



SKRIFTLIG EKSAMEN I MEDICINSK PSYKOLOGI OG SUNDHEDSPSYKOLOGI

Medicin, 2. semester (studieordning 2006)

23. januar 2009

(3 timer)

Eksamensvejledning

Vi lægger vægt på, at din besvarelse er klart disponeret og sprogligt koncis, og at sprogbrugen er i overensstemmelse med fagets terminologi.

Eksamensopgaven må besvares på dansk, norsk eller svensk. Hvis du ikke kender de danske, norske eller svenske betegnelser for de engelske fagudtryk, må du godt bruge engelske termer i teksten (evt. anført i citationstegn).

Opgaven er sammensat af en case med 3 tilhørende spørgsmål. Her ud over skal der besvares 3 spørgsmål, som ikke er relateret til casen. Besvarelsen af de tre case-relaterede spørgsmål og besvarelsen af de tre øvrige spørgsmål forventes hver at fylde ca. halvdelen af besvarelsen. Der er ikke faste grænser for den samlede besvarelses omfang.

Alle spørgsmål skal besvares i det omfang, det er muligt. Såvel opgavedelen med de 3 case-relaterede spørgsmål som opgavedelen med de 3 øvrige spørgsmål skal være acceptabelt besvaret, for at den samlede opgave kan bestås.

Der er ekstern censur, og opgaverne bedømmes med 7-trins-skalaen.

Hjælpemidler

Alle papirbaserede hjælpemidler må anvendes, men det er ikke tilladt at anvende elektroniske hjælpemidler.

Praktiske forhold

Eksamenslokalet må ikke forlades de sidste 30 minutter af eksamen.
Mobiltelefoner skal være slukkede og lagt væk under eksamen.

Eksamensopgave, januar 2009

Line sidder i venteværelset hos lægen med sin søn Jakob. Han er 6 år gammel, går i børnehaveklasse og ville egentlig meget hellere have været sammen med sine legekammerater. Jakob havde haft ondt i maven et par dage, og Line havde hyppigt spurgt til Jakobs symptomer, og desuden virket meget urolig over, hvad det kunne dreje sig om. Da Jakob stadig havde en smule ondt om aftenen, havde Line insisteret på, at han ikke skulle i børnehaveklassen, men i stedet til lægen dagen efter.

Samme aften sidder Jakob, Line og faren Peter og taler sammen ved aftensmaden. Peter spørger, hvordan dagen er gået, og Jakob fortæller, at de har været hos lægen, fordi han havde haft lidt ondt i maven. Line virker temmelig forlegen over situationen, og da Peter spørger om, hvad lægen havde sagt til Jakobs symptomer, svarer Line hurtigt, at der heldigvis ikke havde været noget i vejen. Tværtimod havde lægen forsikret Line om, at Jakob var en sund og rask dreng, og at symptomerne helt sikkert skyldtes rigelig indtagelse af popcorn og slik til en børnefødselsdag, Jakob havde deltaget i et par dage forinden.

Det var ikke første gang, Line havde været hos lægen med Jakob. Lægen havde gentagne gange beroliget Line med, at der ikke var noget i vejen, men også bragt på bane, at Lines optagethed af mulige sygdomstegn hos Jakob kunne have uheldige konsekvenser for drengen.

Line opsøgte selv hyppigt familiens læge, oftest i forbindelse med smerter og fornemmelser fra maven. Lægen havde talt med Line om disse i perioder hyppige besøg og havde foreslået, at det måske kunne være en idé, at Line fik hjælp til det, lægen vurderede som det egentlige problem, nemlig Lines overdrevne bekymring for at få kræft i maven, eller i det hele taget at blive alvorligt syg.

Lines mand Peter var godt klar over sin kones problemer. Han opfattede hustruen som meget samvittighedsfuld og ansvarsbevidst, men også som temmelig "nervøs" anlagt. Line havde ofte kontaktet både læge og lægevagt, da deres dreng var spæd, fordi hun var bange for at overse eventuel alvorlig sygdom hos Jakob. Da Jakob var blevet ældre, havde egen læge forklaret Line, at hendes ængstelige bekymring og opmærksomhed på harmløse fornemmelser hos både hende selv og sønnen i værste fald kunne "smitte". Lægen havde opfordret Line til at prøve at være mere opmærksom på andre sider af Jakob og de aktiviteter, han i øvrigt var engageret i.

Lines egen opvækst var præget af moderens sygdom. Moderen fik kræft i tyktarmen, da Line var lille, men på trods af en vellykket behandling var hun i perioder ofte sengeliggende, fordi hun havde problemer med den stomi, det havde været nødvendigt at anlægge i forbindelse med kræftsygdommen. (En stomi er et operativt indgreb, hvor tarmen føres ud på forsiden af bugvæggen så afføringen kan opsamles i en plastpose). Line havde i lange perioder følt sig overladt til sig selv.

Læs samtlige spørgsmål herunder igennem, inden du går i gang, og besvar dem alle.

Case-relaterede spørgsmål

- ✓1) Redegør for begreberne psykosomatik, somatisering og hypokondri med udgangspunkt i casen.
- 2) Redegør for begreberne sygdomsadfærd og sygdomsperception ("illness cognitions") og for, hvorledes personlighedstræk eventuelt kan have indflydelse på disse.
- 3) Lægen omtalte for Line, at hendes optagethed og reaktion på kropsfornemmelser muligvis kunne "smitte" sønnen Jakob. Redegør for nogle af de mekanismer, der eventuelt kunne være involveret i en sådan proces.

Besvarelsen af de tre spørgsmål til casen vil sædvanligvis fylde omkring halvdelen af den samlede opgave.

Øvrige spørgsmål. Disse spørgsmål er ikke relateret til casen, og det forventes derfor ikke, at besvarelsen inddrager problemstillinger derfra.

- ✓4) Redegør for smerteteori, specielt med henblik på "the gate control theory of pain".
- ✓5) Beskriv nogle væsentlige psykologiske ændringer, som hyppigt ses ved kronisk sygdom.
- ✓6) Redegør for det udviklingspsykologiske begreb "tilknytning" (engelsk "attachment") formuleret af John Bowlby og Mary Ainsworth.

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

23. januar 2009

Eksamensnummer: 225

Spørgsmål 1:

Det har i historien tit været tanke, at psykologiske forhold kan indflydelse på soma'et. Begrebet psykomatik kan anvendes om somatiske sygdomme, hvor man mener, at psykiske forhold spiller betydning af ætiologiske faktorer. Dvs faktorer, der indgår som et enkelt element i det multi-kausale netværk, som oftest er baggrunden for somatiske lidelsers udviklingen. Somatisering henviser til fysiske symptomer, der ikke skyldes en somatisk sygdom og dækker over mange symptomer, heriblandt ondt i maven, som vi ser i casen med Jakob. Psykologen Thomas Nielsen, som har en model med fire direkte forbindelseslinjer mellem det psykiske og det kropslige, taler om psykosomatiske og somatopsykiske forbindelser mellem nervesystemet og soma. Hans betegnelse er derved speciel idet, at både den ydre adfærdsmæssige forbindelse og den indre fysiologiske forbindelse betegnes psykosomatisk.

Hypokondri er frygt for at få eller lide af en alvorlig somatisk sygdom, fx cancer. I denne case ser moderen Line i en hypokonder tilstand, da hun er i vedvarende optagethed af frygten for, at hendes søn Jakob lider af alvorlige sygdomme. Det skyldes, at hun også selv følte smerter i maven og besøgte lægen hyppigt. Line, der er gift med Peter, opfattes af ham som "nervøs" og samvittighedsfuld og beskrives af lægen som "ængstelig". Man kan i denne sammenhænge inddrage forklaringsmodeller, idet der er "sjæl-legme" sammenhængen. Ved at inddrage fem-faktor modellen, ses at Line scorer højt på "Neuroticisme" og samvittighedsfuldhed".

Spørgsmål 2

Når en person går til lægen, får lægen ikke bare en person ind til konsultation, som bare har bestemte tegn på sygdom, men et menneske som ved siden af disse symptomer og objektive sygdomstegn har fantasier og følelser knyttet til sin nye situation, til dels påvirket af familie og bekendte; begrebet sygdomsadfærd dækker noget af dette; Med sygdomsadfærd forstår vi hele patientens sygdomsreaktion: Armstrong hævder, at der er fem sociale udløsningsmekanismer, der gør, at man betragter et symptom som unormalt:

- 1- Hvis symptomer interfererer med fysisk aktivitet
- 2- Hvis symptomet forstyrrer sociale eller personlige relationer
- 3- Hvis personen samtidigt udsættes for en interpersonal krise
- 4- Hvis symptomet har været en vis tid
- 5- Hvis venner og pårørende forsøger at overbevise en om, at man skal gå til læge.

Smerteoplevelsen er en vigtig del i sygdomsadfærden. Smerte er en subjektiv følelse. Faktorer som alder, køn kulturer kan indvirke på smerteoplevelsen og dermed på sygdomsoplevelsen. Sygdomsadfærd vil også i høj grad være bestemt af individuelle faktorer som erfaringer (fx tidligere sygdomserfaringer) og ligeledes af personligheden (Locus og control med både intern og ekstern delene)

Sygdomsperception: Beskriver en patients tanker omkring sin sygdom og det at være syg. De udgør et skema for patienternes forståelse af sygdommen, og cpoings strategier i forhold til sygdommen. Sygdomskognitioner kan underopdeles i 5 dimensioner:

- 1- Identitet: Patientens definition af sygdommen.
- 2- Perceived cause: Hvordan er sygdommen opstået ?
- 3- Tidslinje: Sydommens tidlige forløb (hvor længe vil den vare). Kronisk/ akut sygdom?
- 4- Konsekvenser: Sydommens mulige effekter på patientens liv
- 5- Curability and controlability: Kan sygdommen kureres, og evt hvordan?

Leventhalss regulatoriske model betragter sygdomskognitioner som "normal" problemløsning, med en **fortolkningsfase, en copingfase og en evalueringsfase**, og forudsiger, at disse tre faser vil udspille sig indtil problemet er løst. Sygdommen ses som en forstyrrelse fra normaltilstanden. Modellen beskriver altså individets forsøg på at genoprette normaltilstanden, hvor "sygdoms kognitioner" være et element i coping-strategi.

Personlighedstræk har én indflydelse på forståelsen af sygdommen. Fx udviklede Cattell, Eysencks faktoranalytiske teorier. I Cattells forekom fx faktorerne stabil vs. Emotionel, udadvendt vs. Inadvendt og fanatsirig vs. Praktisk.

Disse elementer kan derfor spille én rolle i patientens oplevelse af at være syg og hans sygdomsadfærd, hvis denne patient scorer højt på nogle af disse træk, fx scorer højt i emotionalitet.

Spørgsmål 3:

Ifølge Eriksons teori var moderen som barn sandsynligvis i Legeperioden/skoleperioden, da hendes moder fik konstateret kræft. Line har derfor problemer i sit nuværende stadie, hvilket ifølge Erikson kan forklares ud fra de oplevelser hun har haft tidligere. Line blev, pga moderen sygdom, overladt til sig selv og følte sig alene, hvilket har ført til, at hun ikke har haft en sikker tilknytning til moderen. Dette kan forklare, at hun er nervøs men ansvarspligtig idet, hun sikkert i sin barndom skulle bære tunge byrder på skulderen og tage ansvar. Lægen, som advarede Line om at hendes optagethed kunne "smitte" sønnen kan referere til observations-læring. Dette er en type indlæring, der sker ved at observere en models adfærd. Den kan forklares via Social-kognitiv teorien (Bandura): Individet lærer ved observation, og en tro på, at deres adfærd kan influere begivenheder i deres liv. Dette sker i 4 trin:

- 1- attention: iagttagelse af modellens adfærd
- 2- Retention: Lagring af modellens adfærd
- 3- Reproduktion: Evne til at gentage dét, man har observeret fra modellen
- 4- Motivation: Motivation til at udvise den givne adfærd

Det er derfor vist, at modellen har en stor betydning for indlæring. Det kan være dét lægen mente med at hendes søn Jakob kan – igennem disse 4 punkter – bruge sin moder som model og vokser op med dem og muligvis også selv reproducere denne høj optagethed som moderen viser. Jeg formoder, at lægen også mener, at denne høj optagethed og fornemmelser som Line viser, er også noget hun har observeret fra sin moder, som blev kræftsyg, medens Line var et barn.

Spørgsmål 4

Fra nogen ses smerte som en evolutionært udviklet følelse, der giver individet signal om at ændre adfærd (ved at standse smerten). Smerte kan opdeles i akut smerte (smerte der varer under 6 måneder), imens kroniske smerte varer over 6 måneder.

Smerte kan yderligere opdeles i benign svingende i styrke og progressiv = voksende/ aftagende gradvist. Smerte-perceptionen opfattes i dag som en tredelt proces med **en fysiologisk, en subjektiv-afektiv-kognitiv og en adfærdsmæssige komponent** (fx som GCT).

Gate control theory of pain (GCT):

GCT er en tidlig smertemodell, der har dannet grundlag for de fleste senere modeller. Smerte forstås stadig som **stimulus-respon**, men årsagskæden er komplekst, og den inddrager psykologien.

Input til gaten: Gaten forstås som en fysisk eksisterende struktur I rygmarven, der kan modtage signaler fra flere enheder:

- **Perifere nerver:** Signal om vævsskade fra smerte stedet
- **Hjernen:** sender information om den psykologiske tilstand
- **Store og små fibre:** Del af det fysiologiske input

Ud fra summen af disse inputs sendes signal til action-system

GCT ser smerte som en perception frem for en sensation, og betragter individet som aktivt deltagende i smerteperceptions- processen. Smerteoplevelsen varierer alt efter, hvor meget **porten er åben/lukket**, bestemt af forskellige inputs, kunne være **forskellige fysiske, emotionelle, og adfærdsmæssige faktorer**.

GCT er blevet kritiseret pga den manglende fysiske identifikation af gaten (den findes snadsynligvis ikke), og den fortsatte opdeling af sind og krop som 2 forskellige ting (som dog spiller sammen.

subjektiv-afektiv-kognitiv processer: er en fællesbetegnelse for en mængde indre faktorer, der har betydning for smert-perceptionen. Jeg vil pga tidsmangel kun nævne faktorerne med deres opdeling:

- **Indlæring:**

1. Deles op i klassisk konditionering: (miløjer **forbindes ubevidst med smerte**, fx tandlægs klinik)
2. Operant konditionering (hvis smerte resultere i smerteadfærd, kan det fremkalde positive konsekvenser (omsorg, fridage), **dvs konsekvens af adfærd forstærker adfærden**.

- **Affekt:**

1. Ængstelse : ængstelse forstærker smerteoplevelsen
2. Frygt: **Frygt for smerte kan enten vise sig direkte som frygt, eller ved beskrivelser af nedsat funktion.**

- Kognition:

1. Catastrophizing: Uforholdsmæssigt stort fokus på negative sider af smerter, hvorved smerter forstærkes. Ses især ved kronisk smerte.
2. Meaning: Den dybere mening, der tillægges smerterne kan have betydning for smerte-perception.

3. Self-efficacy:

Hvor stor tiltro til egne evner har personen (jvf health locus of control)

4. Attention:

Opmærksomhed øger smerten, medens distraktion nedsætter den.

-Adfærdsprocesser:

Smerteadfærd og sekundær belønning.. Fx omgivelsernes respons på en given adfærd kan påvirke adfærden.

Spørgsmål 5

En kronisk sygdom defineres som en tilstand, der kræver en vedvarende professionel behandling eller indebærer en diagnossticeret irreversibel svækkelse af psykiske eller somatisk karakter, som ikke kan tilskrives en normal ældning. For smertefulde tilstande defineres smerter som kroniske, hvis de har været med end seks måneder (*se: Powerpoint til holdundervisning: Psykologisk aspekter ved kronisk sygdom*). En kronisk sygdom påvirker patientens livskvalitet og kan medføre ændrede fysiske, følelsesmæssige kognitive, sociale forhold. Kroniske sygdomme kan ansues på to forskellige måder:

- 1- Som en traumatisk krise
- 2- Og som en eksistentiel krise.

Ved den traumatiske krise vil patienten typisk gennemleve fire faser: 1) Chokfasen. 2) Reaktionsfasen. 3) Bearbejdningsfasen og 4.) Nyorienteringsfasen. Patienten vil ofte vende tilbage til en fase, så faserne er ikke nødvendigvis et lineært forløb. Den eksistentielle krise ser den kroniske sygdom som et livsvilkår, som rammer vor eksistens og "ryster selvet". Den rammer vores

1. Den fysiske væren. 2. Den psykiske væren. 3. Den sociale væren. 4. Den åndelige væren.
- Krisen er et udtryk for oplevelse af et tab, som er så stort og truende, at de sædvanlige "copings-strategier" sættes ud af kraft

Spørgsmål 6

Tilknytning: refererer til den kraftige emotionel bindning som udvikles mellem barnet og dets primære forsørger. Et barns tendens til at knytte sig til bestemte mennesker og føle sig mere sikker i deres nærvær. Undersøgelser viser, at tilknytningen ikke kun sker fordi fx forældrene er en kilde til føde, men også til sikkerhed. Baseret på studier foreslog J. Bowlby, at udviklingen af tilknytningen i de tidlige år sker i 3 faser:

- 1- Indiscriminate attachment behaviour:

De nye fødte græder og kan smile over for alle. Disse adfærd (græde m.m) vil påvirke de, der er forsørgere til barnet og det er dem, der reagerer.

2- Discriminate attachment behaviour:

Omkring 3 måneders alderen, begynder barnet at udtrykke dets tilknytning mest over for de familiære ansigter.

3- Specifik attachment behaviour:

Omkring 7-8 måneders alder, udvikler barnet et meningsfyldt tilknytningsforhold til en specifik forsørger. Forsørgeren bliver anset som en sikker kilde hvorfra barnet kan bevæge sig og udforske miljøet.

En opvoksede person med ustabil tilknytnings muligheder til sin "care-giver" i barndommen kan medvirke til en langtids sociale "ikke-fungerende"-person. Dette kunne fx ses i casen med Line, som ikke havde en stor tilknytning i hendes barndom til moderen, grundet moderen kræft.

Eksamen ved

Københavns Universitet i

Medicinsk psykologi og sundhedspsykologi

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

23. juni 2009

Eksamensnummer: 488

- 1) Redegør for hukommelsens forskellige systemer og processer, blandt andet ved at inddrage de eksempler på hukommelsesforstyrrelser, der er illustreret i casen.

Hukommelsen henviser til de processorer der giver os lov til at oplyse (encoding), oplagte (store) og senere gendrive erfaringer og informationer.

Encoding: at få informationer ind i systemet ved at oversætte det til "neutral code", der behandles i hjernen. Det kan opdeles i indsats-processing (effortful processing) hvor individet aktivt og opmærksomt over information og systematiserer og automatiske processing, hvor encoding sker uden specifikke intentioner.

Lagring (storage): at oplagre/beholde informationer over tid.

Genkaldelse (Retrieval): at få adgang til eller fremkalde det oplagrede informationer.

Hukommelsen opdeles i 3 strukturer: *sensorisk, korttids- (working) og langtids hukommelse.*

Sensorisk hukommelse: lagrer sensorisk information i en brøkdelt af et sekund, hvorefter den forsvinder igen. Den del af det sensoriske input, der huskes i de næste sekunder er overført til korttids hukommelsen (arbejdshukommelse) Sensorisk hukommelse er *ubevist og ekstremt flygtig*. Det visuelle sensorisk hukommelse kaldes *iconic store* og det auditiv sensorisk hukommelse kaldes *echoic store*.

Korttidshukommelse: indeholder midlertidigt en lille mængde information.

Hukommelseskoder: Det sensoriske input, der skal kunne eksistere i hukommelsen må findes i konkrete form. Disse hukommelseskoder repræsenterer information eller stimuli f.eks. visuelle koder, fonologiske koder, semantiske koder.

Kapacitet og holdbarhed: korttidshukommelsen kan arbejde med ca. 5-9 enheder ad gangen (idet kapaciteten kan udnyttes mere effektivt ved "chunking"). Hvis der ikke sker gentagelse af fakta eller den ikke videregives til langtids hukommelse, forsvinder informationen efter 20 sekunder.

Langtidshukommelse: bibliotek indeholdende mere langvarige og holdbare informationer.

- Længdshukommelse kan inddeles i følgende:

Deklarativ hukommelse: indeholder fakta baseret viden (informationer) og bestå af *episodiske hukommelse*, dvs. viden der vedrører vores personlige oplevelser og episoder i vores liv, og *sensitiv hukommelse*, dvs. viden der vedrører den faktuelle information omkring verden, sprog med flere.

Procedural hukommelse: det er non-deklarative hukommelse og reflekterer i det vi fysisk kan udføre og vores evner.

I *casen* oplyses at Peter, efter en hjemmehjælpning, har store problemer med at huske, og glemmer vigtige detaljer, dog husker han sin barndom. Der oplyses endvidere at han sagtens kan spille computerspil eller kan føre en samtale, men han har stadig svært ved at genkende f.eks. det spil han rent faktisk har spillet flere gange. Udefra dette, kan det konstateres at Peter har skadet sin working hukommelse, idet informationen ikke når at blive encoded i længdshukommelsen og kan følgelig naturligtvis ikke genkendes. Han husker de ting, som skete i hans barndom samt han kan føre samtale, hvilket vil sige hans deklarative hukommelse er stadigvæk intakt. Det samme gælder for hans procedural hukommelse, da han er god til at spille PC-spil med sin daters.

Efter operationen har Peter fået skade på sin hippocampus, dvs. han viser tegn på *anterograde amnesia*. Dette henviser til manglende evne til at indkode begivenheder og fakta efter amnesi onset.

- 2) Giv en beskrivelse af kriseteori, herunder hvorledes man kan forstå Sofies reaktion på Peters sygdom.

Krise: En tilstand hvor en tidligere erfaringer og indlærte reaktionsmøder ikke er tilstrækkelige til at man kan beherske den aktuelle situation. Kriser opdeles i traumatiske kriser, der skyldes ydre hændelser og udvirkingskriser, der skyldes normale begivenheder i livsforløbet, der alligevel opleves meget overvældende.

Krise kan inddeles i en simpel krise og en kompliceret krise. En simpel krise består kun af krise i sig selv, og er ikke afhængig af andre faktorer. Omvendt er det ved komplekse kriser nødvendigt at se på andre psykologiske forhold, der har betydning for den oplevede krise.

En *simpel traumatisk krise* opdeles i fire stadier:

Chokstadie: Alt er kaos muligvis bag facaden.

Reaktionsfase: Krisen viser i hele sin styrke, uden forarbejdning.

Bearbejdingsfase: Den kriserammede arbejder med krisen i et forsøg på at komme videre.

Nyorienteringsfase: Krisen er næsten overvundet og den kriserammede har kontrol med tilværelsen igen.

Sofie har reageret stærkt på hændelsen og har blandt andet haft anfald af angst og depression, der har forhindret hende i at kunne lave dagens gøremål. Hendes største bekymring er hendes horn, da Sofia har været faldt afhængig af Peter. Hun har haft en traumatiserende opvækst. Hun har været usikker over sin fremtid i sine unge år, og havde fået et håb i form af Peter, som nu er truet igen af denne krise. Dette har haft en dyb effekt på Sofia, der resulterer i at hun er i krisebehandling. Udefra *casen*, kan det konstateres at Sofia er i bearbejdingsfase, da hun synes at det går fremad. For at Sofia overvinder krisen og færter et normalt liv igen, skal terapeuten sikre at hun kan leve videre imens skæret lægges og sikre at genopbygningsprocessen ikke bremses. Dette kan bl.a. gøre ved at vise vikarerende håb (overtage den optimisme, som den kriserammede ikke selv er i stand til at vise).

- 3) *Casen* indeholder beskrivelser af både Sofia og Peter. Sæt disse beskrivelser i relation til hinanden ud fra fem-faktor modellen for personlighed (Big Five) og redegør for personlighedsdimensionernes betydning for sundhed og sygdom.

Personlighed er individets varige psykiske egenskaber som viser sig ved karakteristiske adfærdsmønstre i forskellige situationer. Mange personlighedstræk og deraf fremkomne personlighedstyper er fundet associeret med bestemte typer af sygdomme, f.eks. er der stor sandsynlighed for at få hjerte-kar sygdomme hvis man har type A (konkurrenceorienteret, utålmodig og aggressiv), og for at få CHD hvis man er type D (høj neuroticisme og lav extroversion).

Sofie beskrives som værende usikker, nervøs anlagt, ustabil og har selvværd, men til gengæld er hun trofast, åben for nye idéer (tænker på at læse til havebrug) og ventlig. Udefra beskrivelsen i *casen*, kan deducere at Sofia er type D person, som typisk relateres til hjernelidelser. Sofia scorer højt på *extroversion* og højt på *neuroticisme*. Type D mennesker har en depressiv og ængstelig indstilling, men de udtrykker deres følelser og har typisk en dårlig livskvalitet.

Peter kan til gengæld beskrives som udadvendt, glad tilfreds, let ved at komme i kontakt med andre og en meget samvittighedsfuld person. Han scorer højt på *extroversion*, intellektuel åbenhed og samvittighedsfuldhed. Han kan beskrives som en *blanding af type B og C*. Type B er defineret ved at ikke at være type A eller nærmere sagt: Type B lever et roligt liv, har en afslappet holdning og er ikke konkurrerende som social status. Deres adfærd er gunstig for kropslig og psykisk sundhed. Type C mennesker er karakteriseret ved at være fornuftsorienteret, altruistisk dvs. føjelig og eftergivende overfor sociale normer og konflikter. De forbindes ofte med cancer sygdom. Peter har en ledende stilling og det kan forklares udfra at han scorer højt på *extroversion*, jf. ny personlighedstest der benyttes i adskillige firmer, foretrakkes mennesker, som er *extroversion frem for ambiviant of introversion*.

Personlighed kan have sammenhæng med sygdom ved hjælp af to veje:

- Indre psykiske egenskaber kan medføre bestemte lidelser (jf. klassiske teorier, hvor man mente at bestemte personlighedstræk var associeret med helt bestemte lidelser (monokausale teorier))

- Ydre belastninger kan også medføre bestemte lidelser.

Men disse to er ikke nødvendigvis modstridende:

Hjalge Thomassens model kan der være to psykosomatiske forbindelser:

- Indre (fysiologisk), bl.a. immunapparatet og hormonsystemet.
- Ydre (adfærdsmæssig); psykiske symptomer på sygdom og den oplevelse.

-
4. Redegør for placebo-fænomener og diskuter deres betydning for sammenhænge mellem psykik og soma.

Placebo: *inerte substanser*, der får symptomer til at forsvinde. Placebo er centralt for sundhedspsykologien, idet den er et klart eksempel på, hvordan psykiske faktorer (investering/forventning) kan have påviselige effekter på fysiologiske lidelser. Teorier om placebos virkningsmåde deles op i *non-interaktive* teorier = teorier, der fokuserer på enkeltfaktorer, og *interaktive* teorier = teorier, der fokuserer på samspillet mellem faktorer.

Non-interaktive teorier:

- *Indvird karakteristika:* Fokuserer på specielle træk (emotionel afhængighed, extroversion, neuroticisme), som forstærker af placeboeffekter.
- *Behandlingskarakteristika:* Hvis behandlingen opfattes som alvorlig og virkningsfuld, vil placeboeffekten blive større.
- *Behandler karakteristika:* Placeboeffekten forstærkes med eget behandler-professionalisme og indlevelse.

Interaktive teorier:

De fleste moderne teorier vedrørende placebo tager udgangspunkt i en relation mellem behandling, patient og behandler:

- *Ekspirimentet Bias:* Hvis behandleren forventer at patienten får det bedre, vil patienten faktisk få det bedre.
- *Patient expectations:* Hvis patienten ønsker at få det bedre af behandlingen, og regner med at blive rask, vil vedkommende få det bedre.
- *Reporting error:* Patienten regner med at få det bedre efter behandlingen, og ønsker at tilfreds stille behandler ved at (fej)rapportere fremgang.
- *Conditioning effects:* Hvis patienten forbinder det at være på hospitalet med helbredelse, vil patienten få det bedre alene ved at være på hospitalet (klassisk konditionering).
- *Anxiety reduction:* Hvis patienten regner med behandlingen virker, vil det dæmpe ængstelse, hvilket vil dæmpe symptomer.
- *Fysiologisk teori:* Placebo effekter, øger niveauet af endorfiner (smertereducerende) hvorved symptom (smerte) dæmpes.

Der er 4 **grundrætninger** vedrørende en given placebo effekts natur:

- Placebo effekten vil følge effekten af det "rigtige" stof.
- Styrken af effekten vil være proportional med den "rigtige" effekt.
- Bivirkninger for placebo og "rigtigt" stof vil være sammenfaldende.
- Den temporale dimension for placebo og "rigtigt" stof vil være ens.

5. Beskriv udviklingspsykologisk teori med relevans for forståelsen af barns oplevelse af smerte

Smerte er en ubehagelig sanserfømelse for en lokaliseret del af kroppen, som knyttes sammen med en virkelig eller formodet legemlig skade. Ifølge ældre (biomedicinsk) opfattelse (f.eks. *theory of pain eller pattern theory*) var smerte nærmere en sensation end perception af stimuli, dvs. indviduet var ikke selv aktivt medvirkende til oplevelsen af smerten. I dag inddrager man også det psykologiske aspekt i forståelsen af smerte.

Plagets var en af de vigtigste udviklingspsykologer i sidste århundrede og interesserede sig mest for den tankeproces, som børn bruger for at komme frem til en løsning på et problem. Han mente at barnets udvikling kan beskrives som bestående af stadier.

Nedenfor ses en model over hvordan barnet opfatter smerten udarbejdet af (Hurley og Whelan) uden fra plagets værker:

- *Præoperationale (2 - 7 år)*: Smerte er en fysisk erfaring, der bruges non-verbalt "cues" for at beskrive smerten. Barnet kan ikke skelne mellem grunde eller effekten af smerte. Smerten bliver betragtet som en strafte.

- *Konkret Operationel (7 - 11 år)*: Barnet i den aldersgruppe relaterer til smerten fysisk. Kan godt lokalisere loci af smerten ved at pege på en kropsdel. Er bange for at kroppen bliver desruineret, idet de er opmærksomme på kroppens organer.

- *Transitional (10 - 12 år)*: Barnet er begyndt at forstå proposition mellem "hvad - hvis". Har et perception af smerte, som ikke er sofistikeret, som formal operationel aldersgruppe. Barnet i den aldersgruppe ønsker en forklaring på hvorfor den har smerte og hvad er behandlingen

- *Formal Operationel (12 - 2 år)*: Barnet begynder at løse opgaver i denne alder og har en idé om hvorfor den har smerte, men har ikke de nødvendige coping mekanismer.

6. Redegør for vigtige begreber i forbindelse med "sygdomsoplevelse" ("illness cognitions")

Sundhed kan defineres både negativt = som fraværet af negative helbredspåvirkninger, og positivt = som en bredere tilstand, der kræver tilstedeværelse af fysisk og psykisk velvære, sunde sociale forhold.

De vigtigste begreber i forbindelse med "sygdomsoplevelse" ("illness cognitions") er følgende:

Leventhal's selvregulatoriske model. Interpretation - Coping - Appraisal-fase

- **Leventhal's selvregulatoriske model:**

Betrager sygdomskognitioner som "normal" problemløsning, med en førtolkningsfase, en coping-fase og en evalueringsfase, og forudsiger, at disse tre faser vil udspille sig, indtil problemet er løst. Sygdommen er altså en uønsket afvigelse fra det normale, og patienten ønsker at vende tilbage til normal-stadiet.

Modellen kaldes selvregulatorisk, fordi de forskellige faser er tæt relateret til hinanden, og i dynamisk samspil → de regulerer hinanden.

Interpretation: Hvordan opfatter patienten sygdommen? Flere faktorer har betydning.

- *Symptomperception:* Forskellige personer har forskelligt fysisk opmærksomhedsniveau, hvilket resulterer i en variation i sygdomsopfattelse.
- *Humør:* Dårligt/godt humør kan påvirke sygdomsopfattelse, især mht. smerte
- *Kognition:* Forventninger til en tilstand eller et indgreb kan have betydning for opfattelsen af den.
- *Miljø:* Social kontekst kan have betydning for sygdomsopfattelse.
- *Sociale beskeder:* De beskeder vi får af andre, enten behandlere eller venner og bekendte har betydning for vores egen opfattelse af sygdommen.

Coping: Coping kan deles op i coping med en diagnose, coping med en sygdomskrise og kognitiv adaptation.

- *Coping med diagnose*: Ved en konfrontation med en sygdomsdiagnose gennemgår individet ofte tre faser: "Shock", "Encounter reaction" og "Retreat".

- *Coping med en sygdomskrise*: Sygdom betragtes som i Leventhals model som unormale tilstande, individet søger at normalisere. Individet fungerer som en selv-regulator.

Coping-processen inddeles i tre distinkte processer: 1. "Cognitive Appraisals", "Adaptive Tasks", "Coping Skills". Coping-processen afgør, om patienten udviser *healthy adaptation* = modning og tilfredshed med ny livssituation, eller *maladaptive response* = personligt forfald og nedsat livskvalitet.

- *Kognitiv adaptation*: Alternativ teori, der beskriver hvordan patienter copet med fruende begivenheder, herunder sygdom. Teorien arbejder med tre processer: "Search for meaning", "Search for mastery", "Self-enhancement".

▪ Illusioner har en vigtig funktion i forhold til coping, idet de tillader individet at benægte fakta, som de ikke er klar til at cope med → modvirker "overload" af coping-systemet. Nogle patienter oplever øget livskvalitet efter en diagnose med en kronisk sygdom (i modstrid med Leventhals homeostase-begreb, og ønsket om at vende tilbage til normalitet).

God sommer... ☺

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

25. januar 2008

Eksamensnummer: 355

A. Essay-spørgsmål:

- 1) Redegør for forskellige overvejelser over mulige sammenhænge mellem personlighed og sygdom:

Personligheden er defineret som en teoretisk konstruktion, hvor mennesket betragtes som et helt reaktionssystem med flere forskellige egenskaber, såvel biologiske som psykiske (Se: *Klinisk sundhedspsykologi*, 417). Fem-faktor modellen indeholder fem forskellige slags personlighedstræk (personlighedstræk er defineret som: Varige psykiske egenskaber, der afspejler individuelle forskelle med hensyn til typiske adfærds- og reaktionsmønstre): 1. Neuroticisme, 2. introversion-extroversion, 3. samvittighedsfuldhed, 4. Fjendtlighed eller venlighed, 5. Intellektuel åbenhed. Desuden findes der fire forskellige personlighedstyper som er konstellationer af flere personlighedstræk, hhv. Type A, type B, type C og type D. Da personlighed vedrører varige psykiske egenskaber, er der derfor en sammenhæng mellem personlighed og helbred:

Type A er karakteriseret ved at være 1. Konkurrence og præstationsorienteret, 2. Type A er en travl og utålmodig person og 3. Type A er fjendtlig indstillet og aggressiv. Der er påvist en klar sammenhæng mellem type A og hjertelidelser. Hvilket kan skyldes, at de reagerer psykofysiologisk voldsommere end andre typer i konkurrence-betonede situationer. Især ses der en relation mellem fjendtlighed og hjertelidelser.

Type B er defineret ved ikke at være type A eller nærmere sagt: Type B lever et roligt liv og har en afslappet holdning og er ikke konkurrerende om social status. Type B adfærd er gunstig for kropslig og psykisk sundhed (Se: *Klinisk sundhedspsykolog*, p. 424).

Type C er karakteriseret ved at være altruistisk, dvs. selvopfordrende, hensyntagende og varm. Endvidere er denne type Respektfuld, dvs. føjelig og eftergivende overfor sociale normer og konflikter. Desuden er denne type også fornuftsorienteret og vedkommende vurderer sine følelser lavt og fortrænger disse. Der er en sammenhæng mellem type C og cancerpatienter.

Type D er høj på neuroticisme (negativ affektivitet) og lav på extroversion, dvs. vedkommende er hæmmet i sociale sammenhænge og er introvert. Type D er primært associeret med helbred i undersøgelse af hjertepatienter.

Josephine på 19 år kan karakteriseres ved at være type C eftersom hun har meget få, men nære bekendte som alle beskriver hende som tilbageholdende, nervøst anlagt og trofast og loyal. Desuden kan hun i perioder virke trist og indesluttet. Hendes sygdom kan muligvis have en sammenhæng med hendes tyktarmsbetændelse.

- 2) Beskriv relevante temaer i forbindelse med kronisk sygdom, som kan relateres til at skulle leve med stomi:

En kronisk sygdom er defineret som en tilstand, der kræver vedvarende professionel behandling eller indebærer en diagnosticeret irreversibel svækkelse af psykisk eller somatisk karakter, som ikke kan tilskrives en normal ældning. For smertefulde tilstande defineres smerter som værende kroniske, hvis de har været mere end seks måneder (Se: *Powerpoint til holdundervisning: Psykologiske aspekter ved kronisk sygdom*). Undersøgelser har vist, at der er en manglende korrelation imellem sygdomsgrad og patientens oplevelse af livskvalitet og psykisk velbefindende. Det er derfor vigtigt at se på patientens oplevelsesverden for at forstå hvordan patienten reagerer på og lever med sin kroniske sygdom. En kronisk sygdom påvirker patientens livskvalitet og kan medfører ændrede fysiske, følelsesmæssige, kognitive, sociale forhold. Kroniske sygdomme kan anskues på to forskellige måder. 1. som en traumatisk krise og som 2. en eksistentiel krise. Ved den traumatiske krise vil patienten typisk gennemleve fire faser: 1. Chokfasen, 2. Reaktionsfasen, 3. Bearbejdningsfasen og 4. Nyorienteringsfasen. Patienten vil ofte vende tilbage til en fase, så faserne er ikke

nødvedigvis et linært forløb. Den eksistentielle krise ser den kroniske sygsom som et livsvilkår, som rammer vor eksistens og "ryster selvet". Den rammer vores 1. Den fysiske væren, 2. Den psykiske væren, 3. Den sociale væren og 4. Den åndelige væren.

Krisen er et udtryk for oplevelse af et tab, som er så stort og truende, at de sædvanlige mestringsstrategier sættes ud af kraft. Josephines "blødende tyktarmsbetændelse" og efterfølgende stomi har tydeligvis påvirket hendes liv. Hun har haft korte forhold med jævnaldrende drenge. Men Josephine afbrød forholdene inden de kunne nå at udvikle sig til intime relationer. Hendes sygdom har påvirket hendes fysiske væren: Hun har et negativt syn på sin krop og betragter den som værende ulækker og ikke god nok til, at hun kan danne intime relationer. Hun føler at hendes krop har mangler og at den svigter. Sygdommen har også påvirket hendes psykiske væren, da hun beskrives som værende trist og indelukket. Det har påvirket hendes selvværd, eftersom hun ikke føler, at hun er god nok. Hendes sociale verden er også ramt af sygdommen: Hun har kun få bekendte og er tilbageholdende. Hun virker som en person som er meget alene og ikke tør lade andre folk komme tæt på hende. Hendes åndelige verden er også blevet ramt af sygdommen. Det virker som at hun har mistet håbet og har aflukket sig fra omverdenen.

3) *Beskriv nogle udviklingspsykologiske teorier, der kan belyse mulige relevante temaer i Josephines hidtidige liv:*

Udviklingspsykologi er defineret som: "Læren om forandringer i adfærd, reaktionsmønster og psykiske egenskaber (a) i et individs livsforløb eller (b) i arternes udvikling" (Se: *Klinisk sundhedspsykolog*, p. 425).

- Udviklingspsykologien beskæftiger sig med 1. Den fysiske udvikling: f.eks. motorisk og perceptuel udvikling. 2. Kognitiv udvikling: f.eks. tankeprocesser, hukommelse og sprog. 3. Personlighed og social udvikling: f.eks. selvopfattelse, kønsidentitet og interpersonelle relationer.

Forskellige teoretikere har søgt at opdele det enkelte individs livsforløb i faser. Heriblandt Erikson, Freud, Piaget og Mahler. Jeg vil pga. tidsmangel kun komme ind på Erikson.

Erikson delte individets livsforløb op i ni stadier: (Se: *Klinisk sundhedspsykolog*, p. 234).

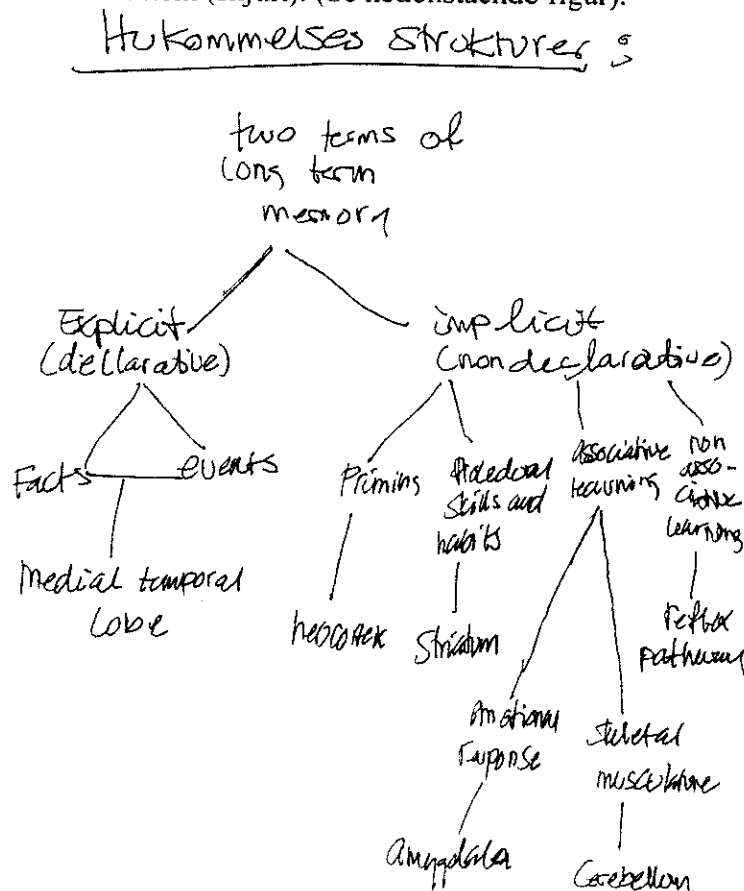
- 1) Spædbarnsalder: Her stilles tillid overfor mistillid og tilknytning overfor separation. Freud kaldte dette stadie for den Orale fase.
- 2) Småbarnsalderen: Her stilles autonomi overfor skamfuldhed og tvivl. (Freud: Anale fase)
- 3) Legeperioden: Her stilles initiativ overfor skyldfølelsen. Desuden udvikles selvopfattelse og moraludvikling. (Freud: Ødipale/falliske fase)
- 4) Skoleperioden: Her stilles konstruktiv foretagsomhed over for mindreværdsfølelse. Desuden udvikles selvvurderingen. (Freud: Latens)
- 5) Ungdomsperioden: Her stilles identitet overfor identitetsforvirring. Endvidere udvikles selvbilledet/identitet, gruppetilknytning. (Freud: Genitale)
- 6) Tidlig voksenperioden: Her stilles intimitet overfor isolation. Desuden begynder de unge at flytte hjemmefra, danne parforhold og starter på en uddannelse.
- 7) Middel voksenperioden: Her stilles det skabe- og udviklingsevnen overfor stagnation og selvoptagethed.
- 8) Sen voksenperioden: Her stilles Helhed og mening over for fortvivlelse og bitterhed
- 9) Alderdom: Her ses ingen afgørende psykosocial krise. Døden indtræder.

Josephine befinder sig på nuværende tidspunkt Ungdomsperiden-tidlig voksenperioden. Udover de få bekendtskaber hun har, er hun isoleret. Hun er flyttet hjemmefra og er startet på en uddannelse. Hun har haft enkelte forhold som dog ikke har udviklet sig til at blive intime. Josephine har en del problemer i sit nuværende stadie, hvilket iflg. Erikson kan forklares ud fra de oplevelser hun har haft tidligere. Hendes moder havde alkoholproblemer og var indlagt på behandlingshjem. Josephine er blevet sepereret fra sin moder og har derfor ikke haft en sikker tilknytning til sin mor. Dette kan forklare, at hun er en nervøs og tilbageholdende person, og at hun har svært ved at knytte sig til andre mennsekser. Da Josephine var 10 år blev hendes forældre skilt og både Josephine og broderen boede derefter hos faderen. Hun har altså manglet sin mor under hele sin opvækst, hvilket har haft en stor indflydelse på hendes personlighed. Man kan forestille sig, at Josephine må have haft et stort ansvar derhjemme, mens hun boede sammen med moderen, hvilket er karakteristisk for børn af alkoholikere. Dette kan forklare at hun er en trofast og meget loyal person, og at hun er god til at lytte til andre. Hun er altså blevet vant til at bære tunge byrder på sine skuldre og sætte andres ønsker og behov før sine egne.

B. Korte spørgsmål

1. Angiv langtids-hukommelses strukturer/systemer:

Der findes to former for langtidshukommelse: 1) Explicit (declarative) og 2) implicit (nondeclarative). 1) Deklarativt indeholder konkret viden: a) episodisk som er viden om personlige oplevelser, personer og livsbegivenheder. b) semantisk viden som er boglig faktuel viden. 2) Procedural (nondeclarative) indeholder viden som ikke umiddelbart udtrykkes men findes latent (skjult). (Se nedenstående figur).

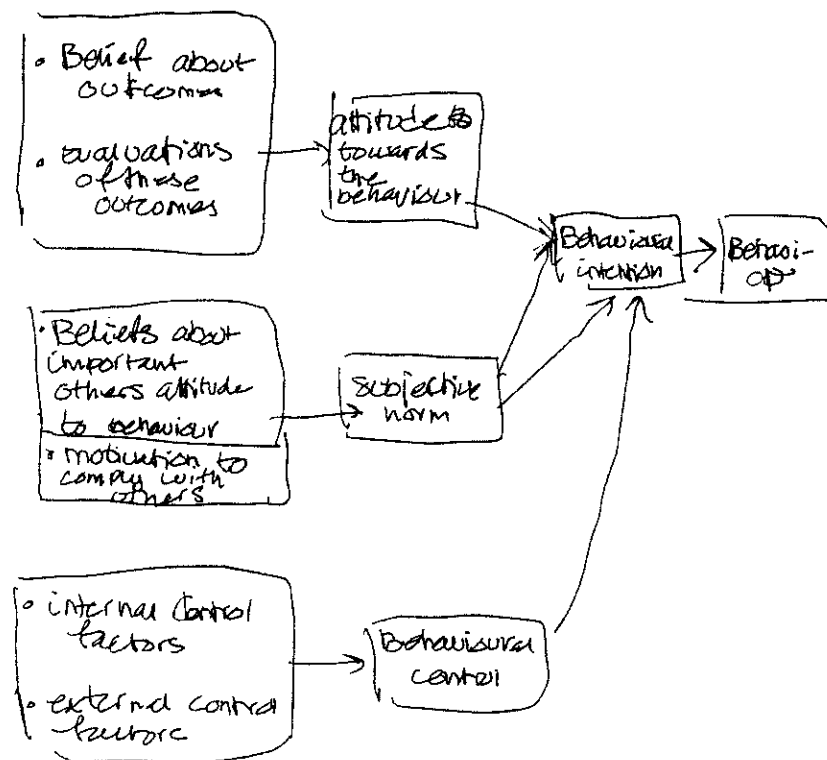


2) Beskriv komponenterne i Theory of Planned behaviour (TPB):

Sundhedsmodellerne kan deles op i 1) Kognitive modeller og 2) Social-kognitive modeller. TPB er et eksempel på en social-kognitiv model. Social-kognitive modeller forsøger ligesom kognitive modeller at besvare, hvilke faktorer der har betydning for sundhedsadfærd, men tilføjer den sociale dimension. Yderligere forsøger de at svare på, hvorfor det ofte mislykkes for individer at opretholde ønsket adfærd (intentioner vs. handling). Udover at beskæftige sig med individets kognitioner inddrages vigtige personers meninger og samfundets påvirkning (normer), og self-efficacy tillægges meget større betydning end i kognitive modeller. TPB opdeler de betydende faktorer i individets kognition, sociale faktorer, og self-efficacy:

- Attitude towards the behaviour: Udtryk for summen af kognitive processer.
- Subjective norm: Udtryk for sociale faktorer.
- Behavioural control: Udtryk for self-efficacy.

Disse udgør tilsammen behavioural intention, der videre afgør "behaviour". Hvis behavioural control præcist afspejler den faktiske kontrol, kan den forudsige adfærd uden om intentioner. Man kan kritisere TPB for fraværet af en temporal dimension.



3.

Piaget stillede Tænkning/kognition op i skemaer (begreber, kategorier). Udviklingen af skemaer kan iflg. Piaget ske på følgende to måder.

Assimilation: Erfaringer tilpasses skemaer eller

Akkommodation: Skemaer ændres ud fra erfaringer

4. Model/observational indlæring:

Indlæring er en proces hvorved erfaring fører til en relativ permanent ændring i et organismes adfærd eller evner.

Model indlæring/observations indlæring:

- Indlæring ved at iagttage en model (Kaldes derfor også: Observations indlæring)
- Mennesker lærer ved at iagttage en model og
- ved at erhverve en følelse af "self-efficacy" (selv-virksomhed)

5. "The Gate Control Theory of Pain"

The Gate Control Theory of Pain har integreret psykologi og den biomedicinske model af smerte.

