

Rivermead Behavioural Memory Test

Præsentation og vurdering af en ny psykologisk prøve

PETER LA COUR
KATE GALLAGHER

*Klinisk psykologisk afdeling
Sankt Hans Hospital, Roskilde*

La Cour, P. & Gallagher, K. (1990). Presentation and evaluation of Rivermead Behavioural Memory Test. *Nordisk Psykologi*, 42, 130-141.

The article presents an evaluation of the Rivermead Behavioural Memory Test, a test battery for illuminating impaired memory function. The RBMT has recently been published in Danish together with a short review of its background and contents. Results from 10 examinations where both RBMT and a traditional test battery were applied lead to a discussion regarding the tests merits and shortcomings. The test battery has shown to be of benefit where everyday memory functions are estimated.

Peter la Cour, Hvidovre Hospital, Psykiatrisk afdeling, Brøndbyøstervej 160, 2650 Hvidovre, Denmark.

Kate Gallagher, Ambulatoriet »Jaguaren«, Dag- og Døgncentret, Nørrebrogade 157, 1, 2200 København N, Denmark.

Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) består af en række psykologiske delprøver, der tilsammen udgør en helhed. Der er udfærdiget administration- og scoringsregler for det samlede testbatteri, og desuden medfølger en række tabeller, der kan udgøre grundlag for sammenligning af præstationerne («normalmateriale»).

Prøven sigter på belysning af svækkede hukommelsesfunktioner. Indfaldsvinklen er adfærdorienteret, og der er lagt fokus på situationer, der ligger tæt op af dagligdagens problemstillinger. Testen forsøger at indfange mere sammensatte kognitive mønstre end sædvanligt ved en neuropsykologisk undersøgelse.

Ved RBMT's inddragelse af en række nye, komplekse funktionsområder i den neuropsykologiske diagnostik (demensdiagnostikken) fandt vi testen udfordrende og har gennem et stykke tid arbejdet på en dansk oversættelse. Manual og scoringsark foreligger derfor nu i dansk udgave.

Vi vil i denne artikel præsentere testen og baggrunden for dens tilblivelse, og forsøge at sætte den i testpsykologisk sammenhæng. Desuden vil vi beskrive nogle aspekter ved 10 neuropsykologiske undersøgelser, hvor både RBMT og et traditionelt testbatteri anvendtes, således at der var mulighed for sammenligning.

Baggrunden for udviklingen af RBMT

Testen er udviklet af Barbara Wilson, Janet Cockburn og Alan Baddeley i England i 1985. Det teoretiske fundament bag prøven tager udgangspunkt i vidnen fra disciplinerne kognitionspsykologi, neuropsykologi og adfærdspsykologi. Forfatterne tager i udformningen af testen udgangspunkt i de kritiske kommentarer, der i tidens løb er rejst mod den traditionelle neuropsykologiske testning. Der skal her opridses nogle af disse centrale temaer.

»Laboratorieteknik og/eller umiddelbar observation«. For RBMT's ophavs-mænd har det været et centralt kritikpunkt, at mange neuropsykologiske prøver testhistorisk udspringer fra undersøgelser, der har haft specifikke videnskabelige formål (Erickson & Scott, 1977). De kan være raffinerede, valide og reliable i forhold til en *abstrakt laboratoriesituation*, men det er forblevet uvist i hvor høj grad de afspejler og udsiger noget om »dagligdagen«. Ifølge forfatterne forsøger ingen af de gængse prøver at identificere og kvantificere de hukommelsesproblemer, som en person oplever i sin dagligdag.

Man kan forkaste testmetoden og i stedet benytte sig af metoder som umiddelbar observation af klienten og/eller interview med pårørende omkring mere konkrete hukommelsesvanskeligheder. I nogle tilfælde har sådanne metoder vist sig at være pålidelige, men de kan også være direkte misvisende (Sunderland et al., 1983).

»Laboratorie« og »observation« udelukker imidlertid ikke hinanden:

»... both observational and experimental approaches have their limitations, (...) an adequate understanding of phenomena in the real world will require us to use both.« (Baddeley, 1981, p. 262).

I RBMT har forfatterne forsøgt at benytte og sammenkoble de fordele, som begge metoder indeholder. Således er hver delprøve en »simuleret dagligdags situation«. Prøverne placeres som en form for mellemtning mellem traditionel testning og dagligliv:

»... If we are to avoid preoccupation with pseudo-problems then we must constantly be prepared to attempt to generalize our models to the outside world of everyday life, and to feed back into the laboratory the problems and insights that a study of the everyday life provides«. (Baddeley, 1981, p. 257).

Wilson fremhæver, at sådanne analoge testsituationer synes særlig værdifulde i forbindelse med kognitiv genoptræning (Wilson, 1987).

Kooperation og samtale. Forfatterne problematiserer desuden patienternes Kooperation ved den traditionelle testning. Det er deres erfaring, at patienter

ofte har svært ved at acceptere de præsenterede specifikke prøver, og at de ikke tager dem alvorligt. Forfatterne mener, at dette problem må ses i lyset af de traditionelle prøvers manglende face-validitet. Patienterne kan ikke gennemskue prøverne, men oplever dem som abstrakte, forvirrende og fjerne, og føler ikke, at prøverne modsvarer de vanskeligheder, de selv oplever og præsenterer.

Forfatterne har derfor søgt at sammensætte RBMT af prøver, der er umiddelbart gennemskuelige for patienterne, og Kooperationen er hermed søgt øget. Med gennemskueligheden gives der rig mulighed for patienterne til at fortælle, præcis hvor og hvordan problemerne opstår, og hermed støttes udgangspunktet for en senere træning og afhjælpning af de skadede områder.

Standardiseringsproblemer. Forfatterne til RBMT har forholdt sig yderst bevidst til de scorings- og administrationsforskelle, der ofte er knyttet til anvendelsen af neuropsykologiske prøver. De mange individuelle variationer i administration og scoring giver problemer med sammenligning af præstationer, både når det drejer sig om kontrolmateriale for normalpersoner og ved patologiske tilstande. Hertil kommer mange af de traditionelle prøvers følsomhed for klienternes alder og præmorbid intelligens.

I den udførlige manual tages højde for problemer med administrationsforskelle, således at en ensartet procedure kan fastholdes. Der er endog i testen indlagt et lydbånd (på engelsk), hvor forfatterne gennemspiller en testsituation. Man har således mulighed for at opfange den intenderede attitude og fornemmelse. Ligeledes er der gjort meget ud af scoringsreglerne, og en enkel opbygning har gjort, at stort set alle svarvariationer vil kunne scores efter ensartede principper.

Præsentation af RBMT

RBMT sælges som »pakke«, der indeholder alt, hvad der skal anvendes (portrætter, billeder, manual, køkkenur, scoringsark m.v.). Der medfølger hele fire parallelle versioner af testen, hvilket tager sigte på testens anvendelse ved retestning, videnskabelige undersøgelser og ved vurdering af træningsforløb.

Kort skitseret består delprøverne og proceduren i RBMT af følgende:

Emne 1 + 2: *Navneerindring*

Et portrætfotografi fremvises, og us. oplyser personens fornavn og efternavn. Pt. opfordres til at gentage og huske navnet, da han senere skal sige navnet, når han får forevist fotoet igen.

Emne 3: *Erindring af en gemt ejendel*

US. beder om at låne én af pt.s ejendele og gemmer den. Us. sikrer sig, at pt. lægger

mærke til, hvor ejendelen gemmes, da pt. skal reagere med at bede om sin ejendel med angivelse af gemmested, når us. siger »Nu er vi færdige med denne prøve«.

Emne 4: *Erindring af en aftale*

Et køkkenur sættes til at ringe 20 min. senere, og pt. bedes om, når uret ringer, at spørge: »Vil du fortælle mig, hvornår jeg skal komme igen?«

Emne 5: *Præsentation af billeder til billedgenkendelse*

Pt. vises 10 stregtegninger af almindelige genstande, og skal for hvert billede fortælle, hvad det forestiller. Han oplyses om, at han senere skal udpege disse blandt flere nye billeder.

Emne 6 a: *Umiddelbar tekstgengivelse*

Teksten består af 21 enheder. Den læses højt for pt., som derefter skal gengive så meget, han kan.

Emne 5: *Billedgenkendelse*

Pt. vises 20 billeder, og bedes om at udpege de 10 originale fra 10 tilblandede. Der er ingen tidsgrænse.

Emne 7: *Præsentation af portrætter til ansigtsgenkendelse*

Svarer til proceduren ved billedgenkendelse, blot vises 5 portrætfotografier. For bedre at kunne huske dem, bedes pt. om for hvert foto at angive køn og om personen er over eller under 40 år.

Emne 8a: *Erindring af en kort rute*

Ruten foregår i undersøgelseslokalet og består af 5 trin: stol – dør – vindue – bord – stol. Us. demonstrerer ruten, og tager en konvolut mærket »Besked« med sig. Denne anbringes undervejs på bordet. Pt. bedes om at gå den samme rute.

Emne 9a: *Erindring om at aflevere en besked*

Der registreres, om pt. husker at tage »Beskeden« med sig. Hvis ikke, standser man pt. og gør ham opmærksom på det.

Emne 7: *Ansigtsgenkendelse*

Pt. bedes om at udpege de 5 originale portrætfotos fra 5 afledende. Der er ingen tidsgrænse.

Emne 10: *Orientering*

Pt. stilles 10 orienteringsspørgsmål: aktuelle årstal, måned, ugedag, dato, sted, by, egen alder, fødselsår, navn på nuværende statsminister og på den amerikanske præsident.

Emne 11: *Dato*

Dato registreres separat.

Hvis ikke uret har ringet nu, udfyldes tiden med almindelig konversation, eller der gives en ekstra prøve, indtil uret ringer.

Emne 4: *Erindring af en aftale*

Hvis ikke pt. spontant spørger om næste aftale, når uret ringer, siger us.: »Hvad skulle du gøre, når uret ringede?«

Emne 6b: *Forsinket tekstgengivelse*

Pt. bedes om at fortælle så meget af historien fra før, som han kan huske.

Emne 8b: *Forsinket rute-erindring*

Pt. opfordres til at gentage den oprindelige rute.

Emne 9b: *Erindring om at aflevere en besked*

Der registreres, om pt. spontant husker »Beskeden« eller skal have et stikord.

Emne 1+ 2: Det oprindelige portrætfotografi vises, og pt. opfordres til at huske personens navn. Ellers gives forbogstaverne som stikord.

Emne 3: *Erindring af en gemt ejendel*

Us. siger: »Nu er vi færdige med denne prøve.« Der holdes en pause på 5 sek. Hvis pt. ikke spontant har bedt om sin ejendel og angivet gemmested, gives stikord.

I hver delprøve gives en råscore. Disse råscores er udgangspunktet for de to anvendte scoringssystemer: screeningscores og profilscores. Screening-scoren er et udtryk for på hvilket niveau, prøven generelt er klaret. Profilscoren giver et billede af forholdet mellem de enkelte præstationer fordelt på opgavetyper, f.eks. om pt. kunne huske en opgave, når der blev givet stikord. Der kan maksimalt opnås 12 point i screeningscore og 24 point i profilscore.

Refleksioner over RBMTs baggrund

Vi har fundet forfatterens kritik af den traditionelle testning tankevækkende og rammende, og vi har gennem arbejdet med RBMT følt, at en del af de kritisable punkter blev væsentligt imødeset.

De laboratorieprægede metoder har også i vores normale testarbejde haft deres indlysende begrænsninger. F.eks. har et resultat, der viste let nedsat hukommelse overfor verbalt præsenteret materiale, dårligt kunne afspejle omfanget af den gene, dette kunne medføre for en kontormand, heller ikke dette problems sandsynligvis mindre påtrængende natur hos en gartnermedhjælper. Det har der kun kunnet gættes kvalificeret omkring. RBMTs mere daglig-nære islæt har givet bedre betingelser for dette kvalificerede gæt.

I tråd hermed har det traditionelle prøvebatteri kun givet sparsomt grundlag for samtale med patienten om, hvad det er, der opleves svært. Finder en sådan samtale sted, sker det ofte nærmest på trods af prøverne. De færreste har f.eks. i dagligdagen haft problemer med at lægge bolsjestrubede mønstre med 9 klodser(!). Også her har vi fundet, at RBMT har bemærkelsesværdige fordele.

Det er et problem, at der ofte kan gives en række konkurrerende forklaringsmodeller på testresultaterne af en neuro-psykologisk undersøgelse. Vidt forskellige årsager kan give samme testpsykologiske resultat på den »kognitive side«. Intellectuel reduktion følges eksempelvis som regel – helt forståeligt – med problemer i forhold til arbejde, ægtefælle, børn osv. foruden identitetsmæssige problemer. Det testpsykologisk vanskelige består i, at sådanne problemer alene også – forståeligt nok – kan medføre, at de kognitive funktioner ikke fungerer så godt, som de har gjort.

De differentialdiagnostiske overvejelser har i praksis tendens til en stillingtagen omkring problemets »organiske« eller »funktionelle« (dvs. oftest psykiatriske) natur, og selv om man er klar over kompleksiteten og samspillet, synes megen traditionel testning alligevel kun at spille på én af disse strenge; mennesket deles forsimplet op i en »organisk« og en »personlighedsmæssig« del.

RBMT løser ikke dette problem, men prøven er klarere defineret i forhold hertil, idet resultater og tolkning holdes helt inden for *den adfærdsorienterede referenceramme*. Der opfordres ikke til at fokusere på intra-psykiske forklaringer. Ligeledes synes overvejelser om evt. multifaktoriel determination af prøveresultaterne herved eksplicit at være udeladt, og differentialdiagnostiske overvejelser synes umiddelbart at være tilsidesat for en helhedsorienteret, adfærdsdomineret funktionsbeskrivelse.

Dette kan have sin rimelighed. Skal det eksempelvis afgøres, om en patient skal have fast hjemmehjælp, må det ske ud fra, om personen *rent faktisk* er i stand til at klare husholdningen selv eller ej. Om en manglende evne hertil har rod i en »psykiatrisk« eller »neurologisk« sygdom er i den forstand underordnet. Skal vedkommende *trænes* – og det er som nævnt ét af hovedformålene med testen: at vurdere og give grundlag for træning – skal dette også ske ud fra, hvad vedkommende faktisk kan og ikke kan.

Det problem står imidlertid tilbage, at RBMT netop ikke afklarer, hvorvidt en evt. træning så er indiceret eller ej. Skyldes en dårlig kognitiv funktionsmåde eksempelvis depression, er hukommelsestræning jo ikke behandlingen. Den adfærdsorienterede ramme har derudover sine klare begrænsninger, hvor klienter skal *forstås*, afhjælpes med deres personlige problemer, og hvor der skal der opstilles rimelige årsagssammenhænge for lidelsens udtryk hos den enkelte.

Imidlertid forekommer det os, at RBMTs skabere – muligvis p.g.a. deres erklærede adfærdsorienterede udgangspunkt – har underprioriteret testens muligheder i differentialdiagnostisk henseende. Herom senere.

10 neuropsykologiske undersøgelser foretaget med RBMT og traditionelt batteri

I forbindelse med den danske oversættelse af prøven blev der i foråret 1989 (som empirisk materiale til psykologisk speciale (Gallagher, 1989) foretaget 10 psykologiske undersøgelser af patienter, henvist til neuropsykologisk testing på Klinisk Psykologisk Afdeling, Skt. Hans Hospital, Roskilde. Patientgruppen var meget bredt sammensat på stort set alle sociale parametre, men flere havde foruden en mulig organisk reduktion desuden andre psykiatriske lidelser. RBMT blev foretaget som supplement til stedets traditionelle testbatteri, der indebærer hyppig brug af projektive prøver.

En sammenligning af præstationerne i traditionelle prøver og RBMT er herved blevet mulig. Resultaterne er analyseret såvel kvantitativt som kvalitativt (Gallagher, 1989) og de væsentligste resultater skal her gengives, idet der ikke prætenderes andet end en pilotundersøgelses kortlægning af mulige fremtidige forskningsområder.

Nogle kvantitative aspekter

Patienternes scores i de enkelte prøver gengives i tabel 1.

Tabel 1: Scores for traditionelle prøver og RBMT anvendt over for 10 patienter**

PRØVER	PATIENTER									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
ordpar, indl.	15	15	0	7	15	5	15	15	3	3
fejl	70	23	30	30	16	43	12	25	54	40
indl. pr. fejl	0.21	0.65	0.0	0.23	0.94	0.12	1.25	0.6	.06	.08
ordpar, ret	4	10	0	5	10	0	9	5	2	2
VG, indl.	7	8	*	*	4	15	1	0	16	30
VG, ret	32	*	*	*	1	36	7	0	24	40
talspændvidde	9	7	5	8	7	9	9	9	10	9
sætningsgeng	15.5	15.5	0	13	17	18	15	18	20	20
tekst 1	4	7.5	0	3.5	11.5	9	7.5	12.5	14	14.5
tekst 2	2	3.5	*	*	6.5	7.5	3.5	8.	12	8.5
lighedsprøve	12	13	10	10	12	10	12	17	15	9
blokmønst., des	11	12	11	9	12	10	12	12	12	*
blokmønst., tid	38	28	69	35	11	75	15	9	51	*
klas., sort	0	11	5	6	11	3	12	11	9	5
klas., verb	2	7	2	4	10	4	12	12	10	5
trail A	65	108	420	137	54	62	59	34	42	66
trail B	96	245	*	*	105	252	133	137	102	276
SDMT	29	22	0	22	31	30	25	35	26	15
RBMT profil	14	21	7	1	10	0	19	16	6	10
RBMT screening	8	8	2	0	4	0	7	5	11	4

* Prøven ikke gennemført/kvantitativ score meningsløs

** Prøverne: 15 ordpar, serie I, a.m. R. Andersen. Visuelle Gestalter, serie I, R. Andersen. Talspændvidde – WAIS. Sætningsgengivelse: Spreed og Benton. Tekstgengivelse: 18 enheder (Binet, R. Andersen). Blokmønster a.m. Rigshospitalet, neurol. afd. Klassifikations-test: Kasanin-Hanfman a.m. R. Willanger. Trails A+B, SDMT: Standard.

En statistisk bearbejdning af et så lille materiale kan kun tillægges deskriptiv værdi, men tendenserne i en sådan bearbejdning er klare.

Generelt er der meget store sammenfald mellem resultaterne fra indlærings- og hukommelsesprøverne og RBMT, mellem tempoprøverne og RBMT, og endelig score for sortering i klassifikationstesten og RBMT. De øvrige resultater viser større individuelle variationer.

At der forekommer kvantitativ korrelation mellem RBMT og indlærings- og hukommelsesprøverne virker i lyset af RBMTs struktur ikke som nogen overraskelse. Spørgsmålet er her, i hvor høj grad RBMT giver oplysninger af

samme karakter som f.ex. 15 ordpar og visuelle gestalter, hvilket vil blive diskuteret senere.

Den kvantitative korrelation med tempoprøverne er nok mere uventet, da RBMT ikke selv indeholder tempoprøver eller har prøver med tidsbegrænsninger. Korrelationen synes at sandsynliggøre, at RBMT faktisk er følsom over for organisk betinget intellektuel reduktion. Korrelationen til sorteringerne i klassifikationstesten kan muligvis ses på baggrund af begge prøvers krav om fastholdelse af invention. Denne konklusion mht. følsomheden over for organisk betinget intellektuel reduktion *forudsætter*, at det traditionelle testbatteri, og her specielt tempoprøverne, er objektive udtryk for en organisk hjerneskade. Om dette spørgsmål er der stadig stor diskussion.

RBMT udgives som nævnt med en række tabeller, der kan udgøre et »normalmateriale«. Et egentligt, validt normalmateriale skulle for at være fyldestgørende opbygges selvstændigt for danske forhold (jfr. den danske bearbejdning af WAIS). Det bør dog nævnes, at der efter disse første erfaringer med prøven ikke har været områder, hvor de engelske normer har virket tvivlsomme, og at vi heller ikke ud fra en mere teoretisk betragtning ser grund til at anfægte, at de engelske normer med rimelighed kan overføres til danske forhold.

Nogle kvalitative aspekter

Forholdet mellem patienternes klagebillede og testresultaterne. Uoverensstemmelser mellem patientens klager og testbilledet kan være vanskelige for undersøgeren at forstå, forholde sig til og fortolke. Undersøgeren kan til tider komme i et dilemma mellem tillid til patienten og tillid til nøgne undersøgelsesresultater.

Hos patienterne V, VII og VIII sås i undersøgelsen ringe overensstemmelse mellem de subjektivt oplevede hukommelsesvanskeligheder og resultaterne af ordparindlæring og visuelle gestalter. Patienterne angav hver især under interviewet at have tydeligt forringede hukommelsesfunktioner, men klarede sig rimeligt godt i de nævnte prøver. Til gengæld svarer deres subjektive hukommelsesklager godt til resultatet i RBMT, hvor hukommelsen forekommer sikkert reduceret.

En del af forklaringen på ovenstående kan sandsynligvis findes i prøvernes forskellige struktur, idet de krav, der stilles til hukommelsen i RBMT synes at være mere komplekse end de hukommelsesprocesser, som f.eks. ordparindlæring og visuelle gestalter undersøger. Som tidligere nævnt er RBMT komponeret således, at flere opgaver simultant skal fastholdes og effektueres successivt, og modsvarer derfor spørgsmål i det anamnesticke interview omkring f.eks. evne til at klare afbrud i beskæftigelse og evne til rivaliserende virksomheder. En anden forskel på indlærings- og hukommelsesprøverne og

RBMT er, at retentionen i ordparindlæring og visuelle gestalter foranlediges af undersøgeren, medens flere af delprøverne i RBMT stiller krav til patienten om, at han selv fremkommer med retentionen; her tænkes bl.a. på delprøverne: erindring af aftale og ejendel. Ved den mere komplekse sammensætning og sammenfletning af delprøverne synes RBMT klarere at kunne bidrage med information om disse patienters formåen i dagligdags sammenhænge – uden for undersøgelsessituationen.

At RBMT opfanger kognitive områder, det ellers kan være svært at komme omkring, er patient nr. V et tydeligt eksempel på. Han klarede visuelle gestalter fuldstændig normalt, men klarede ikke delprøven rute-erindring i RBMT uden fejl. Ved udspørgning af patienten forklarede han, at han jævnligt i sit erhverv som chauffør have problemer med at finde vej, og derfor for vild. RBMT opfangede i dette tilfælde et almindeligt forekommende fænomen hos patienten, der ikke kom til udtryk i nogle af de øvrige neuropsykologiske prøver med visuo-spatialt indhold, dvs. afspejlede vanskeligheder på makroplanet, der tilsyneladende ikke var til stede på mikroplanet.

Patienternes Kooperation. Kooperationsvanskeligheder er velkendte i demenstestningen, hvor især patienternes oplevelse af insufficiens kan få dem til at blokere helt over for visse opgaver.

I undersøgelsen gennemførte patient III faktisk ikke de to hukommelsesprøver i standardbatteriet; ordparindlæring blev stoppet efter to gennemlæsninger uden at nogle ordpar blev indlært – selv med en del hjælp fra undersøgernes side. I visuelle gestalter var patienten end ikke i stand til at kopiere de forelagte figurer direkte. Resultaterne for disse to prøver giver naturligvis psykologen en del information om, at der er tale om en alvorlig patologisk tilstand, men det spørgsmål, som melder sig er, om disse prøvers mere abstrakte udformning på dårlige og ængstelige patienter kan virke uoverkommelige og afskrækkende, således at de næsten på forhånd opgiver at gennemføre prøverne. Patienterne II og IV kan tjene som yderligere illustration, idet også de opgav at fuldføre visuelle gestalter; begge disse patienter var tilbøjelige til hurtigt at opgive, og gav udtryk for følelser af insufficiens. Patient IV nævnte, at hun »aldrig havde været god til at tegne«, og karakteristisk for begge prøveforløb var, at de kontinuerligt måtte opmuntres og motiveres til at forsøge. Ingen af disse patienter har haft problemer med at gennemføre nogle af delprøverne i RBMT, også selvom disse klarede dårligt.

Mens der således har været problemer med at gennemføre visse af prøverne i standardbatteriet, har ingen af patienterne vægret sig ved at gennemføre RBMT, hvilket rejser spørgsmålet, om det for disse patienter har haft betydning, at emnerne i RBMT var genkendelige og dermed umiddelbart meningsfulde. Man kan formode, at en patients nervøsitet dæmpes i kraft af, at han bedre kan gennemskue en prøves rationale, hvorved han ikke fuldstændig føler sig prisgivet psykologens præstationsvurdering i prøver, hvor han næppe selv er klar over, hvilke intellektuelle funktioner, disse afspejler.

De fleste af patienterne blev efter RBMT-prøverne spurgt, dels om de fandt denne prøve anderledes end de øvrige, dels om de syntes at opgaverne svarede til dagligdags situationer, hvor de gjorde brug af hukommelsen. Et par af de dårligste patienter syntes »det var det

samme», altså at der ikke var nogen nævneværdig forskel at bemærke mellem prøverne i standardbatteriet og RBMT, medens de øvrige fandt, at RBMT var mere afslappende og gjorde dem mindre nervøse. Alle kunne genkende analogien til mere dagligdags forekommende krav til hukommelsesfunktionen.

Differentialdiagnostiske perspektiver. Der lægges fra RBMTs udgiveres side som nævnt ikke op til mere raffineret diagnostik, men ud fra undersøgelsen synes prøven netop på dette område måske at have nogle brugbare og originale anvendelsesmuligheder. Vi vil her med casuistikker antyde nogle af disse.

Patient II blev henvist mhp. demens, men havde iøvrigt gennem en længere årrække lidt af en endogen depression. Under samtalen og prøveforløb var patienten stillestående og tydeligvis deprimeret, og hun gav selv udtryk for at føle sig forpint og rastløs. Ud fra de samlede prøveresultater var det vanskeligt at tolke, hvorvidt de forringede intellektuelle funktioner var et udslag af det depressive sygdomsbillede eller skyldtes en senere tilkomne organisk skade. I indlærings- og hukommelsesprøverne syntes patienten at demonstrere temmelig svære vanskeligheder, mens resultatet i RBMT svarede til en let reduktion af hukommelsen i komplekse daglige sammenhænge.

Forskellen i resultatet mellem ordparindlæring/visuelle gestalter og RBMT gav anledning til at rejse spørgsmålet, om RBMT i dette tilfælde kunne fungere som en bedre indikator for graden af den organisk betingede intellektuelle reduktion? Til støtte for antagelsen var bl.a. den kendsgerning, at patienten tilsyneladende havde lettere ved at overskue gennemførelsen af RBMT end de øvrige prøver, til trods for prøvens mere komplekse struktur.

Forskellen på de forskellige tests resultater var i alle tilfælde slående i netop denne svære differentialdiagnostiske situation: Demens – depression – eller begge dele?

Det er muligt at vi med RBMT's mere ligefremme tilgang har fået bedre mulighed for at skelne mellem »manglende energi og manglende evne«, idet den daglige trummerum alt andet lige måske mestres lettere ved depressive tilstande end ved dementielle lidelser. Spørgsmålet er åbent.

I undersøgelsen fandtes tre patienter, V, VI og VII, med karakterafvigende personlighedstræk. Spørgsmålet var her ikke en afklaring af, om karakterforstyrrelserne var de første symptomer på en hjerneskade, men snarere om der i tillæg til disse fandtes tegn på intellektuel reduktion, og i givet fald graden af denne. To af disse patienter klarede mange af prøverne i standardbatteriet uventet godt i forhold til deres subjektive klager. De mest markante tegn på indlærings- og hukommelsesvanskeligheder fandtes hos disse to patienter i resultatet af RBMT. Man fik her indtrykket af en faktisk invalideret hverdag.

Undersøgelsesrapporten. Der kan ofte opstå diskrepans mellem, hvad der er belæg for at udtale på baggrund af de psykologiske undersøgelser, og hvad undersøgelsesresultaterne skal bruges til.

I flere tilfælde skulle undersøgelsesresultaterne anvendes til ansøgning om pension, og spørgsmålet var, om de nævnte prøveresultater fra standardbatteriet kunne udgøre tilstrækkelig dokumentation for den fundne forringede funktionsmåde. I testrapporternes konklusioner kunne resultatet i RBMT, sammenholdt med resultatet af de projektive prøver og standardbatteriet, anvendes til en beskrivelse af, hvilke vanskeligheder patienterne ville få på arbejdsmarkedet, med de komplekse krav der her stilles både socialt og erhvervs-mæssigt. RBMT synes i disse tilfælde at have givet et nyttigt bidrag såvel til

diagnosticeringen af hukommelsesforstyrrelser som til en vurdering af patienternes dagligdags funktionsmåde, der tillige giver indtryk af deres erhvervsmæssige fremtidsmuligheder.

Vi håber med disse aspekter fra den lille undersøgelse at have givet et indblik i det efter vores mening brugbare og anderledes ved RBMT. Det er klart, at testens egentlige relevans må afgøres af de praktiske erfaringer der gøres med den over en årrække, men disse vignetter kan forhåbentlig give fingerpeg om mulige nye horisonter.

RBMTs placering og rolle i den testpsykologiske sammenhæng – nogle kritiske overvejelser

Vi har i det foregående søgt at formidle nogle konstruktive aspekter ved RBMT, og vi har søgt at vise, hvordan testen kommer uden om nogle af de traditionelle faldgruber. Desværre åbner der sig herved en række nye.

Som nævnt er testen meget ligefrem og enkel både at administrere og at score, og den munder kvantitativt ud i to samlende tal: profil- og screening-score. Sådanne samlede talmæssige opgørelser har vi set før i psykologien, og vi har blandede erfaringer hermed. For *en psykolog* kan tallene repræsentere en form for sammenfatning af det væsentlige, som er hele prøvens forløb og udfald. For *en udenforstående* er der imidlertid fare for, at tallene *i sig selv* kommer til at stå som udtryk for noget »objektivt«, der på linie med tallene fra en blood-flow-undersøgelse har målt noget faktisk eksisterende i hovederne på de testede. Det komplekse bagland bag tallene forsvinder sammen med alle kvalitative vurderinger, og der åbnes for en overforenkling af de komplicerede demensspørgsmål (jfr. Andersen, 1989).

Spørgsmålet om det meget enkle har flere facetter, bl.a. spørgsmål af fagpolitisk karakter. Hvor bliver det psykologspecifikke af, hvis stort set alle andre med en sundheds- eller socialuddannelse bag sig (f.eks. sygeplejersker eller socialrådgivere) vil kunne gennemføre prøven og nå til fuldstændig samme resultater – et tal? Og hvad er argumenterne for, at neurologer og psykiatere ikke selv lige så godt kan foretage en »præcis demensbestemmelse«? Eller anderledes: kan det tænkes, at f.eks. førtidspension af hensyn til »ensartethed« og »administrativ konsekvens« reelt kan gives efter en talværdi?

Sådanne perspektiver synes ikke uden relevans i debatten omkring demensdiagnostik, som den udfolder sig i Danmark for tiden (Sikringsstyrelsen, 1989; Andersen, 1989). En imødegåelse af en overdreven forenkling af den komplicerede demensdiagnostik må bygge på, at kognitiv funktionsmåde er en kompleks og sammensat størrelse, og det må være klart, at skal denne kompleksitet forstås og beskrives rimeligt, kan prøver som f.eks.

RBMT ikke stå alene. Problemet falder dels tilbage på validitet og reliabilitet af selve de anvendte prøver, men så sandelig også på den afgørende mængde af kvalitative data, som enhver prøveoptagelse giver mulighed for at iagttage og tolke. Det er ikke selve scoren, men *den kvalificerede fortolkning* af scoren, der er psykologens kendetegn.

Spørgsmålet er så, hvorvidt RBMT kan siges at indfange, hvad der er nødvendigt for demensdiagnostikken. Det er her vores klare fornemmelse, at *RBMT ikke kan stå alene*, men snarere vil kunne indgå som et væsentligt supplement og måske som erstatning for andre prøver i det traditionelle batteri. Vi finder således – måske lidt paradoksalt – at de prøver, RBMT synes at korrelere højst med, nemlig indlærings-, hukommelses- og tempoprøver, samtidig er de prøver, der ikke vil kunne erstattes. Om ikke af anden grund, så alene fordi de mange kvalitative aspekter ved disse prøver (f.eks. indlæringsforløbet, gestaltnings- og stregføringsaspekter, måden at forholde sig til egne fejl på etc.) er uundværlige i en ordentlig psykologisk undersøgelse. Desuden findes der i RBMT slet ingen abstraktions- og koncentrationsprøver.

Konkluderende mener vi derfor, at RBMT har en række nye, banebrydende aspekter ved diagnostik af organisk betingede psykiske problemer, og at den på forfriskende måde evner at *supplere* vores traditionelle testmetode ved registrering af aspekter, der ellers ikke let indfanges. Disse aspekter drejer sig især om patienternes dagligdags funktionsmåde, og prøven har derfor sin naturlige plads, hvor patienternes dagligdag er i fokus, eksempelvis i træningsforløb, ved bestemmelse af behov for hjælp i hjemmet, eller ved vurdering af arbejdsduelighed og erhvervsevne.

Klinisk Psykologisk Afdeling, Sct. Hans Hospital, Roskilde, takkes for velvilje og bistand i forbindelse med den danske udgave af RBMT og den i artiklen omtalte pilotundersøgelse. Cand.psych. Ruth Andersen takkes for gennemsyn og kritiske kommentarer til artiklen. RBMT forhandles gennem Dansk Psykologisk Forlag, hvor Anders Poulsen takkes for konstruktivt samarbejde i forbindelse med den danske udgave.

LITTERATUR

- Andersen, R. (1989). Demensdiagnosticering. *Ugeskrift for Læger*, 151, 2395-6.
- Baddeley, A. (1981). The cognitive psychology of everyday life. *British Journal of Experimental Psychology*, 72, 257-269.
- Erickson, R.C. & Scott, M.L. (1977). Clinical memory testing: A review. *Psychological Bulletin*, 84, 1130-1149.
- Gallagher, K. (1989). En pilotundersøgelse af en ny hukommelsesprøve: *Rivermead Behavioural Memory Test*. Speciale, Københavns Universitet.
- Sikringsstyrelsen i Danmark (1989). Sikringsstyrelsens afgørelser i sager om hjerneskader efter arbejde med opløsningsmidler. *Ugeskrift for Læger*, 151, 1710-1712.
- Sunderland, A. et al. (1983). Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 341-357.
- Wilson, B.A. (1987). *Rehabilitation of memory*. New York: The Guilford Press.