



PSYK140 0 Atferd, helse og ernæring

Kandidat 182

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 13:27
Vurderingsform	PSYK140	Oppretta av	Anna Laupsa Helvik
Starttidspunkt	15.05.2017 09:00	Mengd sider	6
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

1. Beskriv det transdiagnostiske perspektivet på spiseforstyrrelser basert på kognitiv atferdsbehandlings teori (CBT-E). Hva er bakgrunnen for dette perspektivet? Hva blir ansett som de viktigste opprettholdende mekanismene for spiseforstyrrelser innenfor dette perspektivet (transdiagnostisk CBT-E) og hvilke sekundære opprettholdende mekanismer er mest vanlige?

I dagens samfunn har man sett et økende fokus på helse. Sosiale medier bidrar til at man kan få et innblikk i alles hverdag, og mulighetene for å sammenlikne egen livsstil med andres er mye større i dag enn i tidligere tider. Mange argumenterer for at dette er med på å skape et usunt fokus på blant annet kropp og vekt, særlig hos yngre personer som befinner seg i en sårbar alder der de er lettpåvirkelige og kroppen er i endring både mentalt og fysisk. Forekomsten av spiseforstyrrelser som anoreksia nervosa og bulimia nervosa har til tross for det økte kroppsfokuset i dag holdt seg rimelig stabil - med en svak økning i tilfellene av bulimi. I tillegg

antar man at det til tross for bedre behandlingsmetoder og mer åpenhet rundt spiseforstyrrelser er mange som ikke søker hjelp grunnet skam. Spiseforstyrrelser er imidlertid et vidt begrep, og mange faller ikke inn under standard klassifiseringer slik som anoreksi og bulimi.

Denne oppgaven skal se nærmere på hva et transdiagnostisk perspektiv på spiseforstyrrelser vil si, hvordan man behandler spiseforstyrrelser utfra dette perspektivet samt hvilke mekanismer som er med på å opprettholde spiseforstyrrelsen hos pasienten.

I dag har man i hovedsak to klassifiseringssystemer for diagnostisering av spiseforstyrrelser. ICD-10 er utviklet av Verdens Helseorganisasjon, og beskriver kriterier for anorexia nervosa, bulimia nervosa og såkalte EDNOS som står for "eating disorders not otherwise specified". DSM-5 er et kriteriesystem dannet av den amerikanske psykiaterforeningen, og beskriver i tillegg til de overnevnte lidelsene en tredje tilstand kalt overspisingslidelse. Det som skiller en anorektiker fra en bulimiker er blant annet at anorektikeren har en BMI lavere enn 17,5 og som følge av dette opplever kvinnelige anorektikere ofte at menstruasjonen utblir. Ser man bort fra disse forskjellene, har de to tilstandene i det store og det hele mer til felles enn de har ulikheter. En som lider av bulimi kan i likhet med anorektikere ha restriktive perioder med streng kontroll over matinntaket. Disse periodene avbrytes imidlertid av episoder der bulimikeren mister kontroll over dietten og overspiser. Deretter vil personen forsøke å gjøre opp for overspisingen ved å kaste opp, trene hardt, gå tilbake til en svært restriktiv periode, ta i bruk avførende midler eller diuretika, eller en kombinasjon av disse. En person med såkalt bulimisk anoreksi har også episoder der personen mister kontrollen og overspiser. Og overspisingepisodene etterfølges også her av et forsøk på å kvitte seg med de inntatte kaloriene ved å ta i bruk en eller av de samme metodene som bulimikerene. Mengden en bulimisk anorektiker inntar under overspisingen er imidlertid mye mindre sammenliknet med mengden en person med bulimia nervosa inntar ved overspising. Også personer med overspisingslidelse og EDNOS har også mye til felles med personer som lider av anorexia nervosa og bulimia nervosa. En overspisingslidelse er for eksempel karakterisert av at personen spiser store porsjoner med mat, men her kvitter man ikke seg med de inntatte kaloriene slik som bulimikere og personer med bulimisk anoreksi gjør. EDNOS er en betegnelse for en stor, heterogen gruppe tilstander som er relatert til mat, kropp og vekt. For eksempel kan man ha laget seg spesifikke regler for mat og spising noe som også ses hos personer med bulimia nervosa og anoreksia nervosa.

Den felles kjernepatologien for alle spiseforstyrrelser er imidlertid at personen som lider har et sykkelig forhold til kropp, vekt og mat som gjerne bunner i en lav selvfølelse samt en følelse av manglende kontroll. Som en følge av de mange likhetene mellom hvordan de ulike tilstandene av spiseforstyrrelser arter seg, og de felles årsakene som ofte ligger til grunn for utvikling av spiseforstyrret adferd, har mange argumentert for at man bør ha et transdiagnostisk perspektiv på spiseforstyrrelser. De fleste med spiseforstyrret adferd vil dessuten migrere mellom mange ulike typer av spiseforstyrrelser gjennom sykdomsforløpet. For eksempel er det vanlig at restriktive anorektiker går over til å bli bulimikere, osv. I syn av dette perspektivet har man utviklet en nyere form for kognitiv adferdsterapi kalt CBT-E der målet er å behandle spiseforstyrrelser på tvers av diagnoser. Psykoanalytisk terapi søker å finne ut av hva som er grunnen til spiseforstyrrelsen, altså hvordan tanker, følelser og relasjoner har gjort at personen har utviklet en spiseforstyrret adferd. Her er tanken å gi personen innsikt i og forståelse for hvorfor han eller hun har utviklet spiseforstyrrelser, og at denne forståelsen så vil gi

bedring av personens tilstand. Kognitiv adferdsterapi har imidlertid i flere studier vist bedre behandlingseffekt enn ulike former for psykoanalytisk terapi, særlig overfor personer med bulimi. For kognitiv adferdsterapi er målet å finne ut hvilke mekanismer som gjør at personen holder på sin spiseforstyrrede adferd. Tanken er at hvis man kan finne symptomene på spiseforstyrrelsen og hvilken adferd holder den gående, så kan man også sette i gang tiltak for å endre dem og gi personen nye vaner. I tillegg til terapitimer med terapeut og undervisning om kosthold og spiseforstyrrelser, får personen oppgaver hjemme som skal utføres. Den syke må blant annet føre matskjemaer der han/hun rapporterer hvor mye og hva slags mat han/hun har inntatt, i hvilken situasjon den ble inntatt samt tanker og følelser rundt inntaket. I terapitimene setter man små, gradvise mål for behandlingen. Kontroll er som nevnt et viktig aspekt ved spiseforstyrrelser. Personen har en manglende følelse av kontroll i livet, og forsøker så å gjenopprette følelsen av kontroll ved å føre en streng kontroll over diett og vekt slik som ved anoreksi og bulimi. En person med spiseforstyrrelser har som nevnt ofte laget seg et spesifikt sett med regler for spising og trening som gir personen en følelse av kontroll og mulighet for forutsigbarhet og å sette grenser. Det kan derfor være svært skummelt for en spiseforstyrret person å skulle legge om disse vanene. Ved å utfordre disse reglene samt å gi personen redskapene som skal til for å mestre spising, prøver man å få personen til å gi slipp på slike opprettholdene mekanismer og samtidig gi de en følelse av mestring som gjør at de klarer å forsette med en mer normal spiseadferd. En annen opprettholdene mekanisme er det feilaktige synet på kropp og vekt man har dannet seg som en følge av den lave selvfølelsen. Terapien går dermed også ut på å vise den spiseforstyrrede hvorfor et slikt kroppsideal som de har tillagt seg ikke er sunt eller mulig å opprettholde. Samtidig legger man vekt på større aksept av seg selv som menneske og positive kvaliteter man har.

Spiseforstyrrelser er som nevnt en svært heterogen gruppe tilstander. De mange ulike studiene som fins for ulike behandlingstilnærminger er som regel knyttet til de enkelte spiseforstyrrelsene som man har diagnostiske kriterier for. Når de aller fleste med spiseforstyrret adferd imidlertid opplever å migrere mellom ulike diagnoser, eller at de ikke helt passer inn i de gjeldende diagnostiske kriteriene, kan det være at en transdiagnostisk behandlingstilnærming som CBT-E gir et bedre utgangspunkt for å kunne behandle flere typer spiseforstyrret adferd. Dermed vil man kanskje også i større grad kunne gi god behandling til flere personer som lider av disse tilstandene.

3. Beskriv hvordan døgnrytmer er regulert og gi eksempler på døgnvariasjonen i noen fysiologiske funksjoner. Diskuter hvordan de forskjellige måltidene vi spiser i løpet av dagen kan påvirke oss kognitivt og adferdsmessig.

Hjernen er kroppens kontrolltårn. Her styres alle de ulike fysiologiske prosessene som til enhver tid foregår i kroppen. Til tross for at den kun utgjør 2% av kroppsvekten vår, tar hjernen i bruk 20% av vårt totale daglige glukosebehov, og er helt avhengig av en konstant tilførsel av oksygen. Hjernes aktivitet er dermed avhengig av bestanddelene av næringsstoffer som vi får i oss ved hvert måltid. I tillegg vil døgnrytmen virke inn på hjerneaktiviteten. Avhengig av om det er natt eller dag, vil ulike fysiologiske prosesser slik som hormonutskillelse som styres av hjernen variere. Denne oppgaven skal se nærmere på eksempler på

fysiologiske prosesser som styres av døgnrytmen, samt hvordan hjernen påvirkes av måltider gjennom dagen.

Døgnrytmer er variasjoner av ulike fysiologiske prosesser som skjer som følge av skifte mellom lys og mørke. Det som regulerer døgnrytmen er vår biologiske klokke som sitter i den suprachiasmatiske kjerne i hjernen. Videre har man mange biologiske klokkegener i de ulike vevene i kroppen styrer uttrykkningen av enkelte gener og for eksempel hormonutskillelse fra ulike organer. Hormoner som viser slik døgnvariasjon er blant annet kortisol, veksthormon, prolaktin og insulin. Kortisolutskillelsen øker for eksempel på morgenen. Det er et katabolsk hormon som fører til mobilisering av energilagrene. Etter en lang natts faste er blodsukknivået lavt, og mobilisering av glukose fra glykogenlagre og fettsyrer fra fettvevet gir oss dermed nødvendig energi. Veksthormon skilles ut mest på nattestid og særlig viktig for vekst og utvikling hos barn samt cellevedlikehold hos voksne og eldre.

Insulin er et anabolt hormon som skilles ut fra betacellene i endokrin del av pankreas. Betacellene registrerer det økte nivået av glukose i blodet som oppstår etter inntak av mat. Som følge av dette skiller de ut insulin som igjen virker på celler i ulike vev som lever, hjerne, muskler og fettvev slik at glukosen fjernes fra blodet. I lever og muskler lagres glukosen som glykogen, mens i fettvevet brukes det i dannelsen av triacylglycerol som er lagringsformen av fett. I hjernen er glukose den viktigste kilden til energi. Glukose er dermed avgjørende for hjernens funksjon og dermed vår kognitive funksjon. Utskillelsen av insulin er følgelig størst om dagen og lavest nattestid.

På grunn av hjernens avhengighet av glukose, vil de ulike måltidene gjennom dagen ha forskjellig innvirkning på vår kognitive funksjon. Frokost blir sett på som det viktigste måltidet. Studier har vist at frokost øker vår evne til å fokusere på oppgaver, altså bedrer vår evne til å konsentrere oss. Når det gjelder lunsj har studier pekt på at den kan ha en negativ effekt på prestasjonsevnen. Som følge av dette er det foreslått at man spiser et lettere mellommåltid istedenfor å spise et større lunsjmåltid. Man er imidlertid usikker på om det faktisk er inntaket av mat ved lunsjtider som påvirker oss i negativ retning, eller om dette heller er et resultat av døgnrytmen gjør oss mer trøtte og ufokuserte. Om kveldsmat er det også knyttet stor tvil til hvilken effekt det kan ha for personers prestasjonsevne. Man har utført studier på studenter for å se om deres prestasjonsevne ble bedret av å innta et måltid på kvelden. Selv om man ikke fant grunnlag for å konkludere med at kveldsmat hadde en positiv virkning, rapporterte studentene selv at de følte seg mer opplagte og fokuserte.