

Eksamen ved

Københavns Universitet i

Klinisk psykologi, seminarhold incl.  
forelæsning

Det Samfundsvidenskabelige Fakultet

25. oktober 2011

Eksamensnummer: 138

- 1) Beskriv og diskuter (med udgangspunkt i teksterne af Gammelgaard, 2010 og Zeuthen et al., 2008) forskelle mellem psykoanalysen og udviklingspsykopatologi med henblik på begreber om udvikling, tid og kausalitet.

Der er store forskelle på hvordan psykoanalysen (Gammelgaard og Zeuthen, herefter PA) og udviklingspsykologien forstår begreber som tid, udvikling og kausalitet, da teorierne har vidt forskellige paradigmer. Gammelgaard forstår udviklingspsykologien som en paraply for forskellige psykologiske teorier. Udviklingspsykologien forstår menneskets udvikling i et komplekst samspil mellem miljø, biologi og psykologiske processer, og som en udvikling over tid. Psykopatologi forstås her som en afvigelse fra den "normale udviklingssti".

PA er ikke en udviklingsteori. PA har driften og det ubevidste som sin genstand. Det ubevidste udvikler sig ifølge Gammelgaard ikke. Det ubevidste er "rester" som man ikke formår at integrere i sindet på et tidspunkt. Disse rester (det ubevidste) kan få betydning i nutiden, hvis man fx konfronteres med et objekt fra fortiden (eller noget der minder en om det). Derfor mister nutiden betydning i PA. Årsag og virkning sker samtidig. Der eksisterer altså forskellige tidsforløb ifølge PA som afhænger af vores indre.

Udviklingspsykologien og PA kan ikke integreres, uden at PAbegreber som det ubevidste og drift mister betydning. Gammelgaard foreslår at PA kan *supplere* udviklingspsykologien.

- 2) Redegør - fx ud fra Gabbard (2005): "Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic" - for mindst tre psykologiske forsvarsmekanismer, sådan som de er beskrevet i forskellige psykoanalytiske teorier.

Forsvarsmekanismer er et vigtigt begreb i psykoanalysen og forklarer hvordan mennesker "forsvarer" sig mod "problemer", de bruges både bevidst og ubevidst. Der er forskellige niveauer i forsvarsmekanismer efter hvor udviklede de er.

En af de primitive forsvarsmekanismer er splitting, hvor individet deler alt op (fx mennesker, situationer mm.) i godt og ondt. Splitting ses fx ved personlighedsforstyrrelser.

Regression er også en af de primitive forsvarsmekanismer, hvor individet regrediere tilbage til et tidligere stadie i sin udvikling. Fx bliver individet som et 5 årigt barn, når personen skændes med sin partner.

En anden forsvarsmekanisme er idealisering, hvor man idealisere en bestemt person, som man vil gøre alt for, for at undgå kritik.

Sublimering er en af de højere niveaus forsvarsmekanismer, hvor man sublimerer dårlige ting, fx ser på nøgne græske statuer (noget fint/kulturelt) frem for erotiske film (noget grimt, tabu).

En anden af de højere niveaus forsvarsmekanismer er humor. Humor bruges til at "lette" stemningen, når der sker noget ubehageligt.

- 3) Redegør på baggrund af Beck (1995): "Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion" for centrale principper, som ligger til grund for kognitiv terapi.

Kognitiv terapi (herefter CBT) er evidensbaseret, tidsbegrænset og struktureret terapi. Et af de mest centrale principper i CBT er, at vores tanker påvirker vores adfærd. CBT bygger på principper om kognitive skemaer. Kognitive skemaer er skemaer som indlejres i mennesket, fx via forældrene eller hændelser (betingning). Kognitive skemaer har betydning for menneskets basale antagelser om verden, tanker og adfærd. Hvis man har et kognitivt skema om at verden er et ondt sted at være, vil personen opføre sig om verden er ond og måske udvikle angst. På denne måde vil personen (pga. sikkerheds/undvigelsesadfærd) aldrig få modbevist sin basale antagelse. I kognitiv terapi forsøger man at ændre personens kognitive skemaer bl.a. vha. eksponering og sokratiske udspørgen, hvor man udfordrer personens basale antagelser. Hvis personens basale antagelse er, at verden er ond, vil man i CBT afprøve om denne antagelse er rigtig. På denne måde kan man ændre individets basale skemaer.

I CBT ønsker man at klienten bliver sin egen kognitive terapeut, derfor er det vigtig hele tiden at forklare klienten hvad de laver i terapien – der er altså intet "skjult" for klienten i CBT og terapeuten skal ikke fortolke. I CBT bruger man ofte teknikker som ratingscales, skemaer (mange forskellige), tests, psykoedukation, sokratiske udspørgen, eksponering, feedback og hjemmeopgaver.

- 4) Beskriv (med udgangspunkt i teksterne om børneterapi) nogle væsentlige elementer i henholdsvis kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk psykoterapi med børn.

Kognitiv terapi med børn bygger på mange af de samme principper som CBT med voksne (se spørgsmål 3). Dog skal man, i arbejdet med børn, være opmærksom på at børn ikke selv har henvendt sig til psykologen (derfor kan barnet mangle motivation for terapien), barnet udvikler sig stadig (derfor kan problemer indhentes i udviklingen) og børn er afhængige af voksne. Det er vigtigt at lave en grundig anamnese af barnet, hvor man bl.a. kigger på barnets fysiske, kognitive, sociale og psykologiske udvikling. Man lægger vægt på barnets miljø (forældre, venner) og hvordan barnet klarer sig i skolen. CBT med børn har primært haft fokus på barnets adfærd i terapien. Det er usikkert (ifølge forskningen) om man bør inddrage forældre i CBT, men det gør de fleste dog. Da der ikke direkte er en teori/terapi/manual for CBT anvendt på børn, er der store forskelle på, hvordan man udfører CBT med børn.

I psykoanalytisk terapi (herefter PAterapi) ønsker man at få barnets ubevidste frem i terapien. Dette kan gøres vha. leg og/eller samtale. Hvorvidt man bør bruge det ene eller det andet afhænger af barnets alder og om barnet har været udsat for alvorlige traumer. I legeterapi kan terapeuten være mere eller mindre aktiv (dette afhænger også af terapeutens teoretiske udgangspunkt). Man ønsker at undersøge barnets evne til at lege og hvordan relationer udspiller sig hos barnet i legen. I PAterapi undersøger man overføringer og modoverføringer, og det er vigtigt at terapeuten bevidst opfører sig anderledes end hvad barnet ønsker (modoverføring). Legeterapien har en healende virkning i sig selv, men kan også give barnet et nyt syn på fx voksne (terapeuten erstatter et gammelt objekt med et nyt). Legen kan også lære barnet ny adfærd og give nye ideer. Terapeuten bør konfrontere barnet med fortolkninger afhængigt af hvad terapeuten mener, er passende. Konfrontation kan ske i legen eller samtale, men det er ikke altid at man kan verbalisere den nye indsigt som legen giver, nogle gange må man lege den frem. Det er vigtigt at "sætte forældrene ind i" de terapeutiske metoder, da det kan være svært for dem at gennemskue målet for legeterapien.

5) Redegør - fx ud fra Rosenberg (2009): "Specifikke forstyrrelser af personlighedsstruktur (F60)" - for mulige neuropsykologiske problemer hos patienter med dyssocial og/eller emotionel ustabil (borderline) personlighedsforstyrrelse.

6) Redegør på baggrund af Lambert (2011): "Psychotherapy research and its achievements" for centrale fund i psykoterapiforskningen.

Psykoterapeutisk forskningen har stillet mange forskellige spørgsmål gennem tiden og er kommet frem til forskellige svar som har betydning for terapi og teori. Der er en del problemer i forskningen i psykoterapi, da det er svært at måle effekten af terapi og lave langtidsstudier. Og der vil altid være etiske problemer i psykoterapeutisk forskning, da man ofte har en kontrolgruppe i forskningen som ikke modtager terapi. Dette kan bedst modvirkes ved at udvælge mennesker til forskningen helt tilfældigt.

Et vigtigt og centralt fund i forskningen er at psykoterapi virker! Terapi virker bedre end ingen behandling eller placebo og har langtidseffekt. Man har også fundet at terapi virker mindst ligeså godt som medicin (og medicin har ingen langtidseffekt, da det er symptombehandling). Et af de største og måske mest betydningsfulde fund i forskningen er, at der ikke er store forskelle i effekten af terapi afhængigt af terapeutiske metoder, der er dog fundet evidens for at eksponering (CBT) virker godt ved fobier. Det som betyder mest for effekten af terapien er den terapeutiske alliance. Også terapeutens personlighed og klientens motivation for forandring er vigtige elementer for at terapien virker. Det er svært at svare på hvor længe man skal gå i terapi for at den er effektiv - Lambert finder at ca. 50 % har det bedre efter 8 timers terapi og at 75% har det

bedre efter 6 mdrs. ugentlig terapi. Dette fund betyder at man nu ofte benytter korterevarende terapi, da der umiddelbart ikke er nogen forskelle på langtids og korttidsterapi. Jeg vil dog påstå at dette også afhænger af klientens problematik.