

## SENSURVEILEDNING

<b>Emnekode og navn:</b> PSYPRO4603 Klinisk psykologi - voksen	<b>Semester / År / Eksamenstype:</b> Høsten 2022/ Skriftlig hjemmeeksamen over 1 uke
<p style="text-align: center;"><b>Oppgave:</b></p> <p><b>Formalkrav.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Halvannen linjeavstand, med 12 punkts skrift Times New Roman</li><li>• Maks antall ord: 8000</li><li>• Referanser i henhold til APA-stil.</li><li>• Besvarelsen skal leveres i PDF format</li><li>• Alle hjelpemidler er tillatt. Studentene kan velge selv om de vil forholde seg til DSM eller ICD.</li></ul> <p><b>Kasus.</b></p> <p><b>Bakgrunn.</b> Pasienten er en 35 år gammel mann som arbeider som lagerarbeider. Han er gift og har to barn på 6 og 9 år. Pasienten har vært sykemeldt de siste fire månedene. Det fremgår av henvisningen at det har vært forsøkt med både gradert sykemelding og tilbakeføring til arbeid etter en kortvarig sykemelding, men at dette ikke har fungert. Pasienten skal angivelig hatt flere angstanfall på arbeid og hvor frekvensen på slike anfall har økt når pasienten følte seg presset tilbake i arbeid av sin fastlege. Henvisningsgrunn fra fastlegen er P01 Nervøsitet og P03 Depresjonsfølelse. Fastlegen stiller også spørsmålstegn ved om det kan være noe med pasientens personlighetsfungering.</p> <p><b>Aktuelt.</b> I inntakssamtalen angir pasienten at han er usikker på om han ønsker å komme til samtaler hos psykolog, og begrunner dette med at han er usikker på hva en psykolog kan hjelpe ham med. Ved presentasjonen av taushetspliktbestemmelsene har pasienten er rekke spørsmål, som hvem som har tilgang til journalen hans, om NAV har rett til innsyn i journalen hans og om psykologen vil dele informasjon med arbeidsgiver. Pasienten virker ikke å slå seg til ro med henvisning til taushetspliktbestemmelsene, og sier at han tidligere i sin sykemeldingsperiode opplevde at bedriftshelsetjenesten delte taushetslagt informasjon med arbeidsgiver.</p> <p>Pasienten virker tydelig nervøs, og er motorisk urolig hvor han kontinuerlig vipper med høyre fot, og gnir seg i hendene. Han ser seg rundt i terapirommet ved gjentatte anledninger.</p> <p>På spørsmål om hva pasienten opplever som sitt hovedproblem angir han at han er bekymret for at arbeidsgiver forsøker å bygge en oppsigelsessak mot ham. Pasienten er i utgangspunktet lite interessert i å snakke om sine psykiske helseplager fordi han opplever arbeidssituasjonen sin som sitt primære problem, og at hans psykiske helseplager bare er en naturlig følge av dette. «Hvordan ville du hatt det om du visste at arbeidsgiveren din var ute etter å få deg oppsagt?», spør han retorisk. Pasienten er også av den oppfatning at hans psykiske helseplager vil forsvinne bare han får hjelp til å håndtere utfordringene han opplever i forhold til arbeidsgiver. På spørsmål om hvilken bistand pasienten har fått fra bedriftshelsetjenesten og fagforening sukker han oppgitt, og forteller at han ikke har mottatt noen bistand fordi både bedriftshelsetjenesten og den stedlige representanten for fagforeningen står i ledtog med ledelsen på jobben hans.</p> <p>Ved inntak får pasienten en totalskåre på 16 poeng på både PHQ-9 og GAD-7. Pasienten opplever litt irritabel når psykologen ønsker å kartlegge hvilke symptomer han opplever fordi han selv mener</p>	

dette ikke adresserer problemet hans med arbeidsgiver. Pasienten rapporterer imidlertid omfattende tankekjør; han gjennomgår både tidligere hendelser for å forsøke å finne sammenhenger eller svar og han bruker mye tid på å tenke på hva han må foreta seg for å unngå oppsigelse og hva som vil skje med økonomi og familie om han skulle bli oppsagt. Tankekjøret medfører søvnavansker både i form av innsovningsvansker og tidlig oppvåkning. Pasienten svarer bekreftende på spørsmål om nedsatt stemningsleie og anhedoni, men spør retorisk om ikke psykologen ville følt det på samme måte om man stod i risiko for å miste jobben. Når han tenker på at han kommer til å miste jobben oppgir han at han enten kan kjenne på en voldsom håpløshetsfølelse for hvordan skal familieøkonomien gå rundt om han mister jobben, hva vil barna tenke om han og vil kona kanskje forlate ham? Andre ganger bruker han mye tid på å tenke på hvordan han skal unngå oppsigelse og hvordan han eventuelt kan hevne seg på arbeidsgiver. På direkte spørsmål rapporterer også pasienten en rekke fysiologiske symptomer i forbindelse med tankekjøret; hjertebank, svette håndbaker, psykomotorisk agitasjon og muskelspenninger. Tankekjøret kan oppleves som så påtrengende innimellom at pasienten kan oppleve det som at han hører sine egne tanker og disse forteller ham hva han må gjøre for å unngå å bli sparket eller hvordan han skal få tatt hevn om han blir sparket. Pas oppgir også at tankekjøret gjør ham mer irritabel, og han er bekymret for at kona kanskje skal komme til å forlate ham på grunn av et økt konfliktnivå dem imellom. Pasienten angir at hans kone ikke deler hans oppfatning om at arbeidsgiver er ute etter å lage en oppsigelsessak på ham, og at hun mange ganger har gitt uttrykk for at hun tror pasienten er for nærtagende og at hun er lei av å høre på pasientens gjentakende opplevelse av at arbeidsgiver forsøker å få ham sparket.

Pasienten bekrefter å ha hatt en rekke angstanfall på arbeidsplassen, med økt hjerterefrekvens, svetting, og en opplevelse av at omgivelsene endrer seg. Pasienten er initialt tilbakeholden med å snakke om hva som går forut for slike angstanfall, men han forteller etter hvert at alle anfallene har vært relatert til at han føler seg overvåket eller filmet på jobb. Pasienten spekulerer i om arbeidsgiver filmer ham for å kunne dokumentere hvorfor de sparker ham.

Selv om fastlegen har oppfordret pasienten til å forsøke å være aktiv og gjøre ting han setter pris på i sykemeldingsperioden, så isolerer pasienten seg i stor grad i eget hjem. Pasienten er bekymret for at naboene hans skal observere ham og melde i fra til arbeidsgiver eller NAV om at han er aktiv til tross for sykemelding, og at dette skal kunne brukes mot ham. Pasienten mener at særlig den ene naboen har satt opp et overvåkningskamera på sin egen garasje, men at dette er vendt mot pasientens oppkjørsel slik at naboen kan følge med på hva pasienten foretar seg ved eget inngangsparti og oppkjørsel. Hvis pasienten skal ut av huset innenfor normal arbeidstid pleier han derfor å forsøke å dekke seg til slik at det ikke kan dokumenteres at det er han som går ut av huset.

Ved kartlegging av familiære og sosiale relasjoner fremkommer det at forholdet mellom pasienten og konen ikke bare er anstrengt fordi konen er lei å høre om pasientens bekymring for oppsigelse, men at pasienten i løpet av deres forhold også gjentatte ganger har mistenkt at konen er utro. Pasienten vedgår at han har vansker med sjalusi, men mener at dette er noe de fleste ville tenkt på om de var i hans situasjon.

### **Oppgaver.**

Tre oppgaver skal besvares. Oppgave 1 er obligatorisk. Deretter velger man hvilke av de resterende oppgavene man vil besvare. Oppgavene vektet likt og alle oppgavene må være bestått.

Oppgave 1. Gjør en differensialdiagnostisk og tentativ diagnostisk vurdering. Hvilken spesifikk informasjon trenger du for å bli sikrere i din vurdering?

Oppgave 2. Basert på din tentative diagnostiske vurdering i oppgave 1, skisser et behandlingsforløp. Sett opp en tentativ behandlingsplan og beskriv de mest sentrale behandlingskomponentene i behandlingsforløpet du har skissert.

Oppgave 3. Redegjør for kunnskapsbasert psykologisk behandling for F51.0 Ikke-organisk insomni.

Oppgave 4. Beskriv en intervensjon som ble gjennomført i gruppen din på internklinisk praksis.

Drøft følgende elementer ved denne:

Bakgrunnen for at denne intervensjonen ble valgt.

Hvordan intervensjonen fungerte.

Viktige elementer i gjennomføringen av intervensjonen.

Hva slags læring sitter pasient og terapeut igjen med etter intervensjonen?

PS! Ikke gjengi personidentifiserende opplysninger om pasient/terapeut (informasjonen må være allmenngyldig).

### **Læringsutbyttebeskrivelse:**

Ettersom vi har gått bort fra pensum i emnet er det læringsutbyttebeskrivelsen som vil være retningsgivende for utarbeidelse og bedømmelse av eksamen.

Kunnskapsmål:

- Studenten har kunnskap om psykoterapiforskning og indikasjoner og effekt ved de vanligste behandlingsformene
- Studenten har kunnskap om å tilpasse terapi i et livsløpsperspektiv.

Ferdighetsmål:

- Studenten behersker relevante faglige uttrykksformer og kan reflektere rundt ulike fortrinn og svakheter ved forskjellige former for psykologisk behandling.
- Studenten behersker å utvikle psykologisk behandling basert på psykopatologi og kunnskap om virksomme behandlingsmetoder.
- Studenten behersker å være kritisk til forskningslitteratur og begrensninger ved ulike psykologiske behandlingsformer.

Generell kompetanse:

- Studenten har innsikt i sentrale kliniske psykologiske problemstillinger, og kan formidle og beskrive de sentrale behandlingsformene.
- Studenten har evne til å reflektere over egen praksis og fungering i klinisk psykolog arbeid og velge mellom ulike tilnærminger i arbeid med voksne.
- Studenten har evne til å planlegge, gjennomføre og evaluere psykologisk behandling

### Eksamenskrav:

Samtlige besvarelser skal vurderes som bestått for å få bestått eksamen.

Generelt for vurdering:

- APA standard på referansene
- At man har en viss struktur og klarhet i fremstillingen.
- At man henter informasjonsgrunnlaget fra forskning (ikke bare «common sense»)
- At man har en evne til å drøfte eller belyse saksforhold fra flere sider eller fra flere modeller
- At man er presis og klar i gjengivelse og drøfting av teori
- At man drøfter eller viser til begrensinger ved tiltak eller teorier
- At man evner å finne, sette seg inn i og bruke relevant faglitteratur

Oppgave 1. Kasuset har symptomer som kan være forenelig med en rekke psykiske lidelser.

Kandidaten bør i særdeleshet vurdere følgende differensialdiagnoser:

F20.0 Paranoid schizofreni

F22.0 Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse

Forhøyet paranoid beredskap er et gjennomgående symptom i kasuset. Basert på informasjonen i kasuset er det mindre sannsynlig at pasienten tilfredsstiller kriteriene til F20.0 fordi det fremkommer få symptomer forenelig med schizofreni; kasuset har få generelle kriterier på schizofreni og vrangforestillingene til pasienten er heller ikke opplagt av bisarr kvalitet. Selv om både F22.0 og F60.0 er aktuelle diagnosekategorier, har kasuset flere kriterier i samsvar med F22.0 enn F60.0. Kasuset innfrir en del av de generelle kriteriene til personlighetsforstyrrelser, men det foreligger lite informasjon om varighet foruten at pasienten har vært sykemeldt 4 mnd. og at pasienten har mistenkt at konen er utro over tid.

Kasuset innfrir mange av kriteriene til F22.0:

- A. Enkeltstående vrangforestilling eller flere beslektede vrangforestillinger som ikke faller under de generelle kriteriene for schizofreni
- B. Vrangforestillingene må ha vært til stede minst 3 mnd.
- C. Diagnostiske kriterier for schizofreni er ikke oppfylt
- D. Ikke vedvarende hallusinasjoner, men det kan foreligge hørselshallusinasjon er av ikke-bisarr kvalitet
- E. Depressive symptomer kan være til stede forutsatt at vrangforestillingene vedvarer når de depressive symptomene ikke er til stede
- F. Foreligger ikke hjerneorganiske eller rusbruk som kan forklare symptomene.

Det mest sentrale er ikke om kandidaten konkluderer med F22.0 eller F60.0 som tentativ hoveddiagnose, men hvilke differensialdiagnostiske vurderinger de gjør. Det er f.eks. litt uklart om kriteriene E og F til F22.0 er innfridd i kasuset.

Kasuset har også en rekke symptomer som kan være forenelig med depressiv episode, panikk lidelse og GAD, og kandidatene bør gjøre differensialdiagnostiske vurderinger ift disse.

Ettersom den forhøyete paranoide beredskapen / de paranoide vrangforestillingene er så sentrale i kasuset bør besvarelsen vanligvis ikke vurderes som bestått om kandidaten ikke gjør en særlig god differensialdiagnostisk vurdering om kandidaten konkluderer med en annen tentativ diagnose enn F22.0 eller F60.0. Besvarelser hvor den forhøyete paranoide beredskapen / de paranoide vrangforestillingene, F20.0, F22.0 eller F60.0 ikke er vurdert er ikke-bestått.

Det forventes at kandidatene er spesifikke i hvilken informasjon de trenger for å bekrefte eller avkrefte sin tentative diagnostiske vurdering. Gir kandidaten kun generell informasjon om utredningsprosesser skal dette vanligvis ikke vurderes som bestått.

Oppgave 2. Besvarelsen av oppgave 2 vil avhenge av hvilken tentativ diagnose kandidaten har stilt i oppgave 1. For både F22.0 Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse) og F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse finnes det relativt begrenset forskningsbasert kunnskap i form av randomiserte kontrollerte kliniske studier. Det forventes at kandidaten kan gjøre et litteratursøk og basert på dette forsøke å skissere et behandlingsforløp. Sentrale terapeutiske prinsipper vil være å etablere en terapeutisk allianse som vil være viktig grunnet pasientens paranoiditet, og å forsøke å utfordre innholdet i eller hvordan pasienten forholder seg til sine paranoide forestillinger. Medikamentell behandling, typisk antipsykotika, bør også omtales. Dette er en krevende oppgave for kandidatene og de bør primært måles på om de evner å bruke prinsippene fra spesifikke behandlingstilnærminger for andre lidelser i det aktuelle kasuset. Kognitiv terapi for psykose kan f.eks. være et mulig utgangspunkt.

Kandidatene bør sette opp en behandlingsplan i samsvar med det generelle pakkeforløpet for psykiske lidelser, se <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#planlegging-av-behandling>.

Behandlingsplanen bør i samsvar med pakkeforløpet inneholde:

- behandlingsmål
- rammer for behandlingen (hyppighet, varighet)
- behandlingstilnærminger og tiltak
- eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern
- plan for å fortsette i skole/arbeid eller for tilbakevending til skole/arbeid
- pasientens ansvar for å følge opp behandlingen
- kriterier for avslutning
- plan for evaluering av tiltakene

Oppgave 3. Sentrale elementer kandidatene bør nevne:

- At de starter med å se på søvndagbøkene til pasienten
- Beregner søvnvindu basert på søvndagbøkene. Videre setter de opp en søvnrestriksjon/søvnvindu basert på gjennomsnittlig tid med søvn. Søvnvinduet skal normalt sett aldri være under 5 timer.
- Søvnrestriksjon: Fint om de nevner to-prosessteorien (søvntrykk og sirkadisk rytme), og hvordan man øker søvntrykket ved å utsette leggetidspunkt. Dette er teorien de har blitt fortalt om rasjonale til behandlingen. Kandidatene bør også nevne at man bør legge frem rasjonale for pasienten, og at psykoedukasjon om søvn, insomni og to-prosessteorien er viktig for å sikre motivasjon og forståelse for behandlingen. Oppvåkningstidspunkt skal være konstant, også i helger. Man legger gradvis til tid på søvnvinduet (på kveldstid) dersom søvneffektiviteten er høy (pluss hvis de her skriver SE over 85%).
- Søvnrestriksjon er hovedpoenget og det vi gjennomgikk mest i forelesning. De må også gjerne nevne de andre elementene i CBT-I:
- Stimulus kontroll: stå opp hvis du ikke sovner innen 15 minutter, gjør noe kjedelig, og returner til senga når du føler deg trøtt nok til å sove. Målet med stimulus kontroll er å sterke assosiasjonen seng = søvn (klassisk betingning).
- Kognitiv terapi: undersøke automatiske negative antagelser, jobbe med å se andre løsninger. For eksempel «jeg må sovne nå for å fungere på jobb i morgen» - og undersøke hvordan de har klart seg tidligere med dårlig/lite søvn.
- Avslapningsteknikker
- Søvnhygiene rådgivning

- CBT-I er anbefalt behandlingsform for insomni, men få har tilgang til den. Både på grunn av tidlige antakelser om at søvnproblemer forsvinner når primærlidelse er behandlet, men også på grunn av få behandlere som kan dette.
- Kan også nevne Speilmans 3-P modell, som forklarer CBT i et nøtteskall: at det er opprettholdende faktorer som bidrar til problemet, og at vi i behandling tar til sikte på å endre/reducere disse opprettholdende faktorene.

Viser forøvrig til forelesningsnotatene fra forelesningen om behandling av søvnevansker.

Oppgave 4. Det vil naturlig være variasjon i hvordan denne oppgaven besvares, og det går ikke an å gi en spesifikk, avgrenset sensorveiledning. Viktige elementer/prinsipper når man bedømmer denne besvarelsen er imidlertid i hvilken grad kandidaten evner å redegjøre for den psykologfaglige begrunnelsen for hvorfor intervensjonen ble valgt, at kandidaten baserer seg på forskning og ikke «common sense» eller kun egen eller andres (typisk veileders) erfaring, at kandidaten evner å reflektere over egen praksis og fungering i klinisk psykologarbeid, og evaluere egen praksis. Evalueringen av forløpet bør vise til og hensynte selvrapporing fra pasienten som er en del av internklinisk praksis. Om kandidaten beskriver en behandlingstilnærming/intervensjon som ble benyttet av en av de andre studentene på gruppa bør det utvises mer forståelse for at kandidaten ikke eksplisitt nevner resultater fra pasientens selvrapporing (da denne ikke nødvendigvis er tilgjengelig for studenten). En rekke av læringsmålene for emnet er relevante å bruke som vurderingsgrunnlag for denne besvarelsen.

**Karakterbeskrivelse:**

Betegnelse	Generell kvalitativ beskrivelse av vurderingskriterier	Fagspesifikk beskrivelse med relevans for vurdering av besvarelser/arbeider med bestått/ikke bestått
<b>Bestått</b>	Kunnskapsmengde (teoretisk/empirisk)  Innsikt (oversikt/forståelse)  Fremstilling (struktur/begrepsapparat)  Bruk (selvstendighet/originalitet)	Besvarelsen/arbeidet reflekterer tilstrekkelig relevant kunnskapsmengde og oversikt/forståelse av fagområdet.  Besvarelsen/arbeidet er strukturert og har et noenlunde konsist begrepsapparat.  Besvarelsen/arbeidet dokumenterer en viss grad av selvstendighet og evne til å trekke egne konklusjoner.
<b>Ikke bestått</b>	Mangler vesentlige kunnskaper.  Utilfredsstillende fremstilling med klare feil og mangler	Besvarelsen/arbeidet reflekterer dårlig generell kunnskap og/eller faller på siden av oppgaven. Fremstillingen er ustrukturert, mangler oversikt over fagområdet og inneholder mange direkte feil.

**Faglærer / oppgavegiver:**

Navn: Joar Øveraas Halvorsen

Sted / dato: Trondheim, 31.10.22