

Eksamen ved
Københavns Universitet i
Medicinsk psykologi og sundhedspsykologi
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

30. juni 2008

Eksamensnummer: 362

Spørgsmål til casen

Nb. Alt hvad der er skrevet med *kursiv* er de engelske betegnelser.

1)

Hukommelse kan beskrives ud fra 3-trins-modellen. I denne model består hukommelse af tre processer (*encoding, storage og retrieval*) samt tre komponenter (sensorisk hukommelse, arbejds/korttidshukommelse og langtidshukommelse).

Den sensoriske hukommelse opbevarer i kort tid den indkommende sensoriske information. Noget af denne information når arbejdshukommelsen og langtidshukommelsen, hvor det mentalt er repræsenteret som visuel, fonologisk, semantisk og som motoriske koder.

Ifølge 3-trins-modellen, så når noget af den sensoriske information – via selektivitet fra individets side korttidshukommelsen. Korttidshukommelsen er ifølge Baddley's nyeste model opbygget af fire komponenter (fig. 7.6, s. 78); *visuospatial sketchpad* (indeholder kortvarigt den visuelle og spatiale information, fx når man mentalt forestiller sig en persons ansigt), *episodic buffer* (forestår midlertidig opbevaring, fx langtidshukommelsen. Heri bliver informationerne integrerede, manipulerede, og gjort tilgængelig i bevidstheden), *phonological loop* (mentale repræsentationer af lyd) samt *central executive* (koordinering).

Langtidshukommelsens struktur kan opdeles i en deklarativ og procedural/non-deklarativ komponent (fig. 7.13, s. 87).

Den deklarative hukommelse (*declare*: forklare andre mennesker) involverer den faktuelle viden og indeholder to underkategorier: den episodiske hukommelse og den semantiske hukommelse. Den episodiske hukommelse indeholder vores personlige oplevelser i livet, mens den semantiske består af generel faktuel viden omkring verden, sprog samt ord og begreber.

Den procedurale/non-deklarative hukommelse er reflekteret i evner og handlinger, og består også af to underkategorier: kognitive og motoriske evner (fx at gå/cyke) og klassisk konditionerede respons (Pavlov), hvor man fx konditionerer/betingen en klokke med mad således, at mundvand kan udløses alene ved en lyd. Eksemplet med klassisk betingning er relateret til hunde, men man kan lave lignende eksempler med mennesker.

Ang. Peters hukommelsesforstyrrelser, så har han hjerneblødning øjensynligt resulteret i antereograd amnesi, som er karakteriseret ved hukommelsestab ifm. hændelser og begivenheder, som opstår efter hjerneblødningens indtræden.

Den antereograde amnesi er i casen bl.a. illustreret ved, at Peter har problemer med at huske fra dag til dag, at han sagtens kan føre en samtale, men hurtigt glemmer vigtige detaljer samt, at han ikke har nogen problemer med at huske de ting, der skete nogen tid før hjerneblødningen.

2)

Kriseteori bruges ofte ifm. at undersøge, hvordan personer copes med kriser, og man arbejder ud fra den teori, at det fysiologiske system altid forsøger at opretholde homeostase. Man anskuer derfor det enkelte menneske som en selv-regulator. Moos og Schaefer har bl.a. været fremtrædende indefor denne del af kriseteorien.

Kriseteori beskæftiger sig i øvrigt med indflydelsen af enhver form for forstyrrelse på en persons etablerede personlige og sociale identitet, og ifølge Cullberg kan krise resultere i en række specifikke emotionelle reaktioner og adfærdsændringer.

Sammenholder man Sofies reaktion med Cullbergs model for krise, så virker det til, at Sofie har gennemlevet chokfasen, som bl.a. er defineret ved kognitive forstyrrelser (Sofie kunne ikke huske, hvad lægen havde sagt). Det virker til at Sofie for kompensation for hendes situative hukommelsessvigt kompenserer for dette via *memory (re)construct*.

Iht. Cullbergs teori har Sofie også gennemlevet reaktionsfasen (bl.a. karakteriseret ved angst), og hun befinder sig nu i bearbejdningsfasen, hvilket jeg leder ud fra oplysningen om, at Sofie synes, at det går fremad.

3)

Indenfor differentialpsykologien, hvor personlighed hører under, har der været en lang række af studier møntet på personlighed og korrelationer mellem personlighed og sygdom. Bl.a. har Freud og Catell beskæftiget sig med forskellige personlighedsmodeller.

Freuds personlighedsmodel beskrev individets personlighed som bestående af superego, ego og id, hvoraf først- og sidstnævnte var i evig kamp om, hvilke ubevidste følelser og lyster der skulle udtrykkes i bevidstheden ift. Gældende normer.

I kontrast hertil anskuede trækteoretikeren Catell personligheden som karakteriseret ud fra 16 personlighedsfaktorer. Denne model blev (sammen med Eysenck's to-faktor-model) videreudviklet til en trækmodel, fem-faktor-modellen (*The big five factors: OCEAN*), som anvendes i vid udstrækning i dag. Akronymet *OCEAN* dækker over de fem personlighedsfaktorer: Intelligens, Samvittighedsfuldhed, Introversion-Ekstroversi, Fjendtlighed-venlighed og Neuroticisme (*Openess, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness og Neuroticism*). Ud fra disse 5 faktorer kan personligheden karakteriseres. Desuden var der en lang række teoretikere som foreslog definerede personlighedstyper, som man mente faldt indenfor fem-faktor-modellen: A, B, C og D. Kort fortalt er type A konkurrence- og præstationsorienteret, har travlt, er utålmodig og fjendtlig og udviser aggressivitet. Derimod er type B karakteriseret ved det modsatte af type A. Type C er altruistisk, respektfuld og fornuftsorienteret, mens Type D-personer kombinerer negativ affektivitet med introversion.

Peter vurderes at score højt på *Openess, Extroversion, Conscientiousness og Agreeableness* samt lavt på *Neuroticism*

Sofie vurderes at score højt på *Neuroticism*, og lavt på *Openess, Extroversion, Conscientiousness*.

Peter og Sofie er således hinandens modsætninger, og har indtil videre komplimenteret hinanden på en hensigtsmæssig måde.

Da personlighed vedrører varige psykiske egenskaber, kan man derfor rationalisere for en sammenhæng mellem personlighed og helbred med baggrund i sundhedsadfæren. Det kan bl.a. forklares ud fra individuelle stressreaktioner (stressaktivitet, rehabilitering, allostatisk tryk, resistans, support, compliance og motivationsfaktorer). I empiriske undersøgelser har man eksempelvis fundet korrelationer aggressivitet og risiko for hjertekarsygdomme/mortalitet (Type A), mens det modsatte således må gøre sig gældende for type B.

Type D-personer - hvori jeg vil placere Sofie – der scorer højt på neuroticisme (negativ affektivitet) udviste også forhøjet risiko for hjertekarsygdomme. Dette kan forstås som udtryk for en højere stressreaktivitet og lavere resistans (men dog også relatere til sundhedsadfærd, hvilket jeg dog ikke umiddelbart påtænker i Sofies tilfælde).

Indenfor stressteori er især Lazarus' transaktionsmodel over stress væsentlig, da den inddrager copingbegrebet som en vigtig faktor i vurderingen af stress og dermed anskuer stress som en potentiel risikofaktor for sygdom.

Eftersom Peter vurderes til at være Type C taler dette ikke for samme type stressaktivatorer, som det er tilfældet med Sofie (Type D). Der er dog heller ikke nogen identifikationer af stress for Peters vedkommende, men jeg påtænker i hans tilfælde en generel stressfaktor ift. hans stilling.

I øvrigt tilskriver jeg Sofies personlighed som værende et resultat af de svigt, hun har oplevet som barn samt de kriser, hun har været i (i relation til Eriksons psykosociale teori).

Øvrige spørgsmål

4)

Placebo-effekter beskrives ud fra *non-interactive theories*, og placebo-effekten kan opdeles i to hovedtyper af teorier:

- Forventningsfaktorer: Både læge og patient kan påvirke vurderingen af effekten
- Kognitiv dissonans: Bygger på den antagelse, at vi har behov for at retfærdiggøre vores adfærd, og og at se os selv som rationelle individer, der har kontrol.

Placeboeffektens betydning mellem psyke og soma kan anskues ud fra mange betragtninger. Bl.a. er der empiriske undersøgelser, som viser en tydelig korrelation mellem troen på, at behandlingen virker, og effekten af pågældende behandling (se fx Houde et. al, 1960). Ligeledes kan man anskue det ud fra en betragtning, hvor man inkluderer *The gate control theory*, hvor de psykologisk, sociale og kulturelle forhold influerer på smerteoplevelsen, sensorisk-diskriminativ, affektiv-motivational og kognitiv-evaluerende.

I relation til casen, så er det væsentligt at bemærke, at personer der scorer højt på neuroticisme (i dette tilfælde Sofie) kan have tendens til somatisering pga., at disse mennesker er neurotiske.

Ift. psyke og soma kan man også nævne psykosomatisering (Thomas Nielsen), hvor somatiske lidelser delvis kan tilskrives psykologiske årsager. Omvendt kan man argumentere for, at placebo-effekten kan have den omvendt indvirkning i relation til Thomas Niensens model over psykosomatiske forbindelser.

5)

Udviklingspsykologisk teori i relation til børns oplevelse af sygdom og smerte kan beskrives ud fra Piagets teori ang. kognitiv udvikling.

Piaget beskrev, i sin kognitive udviklingsmodel (fire udviklingsstadier), konkrete aldersgrupperes kognitive karakteristika (tabel 11.1, s. 384) ud fra en trappemodell. Dette var i kontrast til andre teoretikere, som foreslog en mere kontinuert/flydende progression af kognitive egenskaber.

Piaget indførte begrebet ”skemaer”, som organiserede mønstre af tanker og handlinger. Han forklarede heraf kognitiv udvikling som en tilegnelse af nye skemaer eller ændringer i allerede eksisterende skemaer. Assimilation er således den proces, hvorved nye oplevelser inkorporeres i allerede eksisterende skemaer, mens akkomodation er den proces, hvorved nye oplevelser forårsager ændringer i allerede eksisterende skemaer.

Jeg drager herved paralleller mellem børns oplevelse af sygdom, og deres opfattelse af smerte med den ene udledning, at børn i kraft af deres kognitive udvikling også øger deres copingstrategier ift. smerte. Iht. Melzack og Wall (*the gate control theory*) opleves smerte som en perception frem for kun en følelse på eksterne stimuli. Således får faktorer som læring, frygt, katestrofering, mening, opmærksomhed og smerteadfærd betydning, og dette er nogle faktorer man som behandler bør have i baghovedet i behandlingen af patienter, så vel voksne som børn.

6)

Leventhal beskrev sygdomsoplevelse som den enkelte patients egen implicite oplevelse af sin sygdom (*Illness*). Teorien er, at denne sygdomsforståelse giver patienten nogle redskaber til at klare sygdommen, såsom at cope med sygdommen, og forståelse af deres sygdom etc. Leventhal fremsatte fem dimensioner ifm. sygdomsforståelsen for den enkelte patient; identitet, konsekvens, tidslinie, årsag og helbredelse/kontrol.

Dette har også dannet grundlag for adskillelige kognitive (Health-belief model og Protection motivation theory), og socialkognitive modeller (Theory of reasoned action og Theory of planned behavior). Disse modeller integrerer de forskellige sygdomserkendelser, som den enkelte patient har, og er således med til at forudsige sygdomsadfærd for denne, hvilket kan bidrage til at udvikle metoder til at fremme patientens sygdomsoplevelse.