



PSYK140 0 Atferd, helse og ernæring

Kandidat 144

Oppgåver	Oppgåvetype	Vurdering	Status
i Praktisk informasjon	Dokument	Ikke vurdert	Lever
1 Eksamensoppgåva	Skriveoppgave	Manuell poengsum	Lever

PSYK140 0 Atferd, helse og ernæring

Emnekode	PSYK140	PDF oppretta	15.08.2017 13:26
Vurderingsform	PSYK140	Oppretta av	Anna Laupsa Helvik
Starttidspunkt	15.05.2017 09:00	Mengd sider	8
Sluttidspunkt:	15.05.2017 13:00	Oppgåver inkludert	Ja
Sensurfrist	Ikkje sett	Skriv ut automatisk retta	Ja

Seksjon 1



Praktisk informasjon

PSYK140 - Atferd, helse og ernæring

15. mai 2017, 09.00-13.00

- Ingen hjelpemidler er tillatt.
- Det blir gitt tre oppgaver, to av dem skal besvares. Velg selv hvilke to du vil svare på
- Begge oppgavene må være bestått for at eksamen skal være bestått.
- For å endre målform: Trykk på menystrekane oppe i høyre hjørne/To change language settings: press the menu lines in the upper right corner.

Eksamensteksten og besvarelsen din vil være tilgjengelig i Inspira Assessment når eksamen er ferdig.

Sensur, begrunnelse og klage

Kunngjøring av sensur er senest 8. juni. Informasjon om begrunnelse og klage vil bli publisert på Mitt UiB når sensuren er klar.

Eksamensoppgåva

You are to answer 2 out of 3 assignments. Both questions must be answered satisfactory for the examination as a whole to receive a "pass" grade.

Assignment 1

Discuss the transdiagnostic perspective on eating disorders based on cognitive behavioural treatment theory (CBT-E). What is the background for this perspective? What are considered as the primary maintaining mechanisms for eating disorders within this perspective (transdiagnostic CBT-E) and what are considered the most common secondary maintaining mechanisms?

Assignment 2

In «Sick individuals and sick populations», Geoffrey Rose argues that it is important to pay attention to the population mean of risk factors. Provide an example illustrating why this is important. Why does Rose argue that a population strategy often will prevent more cases of disease than the high-risk strategy?

Assignment 3

Describe circadian rhythm regulation and provide examples on circadian rhythm in some physiological functions. Discuss how the various meals during the day can affect us cognitively and behaviorally.

Fill in your answer here

LEVERING

Oppgave 1

Innledning

Spiseforstyrrelser er en gruppe mentale lidelser som er spesielt utbredt blant unge kvinner. I den tiden vi lever i er det mye fokus på utseende, kropp og vekt i sosiale medier. Dette kan skape et urealistisk ideal for hvordan kroppen skal se ut, og kan være en faktor som påvirker flere til å utvikle en spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelser kategoriseres i henhold til ICD-10 og DSM-5 (manualer for diagnostisering av mentale lidelser), og deles hovedsaklig inn i fire: anorexia nervosa(AN), bulimia nervosa(BN), overspisingslidelser(BED) og andre uspesifiserte spiseforstyrrelser (EDNOS). Det er estimert at rundt 0,3% av unge kvinner har AN i løpet av livet, og prevalensen for BN er ca 1-2% av befolkningen. Det er disse to spiseforstyrrelsene som ofte får mest oppmerksomhet, men overspisingslidelser er langt mer utbredt og rammer rundt 10% av befolkningen.

I denne oppgaven skal jeg fokusere på hva som kjennetegner de ulike spiseforstyrrelsene, hvordan en spiseforstyrrelse utvikler seg, og forklare hvordan behandling ved hjelp av kognitiv atferdsterapi kan være effektivt. I tillegg skal jeg se på hvilke faktorer som opprettholder en spiseforstyrrelse.

Et transdiagnostisk syn på spiseforstyrrelser

Personer med anorexia nervosa karakteriseres av en overevaluering av kropp, form og vekt, og et ønske om kontroll over disse. For å få diagnosen må man i tillegg ligge 15% under normal kroppsvekt eller ha en $KMI < 17,5$. KMI måler forholdet mellom høyde og vekt ved hjelp av formelen $KMI = \text{kg/m}^2$. Normalvekt definiseres som KMI mellom 18,5-24,9. Det finnes to ulike typer AN, en restriktiv form og en overspising og renselse-form. Den restriktive anorektikeren sultet seg selv ved å unngå å spise mat. Den andre formen for anorektiker har episoder med overspising som resulterer i et behov for å rense seg selv, enten ved selvforskyldt oppkast, ved å ta avføringsmidler/diuretika eller ved overdreven trening. Personer med bulimia nervosa karakteriseres også av å være ekstremt opptatt av kropp, vekt og mat, og har i tillegg en frykt for å legge på seg. Personer med BN har episoder med overspising hvor store mengder mat ofte blir konsumert på kort tid. Disse episodene etterfølges av en trang til å rense seg selv ved selvforskyldt oppkast, eller avføringsmidler/diuretika. Det som skiller bulimikere fra anorektikere er at de kan være normalvektige, og lidelsen blir på den måten ikke like synlig for menneskene rundt. En person med overspisingslidelse har i likhet med bulimikere overspisingsepisoder, men disse vil ikke bruke metoder for å hindre at næringen blir tatt opp. Dette fører til at rundt 2/3 av de med overspisingslidelse har fedme, men det vil derimot ikke si at 2/3 av de med fedme har en overspisingslidelse. Andre spiseforstyrrelser går under samlebetegnelsen EDNOS, hvor flesteparten vil være ulike former for overspising.

Spiseforstyrrelser har som vist flere likheter enn ulikheter. Dette danner grunnlaget for et transdiagnostisk syn på spiseforstyrrelser. En spiseforstyrret person har en overevaluering av kropp, form og vekt, har lav selvfølelse og har et behov for kontroll. En pasient har ofte flere ulike spiseforstyrrelser i løpet av den tiden de er syke. Det er ofte slik at de som blir syke i ung alder starter med en restriktiv form for AN, før man etterhvert går over til varianten som inkluderer en form for renselse. Dette utvikler seg videre til BN, med episoder med overspising som følges av handlinger for å rense seg. Etterhvert kan dette gå over til å bli en overspisingslidelse. Det varierer fra person til person hvordan utviklingen av spiseforstyrrelsen ser ut, men det er sjeldent at man har symptomer som bare havner innenfor en bestemt diagnose. Det at en person ofte er innom mange ulike former for spiseforstyrrelser, har dannet grunnlaget for en behandlingsform som kalles en videreutviklet form for kognitiv atferdsterapi. (CBT-E)

Behandling med CBT-E

CBT-E er en behandlingsform som er tilpasset det transdiagnostiske synet på spiseforstyrrelser. Behandlingen kom på begynnelsen av 2000-tallet og er den siste formen for evidensbasert behandling mot spiseforstyrrelser. Studier har vist gode resultater av behandlingen og har vært effektiv for de fleste spiseforstyrrelser og spesielt for å redusere overspisingsepisoder. Behandlingen fordeler seg på 20 møter for de med $KMI > 17,5$ og 40 møter for de med $KMI < 17,5$. Den er utviklet for sammensatte lidelser, og finnes i flere ulike varianter. Det finnes en variant for unge, for voksne, for enkeltindivider eller for grupper. Det finnes

en standardversjon og en bredere versjon med ulike tilleggsmoduler. Disse kan for eksempel være knyttet til å jobbe med lav selvfølelse, nære relasjoner, traumatiske hendelser eller lignende. Behandlingen fokuserer på de opprettholdende mekanismene for spiseforstyrrelsen i stedet for hva som forårsaket den, da dette er hovedprinsippet i atferdsterapi.

CBT-E deles inn i fire faser. Den første fasen kalles "start well" og skal legge grunnlaget for en god behandling. I denne fasen er det viktig med psykoedukasjon, slik at pasienten får informasjon om lidelsen sin og enklere kan distansere seg fra den og få kontroll over den. Det er viktig å danne en formulering i fellesskap om hva som er de viktigste opprettholdende mekanismene for lidelsen. Denne formuleringen skal skrives ned, og tas frem under hvert møte. Det er viktig at pasienten selv er aktiv under behandlingen, for eksempel ved å innføre selvmonitorering. Dette går ut på at pasienten selv skal føre dagbok over hvilken mat som inntas når, og følelser rundt dette. Hvis pasienten for eksempel lider av en overspisinglidelse kan h*n skrive ned overspisingsepisoder som skjer, og svare på spørsmål som: hva og hvor mye som ble spist, når og hvor, og hva som utløste denne atferden. I fase to prøver man å kartlegge hva som har fungert så langt i behandlingen, og hva som må jobbes mer med. Man kan ta frem formuleringen om de opprettholdende mekanismene og endre denne hvis det er nødvendig. Deretter planlegger man fase tre. I fase tre ser man på hvilke faktorer som er med på å opprettholde spiseforstyrrelsen. Ved å finne disse faktorene kan pasienten få mer kontroll over spiseforstyrrelsen. Fase fire kalles "end well" og går ut på å danne en langsiktig plan for hvordan man kan fortsette å holde seg frisk og ha kontroll over spiseforstyrrelsen for å hindre tilbakefall. De viktigste opprettholdende mekanismene for den transdiagnostiske CBT-E er lav egenverdi og et forstyrret bilde på kropp, form og vekt. For å øke egenverdien hos pasienten kan man bruke to strategier. Den første er å finne nye områder og aktiviteter hvor egenverdien kan måles ut fra. Dette kan være å engasjere seg i frivillig arbeid, få seg en hobby eller interesse, være sosial og skaffe seg et nettverk av personer å støtte seg på. På denne måten trekkes fokuset mer bort fra kropp og vekt, og man får andre arenaer for utvikling og trivsel. Den andre måten å øke egenverdien er å fjerne viktigheten av kropp, form og vekt. Dette kan inkludere egenmonitorering for å kartlegge hva og hvor mye tid som går med på å evaluere seg selv. Speilbruk er for eksempel en viktig faktor å kartlegge, da personer med spiseforstyrrelser ofte bruker mye tid på å studere kroppen sin. Speil burde da fjernes fra hjemmet. En annen måte å gjøre dette på er å bli enig om at pasienten ikke har lov å ha en kroppsvekt hjemme, men bare veier seg i møtene med behandler for å holde kontroll over fremgang hvis dette er nødvendig. Sekundære opprettholdende mekanismer er et sterkt behov for kontroll, og dette henger sammen med en av de viktigste risikofaktorene for utviklingen av en spiseforstyrrelse som er en personlighet preget av perfektjonisme.

Avslutning

Selv om det kan virke som det er flere som har spiseforstyrrelser i dag enn tidligere, har ikke prevalensen økt betydelig. Dette kan tyde på at det er mer åpenhet om det i dag, at flere tørr å stå frem med problemene sine og at flere oppsøker hjelp. Det er derfor viktig med enda mer forskning på behandlingsformer og effektene de har. I tillegg er det viktig å forske på langtidseffekter av ulike behandlinger som CBT-E, da det er enda viktigere enn å se gode effekter under selve behandlingsperioden. De gode resultatene som er observert hittil med utvidet kognitiv atferdsbehandling stiller spørsmål til den måten vi diagnostiserer spiseforstyrrelser i dag.

De diagnosekriteriene som finnes i dag tar utgangspunkt i årsakene til spiseforstyrrelsen, og ikke mekanismene som opprettholder den. Da det er de opprettholdende mekanismene CBT-E baserer seg på, burde muligens diagnosene for spiseforstyrrelser, og mentale lidelser generelt, heller basere seg på de opprettholdene faktorene enn årsaker.

Oppgave 2

Innledning

Vi har de siste årene sett en utvikling i verdens sykdomssituasjon. På begynnelsen av 1900-tallet var de fleste sykdommer assosiert med fattigdom, men i løpet av de siste tiårene har disse tilfellene sunket drastisk samtidig som det har kommet flere og flere livsstilssykdommer og samsykdommer. Dette inkluderer sykdommer og lidelser med diffuse symptomer som kronisk utmattelsessyndrom, fibromyalgi og ADHD. I arbeid for å hindre at denne utviklingen skyter i været er sykdomsforebyggende tiltak og helsefremmende tiltak viktige. Disse metodene for å bedre helsen beskriver Geoffrey Rose i artikkelen "Sick individuals and sick populations", hvor han også forklarer hvorfor det kan være hensiktsmessig å sammenligne populasjoner og ikke bare individer innenfor en populasjon for å finne årsakene til sykdom.

I denne oppgaven skal jeg se på begrepene helse og sykdom og hva de innebærer. Jeg skal gå nærmere inn på artikkelen til Rose, og så skal jeg til slutt fokusere på sykdomsforebygging og hvordan slike tiltak kan føre til mindre sykdom i befolkningen.

Helsebegrepet og sykdom i populasjoner

Helse er et ord som brukes av mange og i ulike situasjoner, alt etter hva man oppfatter som helse. Det finnes ingen fasitdefinisjon på hva helse er, men tre oppfatninger går igjen: enten oppfattes helse som fravær av sykdom, som en følelse av livskvalitet/velvære eller som en ressurs i dagliglivet. Helse ble først definert som fravær av sykdom. Da har man kun god helse dersom man alltid er frisk; fri for forkjølelse, infeksjoner, kreft, og hjerte/kar-sykdom. Denne definisjonen ble kritisert av personer som mener at man kan ha god helse selv om man har sykdom. WHO har definert helse som en fullstendig følelse av fysisk, sosialt og økonomisk velvære og ikke bare fravær av sykdom. Denne definisjonen ble derimot kritisert for at ingen da kan ha god helse, for det er særdeles få personer som går rundt med en følelse av fullstendig velvære hele tiden. De kom da med en ny definisjon som sa at helse er en ressurs for å gjennomføre daglige oppgaver, og ikke er et mål i seg selv. Denne definisjonen gir rom for at man kan ha god helse selv om man er syk, har en mental lidelse eller andre syndrom, så lenge man klarer å fungere i hverdagen. Hvis helse er fravær av sykdom, er sykdom da det motsatte av helse? Sykdom regnes som en forstyrrelse i kroppens homeostase, og har en kjent årsak som kan finnes ved å utføre medisinske eller biokjemiske undersøkelser. Flere mentale lidelser og andre lidelser som kronisk utmattelsessyndrom, fibromyalgi og irritabel tarmsyndrom har ingen kjente årsaker. Mange vil mene at disse ikke har god helse, og dermed blir det feil å si at sykdom er det motsatte av god helse. Det er nødvendig med en mer utvidet definisjon.

I "sick individuals and sick populations" skriver Rose om helsebegrepet og hvordan man ved hjelp av sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid kan hindre at flere blir syke. Helsefremmende arbeid baserer seg på salutogense, hvordan man kan øke den generelle livskvaliteten og helsen i en populasjon. Sykdomsforebygging baserer seg på patogenese, og handler om å gå bakover i årsaksrekken for å finne ut hvor man gripe inn for å hindre utviklingen av en viss sykdom. Rose sier at årsaken til enkelttilfeller i en populasjon er forskjellig fra årsaken til hyppigheten i en populasjon. Han viser blant annet til forskning som har sett på hypertensjon i ulike populasjoner. Hypertensjon er en risikofaktor for utvikling av kardiometabolsk syndrom, hjerte-karsykdommer og diabetes. Forskningen viste at hypertensjon var utbredt i London, mens dette fenomenet nesten ikke var til stede i kenyanske nomader. Begge populasjonene har derimot en normalfordeling for blodtrykk, men det som gjør at det bare er den ene populasjonen som er "syk" er fordi gjennomsnittet for blodtrykk er forskjellig. Gjennomsnittet for nomadene er forskjøvet til venstre for gjennomsnittet i London, slik at en som i kenya vil ligge over den 95. persentilen i normalfordelingen allikevel vil ligge under gjennomsnittet til London-populasjonen. For å finne de underliggende årsakene til hypertensjon kan det derfor være hensiktsmessig å se hva som er forskjellene i kostholdet i de to populasjonene, heller enn å se på individuelle forskjeller i London-populasjonen.

Sykdomsforebygging

Sykdomsforebygging baserer seg på å finne årsakene til en sykdom, og gjennomføre tiltak for å hindre at flere utvikler sykdom. Rose nevner at sykdomsforebygging kan deles i to strategier: en populasjonsstrategi og en høy-risikostrategi. Populasjonsstrategien går ut på å finne tiltak som når ut til hele populasjonen, for eksempel gjennom kampanjer eller reklame. Høy-risikostrategien går mer ut på screening av individer for å finne de som ligger i faresonen for utvikling av sykdom, og heller behandle disse individuelt eller i grupper slik at de ikke utvikler sykdom. Rose argumenterer for at populasjonsstrategien ofte vil forebygge flere sykdomstilfeller enn høyrisikostrategien. Her vil jeg bruke diabetes mellitus type 2 som et eksempel, og bruke fiktive tall. La oss si at 10% av den norske befolkningen har høy risiko for utvikling av diabetes, det vil si 500 000 individer. De resterende 4 500 000 har lavere risiko, men fortsatt noe risiko. Deretter kan man estimere at uten intervensjon vil 50% av de med høy risiko utvikle diabetes, det vil si 250 000 individer. Det er derimot estimert at bare 10% av gruppen med lavere risiko vil utvikle sykdommen, og det tilsvarer 450 000 individer. Som man ser ut fra dette eksempelet kan man forebygge flere tilfeller av diabetes ved å bruke en populasjonsstrategi i stedet for å bare fokusere på høy-risikogruppen.

Populasjonsstrategien har mange fordeler, men også noen ulemper. Man har mulighet til å hjelpe flere mennesker, og på en mer kostnadseffektiv måte. Dette kan for eksempel gjøres ved å lage en informasjonskampanje på sosiale medier om risikofaktorer for utvikling av diabetes; som nedsatt glukosetoleranse, insulinresistens, stort midjemål og hypertensjon. I tillegg kan man vise hvordan man kan reversere disse risikofaktorene ved hjelp av kosthold og trening, og gjerne gjøre dette på en morsom måte da forskning har vist at det er større sannsynlighet for at folk endrer vanene sine. Denne formen for sykdomsforebygging har derimot fått kritikk for å øke de sosioøkonomiske forskjellene i samfunnet ettersom det ofte er de med høyere utdanning og bedre økonomi som tar til seg denne kunnskapen og har de ressursene som trengs for å gjøre noe med situasjonen. I tillegg er det ofte vanskelig å motivere

enkeltindivider til å gjøre en forskjell når det ikke er noe som personlig angår de. Argumentene for å fokusere på høy-risikogruppen er at man hjelper de som trenger det mest. På den ene siden kan dette føre til at både behandleren og personen som får behandling er mer motiverte. På den andre siden kan det skape unødvendig frykt hos de som blir plasserte i høy-risikogruppen og kan føre til at de blir sett på som pasienter når de ikke er det. Det å plassere folk i grupper kan ha uheldige konsekvenser, også når det gjelder de som ikke er i høy-risikogruppen. De som ligger i grenseland mellom høy-risiko og mindre risiko får ikke behandling, og da kan det være de tenker at de er friske og fortsetter med vanene sine som til slutt vil føre til at de havner i høy-risikogruppen eller blir syke.

Avslutning

For å bremse utviklingen av livsstilssykdommer og samsykdommer kan det være hensiktsmessig å bruke en blanding av populasjonsstrategier og høy-risikostrategier for å forebygge sykdom. Det kan i tillegg være lurt å ha fokus på helsefremmede arbeid. Med en god blanding kan man forebygge noen tilfeller av sykdommer, men med en stadig eldre befolkning vil det være krevende å få det til. Det trengs mer forskning for å forstå mekanismene bak ulike mentale lidelser og andre lidelser med somatiske symptom. Det kan være hensiktsmessig å forske mer på hva som gjør noen populasjoner sykere enn andre, og på denne måten lære mer om etiologi og utvikle gode sykdomsforebyggende strategier.
