

Sensorveiledning

Tre oppgaver skal besvares. Velg enten oppgave 1 eller oppgave 2. Velg to av oppgavene 3 til 6. Oppgavene vektet likt.

Besvar 1 av 2 følgende oppgaver

Oppgave 1

Per er 20 år gammel og bor hos foreldrene sine. De siste tre årene har han trukket seg stadig mer tilbake og tilbragt mer tid på gutterommet. Han falt ut av videregående skole for 1 år siden og har etter det kuttet kontakten med tidligere venner. Foreldrene reagerer på at han ikke lenger er den «gode gamle» og følger ham til fastlegen. Under legetimen forteller Per at han er fryktelig redd og nedstemt for tiden. Han opplever at PST overvåker ham. Etter at han hørte noen merkelige lyder fra lufterventilen på rommet for omtrent 2 år siden, ble han bekymret for at PST har installert kamera, derfor har han teipet over ventilen. Denne frykten oppstod etter en periode hvor han hadde røyket en del hasj med venner. Han forteller at han sover veldig urolig om natten og våkner gjentatte ganger. Per sier han ikke har det bra, og godtar at fastlegen sender henvisning til lokalt DPS.

- a) Gjør rede for Freeman og kolleger sin kognitive modell for vrangforestillinger. Fyll ut modellen med eksempler fra Pers historie.
- b) Drøft likheter og forskjeller mellom Raihani og Bell sin forståelse av vrangforestillinger sammenlignet med Freeman og kolleger.
- c) Redegjør for om Pers forestillinger kan karakteriseres som vrangforestillinger eller ikke. Begrunn svaret.

Freemans modell er bygget på en stress-sårbarhetsforståelse av psykose. Vrangforestillinger handler om et samspill mellom sårbarhet, stress, antakelser om selvet, emosjoner og kognitive prosesser. Vrangforestillinger om forfølgelse forstås i modellen som trusselantagelser som oppstår når personen forsøker å skape mening i interne og eksterne opplevelser som er uvanlige og emosjonelt betydningsfulle. Opplevelsen reflekterer en interaksjon mellom kognitive prosesser, eksisterende antagelser, personlighetsfaktorer knyttet til emosjoner, og miljøbetingelser. Vrangforestillingene opprettholdes gjennom at personen fortolker ulike situasjoner og hendelser som bekreftende bevis, og samtidig som at avkreftende bevis ikke blir vurdert.

Til forskjell fra Freeman har Raihani og Bell en evolusjonær tilnærming til vrangforestillinger. Evnen til å utvikle paranoia er et resultat av sosiale seksjonspress i form av vår evne til å a) forme koalisjoner og allianser, b) alliansemedlemskap, c) avklare dominanshierarki, d) predikere og manipulere andres intensjoner og atferd. I følge deres forståelse må man ta hensyn til at menneskets behov for koalisjoner og koordinering av grupper i konkurranserelaterte situasjoner vil favorisere psykologiske mekanismer som

oppdager, forventer og unngår sosiale trusler. Paranoide trekk kan derfor forstås som adaptive prosesser som forbedrer tilpasningsevne. Forfatterne fremhever at psykoselidelser ikke er favorisert gjennom seleksjon, ettersom personer med psykose har lavere sjanse for reproduksjon. I stedet hevder de at paranoia kan forstås som en konsekvens av seleksjon på evner som forbedrer oppdagelse og evaluering av trusler mot koalisjonen eller gruppen man er del av. Dette tilsier at det ikke nødvendigvis er store forskjeller i selve prosessene som Rahaini og Bell og Freeman antar ligger til grunn for vrangforestillinger om forfølgelse. I stedet kan de kognitive prosessene være ganske like, selv om Freeman setter disse eksplisitt inn i en skjematisk kognitiv modell. De bakenforliggende årsakene kan derimot ha større forskjeller, der Rahaini og Bell sin evolusjonære forståelse innebærer at det har vært et seleksjonspress på visse prosesser som styrker gruppesamhold og forebygger trusler mot gruppen, slik at dette er universelle prosesser. Freeman legger ikke et evolusjonspsykologisk perspektiv til grunn. Selv om også Freeman antar at vrangforestillinger har opphav i normalpsykologiske prosesser felles for alle mennesker, har modellen en mer individuell forklaring på årsaken til psykotiske opplevelser. Freeman antar at spesifikke sårbarhetsfaktorer (genetikk, miljø, personlighet, sosiale faktorer) kombinert med stressfaktorer (biologisk, psykologisk, sosial) ligger til grunn, og at det ofte er en utløsende hendelse, som en livshendelse eller rusbruk. Stressreaksjonen hos slike sårbare personer skaper forvirring rundt ytre og indre faktorer og gi opphav til uvanlige opplevelser som at tanker oppleves som stemmer, handlinger oppleves som ikke-viljestyrte.

For besvarelse av spørsmål 1c legges til grunn at forestillinger som er kulturelt aksepterte i en større del av befolkningen eller i en subkultur ikke er vrangforestillinger. Raihani og Bell (2017): Konspirasjonsteorier handler ofte om en gruppe som gjør noe mot en annen gruppe, mens vrangforestillinger handler om en gruppe som gjør noe mot enkeltpersoner.

Oppgave 2

Bente er en 35 år gammel kvinne. Hun er gift og har to barn, og jobber i en barnehage. Hun tar kontakt med fastlegen, og forteller i legetimen at hun har blitt stadig mer nedstemt de siste månedene. Bente synes ikke hun mestrer jobben noe godt og er veldig sliten når hun kommer hjem. Hun må hvile på sengen og unngår å være med barna på ettermiddagstid, for å samle krefter til neste arbeidsdag. Hun får veldig dårlig samvittighet overfor barna, og ligger ofte våken om natten og tenker på at hun er en dårlig mor. Det kommer frem i samtalen med legen at Bente siden barneårene har vært veldig redd for hva andre tenker om henne. I sosiale situasjoner har hun alltid følt seg ukomfortabel, og synes at hun stotrer og stammer når hun snakker med andre. Hun prøver derfor alltid å si minst mulig. Etter at hun begynte å jobbe i barnehage har problemene blitt verre fordi jobben krever mye kommunikasjon med foreldrene til barna, både i uformelle samtaler og foreldremøter. Hun bekymrer seg alltid mye før hun skal snakke med foreldre, og tenker ofte på samtaler hun synes har gått dårlig. Fastlegen foreslår å sende henvisning til lokalt DPS, noe Bente er enig i.

- a) Beskriv prinsippene til grunn for inhibitorisk læring og redegjør for hvordan prinsippene kunne blitt anvendt i psykologisk behandling for Bente.

- b) Bouton redegjør i sin artikkel for ulike årsaker til at atferdsendring er vanskelig å opprettholde. Redegjør for sentrale faktorer som Bouton identifiserer.
- c) Drøft hvordan de sentrale faktorene beskrevet av Bouton (deloppgave 2b) kunne påvirket behandlingen av Bente (deloppgave 1a), og hva en behandler kunne gjort for å opprettholde atferdsendringen etter behandling.

Michelle Craske beskriver at pavloviansk betingning tilsier at et nøytralt stimulus (betinget stimulus, CS) som etterfølges av et aversivt stimulus som elektrisk støt eller frykt (ubetinget stimulus, US) skaper en forventningsfrykt (betinget respons, CR) etter gjentatte repetisjoner. I tradisjonell eksponeringsterapi blir pasienten eksponert for betinget stimulus uten at fryktede assosierte hendelsen (US) skjer. Med inhibitorisk læring menes det at den opprinnelige betingede stimulus (CS) ikke slettes under eksponering (ekstinksjonstrening). I stedet er den opprinnelige CS-US-forbindelsen intakt, men en ny og konkurrerende / inhiberende respons er lært. Craske nevner spesifikt 8 prinsipper man kan benytte i eksponeringsterapi: 1. Forventningsbrudd: Maksimere hva pasienten frykter vil skje gjennom å sette opp hypoteser før eksponering, og sikre så stor grad av forventningsbrudd mellom hva pasienten fryktet ville skje og hva som faktisk skjedde. 2. Dyp eksponering: Først gjøre ekstinksjonstrening på ulike betingede stimuli separat, deretter kombinere ulike stimuli samtidig (f eks oppsøke kjøpesenter og drikke koffein for å øke hjerterate). 3. Tilfeldig forsterket ekstinksjon. Sosial fobi-pasienter får ofte tilbakefall etter behandling etter bare en hendelse med negativt utfall (f eks avvising). Å innføre noen tilfeller av negativt utfall i behandlingen (f eks «shame attack» eller kritikk) virker kontraintuitivt, men dette har vist seg i dyrestudier å redusere faren for spontant tilbakefall av frykt. Dette forklares med at inhibitorisk læring tilsier at eksponeringsterapi ikke sletter den opprinnelige responsen, bare inhiberer den. 4. Fjerne trygghetssignal. Trygghetssignal (påførende, terapeut, mobil, medisin) påvirker utviklingen av inhiberende assosiasjoner. 5. Variasjon. Craske anbefaler å variere eksponeringsoppgaver med ulike stimuli, ulik lengde, ulik fryktintensitet, ikke følge rekkefølgen i et oppsatt hierarki, gå til ny situasjon før habituering har skjedd, gradvis lengre tid mellom sesjoner. Effekten forklares med kontekstavhengig læring. 6. Retrieval cues (påminnere). Objekter som kan minne pasienten på at betinget stimulus (f eks sosial situasjon) ikke lenger predikerer ubetinget stimulus (f eks angst). Dette brukes etter behandlingen er ferdig, f eks armbånd. Craske advarer at dette kan bli et nytt trygghetssignal og må brukes med varsomhet. 7. Multiple kontekster. Pga kontekstavhengig læring vil inhibitorisk læring måtte gjennomføres i veldig mange ulike situasjoner, som alene, ukjente steder, ulike tidspunkt, ulike dager. 8. Rekonsolidering. Tilsier at når et minne hentes fram kan det endres. Craske anbefaler å vise f eks et bilde av det pasienten frykter 30 min før eksponering.

Et problem med atferdsendring er tilbakefall. En årsak til tilbakefall er at atferdsendring ikke påvirker den opprinnelige lærte atferden, men skaper ny læring. Nylæring er ofte kontekstspesifikk, slik at faren for tilbakefall øker når pasienten kommer tilbake til den opprinnelige konteksten. Dette er et eksempel på ABA-tilbakefall (renewal), hvor A er den opprinnelige konteksten og B er konteksten for de nye læringen. Oppgaver kan også beskrive AAB, ABA og ABC tilbakefall, samt spontant tilbakefall (spontaneous recovery), reinstatement, rapid reacquisition eller resurgence, som beskrevet i tabell 1 i Bouton.

Bouton anbefaler at nylæring bør skje i kontekster hvor pasienten mest behøver det, eller å trene i multiple kontekster. Bouton påpeker at den opprinnelige atferden vi ønsker å endre vil

generaliseres lettere enn den nye atferden (inhiberende atferd), noe som viser viktigheten av kontekst-spesifikk læring.

Oppgavebesvarelsen bør vise hvordan prinsippene nevnt ovenfor er relevante for kasus «Bente» som har tendenser til sosial angst.

Besvar 2 av 4 følgende oppgaver

Oppgave 3

S-REF modellen er en teoretisk beskrivelse av sinnets oppbygging og funksjon med spesiell relevans for psykologiske lidelser. Beskriv sentrale komponenter i modellen og drøft relevansen av modellen for forståelsen av psykologiske lidelser. Hva menes med transdiagnostiske prosesser, og hva er konkrete eksempler på slike i ulike psykiske lidelser?

Sentrale komponenter i S-REF-modellen er: 1) Det kognitive oppmerksomhetssyndromet (cognitive attentional syndrome; CAS). CAS er en tilstand av prosessering av negativ selv-relevant informasjon, som bekymring, grubling, trusselovervåkning (indre: symptomer eller tanker; ytre: farlige situasjoner). Tilhørende problematisk atferd er unngåelse, inaktivitet, tankeundertrykking, rusbruk, som forlenger negativ prosessering. 2) Metakognitive antagelser. CAS styres av metakognitiv kunnskap (deklarativ og prosedural). Deklarative metakognitive antagelser inndeles i positive og negative antagelser. De positive antagelsene omhandler nyttigheten til CAS-strategier («bekymring gjør meg forberedt») og de negative omhandler ukontrollerbarheten og faren ved kognisjoner («jeg har mistet kontrollen over tankene mine»). S-REF-modellen omtales som en top-down-modell (forstyrrelser i frivillig kognitiv kontroll), til sammenligning med bottom-up (automatiske) modeller som kognitive skjema. S-REF-modellen tilsier at psykiske lidelser skyldes uhensiktsmessig prosessering (CAS). Med transdiagnostiske prosesser menes at negative tanker og følelser er forbigående for de fleste, men enkelte personer blir «fiksert» i en transdiagnostisk tankestil oppsummert i det kognitive oppmerksomhetssyndromet, som oppmerksomhet (f eks trusselovervåkning), og negative selvfokuserte tankeprosesser. Wells referer til studier om finner oppmerksomhetsbias og dysfunksjonelle metakognitive antagelser på tvers av psykiske lidelser. Av konkrete eksempler nevnes generalisert angstlidelse (“the client believes that worrying will help anticipate and avoid threat but in conjunction with this there is the belief that worrying is uncontrollable and harmful”), helseangst (“In health anxiety, there is a belief that negative misinterpretation of symptoms will facilitate illness detection and also that thoughts can cause illness”), depresjon (“analyzing why one feels depressed will lead to feeling better but might also cause self-harm”).

Oppgave 4

Tics-kontrollerende trening (habit reversal training) er en behandlingstilnærming for tics og Tourettes syndrom. Beskriv potensielle endringsmekanismer for behandlingsformen. Gi eksempel på hvordan tics-kontrollerende trening kan anvendes for å behandle motoriske og vokale tics.

Essoe nevner spesifikt tre potensielle mekanismer: habituering, assosiativ læring, og kognitiv kontroll. Habituering: Før et tic opplever personen ofte en aversiv trang, som lindres gjennom å utføre tics. Ved å utføre en alternativ konkurrerende respons får ikke personen den positive behovstilfredstillelsen fra den opplevde trangen. Etter gjentatte repetisjoner vil ubehaget fra den aversive trangen reduseres gjennom habituering, og behovet for å utføre tics reduseres. Assosiativ læring: Dette kan inndeles i positiv og negativ forsterkning, samt reversiv læring (reversal learning). Positiv forsterkning betyr at et utfall (ofte positivt, eller belønning) etterfølger en viss atferd, som øker frekvensen til atferden i fremtiden. I behandling av tics bruker man sosial positiv forsterkning for å forsterke alternative responser i stedet for tics og å utforske positive utfall fra behandling sammenlignet med å ikke få behandling. I behandlingen utforsker og fjerner man utilsiktet positive utfall fra tics (sekundærgevinster), som å slippe å gjøre husarbeid, få se på TV eller å være med foreldrene. Negativ forsterkning er at et negativt eller aversivt utfall tas bort etter en atferd, som fører til at atferden øker. Nevrobiologisk kan man forklare tics gjennom at utførelse av tics fjerner den aversive trangen, og denne negative forsterkningen opprettholder tics over tid. Selv om negativ forsterkning kan forklare at tics opprettholdes, brukes ikke negativ forsterkning direkte i atferdsterapi. Indirekte fungerer negativ forsterkning gjennom at personen gjennomgår kortvarig ubehag i behandlingen for å oppnå positive utfall senere (mindre ubehag fra aversiv trang, mindre erting fra medelever, mindre muskelspenninger pga tics). Manglende kognitiv kontroll antas å være en underliggende årsak til tics. Spesifikt at personen har vansker med å inhibere visse responser. I tics-kontrollerende trening får personen øvelse i å styrke kognitiv kontroll gjennom målvalg (gjennom oppmerksomhetstrening), responsvalg (velge konkurrerende atferd i stedet for tics), inhibisjon (øve på konkurrerende respons). Eksempler på ticskontrollerende trening for motoriske tics og for vokale tics må gis.

Oppgave 5

Forklar hva som menes med rekonsolidering av minner. Hvilke kognitive prosesser antas å ligge til grunn for rekonsolidering? Hvordan kan prinsippene for rekonsolidering ha betydning for psykologisk behandling av traumatiske minner?

Med rekonsolidering menes at når et minne gjenhentes fra hukommelsen er det labilt og modifiserbart. Forskning tilsier et tidsvindu på mellom ti minutter og seks timer. Minnet kan da endres gjennom ekstinksjonstrening. Rekonsolidering kan påvirkes farmakologisk gjennom propranolol, kortisol, glukose, ketamin. Atferdsmessig viser studier at ekstinksjonstrening kan endre minner, ved at betinget frykt reduseres gjennom repetert eksponering for betinget stimulus uten at den fryktskapende stimuli.

Agren nevner i sin artikkel eksempel på behandling av angstlidelser, spesifikt post-traumatisk stresslidelse (PTSD) og spesifikk fobi. Pasienter med PTSD gjenfortalte det traumatiske minnet og fikk propranolol eller placebo. Propranolol-gruppen hadde lavere hjerterate og skin conductance når de senere hørte minnet sitt opplest. For ekstinksjonstrening viser studiet til Schiller at personer som ble eksponert for fryktminnet i løpet av rekonsolideringsfasen (10 minutter) hadde mindre frykt (målt med skin conductance) sammenlignet med de som fikk eksponering utenfor rekonsolideringsvinduet (6 timer). Dette kan tilsi at personer som er utsatt for traumatiske hendelser kan bli mindre plaget med post-traumatisk stress hvis de blir

re-eksponert og får rekonsolidert minnet i løpet av kort tid. Imidlertid har senere studier ikke påvist samme sammenheng. Eksamensbesvarelser bør derfor ha en kritisk refleksjon rundt om disse prinsippene er direkte anvendbar for behandling av traumatiske minner.

Oppgave 6

Autisme kan forstås gjennom teoriene om mentalisering (theory of mind) og sentral koherens (central coherence). Beskriv de to teoretiske tilnærmingene og gjør rede for forskjeller i hvordan teoriene forklarer autisme.

Theory of mind (mentalisering) omhandler prosesser knyttet til å forstå sosial interaksjon. Frith definerer mentalisering som 'the automatic attribution of mental states, such as desires and beliefs to self and others to predict and explain behaviour'. Sally-Ann-oppgaven er designet for å avdekke svakheter med mentalisering og en studentbesvarelse kan eventuelt beskrive denne. Svak sentral koherens (weak central coherence) viser til en spesiell evne personer med autisme har overfor detaljaspekter, for eksempel avgrensede interesser, gode evner innen avgrensede områder, gjentakende atferd og hypersensitive responser til sensoriske stimuli. Denne evnen til å skille ut avgrensede deler av verden sees i kontrast til mangelen på evne til å reflektere over hvordan ulike bestanddeler henger sammen. Mentalisering beskrives som en modulær evne (avhengig av ulike komponenter), mens sentral koherens tilskrives en enkelt kognitiv årsak, nemlig informasjonsprosessering. Personer med autisme har fordeler i evnetester som omhandler matriser og terningmønster. I følge sentralkoherens-teorien er det et kontinuum over preferanse for detaljnivå, der personer med autisme havner på et ytterpunkt med en ekstrem detaljfokus, med et motsatt ytterpunkt med preferanse for helhet. Normalbefolkningen vil havne på midten.

Eksamensbesvarelser bør gi klare beskrivelser av de to teoretiske tilnærmingene. Forskjellene mellom de to teoriene må komme klart fram. Gode besvarelser vil også kunne reflektere over likheter mellom teoriene.