NTNU

Institutt for psykologi

Mal for sensorveiledning

Emnekode	PSYPRO4601
Emnenavn	Klinisk psykologi – barn og ungdom
Emneansvarlig/oppgavegiver	Cathrine Helle Sneisen
Kvalitetssikret av	Katrine H. Holgersen, Oda Bjørklund
Semester, år	Høst, 2024
Vurderingsform, lengde	Hjemme-eksamen/7 dager
Tillatte hjelpemidler	Alle hjelpemidler tillatt

Emnets læringsutbyttebeskivelser angitt i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. (Henvisning med lenke til emnesiden på NTNUs nettsider er tilstrekkelig)	Emne - Klinisk psykologi - barn og ungdom - PSYPRO4601 - NTNU
Pensum	PSYPRO4601 - Klinisk psykologi - barn og ungdom [] - H 2024 (exlibrisgroup.com)
Eventuelle formelle krav til besvarelsen	Besvarelsen skal ha en total lengde på 4000-8000 ord, referanser ikke medregnet. Linjeavstanden skal være 1,5 og skriften som skal brukes er Times New Roman, skriftstørrelse 11. Husk sidetall. Antall ord skal stå på forsiden av besvarelsen. Referanser og lay-out skal følge APA-stil (APA 7).
Hvordan de ulike oppgavene i eksamenssettet er vektlagt	Hjemmeeksamen vil bli vurdert som bestått/ikke bestått. Eksamen består av 2 oppgaver hvorav begge har to deloppgaver (a-b). Oppgavene vektes likt, og alle fire deler må besvares og bestås.

Oppgavetekst:

Oppgave 1: a) Ungdom og spiseforstyrrelser. Ta utgangspunkt i en av de de mest vanlige spiseforstyrrelseslidelsene som kan oppstå i ungdomsalder. Beskriv kjennetegn, komorbiditet og redegjør for hvilke differensialdiagnostiske vurderinger som er sentrale å gjøre i møtet med pasientgruppen du har valgt å beskrive.
b) Gjør rede for FBT (Familiebasert behandling) og CBT-E (Cognitiv behavior therapy for eating disorders) i behandling av spiseforstyrrelser hos ungdom. Drøft mulige fordeler og ulemper ved disse to behandlingene. Hvilke hensyn bør tas i valg av behandling av spiseforstyrrelser hos ungdom?

Kasusoppgave Isak, 7 år
Du er psykolog ved BUP, og mottar en henvisning av Isak på 7 år som går i 2. klasse ved Skogbakken skole. I henvisningen beskrives det at Isak ofte er utagerende hjemme, han kan slå, sparke og lugge foreldrene sine når han ikke får det som han vil. Helt vanlige situasjoner kan utløse utagering og stygg ordbruk, f.eks

at han ikke får se mer på skjerm. Episodene er krevende for hele familien. Han kan noen ganger slå lillesøsteren Hedda (5 år), si stygge ting og hakke på henne over småting. Isaks storebror, Oskar (10 år), reagerer med å trekke seg tilbake på rommet sitt, han orker ikke å være sammen med Isak. Isak har lav frustrasjonsgrense, og utageringen startet etter sommerferien.

Foreldre forteller at Isak har siden han var liten hatt vansker med å sovne om kvelden, og mor har måtte ligge sammen med han til han sovnet. Foreldre opplever at han bruker lang tid på daglige gjøremål som ved påkledning og tannpuss. Klærne må være «riktig» og han bruker mye tid på dette. Det å ta valg er vanskelig for han, dette gjelder både hva han skal spise og hva han skal finne på når han er alene. Foreldrene opplever han som rotete, han har liten kontroll på tingene sine og glemmer ofte igjen klær og utstyr på skolen og på fritidsaktiviteter. Han finner ofte ikke det han mangler.

I det siste har foreldrene også merket at Isak spiser mindre enn før og ofte sier at han ikke er sulten. Han virker mer sliten om ettermiddagene. Foreldre ser at han innimellom sitter og grubler. Isak går på fotball og innebandy, men han ønsker kun å være med hvis vennene er med. Foreldrene ser at han er sjenert i møte med nye folk, og han sier lite hvis de har besøk av noen han ikke kjenner så godt. Foreldrene beskriver at Isak alltid har vært en forsiktig gutt.

Foreldres største bekymring for tiden er at Isak den siste tiden har begynt å vegre seg for å dra på skolen. De får han som oftest av gårde, men det tar litt tid, og de opplever at han «drar ut tiden» for å slippe. Dette var ikke et problem før, selv om de har observert at Isak alltid har syntes at annerledes-dager som turdager eller idrettsdager har vært litt vanskelig. Da har han ofte sagt at han har vondt i hodet eller vondt i magen, og uttrykt at han helst vil være hjemme. Den negative utviklingen gjør foreldre bekymret, Isak har alltid vært en snill og god gutt som har spredd mye glede i familien.

På skolen så har lærerne observert endring hos Isak etter oppstart i 2. klasse. Det første skoleåret så merket de at han var litt urolig og ikke alltid fulgte med, men tenkte at det var ganske vanlig for gutter på den alderen. Etter oppstart i 2. klasse har de sett at Isak bruker lang tid på å komme i gang med oppgaver, han kan sitte uvirksom hvis han ikke får hjelp. Læreren har lagt merke til at Isak ikke ønsker å skrive på ark eller i arbeidsbøker, det virker som han er redd for å skrive feil. I tillegg har det vært noen negative episoder der Isak har gått «i lås» og han har nektet å gå inn i klasserommet. Ved en anledning slo og dyttet han læreren som prøvde å få han med seg til klasserommet. Dette kom overraskende på lærer. Han har ikke observert at Isak har blitt mobbet eller plaget, men husker en periode forrige skoleår der de så at Isak ofte var alene i friminuttene, men dette gikk seg til.

Foreldrene er fortvilet over situasjonen, de skjønner ikke hvorfor det har blitt sånn. Mor har imidlertid tenkt på om det kan ha påvirket Isak at hun var utbrent og sykmeldt en periode etter at faren hennes døde for litt over et år siden. Isak tok det tungt da morfaren døde og var mer klamrene på henne i etterkant. Far skjønner at Isak var lei seg da morfar døde, men ser ikke noen grunn til at han skal være så sint. Far sier at han forventer at Isak skal klare å oppføre seg bedre enn dette, dette er ikke slik de har oppdratt han. Han synes mor blir for snill og lar Isak komme unna med alt, mens han selv prøver å sette grenser og være konsekvent. Han blir irritert over at han alltid får rollen som «den strenge». Han synes det er krevende å stå i dette og merker at relasjonen mellom han og Isak har blitt dårligere, og Isak er mer avhengig av mor. Mor synes far er for streng, hun mener far ikke oppnår annet enn å eskalere

situasjonen. Både mor og far har vondt av Isak og ser at han ikke har det bra, og de ønsker veldig at han får hjelp.

Oppgave 2:

a) Lag en kasusformulering hvor du gjør rede for din forståelse av Isaks vansker. Drøft aktuelle diagnostiske tilstander på akse 1 og konkluder med mest sannsynlige diagnose(r) ut fra foreliggende informasjon og begrunn kort din vurdering. Gjør rede for mulige tilstander på akse 5.
b) Hvordan vil du gå fram for å hjelpe Isak? Beskriv to aktuelle behandlingstilnærminger og begrunn hvorfor du mener at disse tilnærmingene vil kunne være til hjelp i denne saken.

Sensurveiledning:

Eksamenskrav

Generelle krav: I begge oppgaver skal kandidaten utføre en klinisk drøfting. Med drøfting menes å sette ulike perspektiv opp mot hverandre, for eksempel ved at man belyser fortrinn og svakheter, hva som taler for og hva som taler mot det som drøftes, eller likheter og forskjeller mellom ulike ideer. Påstander skal i hovedsak være dokumenterte med riktig kildehenvisning.

Eksempel: *Fordelen med å bruke kognitiv terapi i denne saken er at den er tidsavgrenset og muliggjør endring i pasientens tankesett (Kendall, 2010, s.210), men studier har vist begrenset effekt av en slik tilnærming (Ross et al, 2012). Dette kan skyldes…*
Psykodynamisk terapi, og da særlig korttidsterapi kan være en metode som…, men i forhold til kognitiv terapi vil man ikke fokusere like mye på endring i tankesett….

Man kan drøfte fordeler/ulemper, styrker og svakheter i samme avsnitt, eller eksempelvis med fordeler og ulemper i egne avsnitt. Det som er viktig er at drøftingen er tydelig og eksplisitt.

Hvis oppgaveteksten krever drøfting, vil mangel på drøfting føre til ikke-bestått, da studenten i så fall ikke besvarer oppgaven.

I alle oppgavene har kandidaten lov til å gjøre prioriteringer og avgrense seg, men denne avgrensningen må være faglig fornuftig og være forståelig fra et faglig ståsted.

Oppgave 1: a) Kandidaten bes om å redegjøre for, og vise sin kunnskap om en av de mest vanlige spiseforstyrrelsene i ungdomsalder. Ungdomsalder favner aldersgruppen 12-18 år. Det er opp til kandidaten hvilken spiseforstyrrelse som presenteres. Det forventes at kandidaten viser en helhetlig og kunnskapsbasert forståelse av hva som kjennetegner den utvalgte spiseforstyrrelsen. Viktige begreper skal defineres, og det skal redegjøres for kardinaltrekk og komorbiditet. Det forventes at kandidaten

presenterer og viser kunnskap om differensialdiagnostiske vurderinger, dette kan inkludere (men er ikke en uttømmende liste over mulige differensialdiagnostiske vurderinger):
OCD (vurdere om tvang og ritualer kun er knyttet til mat/vekt eller ikke), Depresjon (barn og unge kan reagere på emosjonelle belastninger ved å underspise og nedsatt appetitt kjennetegner også depresjon), selektiv spisevanske (ARFID) (undervekt kan kjennetegne både anoreksi og ARFID, men ARFID skiller seg ut ved at man ikke ser den typiske spiseforstyrrede tankegangen med bekymring for vekt og spising), samt vurdere de ulike spiseforstyrrelsesdiagnosene opp imot hverandre. Feks så er ikke oppkastepisoder utelukkende et symptom på bulimi, og dersom det er restriktiv spising og undervekt til stede sammen med oppkastepisoder, så taler det for anoreksi framfor bulimi. Diagnostiske kriterier kan også være påvirket av kjønnsnormer i samfunnet, der jenter opplever større press fra samfunnet om kroppsbilde, noe som kan føre til at gutter underdiagnostiseres, og det er derfor en styrke om kandidaten beskriver hvordan kjønn evt påvirker diagnostisering og differensialdiagnostiske vurderinger.
Det er tilstrekkelig at kandidaten presenterer komorbitet tilhørende den valgte spiseforstyrrelsen, men om kandidaten også kan si noe om de vanligste diagnoser som fremtrer samtidig med spiseforstyrrelser generelt, inkludert hva som er lik og ulik av samsykelighet ved ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser, er dette en styrke ved besvarelsen. Vanlig komorbiditet ved anoreksi er bl.a. angstlidelse, depresjon, og OCD, og noen ganger også autismespekterlidelse. Ved bulimi og overspisingslidelse inkluderer også angstlidelse og depresjon, men også selvskading/suicidalitet og rusbruk kan være vanlig. Ved ARFID så er også angstlidelse vanlig, mens depresjon er mindre vanlig, og ellers er autismespekterlidelse og psykisk utviklingshemming mulige komorbide tilstander.

b) Kandidaten bes om å gjøre rede for FBT og CBT-E som to behandlingsformer for spiseforstyrrelser hos ungdom. Kandidaten skal drøfte fordeler og ulemper ved de to behandlingstilnærmingene, og det forventes da at kandidaten klarer å vise til hva som er styrke og svakheter ved de ulike tilnærmingene Aktuelle forhold å drøfte her er at FBT per nå er den tilnærmingen man anbefaler å prøve først ut ifra nasjonale retningslinjer, ungdommens egen motivasjon for behandling, problemforståelsen i de ulike behandlingene, bruk av eksternalisering som intervensjon i FBT, hvorvidt ungdommen har foreldre som er i stand til å ta det ansvaret som FBT krever av dem. Andre forhold å peke på kan være foreldres egne ressurser og begrensninger, inkludert foreldrenes egen helse, livsstress og andre belastninger, fattigdom/økonomi, o.l. Ungdommens alder bør også omtales, da hva slags behandling hen ønsker selv vektlegges mer etter fylte 16 år, samt at FBT er mindre effektiv med økende alder.
Når det gjelder hvilke hensyn som bør tas i valg av behandling, så forventes det at kandidaten kan bruke drøftingen av fordeler og ulemper til å argumentere for hvorfor velge FBT eller CBT-E: Hvilke betingelser bør være til stede for å velge den ene eller den andre behandlingen? Her vil det være aktuelt å vise til ungdommens alder, hvor alvorlig spiseforstyrrelsen er (f.eks om det er alvorlig undervekt og behov for rask reernæring og vektoppgang), hvorvidt det er foreldre/omsorgspersoner tett på som kan ta ansvaret for behandlingen, om FBT tidligere har vært prøvd ut og effekten av dette.

Oppgave 2a) Det bes om å lage en kasusformulering, hvor studenten må systematisere informasjonen for å forstå utvikling og opprettholdelse av problematikken. Det er sentralt at studenten viser forståelse for at det er en *kombinasjon* av genetiske, biologiske, sosiale, kognitive og miljømessige faktorer, og *ikke en enkeltfaktor*, som gir psykiske vansker.

Det er ikke et krav at studenten presenterer en bestemt modell for kasusformulering, men studenten skal reflektere rundt følgende kategorier:

Predisponerende faktorer: kan f.eks være temperament, reguleringsvansker, rigiditet, utrygghet, mulig nevrokognitive utfordringer, faktorer hos foreldre

Utløsende faktorer: familiesamspill, økende krav på skole (starte i 2. klasse), morfarens dødsfall, mors utbrenthet og sykmelding (mulig depresjon), tidligere sosiale vansker

Opprettholdende faktorer: sosialt strev, reguleringsvansker, engstelighet, foreldres ulike foreldrestil og uenighet rundt håndtering av sinne, familiesamspill

Beskyttelsesfaktorer: Gutt som er godt likt av familie og venner og som beskrives som snill og grei, foreldre som ser at barnet strever og som ønsker å hjelpe og motivasjon for å ta imot hjelp, har venner, noe fungering og mestring på andre arenaer (fritidsaktiviteter)

Det gjøres oppmerksom på at dette bare er eksempler på mulige faktorer, ikke en uttømmende liste.

Videre skal kandidaten gjøre rede for sin forståelse av saken og drøfte aktuelle diagnostiske tilstander på akse 1. Avgrensingen til denne aksen er gjort for å hjelpe studenten til å fokusere på det mest vesentlige. På akse 1 vil det være aktuelt å drøfte ulike tilstander i F90-98 *Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder*, inkl F90.0 *Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet/ADHD*, F 91.3 *Opposisjonell atferdsforstyrrelse*, F93.0 *Separasjonsangst i barndommen* og F93.2 *Sosial angstlidelse i barndommen*, samt ulike tilstander i F40-F48 *Nevrotiske lidelser*, særlig F40.1 *Sosiale fobier*, F41.2 *Blandet angstlidelse og depressiv lidelse*, F42 *Obsessiv-kompulsiv lidelse*, og F43 *Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning*. I tillegg så er det aktuelt å drøfte F32.0 *Mild depressiv episode*, men denne bør ses opp imot tilstedeværelse av mulig angstlidelse. Det er ikke krav om at alle nevnte diagnoser skal drøftes. Det et gis frihet til å avgrense, samt drøfte, ulike andre tilstander så lenge dette følger et logisk resonnement. F, R og Z kan benyttes som diagnosekategorier, da dette viser til undervisning i aksesystemet. Likevel vil det være en svakhet om kandidaten begynner å drøfte kapittel Z, da F og R har forrang. Aktuelle symptomdiagnoser under R kan nevnes, men det skal være mer enn nok info i kasuset til at studenten kan fokusere på kapittel F. Kandidaten bes om å gjøre rede for aktuelle tilstander på akse 5. Det er da ulike miljømessige belastningsfaktorene til barnet som er av interesse, ikke diagnosekategoriene i seg selv. Det er ikke nødvendig å drøfte disse, og det godtas også at akse 5 tilstander beskrives som en del av kasusformuleringen.

Det er viktig at studenten drøfter og viser evne til å sette diagnoser opp imot hverandre og se hva taler for og hva taler mot de ulike diagnosene. Hvis det bare er beskrivelser av aktuelle diagnoser, vil dette kunne føre til ikke-bestått. Kandidaten kan gjøre antagelser om behov for videre undersøkelser, men dersom kandidaten legger til for mye informasjon i kasus som gjør at drøftingen snevres inn, vil dette kunne føre til ikke-bestått. Et eksempel på dette vil være*: «Etter å ha kartlagt gutten med skjemaet «Humøret ditt» kom det frem mer informasjon om depressive tanker og energitap. Dette gjør at det konkluderes med F 32.1 Mild depressiv episode»*. Drøftingen bør være bred og basert på aktuell diagnostikk. Det vesentlige er at kandidaten evner å vise sin forståelse av kasus og kunne sette det i lys av aktuell diagnostikk og innvirkende faktorer. Kandidaten bes om å konkludere diagnostisk og grunngi kort sin konklusjon.

2b) Studenten skal gjør rede for hvordan man kan hjelpe Isak. Det er et krav om at kandidaten viser kunnskap om minst to ulike behandlingstilnærminger, disse kan være rettet direkte mot Isak eller mot systemet rundt han, men gitt Isaks alder så bør studenten i det minste kunne vise til noe refleksjon rundt involvering av foreldre i valgt tilnærming. Det gis stor frihet med tanke på behandlingstiltak. Det skal være en god sammenheng mellom studentens forståelse av vansker og de foreslåtte tiltakene i saken. Behandlingstiltakene som foreslås bør være i tråd med evidensbasertbasert praksis. I tillegg skal studenten kunne drøfte hvorfor og hvordan tilnærmingene vil være til hjelp, altså grunngi hvorfor tiltakene foreslås. Her vil kvaliteten på drøftingene være med å avgjørende hva som er en sterk og en svakere besvarelse. Mulige forslag til behandlingstilnærminger kan være kognitiv atferdsterapi for barn med angst (f.eks Mestringskatten), tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (TIB), traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), familieterapi, foreldreveiledning som PMTO, emosjonsfokusert foreldreveiledning (inkl EFST, COS, Tuning into kids) m.m.

Karakterskala som er benyttet

Bestått/ikke bestått:

Betegnelse	**Generell, ikke fagspesifikk beskrivelse av vurderingskriterier**
Bestått	Kandidaten har oppnådd kravene til læringsutbytte og viser nødvendige kunnskaper, ferdigheter og kompetanse.
Ikke bestått	Kandidaten har ikke oppnådd kravene til læringsutbytte og viser ikke nødvendige kunnskaper, ferdigheter og kompetanse.