

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

21. januar 2011

Eksamensnummer: 367

**Case-relaterede spørgsmål:**

Besvarelsen af de to case-relaterede spørgsmål vil sædvanligvis fylde omkring halvdelen af den samlede opgave.

**1) Redegør for krise-begrebet og forskellige krisereaktioner. Overvej ligeledes, hvorledes lægen mest hensigtsmæssigt kan – og bør – forholde sig til Josefine, i sammenligning med Maja, da hun blev syg.**

Krise-begrebet er defineret ved en livssituation, hvor ens tidligere erfaringer og indlærte reaktionsmåder ikke er tilstrækkelige til, at man kan forstå og psykisk beherske den aktuelle situation (Johan Cullberg) eller som ”En hændelse eller situation, hvor den selv- og verdensopfattelse man indtil da har haft, bryder sammen, fordi den er utilstrækkelig til at forstå det skete” (Berliner).

Der skelnes mellem to former for kriser: Den traumatiske og udviklingskrisen.

**Den traumatiske krise:**

Johan Cullberg har udformet teori omkring den traumatiske krise:

Definition af traumatisk krise:

”Individets psykiske situation i forbindelse med **en ydre hændelse**, der har en sådan karakter, at den pågældende oplever en alvorlig trussel imod sin fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller andre livsmål” (fra kompendiet s. 34 under *Det psykiske traume og den akutte krise*). Ifølge Johan Cullberg er der tre ydre hændelser, der kan føre til en traumatisk krise:

1. Tab: Det kan f.eks. være et nærtstående menneske, en pårørende eller en ven, men også dyr eller en personlig ejendel kan gøre sig gældende her, og ikke mindst en legemsdel. Derudover kan det være en abort eller truslen om tab.
2. Krænkelser: Kan være et resultat af skandalisering eller offentlige fiaskoer og andre situationer, der vækker skamfølelse.
3. Katastrofer: f.eks. ofre eller vidner til store katastrofer som tog- og bilulykker. Dog er der i ikke så udbredt en grad en traumatisk krise ved naturkatastrofer, da det at man ikke er den eneste det går udover, betyder at oplevelsen delvis mister sin ekstreme karakter.

Generelt kan man sige, at traumatiske kriser udfordrer vores grundantagelser:

Livet er: Forudsigelig – forståeligt – retfærdigt.

Hvilket kan medføre ændret: Selvfølelse – Social adfærd – kropsligereaktioner.

Johan Cullberg lavede en teori om faserne i et naturligt (simpelt) traumatisk kriseforløb:

Fase	Karakteristik	Varighed
1: Chokfasen	Kaos, desorientering, følelseløshed, kognitive forstyrrelser.	Minutter til flere dages forløb.
2: Reaktionsfasen	Angst (søvnforstyrrelser, appetitforstyrrelser, kropslige reaktioner, alkohol) og forsvarsmekanismer	Uger til måneder.
3: Bearbejdningsfasen	Mere realistisk billede af situationen og sig selv, bliver mere konstruktiv	Halvt til et helt år.
4: Nyorienteringsfasen	Traumet er under kontrol, nye interesser i et nyt liv, ikke en afslutning: Krisen bliver en del af personens opfattelse.	

Derudover kan krisen have form af en kompliceret traumatisk krise, der er kendetegnet ved at følge det naturlige kriseforløb med nogle væsentlige forskelle. Chokket kan blive så voldsomt, at der opstår en forvirringstilstand, der kan kræve psykisk omsorg og pleje. Chokfasen kan i værste tilfælde medføre en psykose af reaktiv karakter (med vrangforestillinger eller hallucinationer), der først ses efter flere dages eller ugers forløb. Overgangen til bearbejdningsfasen kan også kompliceres af de tiltagende psykiatriske symptomer, som f.eks. angst og depression.

### **Udviklingskrisen:**

Udviklingskriser kan udløses af ydre begivenheder, som må siges at være en del af det normale liv, men i visse tilfælde alligevel bliver for overvælde (Johan Cullberg). Det er en overgang til en ny livsfase f.eks. at flytte hjemmefra eller blive pensioneret. Udviklingskriser er mere ”bløde” og kan være større eller mindre. Dog er der variation i, hvordan mennesker mærker dem, for nogen kan det f.eks. være meget svært at skulle acceptere pensionisttilværelsen.

I casen er det truslen om tab, der medfører en krisesituation. Det hører derfor under den traumatiske krise. Der må også siges at være en form for overdeterminering, da reaktionens styrke ikke alene kan forklares ud fra den udløsende årsag. I Josefines tilfælde har hun en syg datter, selvom det synes at gå fint nu, kan informationen om at Peter er såret bringe de gamle problemer, den angst ind i hendes liv igen. Derudover er Peter soldat og har tit været udstationeret, relevant i casen står beskrevet ”Josefines veninder har givet udtryk for, at de synes, det må være utrolig svært at være i Josefines situation, specielt med hensyn til Peter” Her har Josefine altid henvist til, at hun var klar over, hvad Peters arbejde kunne indebære. Men denne form for manglende lyst til at bevæge sig ind på emnet, fortæller også noget om, at Josefine altid har haft denne frygt inde i sig, af samme grund hun ikke ser nyhederne længere. Man må derfor også kunne forvente en vis form for overdeterminering i forhold til dette, da denne frygt og angst har været hos hende igennem længere tid og at hun ved at tidligere fortrænge disse følelser kan få en langt stærkere reaktion på den reelle krisesituation. Hun har også mistet sin far i en tidlig alder og der må derfor også forventes at være en sammenhæng mellem hendes reaktion og dette.

Når Josefine kommer op til lægen, vil lægen hjælpe så godt han nu kan. Men lægen står overfor et en vis ambivalens i mødet med den kriseramte Josefine. Dels vil han gerne hjælpe og støtte hende, dels vil han også selv opleve smerte, der skyldes en konstant påmindelse om lidens og katastrofens mulighed i vort eget liv.

Lægens opgave består primært i 2 ting:

- Sikre, at den kriseramte kan leve videre, imens ”såret” læges.
- Sikre at genopbygningsprocessen ikke bremses
  - Dette kan bl.a. gøres ved at vise et vikarierende håb (overtage den optimisme som den kriseramte ikke selv er i stand til at vise).

Det er i denne situation især vigtigt at tale om følelser; omvendt kan det at individet folder krisen ud for sig selv gøre krisen for overvældende og skadelig for helingsprocessen. Eventuelt kan der i nogen grad være tale om medicinering i den akutte krise.

I Josefines situation må lægen tage højde for, at Peter muligvis godt kan dø, han må derfor ikke give falske håb eller forventninger til Josefine. I tilfældet med Majas sygdom, har der været tale om en mindre krise, der til gengæld har været ret akut og uforventet. Krisens forløb i dette tilfælde har haft form af et naturligt kriseforløb. Her har lægen, i modsætning til tilfældet nu, kunne fortælle om behandlingsmuligheder og at det nok skal gå. Som tilfældet jo er med diabetes, så er det ikke dødeligt, hvis man bare sørger for at følge lægens råd.

## 2) Nævn nogle faktorer, der har betydning for individuelle forskelle i reaktioner på stressfulde eller belastende begivenheder.

Her er det relevant først at kigge på Lazarus – The role of appraisal: Stress udløses hvis individet vurderer en ekstern stressor som faktisk værende stressende.

- Primær vurdering: Måden individet vurderer selve situationen på. 4 måde: (1) irrelevant (2) ufarlig og positiv (3) en trussel og skadelig (4) skadelige og en udfordring. Den primære vurdering er altså en vurdering af "verden omkring" en.
  - Lazarus beskriver herunder 4 typer af begivenheder, der kan betragtes som særligt stressende:
    1. Signifikante: begivenheder, der har større betydning end perifere begivenheder. Peter er en vigtig del i Josefines liv.
    2. Overload: "bægeret flyder over". Svarer til Josefine får besked om, at Peter er såret.
    3. Uklare (ambiguous) begivenheder: Josefine ved ikke om Peter overlever.
    4. Ukontrollerbare begivenheder: Josefine kan ikke styre om Peter overlever eller ej.
- Sekundær vurdering: individet vurderer fordele og ulemper ved sine coping-strategier. Den sekundære vurdering er altså individets vurdering af sig selv. "kan jeg klare det her – og hvordan gør jeg det bedst".

Resultatet af den primære vurdering er afgørende for om individet viser et stress respons eller ej. Responset kan tage form som (1) gøre ingenting (2) søge information (3) direkte handling (4) udvikle/justere forskellige coping strategier. Lazarus's model indikerer, at individet ikke passivt reagerer til den eksterne verden, men i stedet interagerer med den.

Lazarus: Selvkontrol og stress – faktorer, der kan reducere risikoen for stress.

Der er bestemte karaktertræk, der har betydning for stressresponsen (secondary appraisal) eller relateret til selvkontrol:

- Selv-efficacy: Har betydning for om individet tror på, at han kan klare en given opgave.
- Hardiness: Defineres som kontrolfølelse, tilbøjelighed til at acceptere udfordringer og engagement.
- Mastery: Kontrol over selve stress-responsen (ikke over stressoren).

Altså afhænger stress-responsen af, om vi overhovedet vurderer en situation/ting som potentiel stressende og om vi føler os i stand til at cope med den. Psykiske faktorer er således en central komponent i et stress-respons, men foreløber samtidig med fysiologiske ændringer (kommer vi ikke ind på).

Ud fra Lazarus model er det klart at Josefine oplever en stresset situation, som hun har svært ved at cope med.

Når det er sagt, kan man se nogle forskelle i de forskellige karakteristiske træk i forhold til stress, og her er det især Type D personligheden, der udvikler stress.

De karakteristiske træk for denne personlighedstype er: Irritation, uro, tristhed, pessimisme, oplever at have ringe social støtte (introvert), sortsyn, bekymrer sig meget, neuroticisme, indelukket, stille.

Typisk adfærd er: taler nødigt om følelser, holder andre på afstand, spinkelt netværk.

Typisk psykomotorisk fremtræden: Kronisk anspændthed.

Hvis man sammenholder disse karaktertræk med Josefine, er der mange ting, der, ud fra casen, gør hende til en type D person. Hun er meget bekymret for Peter, hun taler nødigt om følelser (jf.

tidligere eksempel med veninder), hendes sociale støtte må siges at være begrænset, da hun ”i lange perioder (har) været alene om at passe Maja”. Josefine er derfor i høj risiko for at skulle udvikle stress i forbindelse med en ekstern stressor, som den hun står overfor med Maja nu.

### Øvrige spørgsmål:

#### 3) Redegør for forhold vedrørende børn og smerte med inddragelse af relevant udviklingspsykologi.

Børns smertetilstande kan inddeles i 4 kategorier:

1. Smerte associeret med sygdomstilstand, f.eks. børne-leddegigt (kronisk smerte)
2. Smerte associeret med en fysisk skade (akut smerte)
3. Smerte, der ikke er associeret med en veldefineret sygdom eller identificerbar skade, f.eks. tilbagevendende mavepine eller spændingshovedpine (intermitterende smerte)
4. Smerte associeret med medicinske eller dentale procedure (tandlæge, vaccinationer mv.)

Tidligere har man ikke forsket så meget i smerter hos børn, hvilket gjorde at langt færre børn blev smertebehandlet, da man mente, at de ikke følte den samme form for ubehag, men fra sidst i 1980'erne har der været en del forskning i præmature og spædbørns reaktioner på smerte. Resultatet af dette og mange senere undersøgelser har vist, at børn er blevet undermedicineret og f.eks. spædbørn er mere sensitive overfor smerte end voksne er.

Ved at bruge Piagets kognitive udviklingsstages ser man følgende sammenhæng mellem de aldersafhængige stadier vedr. Børns opfattelse og forståelse af smerte: (Hurley and whelan, 1988)

Børn udtrykker deres smerte i sammenhæng med deres alder, fx grimasser, gråd, røre ved maven. Mindre børn er ikke altid i stand til at lokalisere smerten.

- Præ-operationelle stadie (2-7 år): Skal have forsikring om, at smerte ikke er en straf. Kan evt. hade sygeplejersker, fordi de ikke kender sammenhæng mellem årsag og effekt.
- Konkret operationelle stadie (7-11 år): har brug for forsikring om frygt for ”body annihilation”. Har brug for ordentlig forklaring mellem smerte og behandling.
- Formel og operationelle stadie (12 år og op efter): Har behov for mulighed for at diskutere frygt. Har behov for information vedr. deres sygdom og behandling.

Sammenlignet med den generelle kognitive udvikling udvikles børns forståelse af helbreds- og sygdomsbedgreber lidt langsommere. Dette kan sandsynligvis skyldes erfaringens vigtige behov for mental udvikling, der blandt andet ses af, at børn sjældent har mange erfaringer med sygdom, og viser heraf følgende langsommere udvikling af sygdomsbegreber.

Der er vigtigt at man ved kommunikation med syge børn er opmærksom på deres forskellige forståelse af smerter og sygdom på forskellige udviklingsstadier.

Små børn udtrykker oftest smerte vha. ansigtsudtryk og lyde, imens pre-operationelle børn kan udtrykke smerten verbalt.

Man bør være opmærksom på, at børn der har haft tæt kontakt med hospitalsvæsnet har en afvigende opfattelse af smerte. Dette skyldes, at hospitalsvæsnet ikke tilnærmer sig børnene i forhold til deres udviklingsstadie, men altid tiltaler dem, som var de i Piagets konkret operationelle stadie. Hvis forklaringerne givet til børn ikke er alderstilpassede kan det udløse stress og angst hos barnet under indlæggelsen.

#### 4) Beskriv nogle væsentlige psykologiske forhold, som hyppigt ses ved kronisk sygdom.

”En kroniske sygdom kan defineres 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" (Erik Friis-Hasché).

Nogle af de psykologiske konsekvenser af kroniske sygdom ses ved en ændret livskvalitet.

Livskvalitet kan indeholde følgende parametre (Harper & The World Health Organization Quality of Life Group, 1999)

- Fysiske (rørighed, almentilstand, aktivitetsniveau, velbefindende)
- Følelsesmæssige (stemningsleje, spænding, stress, angst, depression og velbefindende)
- Kognitive (opmærksomhed, bedømmelsesevne, kommunikation og koncentration)
- Sociale (kontakt med andre, seksualliv og fritidsaktiviteter)
- Sundhedstilstand (generel livstilfredshed og forekomst af gener, smerte, handicap og sygdomssymptomer)

Den kroniske sygdom kan således udløse en eksistentiel krise:

"Kronisk sygdom er et livsvilkår, som rammer vor eksistens og "ryster selvet". Krisen er mere fundamental, omfattende og langvarig end det, den traumatiske kriseteori lægger op til. Processen forløber mere cirkulært. Ved kronisk sygdom har vi behov for at udvide med eksistentiel kriseteori. Den eksistentielle krise vækkes til live af sygdommen, og sygdommen tvinger personen til at forholde sig til de centrale eksistentielle dilemmaer og finde nye løsninger til at håndtere de eksistentielle grundvilkår. (Marianne Bache og Bente Østerberg)"

De 4 eksistentielle grundvilkår iflg. Yalom:

- Døden
- Ensomheden
- Meningsløsheden
- Friheden

Den emotionelle respons på kronisk sygdom ses oftest som:

- Fornægtelse
  - Patienter lader som om sygdommen ikke er alvorlig. Det kan have både positive og negative følger. De positive er, at det kan have en beskyttende funktion, da den kan hjælpe patienter til at kontrollere deres emotionelle reaktioner på sygdom. De negative er, at det kan forstyrre patienternes evne til at monitorere deres tilstand, til at have initiativ til at søge behandling eller til at gennemføre den → nedsat adherence.
- Angst
  - Er meget almindelig efter en diagnose om kronisk sygdom.
  - Det er et problem, da det ikke kun er emotionelt og psykisk stressende, men det kan også forstyrre 'good functioning'.
  - Dårlige coping og flere symptomer opleves hos den angste patient.
  - Selvom angst direkte henført til sygdommen kan falde over tid, kan angst for mulige komplikationer, sygdommens implikationer for fremtiden, og dens indvirkning på arbejde og fritidsaktiviteter faktisk stige med tiden. Således kan både vurdering og behandling af angst blive relevant, da det ikke overraskende forringer livskvaliteten.
- Depression:
  - Der er bevis for at depression kan forekomme noget senere i "adjustment process"en end fornægtelse eller svær angst. Depressioner er helt almindelige (25-30 %) og ofte invaliderende. (L. Moody, McCormick & Williams, 1990; G. Rodin og Voshart, 1986)
  - Depression komplicerer behandlingstilslutningen (treatment adherence) og medicinsk beslutningstagen. Den forstyrrer patientens adoptering af "comanagerial role", og giver forhøjet risiko for dødelighed fra en bred vifte af kroniske sygdomme. Depression kan forværre symptomerne og komplicere behandlingen af større

kroniske sygdomme inkl. Diabetes, cancer, koronar hjertesygdomme og hypertension.

- Det er vanskeligt at diagnosticere hos kronisk syge, fordi mange af de fysiske symptomer (træthed, søvnløshed, væggtab) også kan være symptomer eller sideeffekter ved sygdommen.
- Depression er en potent risikofaktor for død hos kroniske syge (Hermann et al., 1998; Wulsin, Vaillant & Wells, 1999).
- Depression stiger med sværhedsgraden af sygdommen.

Disse emotionelle respons på kronisk sygdom fører til nedsat livskvalitet, der i sidste kan medføre tidlig død. Men spørgsmålet er, hvad forskel det gør, når man ikke har levet med en ordentlig livskvalitet. Det er derfor vigtigt at folk med kroniske sygdomme får den rette psykologiske hjælp.