelligheder mellem dem og værtslandet og stigende racisme. Sammen med de tilbagevandede er omkring 25.000 tyrkiske børn og unge i den skolepligtige alder vendt tilbage til hjemlandet, hvor de skal finde sig til rette i det tyrkiske samfund efter at være vokset op i Vesttyskland.

Den kvalitative undersøgelse, der ligger til grund for undersøgelsen er udført blandt tilbageemigrerede 2. generations elever på særlige tilbagevendingsgymnasier i Istanbul og Izmir, og den henter sit udgangspunkt i en tidligere kvalitativ undersøgelse fra 1984 blandt 2. genera-

tions indvandrere på EFG basisår, Handedel- og Kontor, Jern- og Metal (Kromayer, 1987). Denne undersøgelse bliver i undersøgelsen brugt som reference og sammenligning.

Integration i det Tyrkiske Uddannelsessystem

Analysen af testresultaterne af såvel tilbagevandede som kontrolgruppe af elever opvokset i Tyrkiet (Wais-IQ, ÖSS-test (adgangseksamen til højere uddannelser)) samt interviewene af de tilbagevandede viser at en tilbagevandede bliver særlig vanskelig for de unge, der skal fortsætte deres skolegang i Tyrkiet efter at have gået i skole i Tyskland, idet de ikke er i stand til at opfylde de krav, det tyrkiske uddannelsessystem stiller til deres sproglige og faglige færdigheder.

Vanskelighederne opstår i indlærings-situationerne, dels på grund af forskelligheder i indlæringsstrategier i de to lande, og dels på grund af de hjemvandede unges manglende kendskab til det tyrkiske sprog og den tyrkiske kulturbaggrund.

Sproglig- og akademisk kompetence

Sprogligt klarer de hjemvendte elever