

MODELLER FOR SUNDHEDSADFÆRD og INDLÆRING:

1. Beskriv mindst to modeller for sundhedsadfærd og redegør for, hvorledes indlæring har betydning for udvikling og vedligeholdelse af denne adfærd.

For især tandlæger er det vigtigt for os at kende til diverse sundhedsadfærd, idet det giver os redskaber til at kunne forstå rationalet bag adfærd for mennesker. Samtidig giver det også klienter bedre forudsætninger for valg af tandsundhed.

Der ses forskellige modeller for sundhedsadfærd. De centrale modeller inddeles i

Stages of change modellen

Socialkognitive adfærdsmodeller

Hvis der tages udgangspunkt i stage stadie modellerne. Dette indebærer to modeller, herunder stages of change modellen og health action process approach modellen.

Stage of change modellen:

- Denne model tager udgangspunkt i den antagelse, at man går igennem en række stadier, når en adfærd etableres og skal vedligeholdes. I forbindelse med at etablere, gennemføre og vedligeholde sundhedsadfærd, ville individet gå igennem en række faser ifølge denne model.

Stadierne:

1. Før-overvejselsesfasen
2. Overvejselsesfasen
3. Forberedelsesfasen
4. Handlingsfasen
5. Vedligeholdelsesfasen.

Ifølge modellen, bør overgangen mellem disse faser ikke være i kronologisk form, men kan sagtens ske springende.

Modellen beskriver også at der eksisterer en beslutningsproces i modellen.

Ifølge modellen opvejer individet adfærens omkostninger, fordele, ulemper mm. Personer som er i før forberedelsesfasen og overvejselsesfasen vægter ulemper og omkostninger mere end personer der er i handlingsfasen, hvor de vægter udkommet og fordele højere.

Overordnet danner denne model en forståelse for de processer et individ kan komme igennem, ift at gennemføre og vedligeholde sundhedsadfærd.

Den anden model under stages of changes er Health action process approach. Denne model er ligeledes en stadiemodell. Denne inkluderer dog flere faktorer, som værende af betydning for prædiktionen af adfærd. Denne model inkluderer bla self efficacy begrebet og andre begreber som støtte.

Det der er særligt ved denne model er at den består af et motivationsstadie og et handlings/vedligeholdelsesfase. Disse kan ifølge modellen influeres af forskellige faktorer. Dette kunne være personens self efficacy, forventning til hvilket udkom adfæren vil føre til, trusselvurdering altså hvor farlig denne sygdom er, eller adfærd vurderes. På baggrund af disse faktorer, kan en given adfærd og motivation fører til adfæren i praksis. Når man er nået til dette stadie, kan man gå videre til **handling og vedligeholdelse stadie**. Dette stadie består af kognitive, situationelle og adhærdsrelateret faktorer.

Det der er fordelagtigt ved denne model er at den inddrager flere faktorer, som værende medvirkende til de to overordnet stadier. Dette kan udnyttes af læger, hvor man kan hjælpe patienten på vej mod realisering af sunheds og sygdomsadfærd. Modellen fokuserer især på self efficacy som er et plus, idet den danner en bro mellem de to stadier.

Indlæring defineres som en process, hvorved erfaring kan føre til en relativ permanent ændring i organismens adfærd eller evner. Man kunne koble modellerne for sundhedsadfærd med model indlæring. Her vil man foretage indlæring, ved iagttagelse en model, altså observationsindlæring. Mennesker kan lære ved at iagttagelse en model og ved at erhverve en følelse af selvvirksomhed (en persons tro på, at han eller hun har evnen til at udføre handlinger som vil føre til et ønsket resultat - det kan jeg godt klare) På denne måde lærer de ved at iagttagelse en model, samtidig med at de erhverver en følelse af selfefficacy. Denne model bidrager til, at man lærer hvilke konsekvenser en given handling eller adfærd giver.

Ifølge psykiateren albert bandura, præsenterede han social kognitive model, der forklarer at en modelindlæring kan ske ved at man observerer andres adfærd, samtidig med at man opnår tro på at man kan udføre handlingen. Dette kan blandt andet kobles til de to overstående modeller, herunder health action process approach modellen, hvor der ses at self efficacy er broledet mellem motivation og handlingsstadie. Ved modelindlæring ses der at man er nødt til at motiveres, før at man kan lære ved modelindlæring (ifølge bandura). Denne model er inddelt i flere forskellige stadier, som især også kan kobles sammen med stages of change modellen, idet at den kræver

Opmærksomhed, som gør at man er mere fokuseret og omhyggelig med detaljer. Dette kunne sammenlignes med før overvejelsesfasen. Dernæst er der retention, hvor man bearbejder adfærden i hukommelsen, for at kunne bruge den. Denne kunne være i overvejelse - men måske mere forberedelsesfasen. Dernæst reproduktion, hvor adfærden skal kunne reproducere, hvor det i den sammenhæng er en forudsætning at have den rette kapacitet. Som kunne være en overgang mellem forberedelsesfasen og handlingsfasen. Til sidst ses motivation, hvor en modelindlært adfærd kan tillæres og reproducere, hvilket kræver motivation og self efficacy. Banura understreffer dermed at indlæring kan opnås, men gendannelsen af adfæren kan opnås med tiden og dermed vedligeholdelsen - så længe man er motiveret.

SAMMENHÆNG MELLEM PERSONLIGHED OG SYGDOM // STRESS

2. Diskutér sammenhænge mellem personlighed og sygdom/sundhed. Inddrag konkrete eksempler fra casen.

Inden for personlighedsteorien findes flere teorier, nogle af dem er bl.a. trækteorien, personlighedstyper og den social kognitive teori.

Trækteorien beskriver at personlighedstræk er noget ethvert individ grundlæggende har, og at de findes i forskellige grad hos hvert individ. Det er nogle træk, der gør det muligt at beskrive hinanden. Den nyeste trækteori er; The Big Five teorien

The Big Five teorien beskriver 5 træk; *Neuroticisme, ekstroversion, åbenhed, venlighed og samvittighedsfuldhed*. (henvisning til kapitel 7 i kompendium i medicinsk psykologi og sundhedspsykologi, powerpoint om personlighed og intelligens, samt kompendie i psykologi og adfærd).

Personlighedstræk er med til at beskrive den hyppigste adfærd, som vi mennesker udtrykker, samtidig er den med til at influere vores adfærd gennem hele livet. Specielt neuroticisme og samvittighedsfuld, er med til at påvirke vores adfærd gennem hele livet. Neuroticisme er generelt beskrevet som en sårbarhedsfaktor i sygdommen, mens samvittighedsfuld er en beskyttende faktor for sygdom. Man ser at folk med neuroticisme har en større association med rygning, alkohol og fysisk aktivitet. mens disse personer har sværre og stærkere reaktioner på livsbegivenhed. Personer med neuroticisme, har det med at trække sig og undvige problemer, i stedet for at imødekomme og løse problemerne. Disse personer bliver nemt stresset.

Omvendt vil personer der har høj samvittighedsfuldhed, have en mindre association til alkohol, rygning, samt fysisk inaktivitet. Disse personer er mere tilbøjelige til at konfrontere problemerne og dermed løse dem. Man ser i casen to forskellige personligheder i Lasse og Christian. Christian er høj på neuroticisme, hvilket ses da han generelt ikke tænder på sundhed, sund kost mm, samtidig med at han ikke imødekommer sine sygdomme når han bliver konfronteret med disse. Han er ikke tilbøjelig til at ændre sig, på bekostning af de små goder han får. Man kan dog sige at Christian ikke er stresset som person, hvilket også er kendetegnet ved denne kategori.

Stress spiller en stor rolle i diskussioner af sammenhænge mellem psykosociale faktorer og helbred. Lazarus og Folkman understreger at stress opstår som en konsekvens dels på den måde man fortolker de konkrete situationer på og dels en vurdering af om man er i stand til at cope med belastninger. Dette ses hos Lasse, hvormod man kan se at der opstår en del stress, i relation med arbejde og hans måde at cope med det på, er ved at spise en del og drikke - for på den måde at få tankerne væk fra det reelle problem. En del studier har bekræftet at især personlighedstrækken neuroticisme (samt lav ekstroversion og lav venlighed) er forbundet med stressende og belastende situationer. Man kunne diskutere dette, idet Lasse ikke udviser en lav venlighed, hverken i hans stresset periode, eller når han overkommer dette. Man kunne sætte ham under neuroticisme, når der er tale om hans stresset perioder, men jeg vil ikke mene at denne træk ville kunne sættes fast som en

personlighedstræk hos Lasse, men mere et dynamisk træk der er situationsafhængigt. Omvendt kan man godt se disse træk hos hans ven Christian, som en mere statisk og fast personlighed. Christian har en lav venlighed, hvilket blandt andet ses når Lasse prøver at få ham op og træne og han bliver sur over dette. En undersøgelse viser samtidig at der er en forbindelse mellem neuroticisme og undvigende coping, samt tilbagetrækning - hvilket ikke vises hos Lasse, men hos hans ven Christian. Her ses der at Christian har en høj neuroticisme, idet han undviger coping, og tilbagetrækker sig fra problemet.

Dette viser at adfærd ikke altid er konsistent og at adfærden afhænger af flere forskellige personlighedstræk, som alle er i sammenspil med situationen. Selv-monitorering er et vigtigt træk, som Lasse har. Dette kan man se, idet at når han har det dårligt og er stresset på arbejde - har det påvirket hans livstil og humør, mens han efter er startet i fitness mm, er blevet mere positiv, hvilket gør at hans adfærd har ændret sig og han er mere motiveret til at snakke med sin chef. (Kompendium i psykologi og adfærdsfag, side 27-33.)

En metaanalyse viser at social støtte er effektiv buffer mod stress og at have et socialt netværk, kan være med til at have en optimal behandling, samt et godt helbred og overlevelse. Man ser at Lasse har en tæt relation til sin familie, samt kæreste og man ser dermed at den støtte han får fra sin kæreste, giver ham motivationen til at ændre sit helbred. Omvendt kunne man se Christian, som ikke får samme opbakning hjemmefra, idet at han er vokset op i en familie, hvor sundhed, sygdom, sund kost ikke betød meget og er normer der ændre sig. Den sociale motivation får han ikke derfra - og når Lasse prøver at hjælpe ham, prøver han at undvige dette, da det går imod hans normer. Lasse kunne uden større vanskeligheder implementere de nye rutiner. Han lavede madplaner og Excel ark over motion og tandbørstning og nød faktisk strukturen og den nye hverdag, hvilket er med til at vise disciplin. (Kompendium i psykologi og adfærdsfag, side 27-33.)

Man kunne også drage parallel til Locus og control, som kan være internal og external. Hvis man har et indre locus og control, så har man en opfattelse af, at man har evnen til at gøre noget ved tingene, man er med andre ord selv i stand til at skabe og løse problemer. Dette ser vi hos Lasse. En person med et external locus of control har en opfattelse af at ting sker uden man har kontrollen over det, og man derfor ikke kan gøre noget ved dette, hvilket ses hos Christian.

ILLNESS COGNITIONS (Sygdomsperception)

Redegør for begreber og modeller om sygdomsoplevelse ("Illness cognitions").

Sygdomsoplevelse er vigtig for sygdomsadfærd og compliance, dermed med betydning for prognose og forebyggelse. Der er direkte sammenhæng mellem sygdomsoplevelse og coping-adfærd, hvorfor man må ændre patientes sygdomsoplevelse for at ændre deres adfærd.

Menneskets sygdomsadfærd påvirkes af sygdomsperceptionen (illness cognition). Dette begreb blev beskrevet af Leventhal og Nerenz, som en persons egen implicite antagelse omkring deres sygdom. Altså vedrører den antagelser og opfattelser om egen sygdom og er derfor individuelt og forskelligt fra person til person. Den viser også hvordan folk copes forskelligt, selv med den samme sygdom.

Ifølge Leventhal, vil man se forskellige dimensioner af sygdomsperception. Der ses 5 forskellige faktorer der kan påvirke et individs perception af sygdom. Jeg vil komme kort ind på dem hver.

Sygdommens identitet: Dvs hvilken sygdom der er stillet og de oplevede symptomer – hvad er sygdommen associeret med, er sygdommen livstruende, godartet mm.

Den perciperede sygdomsårsag: Hvis man kender sygdommens årsag kan man nemmere forholde sig til det, sammenlignet med en sygdom der har en ukendt årsag.

Sygdommens varighed: Her ser man om den er akut eller kronisk. På denne måde kan man påvirke sygdomsoplevelsen.

Sygdommens konsekvenser: Hvilke konsekvenser ses der i forbindelse med sygdommen, enten psykiske, fysiske mm. Dette kan påvirke en psykisk og fysisk.

Sygdoms behandling: Omkostningerne af behandlingen og omfanget. Normalt påvirker det ikke en hvis man skal tage et par piller, men det virker meget stort hvis der skal en operation til.

Disse faktorer influerer sygdomsperceptionen og kan derved indirekte gå ind og påvirke sygdomsadfæren. (som vist i figuren på side 180 i bogen kompendie i medicin psykologi og sundhedspsykologi).

Indenfor sygdomsoplevelse ses der forskellige modeller til at beskrive sygdomsperceptionsbegrebet. Her ses blandt andet Leventhals selvregulerende model. Denne model beskriver at når man identificerer et problem (sygdommen), vil man gerne have det løst og så vidt som muligt få genetableret en stabilitet.

Denne model består overordnet af 3 dele:

- Fortolkning
- Coping
- Appraisal

Stadie 1: Fortolkning:

- Her vil det være udefrakommende stimuli, der kan gøre at noget opfattes som en sygdom. Dette kunne være symptomperception, hvor man kan opleve noget som vurderes som en mulig sygdom -eller det kan være sociale interaktioner, hvor man kan gøres opmærksom på en mulig sygdom af andre i ens omgivelser. Når man opfatter disse forandringer, vil man ifølge denne model begynde med at tillægge dem en mening. Med udgangspunkt i de 5 meninger der er beskrevet overfor, kan man begynde at tillægge dem en mening og dermed vil den endelige sygdomsperception dannes.

Stadie 2: Coping

- Dette er det andet stadie, som kommer efter man har identificeret og tillagt en personlig mening, hvorfra individet vil motiveres til genoprettelse af normaltilstanden. Individet vil begynde med at danne copingstrategier. Modellen skelner mellem undgående coping, hvor man vil fortrænge sygdommen og holde sig beskæftiget med andet og dermed glemme sygdommen mens den konfronterende coping søges at tage hånd om sygdommen, ved f.eks. at opsøge en læge og tage medicin.

Coping kan være vurderings-, problem- eller emotionsfokuseret alt påvirket af faktorer som demografi, personlighed, miljø og sygdom. Ligeledes findes korttids- og langtidsorienterede copingstrategier.

Coping-processen indebærer en kognitiv vurdering af alvorligheden og betydning af problemet, hvilket påvirkes af vores viden, erfaringer og social støtte, efterfulgt af adaptive handlinger, som kan opdeles i sygdomsrelaterede opgaver (håndtering af symptomer og behandling) og generelle opgaver (bibeholdelse af emotionel balance, selvopfattelse, sociale forhold etc.).

Stadie 3: Vurdering

- Her vil man prøve den copingstrategi man har valgt, hvorefter man vurderer hvorvidt den virker og på den måde tilbringer situationen til nulpunktet. Modellen slutter her hvis coping strategien har virket, mens ineffektiv coping, vil give anledning til en ny coping strategi.
- I tredje stadie søger man at øge selvtillid og self-enhancement (stærk og vedvarende tendens til at opnå og fastholde et positivt selvbillede) ved at sammenligne sig med andre, der har håndteret det dårligere.

KOGNITIV UDVIKLING FOR BØRN OG OVERVEJELSER SOM TANDLÆGE

Redegør for viden om børns kognitive udvikling og diskutér hvilke overvejelser du som tandlæge vil gøre dig i forhold til behandling af børn.

For børn gælder der at der er en grænse for hvor meget de kan percipere, samt bearbejde kognitivt ad gangen. Derfor vil man sige at børn har en perceptuel kapacitet. Med alderen bliver børn bedre til at processere og percipere sansedata og opretholde opmærksomheden på noget givent. På denne måde er der også en grænse for hvor meget et barn vil forstå af ens sygdom. Man bør derfor som tandlæge og generel sundhedspersonale, vurdere hvad det pågældende barns perceptuelle og kognitive kapacitet må være, før at man giver nogle informationer.

Man kan vurdere børns kognitive udvikling på baggrund af forskellige teorier. Det er vigtigt for behandler at have et godt læge-patientforhold, idet det vil kunne påvirke barnet i den positive retning. Jean Piagets har udarbejdet en udviklingsteori, som blev kendt for hans stadieinddeling af barnets udvikling. Piagets har inddelt barnet udvikling i tre begreber, skema assimilation og akkomodation.

Skema: Er en mental struktur, der hjælper os med at organisere vores viden og erfaringer. Sådant en metode vil guide os til hvordan vi interagerer med resten af verdenen. På den måde kan børn sætte os i en boks, der hedder 'alt hvad der er farligt' eller en anden negativ boks, som dermed kan lede deres tanker i den retning.

Assimilation er de erfaringer børnene får, som de kan indarbejde i allerede eksisterende skemaer eks. når et barn har lært at sutte på bryst for at ammes, kan det herefter tilføje en sut på skeamet og lære at sutte på den. **Akkomodation** er når et skema ændres ud fra barnets erfaringer, eks. kan et barn finde ud af at moderens bryst kan erstattes af en klud eller et tæppe der dufter af mor. Børnene modnes og gøre sig nye erfaringer hele tiden, hvorfor disse skemaer udfordres.

Piagets teori opdelt børn i 4 udviklingsstadier:

Sensomotoriske stadie fra 0-2 år, den præoperationelle stadie fra 2-7 år, det konkrete operationelle stadie fra 7-12-årsalderen og det formelt operationelle stadie fra 11-12-årsalderen.

Det sensomotoriske stadie er det stadie, hvor barnet danner sensoriske og motoriske interaktioner med objekter. Det er i dette stadie at barnet selv lærer at erfare verden sensorisk såsom motorisk for at lære, hvordan man kommer frem i verden. Det kan være at lære at kravle for derefter at lære at tage sine første skridt og til slut lære at gå. Det er også i dette stadie ved omkring 1-årsalderen at sprogtilegnelsen sker.

Det præoperationelle stadie 2.7 år. I dette stadie vil sprogudviklingen have gjort fremskridt. Dog vil børn mangle forståelse for konservation **I dette stadie får børnene irreversibilitet**, hvilke betyder, at de ikke kan forestille sig at handlingerne kan gøres om, dette er især relevant for sygdom fordi de ikke kan forstå at sygdommen kan forsvinde igen.

Barnet vil også have **centration**, hvor de har svært ved at have fokus på flere ting ad gangen. Børn skal derfor helst kun blive informeret om en ting ad gangen, da det ellers vil være for meget for dem. Dette er relevant for os tandlæger når vi arbejder med børn i denne aldersgruppe, at vi sørger for informere en ting ad gangen, tale hele sætningen ud og lukke den ene samtale før en ny samtale igangsættes.

Barnet vil have **egocentrisme**, Barnet vil i det her stadie af livet ikke kunne sætte sig ind i andres perspektiv.

Det tredje stadie er **det konkrete operationelle stadie** fra alderen 7-12 år. I dette stadie vil barnet nu kunnen forstå reversibilitet og konservation. Barnet vil udvise mindre centration, men vil fortsat have problemer med abstrakthed og hypotetisk tænkning.

Det formelt operationelle stadie er det 4 stadie, og der strækker sig fra 11-12-årsalderen og modnes/styrkes yderligere fra teenages alderen og op.

I denne alder udviser barnet logik og hypotetisk tænkning.

Disse stadier har også en betydning for børns oplevelse af hhv. sygdom og smerte. Teksten i kompendiumet "*childrens cognitive level and perception of pain*" handler om børns forståelse forsygdom og dens årsag samt effekten af smerte ift. deres udviklingsstadie. Denne vil blive inddraget.

I det først stadie, som er det senso motoriske stadie, så oplever barnet intet ift. smerte eller sygdom.

I det preoperationelle stadie, vil barnet have brug for at man forsikrer dem om, at smerte ikke er en straf. De kan ikke se forbindelsen mellem behandling og smertelindring. Barnet kan ikke forestille sig, at det ikke længere kommer til at gøre ondt, hvilket skyldes den *irreversibilitet* børn oplever i dette stadie, de kan altså ikke forestille sig at smerten kan lindres og forsvinde igen, når den først er

der. Derfor vil børn i denne alders gruppe muligvis ikke kunne lide tandlægen, som kan påføre smerter, og de kan derfor godt ende med at udtrykke sig fysisk eller verbalt hårdt.

I den konkrete operationelle stadie fra alderen 7-12 år, vil børn kunne differentiere mellem dem og andre samt interne og eksterne stadier/faktorer. De forstår sygdomsårsagen som en person, handling eller en genstand. Og at sygdommen skyldes fysisk kontakt. Sygdommen er forstået som noget der er internaliseret i kroppen, selvom de opfatter sygdommens opståen som ekstern. De er mere i stand til at kunne lokalisere smerten. De er opmærksomme på kroppen og er bange for at komme til skade. De har altså i tandlægefagligt perspektiv brug for at man forklarer dem om smerten og om behandlingen, for at blive beroliget ift. den frygt de måtte have for kropslig ødelæggelse.

Som tandlægen er det derfor vigtigt at vi forsikrer dem om, at de nok skal få det godt, og sørge for at komme med passende forklaringer der er i øjenhøjde med dem, og som kan give dem en forståelse for smerte og behandling.

I den formale operationelle stage fra 11- 12 år og op efter Er barnet nu i stand til at kunne beskrive sygdommen som en sekvens af flere handlinger. De forstår at handlinger kan påvirke deres helbred. De er begyndt at løse deres problemer, hvorfor de også skal have muligheden for at få talt ud om deres frygt, da de har brug for meget mere information ifm. Deres tilstand og behandling.

TANDLÆGEANGST

INDLÆRINGSTEORI, KLASSISK; OPERANT; Mowrers to-faktormodel

Diskutér fænomenet 'tandlægeangst' med udgangspunkt i indlæringsteori.

Angst er en diffus følelse knyttet til forventninger om fremtidige ubehagelige situationer, hvor man ikke har kontrol og derfor medfører en fysiologisk og adfærdsmæssig reaktion. Angst skal forberede organismen på mulige farer i situationer, der med tidligere indlæring er forbundet med angst og frygt. Der findes tre grader af tandlægeangst:

1. Tandlægeangst: Mild odontofobi. Tandlægeangst er en irrationel, situationsbunden angst og derfor styret af følelser og instinkter. Tandlægeangst er forbundet med negative følelser som urolig, anspændt, bekymret, nervøs, bange, ængstelig, overvældende, rædselsslagen og panisk. Mest hyppig i en population.
2. Tandlægefrygt: Moderat odontofobi.
3. Tandlægefobi: Svær odontofobi. Tandlægefobi er forbundet til negative

følelser som væmmelse, skam, selvforagt, skyld, flovhed og nedværdigelse med grundemotionerne vrede og bedrøvelse. Sjældent og meget svært at håndtere.

Indlæring er den proces, hvorved erfaring fører til en relativ permanent ændring i en organismes adfærd eller evner. Det er vigtigt for tandlægen at kende til disse to indlæringer, for at kunne forstå patientens frygt for tandlæger.

Der findes forskellige typer af indlæring, herunder klassisk betinget og operant betinget.

Ved klassisk betinget, ses en basal indlæringsform, hvor to stimuli kobles til hinanden. Denne form for indlæring blev beskrevet af den russiske psykolog Ivan Pavlov. Her blev den testet af med Pavlovs hunde, men man kan nemt koble den til tandlægeverdenen og tandlægeangsten. Dette kunne være hvis man eksempelvis tager til tandlægen, uden at man har fobi for tandlæger. Man skal have lavet et hul, hvorfra man derfor benytter sig af en air rotor. I starten vil lyden af air rotoren ikke kunne give anledning til respons hos patienten. Når man bruger denne air rotor og denne tilfældigt giver smerte, vil den igangsætte frygt hos patienten. Når patienten så hører lyden igen, vil de opleve frygt og angst. På den måde vil patienten bare ved at høre air rotoren opleve angst, fordi denne nu er en betinget stimulus, som patienten har koblet til smerte.

Man kan skematisere det som nedenfor:

I tandlægeverdenen:

Inden tandlæge: Ingen angst

Under betinget: Tandlæge + smerte, giver angst og blodtryksstigning

Efter betinget: Tandlæge, giver automatisk angst og forhøjet blodtryk

Man kan også 'slukke' for den indlærte respons, som langsomt vil elimineres. Dette gør man ved at udsætte patienten for den konditioneret stimuli, uden at ledsage det til den ukonditioneret. Altså kan man bruge air rotoren uden at give anledning til smerte, ved at bedøve ekstra godt, hvorfor patienten småt vil begynde at udslukke for den indlærte respons.

Den operante betingning er aktiv og viljestyret indlæring, hvor der opstår sammenhæng mellem handling og konsekvens. I denne indlæring vil en aktiv indsats blive belønnet og kan således forstærkes eller udslukkes. Eksempelvis kan et individ med tandlægeangst have en undvigende adfærd og udeblive fra tandlæge, hvormed han/hun belønnes ved ikke at føle angst. Ved gentagen undvigende adfærd vil indlæringen forstærkes. Et andet eksempel kan også være, at en patient med smerter skal gennemføre behandlingen for at blive smertefri, hvilket vil være deres belønning.

Man kunne også sige at ved lyden af airrotor vil patienten prøve at undgå adfærden = belønning fordi angsten reduceres. Herefter vil man gentagende gange undvige adfærden = belønning fordi angsten igen reduceres. Det vil føre til en indlæring af fobisk adfærd så man får en fobi for tandlægen og barer undgår tandlægen.

Mowrers to-faktormodel for angstindlæring (1939) kombinerer de to indlæringsformer og angiver derpå to faktorer:

1. At frygtoplevelsen og de autonome fysiologiske reaktioner indlæres ved klassisk betingning, når et individ udsættes for en ubehagelig situation.
2. At undgåelsesadfærd indlæres gennem operant betingning, hvor individet aktivt undgår kontakt med den ubehagelige situation og belønnes eller forstærkes ved at undgå angsten. Dette vil vedligeholde angsten.

Disse to vil kunne relatere til tandlægeangst ved:

Faktor 1: Tandlæge (betinget stimulus) + smerte (ubetinget respons) → angst og blodtryksstigning (betinget respons)

Faktor 2: Undgå tandlæger → Angsten holder op → Tendens til at undgå tandlæger er blevet forstærket (negativ reinforcement).

Når man besøger tandlægen og skal have behandling er denne ofte forbundet med ubehag og smerte. Mundhulen og tænder har mange nociceptorer og behandlingsproceduren indebærer tit et indgreb, hvor bedøvelse er nødvendig. Når en patient mærker smerte, kan det udløse en angst for at møde smerten igen. Dette medfører en række kognitive processer og giver motiv for at beskytte individet mod fremtidige faresituationer ved at forberede forsvarsmekanismer, der skal give kontrol over situationen (kognitiv angstteori). Angst kan medføre kognitive (overdrivelse, katastrofetænkning), fysiologiske (hjerterebank, sved, mundtørhed, rysten), emotionelle

(ængstelighed, bekymring, nedværdigelse, skam) og adfærdsmæssige (ordvalg, betoning, holdning, bevægelser) ændringer og reaktioner.

Konsekvensen af angst kan derfor medføre undgåelsesadfærd, hvormed patienter undgår tandlægebesøg og dermed behandling af eventuel behandlingskrævende sygdomme. Dette kan forværre patientens skamfølelse, idet de har et problem, som ikke løses ved at undgå behandling. Dette kan have en sneboldseffekt, hvor angsten vil fraholde patienten at løse problemet, hvilket vil mildne angsten, men forstærke skamfølelsen.

Mund og tænder har stor betydning for mange basale behov som talefunktion, ernæring, respiration, redskab og æstetik. Dette kan bidrage negativt til en angst/fobi for tandlæger, idet konsekvenserne heraf tillægges stor værdi. På den anden side kan netop disse værdier virke som indre motivation for, at man må gennemføre en behandling, som på den anden vil gavne én. Som omtalt opgave 1) søger mennesket balance, hvorfor en negligeret af et problem vil medføre negative emotioner. Motivationen for max nydelse (belønning) og minimal smerte (straf) er individuel og kan hos et individ kan tandlægeangst skabe store dilemmaer og følelses af splittelse, idet frygten for smerte kan være uundgåelig. Adfærds-aktiveringssystem giver en tilnærmelses-motivation og aktiveres af motiv for succes, hvor adfærd tilsigter at opnå positive mål og følelser af håb og glæde. Adfærdshæmningssystem giver undgåelsesmotivation og aktiveres af frygt for fare, hvor adfærd vil fjerne stimuli og følelsen af frygt.

Denne diskussion tydeliggør, hvor meget patient-behandler forholdet betyder. Effektiv kommunikation vil have positiv indvirkning på patientens tilfredsstillelse og forventning til behandling. Som behandler er det vigtigt at have et godt første møde med patienten, hvor man er opmærksom på at vise åbenhed, forståelse, opmærksomhed og imødekomme patienten ved brug af kropssprog og ordvalg såsom øjenkontakt, introduktion, åben diskussion og forventningsafstemning. Her vil tillid være central for patientens reaktion på smerte og dermed frygt.

Diskuter Sarahs problemer med at huske sit pensum ud fra viden om hukommelsens opbygning og hvad der hæmmer og fremmer indlæring. Illustrer problemstillingen ved anvendelse af eksempler fra casen.

HUKOMMELSE OG LÆRING

Læring og hukommelse er tæt relateret og man kan ikke lære uden hukommelse. Læring er processen, hvor oplevelser og erfaringer medfører en relativ permanent ændring i en organismes adfærd eller færdigheder. Der findes to hovedtyper af indlæring hhv. associations indlæring (klassisk og operant betingning) og kognitiv indlæring (indsigtsfuld og model/observations indlæring).

Hukommelse er evnen til at lære, gemme og genkalde en information. Vi har forskellige faser, når der er tale om hukommelse. Richard Atkinson og Richard Shiffrin beskrev at hukommelsen var opdelt i tre komponenter, hvorfra information kan lagres og gemmes i en given periode. Disse tre var den:

- Sensoriske hukommelse
- Korttids og arbejdshukommelse
- Langtidshukommelsen

I denne forbindelse har de udarbejdet en model, for processerne mellem de 3 hukommelse komponenter.

Det starter ved den sensoriske hukommelse, hvorfra denne del holder på al sensorisk information. Der er flere forskellige registrer herunder (ikoniske og echoiske) register, der holder hhv lydinformation eller billedmæssige stimuli. Processen der går fra at det sensoriske input overføres til korttidshukommelse, benævnes indkodning. En del af korttidshukommelsen, udgøres af arbejde hukommelsen, der kan lagre information i begrænset perioder (ofetst 7 enheder +-2, ifølge miller). Ved en længere gentagelse, kan en info som er bevaret i vores korttidshukommelse, overføres til langtidshukommelsen. Dette vil ske via lagring/konsolidering, hvorfra der sker denne overførelse. Omvendt kunne man info opbevaret i langtidshukommelsen, ved behov ende i korttidshukommelse (ved genkaldelse). Langtidshukommelsen er et bibliotek med ubegrænset kapacitet. Langtidshukommelsen består af flere systemer. Her kan hukommelsen deles i to: **den explicitte og implicitte hukommelse.**

Til sidst ses processen hvor der sker en genkendelse. På denne måde kan man genkende eller huske noget og dermed hvide det frem fra langtidshukommelsen. Jo mere effektiv man har lagret noget, desto bedre er man til at genkalde det.

Sarah har problemer med at huske læsestof hun har læst natten før. Dette tyder på at Sarah er i hukommelsesprocessen ikke kommet videre efter indkodningen og materialet ligger derfor kun i korttidshukommelsen. Da man her kun vil huske få antal elementer, er det klart at Sarah dagen efter ikke kan huske noget af det. De stimuli (læsestof) hun har læst dagen før, er sket for hurtigt og er ikke noget at lagre sig, således at hun har det i langtidshukommelsen. Der opstår på denne måde ikke **effektiv lagring**, idet hun ikke forstår betydningen af materialet som hun læser og derved kan hun ikke huske det. Sarah har læst flere gange på 3 timer i streg, hvilket gør at hun bare har fået en del informationer i hovedet, uden at kunne processere det. Hun har på den måde ikke haft mulighed for uddybning (elaboration) eller organisering og dermed drage forbindelse mellem de forskellige aspekter og kategorisere det.

Hun har heller ikke formået at komme videre til genkendelsesstadiet, idet hun ikke har fået en effektiv lagring. Der sker på den måde en interferens, hvor kapaciteten for hvor meget hun kan lære overskrides. Der går derfor også noget galt i hendes indlæring.

Sarah har jo ikke altid haft det på denne måde, men er kommet nu hvor hun har fået to børn, har et hjem hun skal passe og er kommet på en årgang hvor hun egentlig ikke kan assosiere sig med nogen og har dermed ikke en læsegruppe. Dette er med til at give hende mindre motivation til at læse. Hun prøver at presse læsning ind, de timer hvor børnene eksempelvis sover, dog er der faktorer som stress der spiller en rolle. Sarah har meget mellem ørerne derhjemme og ved at læse derhjemme, vil hun assosiere læsning med den stress, hvilket gør at hun ikke husker det hun læser, da hun har mange andre ting at tænke på. På samme tid ses læsning som en byrde, ovenpå alt andet. Dette kan man se da hun før har gået til zumba, som hun nu er stoppet med. Stress har en kognitiv forstyrrelse, der reducerer hukommelse og koncentration.

Sarahs læsemetode er overordnet dårlig for hende, eftersom hun ikke husker det hun læser. En metode som hun kunne gøre brug af, kunne være PQRSST metoden. Dette er en metode for indlæring, der følger et par steps. Dette indebærer følgende:

- Forhåndsvisning: Skim materialet kort igennem.
- Spørgsmål: Stil vigtige spørgsmål
- Læs: Læs nu materialet fuldstændigt
- Angiv: Angiv svarene på nøglespørgsmål højt.

- Test: Test dig selv for at sikre, at du huskede oplysningerne.

Da Sarah læser på 3 timer over en omgang, har hun ikke et indblik i hvad hun læser, hvad der er vigtigt og hvad hun skal huske og lagre. Denne metode giver et overblik og gør således at det hun tester sig selv med, husker hun. Der ses også andre metoder som the method of loci, Peg system mm, der kan være med til at styrke indlæringen. Desuden skal Sarah give sig tid til at læse. Hun skal kunne planlægge sin tid, så hun igen vil nyde at læse.

SELF-DETERMINATION TEORI:

Yderligere mangler Sarah at opfylde tre grundlæggende behov for at føle sig tilfredse ifølge 'Self-determination theory'. Ved at opfylde kompetence, autonomi og relationer opnår man øget velbefindende, glæde, tilfredsstillelse, positive sociale relationer og følelse af mening. Sarah opfylder ikke 'kompetence' idet hun ikke indlærer og dermed udvikler og forbedre hendes studiet. Behovet 'autonomi' indebærer kontrol, frihed og selvbestemmelse, hvilket Sarah har i lille grad. Sarah har givet afkald på ting hun værdsætter som hjemmelavet aftensmad, zumba samt weekendaktiviteter med børnene. Hendes frihed er nedsat idet hendes ansvar for børn og studie tager fokus, idet Martin arbejder og studier hele dagen, hvilket også gør at Sarah ikke kan gøre meget andet end at hjælpe. Sarah relationer er nedprioriteret på studiet og fritidsaktiviteter som zumba. Hun ser heller ikke hendes mand særlig ofte. Det er dog tydeligt, at Sarah (eller Clara) ikke trives i denne situation. Alt dette medvirker også som stress-faktorer og derfor blokering for indlæring og kompromitteret hukommelse.

Anvend udviklingspsykologisk teori for at diskutere hvorledes Claras reaktioner kan forstås. Inddrag eksempler fra casen.

UDVIKLINGSPSYKOLOGI

Clara er en 5-årig pige, der går i børnehaven. Clara trives normalt godt derhjemme, men her for tiden har Clara ikke fået den omsorg og opmærksomhed som hun ønsker. Dette ses idet at hun søger omsorg hos pædagogerne, som hun i øvrigt tilbringer en del tid med, da hun bliver afleveret først og hentes sent. Desuden oplever Clara tandsmerter, som ikke rigtig kan forklares. Clara er begyndt med at tisse i sengen, hvilket også er symbolisk og kan forklares ud fra udviklingspsykologi.

Udviklingspsykologi bearbejder en organismes psykologiske og mentale udvikling med alderen. Dette emne er vigtigt, idet at det repræsenterer et område med stor betydning indenfor psykologien, da man ser mange adfærdsmønstre og reaktioner kan skyldes nogle hændelser, man har oplevet tidligt i sin udvikling. Dette emne er også relevant klinisk, idet at vi møder en del børnepatienter og skal kunne fagligt og professionelt kunne håndtere både dette og deres forældre, når man møder dem i sundhedsvæsenet.

Jen piaget inddeler et barns udvikling i fire skarp begrænset stadier, der begrænses af alderen.

Disse stadier er hhv den sensomotoriske stadie (0-2 år), Det præoperationelle stadie (2-7 år), det konkrete operationelle stadie (7-12 år) og til sidst det formelt operationelle stadie (11-12 år)

Da Clara er 5 år, hører hun under det præoperationelle stadie. Her vil børn repræsentere verden symbolsk, gennem ord og mentale billeder. Barnet har dog ikke evner til at kombinere og separere ideer, eller logiske sammenslutninger. Derfor forstår barnet i dette stadie, kun simple koncepter og ikke større og abstrakte koncepter. Dette stadie er karakteriseret ved forskellige egenskaber, som kan være med til at forklare Claras adfærd.

Egocentrisme betegner et barns tro om at verden centraliserer om sig selv. Det egocentriske barn, tror at alle kan høre, tænke og føle det samme som en selv. Derfor er det ofte vanskeligt at få børn i dette stadie, til at snakke om deres problemer. Dette kan man se med Clara, som ikke er i stand til at forklare hvor sine smerter kommer fra, samt hvorfor hun trækker sig fra fællesskabet og klynger sig op af pædagogerne. Clara regner med at de voksne kender til årsagen og af den årsag, får man ikke en yderligere forklaring for hvorfor hun reagerer som hun gør. Børn der har egocentrisme, er heller ikke i stand til at kunne sætte sig ind i andres plads, forstå deres følelser og tanker. Dette ses hos Clara, idet at hun ikke kan sætte sig ind i sin mors situation. Det virker som om at Clara ikke

forstår hvorfor fokuset ikke er i lige så høj grad på hende. Dette viser hun også ved at tisse i sengen, for at få opmærksomheden på hende, som hun mangler.

Claras opførsel kan også forklares ved **Vygotskys** udviklingspsykologi. Vygotsky argumenterede for at et barns sociale kontekst og de sociale omgivelser er med til dets udvikling. Ifølge ham, er et barns udvikling drevet af et samspil mellem barnets biologiske udvikling, samt sociokulturelle inputs, såsom leg med andre børn, samtaler med forældre mm. Clara har mangel på dette, eftersom hendes forældre har travlt med andre ting, således at de på den måde ikke har tid til at interagere med Clara. Desuden trækker hun sig også fra fællesskabet og fra de andre børn i børnehaven, hvilket også er med ifølge vygotsky til at hæmme hendes udvikling.

Freud mente at tilknytning til mor, resulterer til en base for senere tilknytning. I lang tid troede man at båndet mellem barnet og den primære omsorgsgiver (moderen) skyldes at den primære omsorgsgiver(modere) gav barnet mad – men senere fandt man ud af at dette ikke passer, og det ikke kun er omsorgsperson med føden man tilknytter sig til. Dette blev bekræftet af **Harlow** med dit Abeforsøg. Man kan afspejle dette med Clara, idet at hendes omsorgsperson i denne periode ikke er moren, som i øvrigt giver hende mad mm, men pædagogerne i børnehaven som giver hende en omsorg i form af kærlighed, opmærksomhed mm. Hun finder en tryk base i børnehaven, hvor hun tilbringer størstedelen af tiden.

Man kunne også drage claras opførsel mod det **psykosomatiske**. Denne teori beskriver og bearbejder sammenhængen mellem psykologiske, adfærdsmæssige og sociale faktorer, som kommer til udtryk i kroppen og omvendt. **Somatisering** bruges til at beskrive egentlige fysiske symptomer, som ikke skyldes reel somatisk sygdom. Dette oplever Clara, idet at hun får tandsmerter, som tandlægen siger ikke skyldes tanden. Dette kan være forbundet med dårlig livskvalitet, altså at Clara ikke trives godt. Man antager bare at årsagen til smerterne kunne komme fra tænderne og beder derfor Sarah om at være mere opmærksom på Claras tænder. Dette vil højst sandsynligt hjælpe, hvis det har været det Clara har ville søge – altså mere opmærksomhed fra morens side.

Case:

Birgitte er en 64 årig kvinde, der af venner og familie beskrives som nervøs og har en tendens til at bekymre sig meget - bl.a. om sit helbred. De sidste par måneder har Birgitte oplevet en tiltagende smerte i højre side af maven. Symptomerne oplever hun især i forbindelse med madindtag og også om aftenen inden sengetid. Birgitte har gennem sit liv gået meget til lægen, men hun føler aldrig rigtig at blive taget seriøst. Birgitte tager i dette tilfælde igen kontakt til lægen, fordi hun er nervøs for at hun fejler noget rigtig alvorligt. Lægen sender Birgitte til ultralydsskanning af galdeblæren, som viser at Birgitte har nogle mindre galdesten, som dog ud fra lægens bedømmelse ikke er store nok til at forårsage det niveau af smerte, som Birgitte beskriver. Lægen råder Birgitte til at spise mindre fedt og motionere mere for derved at reducere risikoen for at galdestenene bliver større. Birgitte bliver først skeptisk og efterfølgende oprevet, fordi hun ikke tror på at en sundere livsstil er nok til at bedre hendes symptomer. Birgitte kommer igen 2 måneder efter og har ikke fået det bedre – snarere tværtimod. Lægen kan dog ikke finde en årsag til Birgittes smerter.

Lars er 48 år og beskrives som en meget ordentlig og struktureret mand, der altid fuldfører de opgaver, han påbegynder. Lars har gennem de sidste uger oplevet samme symptomer som med Birgitte med smerter i maven efter at have spist. Lars har fundet information på internettet og mistænker, at det måske kan være galdesten. Lars går til lægen og hans formodning bekræftes af en ultralydsskanning. Lægen råder ligeledes Lars til at spise mindre fedt og dyrke mere motion. Lars er meget opmærksom på lægens råd, skriver nøje rådene ned og stiller lægen detaljerede spørgsmål, så han er sikker på, at han nu følger rådene præcist. Lars kommer igen 2 måneder senere og fortæller, at han ikke har haft galdestensanfald efter han omlagde sin kost.

Birgitte og Lars har det samme symptombillede, men reagerer meget forskelligt på deres symptomer. Hvor Birgitte bliver ængstelig og reagerer emotionelt, opsøger Lars information og viden om, hvad symptomer kan skyldes. I kontakten med lægen er der også tydelige forskelle på de to. Birgitte er skeptisk overfor lægens råd og opfarende, fordi hun ikke oplever, at hendes symptomer bliver taget seriøst nok. Desuden følger hun ikke rådene og oplever ingen bedring i symptomerne – snarere tværtimod. Lars derimod er rolig og virker fokuseret på at forstå og afhjælpe sine smerter. Han følger derfor nøje lægens råd og oplever hurtigt bedring.

Spørgsmål:

- Hvilke personlighedstræk er karakteriserende for henholdsvis Birgitte og Lars?

Kig på de 5 forskellige træk og beskriv det.

- Hvilke overvejelser vil du som sundhedsprofessionel gøre dig i konsultationen med henholdsvis Birgitte og Lars for at kunne hjælpe dem bedst muligt?

PSYKOSOMATIK; THOMAS NIELSEN; KOGNITIV DIAMANT; SOMATISERING; BIO-PSYKO-SOCIALE MODEL

Redegør for modeller og teorier om psykosomatik og diskutér med udgangspunkt heri Franks symptomer.

Frank hansen er 47 år og har en datter Signe på 12 år. Frank har mistet sin kone efter et længere sygdomsforløb. Frank har forskellige problemer med helbredet. Han får flere migræne anfald, tiltagende smerte i kæben, smerte i ryg og arme og til tider fæker han en fornemmelse af følelsesløshed og smerter i leddene. Han har desuden taget en del på og han er ikke lige så aktiv som han var engang. Disse symptomer kunne forklares på baggrund af psykosomatik,

Psykosomatik omfatter sammenhængen mellem de psykologiske, adfærdsmæssige og sociale faktorer og hvordan disse implementerer sig og kommer til udtryk i kroppen. Psykosomatik beskriver også hvordan sygdomme i kroppen kan forstås og opfattes forskelligt fra individ til individ. De psykiske og kropslige problemer går oftest hånd i hånd og har tendens til at forstærke hinanden. Thomas nielsen beskrev de psykofysiologiske mekanismer, hvor han beskrev de overordnede forbindelsesveje hvorved hjernen kan afficere kroppen, ved hhv det autonome nervesystem, hormonsystemet, samt signalstoffer og neurotransmitter. Man ser at visse sygdomme kan forværres ved en række psykologiske tilstande, såsom stress.

Thomas nielsen har i denne forbindelse beskrevet relationen mellem psyken og soma, samt hvordan de påvirker hinanden ved brug af model 'Thomas nielsens model' (Henviisning til psykosomatik i kompendiet medicinsk psykologi og sundhedspsykologi). Overordnet beskriver denne 4 punkter der viser samspillet mellem psyken og soma;

- De indre psykosomatiske forbindelser
- De ydre psykosomatiske forbindelser
- De indre somatopsykiske forbindelser
- De ydre somatopsykiske forbindelser

Frank kan sættes i kategorien psykosomatik forbindelse. Her ses der en indre forbindelse, der relaterer til hvordan psyken kan være årsag eller led i en sygdomstilstand. Man kunne her forklare at nogle af de symptomer han får, kommer af den stress han har i hverdagen, efter hans kone gik bort og han nu er alene med sin datter. De ydre forbindelser, er adfældsrelateret og kunne blandt andet være overspisning, hvilket bringer ham tættere på sygdomsudviklingen.

Dette er også med til at forklare hans psykosomatiske symptomer. Disse kunne være muskuloskeletale, idet at Frank gentagende gange oplever muskelsmerter, ledsmerter, lammelser mm. Man kunne også forbinde Franks symptomer (som migræne), med emotionelle reaktioner, herunder nervøse reaktioner som kan give anledning til spændingssmerter, såsom hovedpine, migræne mm.

Somatisering, er et begreb, der bruges om egentlige fysiske symptomer, der ikke skyldes ren somatisk sygdom, altså opleves der symptomer som ikke kan forklares med en fysiologisk sygdom. Dette ses blandt andet ved at alle disse smerter, ikke kan forklares hos lægen – hvorefter hun anbefaler ham i at tage hos tandlægen, hvor han får en bideskinne. Denne bideskinne bruger han ikke og man får dermed ikke afklaret om det er der smerterne kommer fra og det fører os derfor tilbage til udgangspunktet. Self efficacy beskriver personens tro på egne evner til at opnå ønsket udkom. Self efficacy er ikke et generelt begreb, men kan knyttes til forskellige situationer. Man kan knytte self efficacy til Frank, idet han har en lav, da han ikke tror på at den kan lindre kæbeleds smerterne og derfor ikke tror på evnen om at smerterne går væk. Frank bestiller nemlig en tid hos tandlægen, der giver ham en bideskinne og beder ham bruge den hver nat. Han får ikke brugt den så tit, som han gerne ville. Den er simpelthen for irriterende at sove med, og selvom den måske kan lindre kæbesmerterne, så tror han ikke på, at den vil hjælpe på hans generelle situation. Derfor vil man kunne sige at hans self efficacy er lavt, da han ikke mener at situationen kan ændres.

Franks situation kan kobles til den bio-psyko-sociale model (Henvisning til forelæsningslides om psykosomatik). Denne model er en model som anerkender at helbred og sygdom ikke kun kan forklares ud fra biologiske faktorer, men at der samtidig kan være tale om psykologiske og sociale komponenter. På den måde sker der en interaktion mellem det biologiske, psykologiske og sociale faktorer i forbindelse med sundhed og sygdom. Det biologiske i denne situation kunne være at hans fysiske helbred ikke er i top, i og med han selv mener at han har haft det bedre. Psykologiske faktorer kunne være stress, familie relationer, trauma. De sociale forhold kunne være familiens situation, efter konens død. En kombination af disse 3 faktorer, vil resultere i påvirkning af det mentale.

Man kan også forklare Franks symptomer på baggrund af den kognitive diamant. Denne model har fokus på forholdet mellem tanker, følelser, krop og adfærd. Her kunne man koble den til at Frank har en tanke om at hans helbred er dårligt, eftersom han oplever alle disse symptomer. Følelser som

kan være at Frank er bange for sit helbred, primært fordi han har sin datter som han gerne vil varetage. Dette fører os videre til krop, hvor man kan se at han har en del smerter, der gør at han ikke kan klare meget – herunder tage med sin datter til fodbold, som han ellers gerne vil. Disse faktorer fører dermed til adfærd, som gør at han handler og dermed kontakter sin læge.

Redegør for modeller for sundhedsadfærd og/eller sygdomsperception og diskutér Franks tanker og adfærd ud fra de valgte modeller.

SUNDHED OG ADFÆRDSMODEL: STAGEMODELLERNE

Adfærd kan påvirke sygdomsrisikoen og dermed helbredet. Flere studier har vist at adfærd både kan forebygge sygdomme, og dermed fremme sundhed – og omvendt øge risikoen for udviklingen af diverse sygdomme.

Der ses forskellige modeller for sundhedsadfærd. De centrale modeller inddeles i

Stages of change modellen

Socialkognitive adfærdsmodeller

Hvis der tages udgangspunkt i stage stadiemodellerne. Dette indebærer to modeller, herunder stages of change modellen og health action process approach modellen.

Stage of change modellen:

- Denne model tager udgangspunkt i den antagelse, at man går igennem en række stadier, når en adfærd etableres og skal vedligeholdes. I forbindelse med at etablere, gennemføre og vedligeholde sundhedsadfærd, ville individet gå igennem en række faser ifølge denne model.

Stadierne:

1. Før-overvejselsesfasen
2. Overvejselsesfasen
3. Forberedelsesfasen
4. Handlingsfasen
5. Vedligeholdelsesfasen.

Ifølge modellen, bør overgangen mellem disse faser ikke være i kronologisk form, men kan sagtens ske springende.

Modellen beskriver også at der eksisterer en beslutningsproces i modellen.

Ifølge modellen opvejer individet adfærens omkostninger, fordele, ulemper mm. Personer som er i før forberedelsesfasen og overvejselsesfasen vægter ulemper og omkostninger mere end personer der er i handlingsfasen, hvor de vægter udkommet og fordele højere.

Overordnet danner denne model en forståelse for de processer et individ kan komme igennem, ift at gennemføre og vedligeholde sundhedsadfærd.

Frank er i overvejelsens fasen, idet han kan mærke at han har det skidt og derfor overvejer at opsøge en læge. Dernæst forbereder han sig, ved at tage hos tandlægen og bestille en bideskinne. Han handler dernæst på det og begynder med at bruge bideskinnen, men da han ikke holder fast ved dette, kommer han aldrig videre til vedligeholdelses fasen og han hopper derfor tilbage til før overvejelsesfasen, da han udtrykker at han er okay med sin situation og ikke mener at skinnen kommer til at hjælpe.

Den anden model under stages of changes er Health action process approach. Denne model er ligeledes en stadiemodell. Denne inkluderer dog flere faktorer, som værende af betydning for prædiktionen af adfærd. Denne model inkluderer bla self efficacy begrebet og andre begreber som støtte.

Det der er særligt ved denne model, er at den består af et motivationsstadie og et handlings-/vedligeholdelsesfase. Disse kan ifølge modellen influeres af forskellige faktorer. Dette kunne være personens self efficacy, forventning til hvilket udkom adfæren vil føre til, trusselvurdering altså hvor farlig denne sygdom er, eller adfærd vurderes. På baggrund af disse faktorer, kan en given adfærd og motivation føre til adfæren i praksis. Når man er nået til dette stadie, kan man gå videre til **handling og vedligeholdelse stadie**. Dette stadie består af kognitive, situationelle og adhærdsrelateret faktorer.

Det der er fordelagtigt ved denne model er at den inddrager flere faktorer, som værende medvirkende til de to overordnet stadier. Dette kan udnyttes af læger, hvor man kan hjælpe patienten på vej mod realisering af sunheds og sygdomsadfærd. Modellen fokuserer især på self efficacy som er et plus, idet den danner en bro mellem de to stadier.

Denne model beskriver Franks tilstand mere. Man ser at han har et motivationsstadie, idet at han er motiveret til at handle, i og med at han tager hos lægen, samt at han tager til tandlægen efterfølgende og får lavet en bideskinne. Man ser også at hans primære årsag for denne motivation er sin datter. Han forventer at sit besøg hos lægen kommer med et godt udfald. Der ses også en form

for trusselvurdering, idet at han er bange for at det forbliver sådan og han derfor ikke kan gøre de samme ting med sin datter. Hans self efficacy her er høj, hvorfor han derfor er motiveret for det. Som beskrevet i delopgave 1 er self effigacy ikke fast og er situationsafhængig. Derefter skal der opnås en handling og vedligeholdelsesstadie. Dette indebærer kognitive faktorer, såsom personens vilje til at gennemføre, samt vedligeholde adfærden. Da frank ikke vedligeholder adfærden, vil han ikke opfylde denne del. En anden faktor som også er lav hos frank, er self efficacy, som er lav, idet han ikke formå at gennemføre, samt vedligeholde forløbet. Han mener nemlig ikke at det er det værd og han mener egentlig ikke at det vil løse problemet.

Vælg min én spiseforstyrrelse. Redegør for denne og diskutér, hvilke overvejelser man som tandlæge kan gøre sig ved mistanke om spiseforstyrrelse hos en patient.

En spiseforstyrrelse er en psykisk sygdom, hvor kroppen spiller en central rolle. Her fokuserer man på vægt og identitet, hvorfra man vil være den tynde, man vil have en selvfølelse og selvkontrol. Et generelt træk for mange spiseforstyrrelser, er at personer med disse har lav selvværd og anvender dermed spiseforstyrrelse som en coping til dette.

Årsagen til spiseforstyrrelse er ikke kendt, men det siges at der er tale om en multifaktoriel sygdom, hvorfor det psykologiske, kulturelle, genetiske, sociale og biologiske forhold spiller en rolle og påvirker udviklingen, samt vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen.

Overordnet ses der 4 forskellige typer af spiseforstyrrelser:

- Anoreksi - nervøs spisevægring
- Bulimi: nervøs spise anfald
- Overspisning: binge eating disorder
- Ortoreksi: overdreven sundhed.

Jeg vil gerne gå i dybden med anoreksi og bulimi:

ANOREKSI:

Er karakteriseret ved at man er svær undervægtig, som primært skyldes et restriktivt madindtag.

Denne form for madindtag, vil også kombineres med overdreven motion eller udrensning, der kan ske gennem opkast, brug af slanke piller, afføringspiller eller vanddrivende midler.

Kerneideen og symptomen bag anoreksi, er at man har en forstyrret kropsopfattelse, således at der opfattes at være fedt på kroppen, på trods af at man er undervægtig. En person med anoreksi har oftest meget urealistiske idealer til hvad man skal veje, hvordan man ser ud og hvornår man er tyk. Ens selvværd er afhængig af vægten og derfor er en person med anoreksi meget optaget af hvad de spiser. Patienter med anoreksi holder sig ikke fra at spise, fordi de ikke har appetiten, men fordi de begrænser sig selv i at spise og indskrænker fødeindtaget til et minimum.

I dag er kriterierne for at stille en diagnose, at man skal have en vægt der er under 15% af det forventet.

Anoreksi vil oftest give biologiske komplikationer, såsom at piger holder typisk op med at menstruere, hvis de er unge, ender de med ikke at menstruere.

Der vil også komme nogle fysiske komplikationer, i form af træthed, lavt stofskifte, lav puls og blodtryk. Man vil kunne se nogle neurobiologiske forandringer, såsom at patienten har svært ved at skifte mellem flere forskellige opgaver. Man ser derudover lanugobehåring, altså får man mere behåring, da man på den måde holder kroppen varm. Hvis denne underærmering er en længerevarende tilstand, kan der således opstå leverpåvirkning, hjerterytmeforstyrrelse, samt knogleskørhed.

Man vil også kunne se nogle psykiske komplikationer, i form af nedtrykthed, social isolation og ensomhed. Man siger at 60-100% af personer med anoreksi har depression. Angst og tvangstilstande ses også hos over 50% af anoreksipatienterne.

BULIMI:

Her ser man at han har en meget stor sult, samt appetit. En person med bulimi, vil ikke kunne modstå trangen til at spise. De køber meget mad, spiser meget mad, spiser meget på en gang og så skiller de sig af med det. Dette gør de blandt andet ved at kaste det op, brug af slanke piller, afføringspiller eller vanddrivende midler. Altså er bulimi karakteriseret ved at man overspiser i perioder, hvorfra man efterfølgende kompenserer for dette. Når overspisningen er startet, kan en patient med bulimi ikke stoppe.

En person med bulimi er normalvægtig eller svinger med 2-5 kg på hver sin side af normalvægten. Altså er man som regel ikke undervægtig, som der ses ved anoreksi.

Kropsopfattelsen er forstyrret ligesom hos personer med anoreksi, så personer med bulimi ser ofte sig selv som overvægtige eller fede, og de er konstant bange for at tage på.

Et kernesymptom er den kompenserende adfærd: selvfremkaldte opkastninger umiddelbart efter overspisningerne, faste eller restriktiv diæt uden for de bulimiske episoder, overdreven motion og misbrug af afførings-, slanke- eller vanddrivende midler. **Russel's sign** på knoerne på hænderne!!!

Vigtig for tandlæger, da vi kan se dette.

Anoreksi kan typisk være forløber for bulimi. Lige såvel kan disse to tilstande komme på samme tid.

Man vil kunne se nogle fysiske komplikationer, som smerter i spiserøret, pga opkastninger, elektrolytforstyrrelser i blodet, som kan give anledning til hjerterytmeforstyrrelser. Der ses også en øget risiko for vitaminmangel, dehydrering, mave-tarm-fordøjelses problemer og træthed. Psykiske komplikationer kan komme i form af hyppige humør svingninger, depressionssymptomer, samt en

stor skamfølelse og lavt selvværd. Personer med bulimi vil derfor have tendens til at isolere sig og trække sig fra sociale relationer.

TANDLÆGE OG SPISEFORSTYRRELSE

For odontologi har disse relevans, da de kan være faktorer der kan give anledning til orale komplikationer. Dette kan være erosioner, såsom syreskade, efter de mange opkastninger. Hævet spytkirtler, tør mund, caries, samt manglende brug af tandpasta. Når man møder en patient med en del erosioner, kunne det være et tegn på spiseforstyrrelse. Det er derfor vigtigt for tandlægen at kende til de generelle orale komplikationer og tegn, således man kan identificere patienterne. Det har dog sine udfordringer at møde patienter med spiseforstyrrelser, hvilket bl.a. skyldes at patienter med disse lidelser ikke erkender eller enten afviser, at de faktisk er syge. Derudover at patienter med spiseforstyrrelser faktisk mere nervøse for tandlægen, da de enten skammer sig over deres tænder eller er bange for at blive opdaget i deres lidelse.

Tandlægens primære rolle, er at behandle de skader man ser på tænderne og derfra rådgive og hjælpe patienten, med at forebygge yderligere skader. For en tandlæge der har at gøre med en patient med spiseforstyrrelse, er det meget vigtigt at holde kontakten med den patient.

En tandlæge skal nævne mistanken om spiseforstyrrelsen, uden at være belærende, men ved at være forsigtig og anderkende sygdommen. Målet med samtalen vil ikke nødvendigvis være at få patienten til at acceptere sygdommen og vedkende sygdommen, men den har til formål at plante et frø om lyst til at hjælpe.

Man kan som tandlæge fortælle sine observationer, og fortælle objektivt hvor de evt kunne komme fra – og på denne måde vende den til patienten og spørge om det er noget de kender til. Man skal som tandlæge derudover LYTTE til patienten. Forskellige patienter reagerer forskelligt, når man bliver mistænkt for spiseforstyrrelse. Man skal derfor lytte til patienten og anderkende patientens fortælling og være forstående. Man skal helst undgå skræmmescenarier og prøv at skabe tryghed, ved at fortælle patienten om det er okay man spørger ind til det mm.

Vælg min én type misbrug. Redegør for hvordan dette misbrug kan have betydning for tandsundheden og diskutér, hvilke overvejelser man som tandlæge kan gøre sig ved mistanke om misbrug hos patienten.

STOFMISBRUG:

Der ses flere forskellige typer af misbrug, herunder alkoholmisbrug, rygning, stoffer mm.

Jeg vil gerne komme dybere ind på stofmisbrug og dens påvirkning på tandsundhed.

Stofmisbrug er et forbrugsmønster, at nogle psykoaktive stoffer, der medfører sociale, psykiske, samt fysiske problemer eller skader for brugeren selv. Konsekvenserne kommer af et forbrug af stoffer og ikke af selve stoffet eller stofbrugen i sig selv. Stofmisbrug kendes ved at man på trods af diverse skader, fortsætter med at tage rusmidlet. WHO har udarbejdet en forklaring der beskriver stofmisbrug som:

"Et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dens omgivelser."

Misbruget kan med tiden påvirke helbredet, enten direkte eller indirekte. Det starter med psykologiske faktorer, hvor man føler sig stresset eller andre problemer som gør at man enten kan tage den direkte vej eller indirekte vej til problemer med helbredet. Dette kan være via den indirekte, hvor man begynder med at ryge, drikke, spise mm, som dermed kan give anledning til helbredsproblemer. Det kan også give en direkte påvirkning på helbredet.

De orale konsekvenser af stofmisbrug kan adskille sig på måden hvorpå man tager stoffet.

Hvis man smører kokain mellem overlæbe og tandkød, **kan det give tilbagetrukket tandkød ved fortænderne**. Snifning af kokain kan forårsage til bihulebetændelse, **hyppig næseblod**.

Kokainmisbrug kan give huller i ganen eller nedbryde næseskillevæggen. Hash er blevet kædet sammen med slimhindeforandringer.

Metamfetamin brugen, kan resultere i "meth mouth", som betegner et stærkt cariesangrebet tandsæt. Misbrug af dette stof kan give caries i ekstrem grad. Sandsynligvis forårsaget af utilstrækkelig mundhygiejne, syreholdigt stof, sodavand som afhjælp af mundtørhed mm.

Metamfetaminbrugere også ofte bruger tobak og alkohol og andre euforiserende stoffer som hash, hvorpå der ses at blandingen af flere skadelige stoffer har en forstærkende negativ effekt.

Personer med misbrug har stor skam til deres dårlige tænder, deres dårlige tænder kan være en barriere imod at komme ud af misbrug, få et arbejde, komme i aktivering osv.

Tandlægebesøg er dyrt, og det prioriteres slet ikke i hverdagen, fordi der tages stoffer.

De kan også føle sig uvelkomne i kliniske tandklinikker, fordi de lugter af alkohol og man så nænner dem mistro ifht. Udeblevne betaling.

Tandlægens rolle i forbindelse med misbrug, er at oplyse, samt rådgive i forbindelse med de sundhedsskadelige virkninger af stof og alkoholmisbrug.

Man kunne snakke om den enkeltes tandstatus, hvorfra man kan sætte den i et bredere sundhedsmæssigt perspektiv, ved at fortælle at det er med til at forebygge andre sygdomme.

Undersøgelser finder at klart størstedelen af misbrugere, der går til tandlæge sætter pris på tandlægens konkrete råd og adressering af misbrug. Handlingsmåden er det samme, som ved spiseforstyrrelser, hvorfra man ikke skal se ned på patienten.

Stress: redegør for forholdet mellem stress og sygdom, herunder faktorer, der kan have indflydelse på dette forhold. Redegør for begrebet "coping", herunder forskellige former for coping-strategier og coping-stile.

STRESS OG SYGDOM:

Stress kan være **et reaktionsmønster eller en ekstern hændelse**. Den **eksterne hændelse fokuserer på, hvor stressen kommer fra**, det kan nemlig være en **fysisk eller psykisk krævende hændelse**. Det kan bl.a. være en traumatisk oplevelse eller major life events dødsfald i familien, skilsmisse osv. Stressen som et **reaktionsmønster har fokus på selve reaktionen på stressfaktoren**. Her kan reaktionen optræde fysiologisk, så man får mere arousal i kroppen eller psykologisk, hvor man begynder at ændre **adfærd, tankemønster og oplever forskellige emotioner som reaktion på stressfaktoren**.

Stress er med til at **sætte gang i det autonome nervesystem**, så kroppen opfatter, stresser og reagerer med **et fight or flight respons**, dette er den **akutte stress, men stress kan også være kronisk**. Stress er godt i en begrænset mængde, da det får os til at præstere, men for meget stress er ikke godt. Da det kan påvirke vores funktion og vores helbred.

Stress har førhen været beskrevet af **Cannon** som eksterne trusler der fremkalder fight or flight respons, også kendt som den akutte stress. **Problemet med denne teori er, at man har set ensartet på den fysiologiske reaktion uanset stressfaktorens natur**. **Lazarus** beskrev stressen et sammenspil mellem individet og dens omgivelser, og at stressen først opstår når individet betegner situationen som mere krævende end hvad individet har ressourcer til. Hertil beskrev Lazarus **transaktionsmodellem: samspil mellem individ og situation (fra forelæsnings slides)**.

Transaktionsmodellen **beror på en primær vurdering og en sekundære vurdering**. Først skal personen vurdere om hændelsen/stressfaktoren er irrelevant, positiv, udfordrende eller en trussel. Dernæst kommer den sekundære vurdering, **hvor personen vurderer om vedkommende har ressourcerne til at forholde sig til denne her situation**. Stressen opstår først, når der er en uoverensstemmelse mellem situationens krav og individets egne ressourcer til at klare denne her uoverensstemmelse.

COPING:

Coping er et individs forsøg på at håndtere stressen og reducere dennes konsekvenser for at vende tilbage til normal funktion. Individet kan gøre sig et forsøg på at tilpasse sig situationen ved enten ubevidste eller bevidste gerninger. Coping stile som er træk og coping strategier som er tilstande.

Coping stile er individet måde at forholde sig til problemet, enten konfrontere man problemet og tager direkte aktion (approach coping**) ellers undgår man problemet og minimerer**

vigtigheden af problemet (avoidance coping**).** Coping strategier er de strategier man anvender til at håndtere problemet. Der er to slags det **problem fokuseret coping og den emotionsfokuseret**

coping. Ved den problemfokuseret coping anvender man strategier til at reducere stressfaktoren eller øger ens egne ressourcer for at kunne håndtere stressen. Dette kan være gennem adfærd, hvor man søger oplysninger, beder andre om hjælp eller ændrer situationen såsom at man lægger en plan for en travl hverdag. Men det kan også være ens **tænkemåde**, så **man omvurderer stressen fra en værende trussel til en udfordring**. Den emotionsfokuseret coping kan adfærdsmæssigt ses som at man søger trøst eks. ved at tale med en ven om problemet eller man tager brug af andre midler såsom alkohol eller nikotin. Tankemæssigt vil man anvende forskellige manøvre til at aflede opmærksomheden fra stressen. Coping strategierne anvendes i forskellige omgivelser, eksempelvis i arbejdsmiljø vil man højst sandsynligt anvende en problemfokuseret coping strategi mens i eks. forhold vil anvende den emotionelle coping strategi.

Derudover er **adskillige faktorer der har betydning for ens valg af coping strategi.**

Problemet's art:

- er det arbejde eller helbred og forhold.
- Arbejde fører til en mere problem-fokuseret strategi, hvor helbred og forhold er mere emotions fokuseret coping.

Alder:

- ældre mennesker er mere emotions fokuseret, mens børn er problem fokuseret, og først udvikler emotions fokuserede strategier mellem 6 og 14-årsalderen.
- Middel alderne anvender problem fokuseret mere.

Køn:

- **Kvinder anvender emotions fokuseret mere, hvor mænd anvender problem fokuseret.**

Kontrollabilitet:

- **Personer anvender problem fokuseret, hvis de tror at problemet kan blive ændret. Hvorimod der anvendes emotions fokuseret, hvis individet ser problemet som værende ude af ens egen kontrol.**

tilgængelige ressourcer:

- **Coping er påvirket af ens ressourcer eks. penge, tid, børn, familie og uddannelse.**
- **Har man dårligere ressourcer føler man ofte at problemet er ude af ens hænder, hvorfor man ikke ender med at bruge problem fokuseret coping men snare emotionel.**

Målet med coping er altså derfor at prøve at reducere denne her stress påvirkning, så man kan komme sig og genvinde homeostase.

Der er en del faktorer som har en indflydelse på ens håndtering af stress bl.a. personlighed. Har man en type A personlighed er man mere konkurrence minded og krævende, mens en type B er mindre konkurrence minded, dette kan have en indvirkning på ens håndtering af stressen og ressourcer til at overkomme denne.

Social støtte er en anden vigtig faktor, flere forsøg har vist at individer respondere mindre på stress, hvis de har haft sociale støtte. En større social støtte øger ens chancer for at kunne håndtere stress.

Kontrol er også en meget vigtig faktor. Der flere forsøg der har vist, at man ved at have mindre kontrol over situationen kan føle at stressen tager til, hvorimod hvis man har kontrol bedre kan håndtere og overkomme stressen.

TANDLÆGE OG STRESS

Hvorfor er stress vigtigt at forstå som tandlæge. Det er det både fordi tandlægebranchen er en stresset branche. Men det kan også ses blandt vores patienter og stress kan påvirke deres sundhedsadfærd og deres helbred. Stress kan påvirke helbredet direkte, f.eks. via nervesystemet og påvirke immunsystemet. Stress kan også resultere i adfærd, såsom rygning, der påvirker helbredet. Både immunsystemet og rygning spiller en rolle i udviklingen af parodontitis og derfor er det

relevant at forstå disse elementer, således at vi også har mulighed for at guide vores patienter. Stress kan også forværre en ængstelig patients symptomer.

*Jeg vil kort beskrive nogle af de forhold der ved stress påvirker helbredet. **Ud over rygning kan alkohol, spisevaner og motionsvaner også blive påvirket af stress.** Disse kan have en effekt på helbredet, f.eks. øget sukkertrang som følge af stress og derfor caries. Men disse faktorer kan også påvirke stressoplevelsen. Øget motion kan reducere stressniveauet. Den måde stress virker direkte på helbredet er via aktivering af sympatikus og her ses f.eks. øget blodtryk og hjerterefrekvens samt fedtdeponering. **Af psykologiske forhold som har en indvirkning på stress kan nævnes humør, overbevisninger, hvorvidt man udtrykker sine emotioner og personlighed.** Lige som inden for emnerne smerter, angst, emotioner og misbrug kan man se det, som bliver beskrevet ved den biopsykosociale model. Altså hvordan vi som mennesker gennem psyken kan påvirke vores kropslige reaktioner og helbred og symptomer eller hvordan vores fysiologiske reaktioner kan påvirke vores psyke, humør og adfærd.*

Redegør for og diskuter socialpsykologiske forhold og kommunikationsfaktorer, der kan have betydning for compliance og patient-behandler forholdet. TAG NÅR DU HAR LÆST KOMMUNIKATION

Svaret står til et 10 tals svar

Sammenlign 2 modeller for sundhedsrelateret adfærd og diskuter deres relevans for tandlægers kliniske arbejde med patienter.

NORMALT: Tage udgangspunkt i stadiemodellerne, men her vil jeg tage udgangspunkt i de socialkognitive modeller, så jeg også har dem på skrift.

SOCIALKOGNITIVE MODELLER

For især tandlæger er det vigtigt for os at kende til diverse sundhedsadfærd, idet det giver os redskaber til at kunne forstå rationalet bag adfærd for mennesker. Samtidig giver det også klienter bedre forudsætninger for valg af tandsundhed.

Der ses forskellige modeller for sundhedsadfærd. De centrale modeller inddeles i

Stages of change modellen

Socialkognitive adfærdsmodeller

Hvis der tages udgangspunkt i de socialkognitive adfærdsmodeller, ses der 4 forskellige typer.

- **Health belief model (sundheds adfærdsmodel)**
- **Protection- motivation theory (sundheds adfærdmodel)**
- **Theory of reasoned action (social adfærdsmodel)**
- **Theory of planned behavior (social adfærdsmodel)**

Disse modeller fokuserer på at sundhedsadfærd forekommer som et resultat af individets egen opvejning af hhv fordele og ulemper ved at udføre en handling. Modellerne antager derfor at individet rationaliserer sig frem til hvorvidt der er gavn i at gennemføre en bestemt handling eller adfærd. Disse modeller bygger sig nemlig på forventninger.

Hvis vi tager udgangspunkt i modellen; Health Belief Modellem (HBM), er denne blevet beskrevet af socialpsykologen Irwin M Rosenstock, hvorfra den senere er suppleret af professor Marshall H. Becker. Denne model tager udgangspunkt i at adfærden er et resultat af en række kernefaktorer. Disse kernefaktorer er forskellige fra person til person og er defineret som:

- Hvor udsat man er for en given sygdom

- Hvor alvorlig sygdommen er
- Hvilke fordele der er ved at udføre den pågældende sundhedsadfærd og hvor meget fordelene vægter over ulemperne
- Hvilke ulemper der er ved at udføre en bestemt sundhedsadfærd, og hvor meget ulemperne vægter fordelene
- Faktorer, der kan give praj om nødvendigheden for at handle. Disse kan være interne eller eksterne.
- Hvorvidt en person i forvejen er bevidst om sundhedsfremme og skade
- Oplevet selvkontrol

KERNEFAKTORER KORT FORKLARET:

Disse kernefaktorer er forskellige fra person til person og er defineret på side 195 i Medicinsk psykologi og sundhedspsykologi, som overordnet at være hvor udsat man er for en given sygdom, hvor alvorlig sygdommen er, fordelene og ulemperne ved at udføre en bestemt sundhedsadfærd mm.

Ifølge denne model kan disse faktorer anvendes til at forudsige, hvilken sandsynlighed der er for at en given person vil gennemføre en given adfærd. Modellen anvendes en del i forbindelse med screeningsprogrammer, samt vurdering af hvor effektive disse er. Modellen benyttes oftest ubevidst under lægekonsultationer og dermed på klinikken. Når man skal snakke med sin patient eksempelvis om rygestop, idet det kan være med til at påvirke tandsundheden, kan man fremlægge fordele ved sundhedsfremmende adfærd og gør patienten opmærksom på begyndende symptomer, samt ricisi i forbindelse med sygdomsudviklingen. Man kunne fortælle alvoren af potentielle sygdomme, som rygning eksempelvis kan medføre, samt hvad rygestop egentlig kan gøre hvis man gør en indsats.

Modellen er blevet kritiseret en del, for ikke at tage faktoren self efficacy med som en motiverende faktor, for at kunne gennemføre en adfærd. Desuden er den også blevet kritiseret for ikke at inddrage frygt med, som en medvirkende faktor.

Man kan dermed snakke om protection motivation theory (PTM), som blandt andet inddrager frygt og self efficacy. Denne model kan nemlig benævnes som en udvidet version af HBM. Her antager man at fem faktorer er medvirkende til gennemførelse af sundhedsadfærd. Disse er beskrevet på side 195 i Medicinsk psykologi og sundhedspsykologi. Her inddrages blandt andet, sværhedsgraden og alvoren af sygdommen, modtageligheden for en sygdom, respons, self efficacy og frygt. Altså siger denne model at disse 5 faktorer, vil påvirke intentionen om at udføre en adfærd, som dermed kan drages til en handling efterfølgende. Desuden fortæller denne model at disse faktorer kan influeres af to informationskilder: Omgivelsesrelateret kilder, såsom en verbal overtalelse eller personlige kilder, som kan være tidligere erfaringer. Disse to faktorer er heller ikke taget i betragtning i HBM.

Denne model modtog kritik, idet den blandt andet ikke inkluderede faktorer som arv, genetik som en faktor der kunne influere på adfærden. Man kan heller ikke bruge modellen til at fortælle hvordan sundhedsvaner kan opstå.

Man kan bruge denne i praksis, idet man kan bruge den til hvordan man skal appellere til patienterne.

EKSTRA:

Theory of planned behaviour (TPB).

Denne model er en videreudvikling fra 'Theory of Reasoned Action'. Denne model går ud fra at intentionerne om at udføre en specifik sundhedsadfærd, lader sig påvirke af følgende faktorer: Individets holdning til en adfærd, altså hvorvidt den er positiv eller negativ – Subjektive normer, hvormed en persons subjektive perception af sociale normer kan influere hvorvidt man vil udvikle en specifik adfærd, eller om man bliver presset af sin sociale omgangskreds – oplevet adfærdskontrol, hvorfra man tror på at man har kontrollen til at udvikle en bestemt adfærd. Her kunne man have den indre adfærdskontrol og den ydre adfærdskontrol.

Redegør for placebo-fænomener og diskuter hvorledes disse kan have betydning for teorier om smerte og smerteoplevelse

PLACEBO

Placebo er inerte stoffer, som kan føre til **relief af symptomer**. Det er altså behandlinger, der ændrer ens symptomer, men det kan ikke rigtig henføres til en reel behandling. **(henvisning til Forelæsning om smerte og placebo)**. Dette kan være ethvert stof eller terapiform, som egentlig ikke har en terapeutisk virkning. Placeboeffekten skyldes psykologiske mekanismer, som gør at den subjektive smerte ændres. **(Henvisning til kompendie Medicinsk psykologis- og sundhedspsykologi)**

FAKTORER DER PÅVIRKER PLACEBO

Placeboeffekten afhænger bl.a. af **patientens karakteristika**, er patienten følelsesmæssig afhængig, **derudover skal der være en form for behandling, jo mere invasiv denne er desto større er placeboeffekten** det vil sige en injektion er mere tilbøjelig til at give placebo end en lille pille. Behandlerens karakteristika er også vigtige, **jo højere en status behandleren har jo mere effekt har det på placeboeffekten. (henvisning til Forelæsning om smerte og placebo)**.

Andre faktorer der påvirker placeboeffekten, er Health belief, Illness cognitions, sundhedsrelateret adfærd og stress.

den interaktive teori og den non interaktive teori

Der ses forskellige teorier, som kan forklare placebo. Der ses den interaktive teori og den non interaktive teori. Den interaktive teori har fået en del kritik, idet de beskriver de forskellige årsager til placebo (Behandleren, behandlingen og behandlede) som enkelte isolerede årsager. Af denne årsag vil jeg fokusere på den interaktive teori.

Interaktive teori beskriver en interaktion, samt et samspil mellem behandler, behandling og den behandlede. Disse faktorer er suppleret med andre træk, som behandlerens – og patientens forventning, forholdene og omgivelserne, samt angstreduktion. Herunder indgår også konditionsteori, hvorfra denne teori er bygget op på konditions effekter, såsom hospital, tandklinik, hvid kittel mm, som kan være med til at berolige patienten, ved at den kobles sammen med behandling og smertelindring. **(Henvisning til kompendie Medicinsk psykologis- og sundhedspsykologi)**

FYSIOLOGISKE TEORIER

En anden teori, er de fysiologiske teorier (**Henvisning til kompendie Medicinsk psykologis- og sundhedspsykologi**). Disse antager at endorfiner spiller en vigtig rolle i placeboeffekten, idet at den fastslår at der udskilles nogle endorfiner ved indtagelse af medicin eller en anden behandling, hvorved man kan mærke en smertestillende effekt, som dermed giver anledning til placeboeffekten. Placeboeffekten kan ifølge denne teori derfor føre til afhængighed, hvortil endorfinerne kan forklare denne afhængighed.

kognitiv dissonans teorien.

Sidste teori jeg vil komme ind på er kognitiv dissonans teorien. Denne er udarbejdet af Richard Totman og fokuserer primært på dissonans og retfærdiggørelse, som værende en vigtig faktor som vil influere placeboeffekten. Som følge af denne teori, forklarede totman placeboeffekten som værende udledt af individs forsøg på at undgå kognitiv dissosans. Her forklares der at enhver investering, i form af tid, penge mm, er med til at individet søger enten at retfærdiggøre adfæren, samt gøre sig selv som et rationelt individ. Hvis disse to punkter ikke imødekommes, vil der opstå en kognitiv dissonans, hvorfra individet ifølge Totman bruger placeboeffekten som en måde, hvorpå den kognitive dissonans reduceres. Derfor vil placeboeffekten ifølge denne teori, ikke være forårsaget af patienten eller behandlerens forventninger, men derimod individets kognitive, samt ubevidste måde at retfærdiggøre en behandlings manglende effekt. Placeboeffekten vil derfor være større, jo større investering man har lagt i behandlingen.

Placeboeffekten kan sættes i relation til smerte. Smerte er en ubehagelig fornemmelse, som kan komme til udtryk fysisk og psykisk. Denne smertefølelses primære formål er at sikre organismens overlevelse, ved blandt andet at gøre dem opmærksomme på vævsskade, truende oplevelser eller objekter. Smertebegrebet har gennem tiden blevet defineret forskelligt, men man er kommet frem til at smerten ikke alene kan opstå på baggrund af fysiologisk vævsskade, men er en del af et større samspil mellem psyke og soma.

Der findes adskillige teorier om smerte herunder **Specificity theory (von frey)**, **pattern theory (goldenschnaider)**. Disse teorier beskriver smerter som en sansning, og smerter som et respons på en smertefuld stimulus, men de mangler aspekter om smertens natur.

For at beskrive samspillet mellem tages der i denne opgave udgangspunkt i teorierne 'Gate control teori, samt 'tre process modellen'.

Gate control teorien er udarbejdet af psykolog Ronald Melzack og neurolog Patrick Wall. Denne teori forklarer smerten, som et signal der sendes gennem rygmarven via en port, ved at man opfatter en stimulus der enten er fra det perifere eller centrale nervesystem. Denne port kan dermed åbnes overordnet af de fysiologiske faktorer, emotionelle faktorer og adfærdsrelateret faktorer. Disse faktorer kan have en relation til placebo og dermed smerteopfattelsen. De emotionelle faktorer, såsom frygt og angst, kan være med til at forværre sygdommen – men kan som beskrevet overfor lindres ved placeboeffekten, ved at øge patientens perception af sygdomskontrol. Man kunne derudover arbejde på patientens tanker omkring sygdommen, ved at benytte sig af medicin mm?.

Tre processmodellen:

Beskriver smerte som et resultat af 3 processer: **fysiologiske processer, subjektive affektiv kognitive processer og adfærdsprocesser.**

Fysiologiske processer: overordnet beskriver disse vævsskade og fysiologiske respons, såsom hjertebanken, svedtendens mm. Denne vil give en anledning til en smerteoplevelse og denne smerteoplevelse vil stige, såfremt vævsskaden er større.

Subjektive-affektive-kognitive faktorer: Denne beskriver at indlæring kan være med til at definere den endelige smerteoplevelse. Denne indlæring kan være klassisk, og dermed være betinget af en association fra en tidligere oplevelse, eller den kan være operant og dermed kan smerteoplevelsen forstærkes af de gevinster, der kan være ved smerten. Den affektive del i denne teori, kunne være faktorer såsom frugt og angst, der vil forbindes med smerterne. På samme måde vil placeboeffekten kunne komme ind her, idet at angst er med til at forværre smerteoplevelsen. Den sidste del i denne teori, beskrives som værende den kognitive komponent. Her er det faktorer, der involvere tanker om smerten, der kan være med til at øge smerteoplevelsen, hvorfra placeboeffekten også kan bruges. Man ser nemlig at smerteoplevelsen og smertetærsklen kan tillægges forskellige betydninger og en for står indflydelse. Dette viser blandt andet Beechers studier, hvor der sammenlignes smertetærskel og smerteoplevelse mellem civile og solater. Dette kunne også refereres til placebo, for kan man ændre patientens syn på smerten, vil smerten kunne forsvinde eller fremstå mildere. Sidst kunne man snakke om self efficacy og locus of control, som også vil kunne påvirke smerten under denne kategori. Hvis man får patient til at føle at de har kontrol over behandlingsforløbet, vil de automatisk opleve en mildere smertetilstand (Placeboeffekt)

Adfærdsrelaterede faktorer: Den måde hvorpå man responderer på smerten, kan give anledning til den endelige smerteoplevelse. På denne måde kan man udtrykke adfærd forskelligt. Adfærd er indlært og kan forstærkes af en række faktorer. Adfærden kan være med til at øge smerteoplevelsen, men kan også være med til at nedsætte smerteoplevelsen.

Der indgår altså en række faktorer i smerteoplevelsen **både biologiske, psykologiske og sociale**. Det vil altså sige, at nogle mennesker oplever smerter grundet deres tankemønstre og emotioner, hvorfor vi faktisk kan hjælpe dem af med smerter blot ved at påvirke deres adfærd gennem **placebo**.

Et eksempel på dette kunne være, at man ved at have et positivt stemningsleje gennem samtalen med ens patient kan føre til at patienten oplever det hele meget mindre smertefuldt.

Et eksempel på en tandlæge behandling der indeholder meget placebo er f.eks. **en bideskinne**.

Denne fører til stræk af musklerne, så de aktiveres, hvorfor ømme muskler behandles, og patienten ikke vil opleve ømhed i musklerne. Men det virker os mod hovedpine. Smerterne kan være meget slemme muskel eller kæbeleds smerter, hvorfor bideskinnen under normale omstændigheder i sig selv ikke vil være nok, men på grund af placebo effekten, vil man kunne føle at den er nok og smertelindrende.

EKSTRA:

Ifølge neuromatrix teorien så er der feedback loops mellem cortex og thalamus, og cortex og det limbiske system. **Når en stimulus indtræder, vil det passere det her netværk og skabe et mønster i hjernen. De her loops er altså med til at modificere oplevelsen af smerten.** Altså fortæller modellen at smerteperceptionen, bygger op på et større samspil mellem forskellige faktorer. Denne smerteperception kan variere fra individ til individ. Denne model beskriver smerten som dynamisk, sammenlignet med andre modeller, der beskriver smerten som noget mere statisk. På denne måde kan et individs adfærd eller tidligere erfaringer, være med til at rykke på den endelige oplevelse af smerte.

Redegør for væsentlige psykologiske forhold, som ofte ses ved kronisk sygdom

KRONISK SYGDOMME:

En kronisk sygdom er defineret som værende en tilstand der har været i mere end 6 måneder. Altså skal en sygdom være længerevarende eller konstant tilbagevendende, hvis den skal betegnes som værende kronisk. Behandlingen for disse kroniske sygdomme, vil være rettet mod at behandle sygdomssymptomer og forebygge videreudviklingen af sygdommen.

For patienter der har en kronisk sygdom, vil deres livskvalitet kunne ændre sig. Livskvalitet er subjektiv og vil derfor kunne vurderes fra person til person. Modsat livskvalitet, vil man benytte sig af ordet livsforringende, hvilket vil sige at livskvaliteten forringes og man har dermed svært ved at leve og nyde livet. Dette kunne være, hvis den enkelte ikke kan klare basale hygiejne opgaver selvstændigt, men har således brug for hjælp til at klare basale hverdagsopgaver. Dette kan være livsforringende, især hvis man tidligere ikke har haft samme behov for hjælp som nu. På denne måde kan den enkeltes syn på positiv livskvalitet påvirkes, for patienter med kronisk sygdom.

Palliation er et begreb der benyttes til at beskrive den lindrende behandling. Den palliative behandling har til formål at lindre patientens oplevede symptomer og gener fra en alvorlig sygdom. Den enkelte palliative behandling tager primært udgangspunkt i at bevare og øge den enkeltes livskvalitet. Man snakker ofte om denne behandling til patienter der er dødelige.

Forskellige syn på sig selv kunne påvirkes, for patienter med en kronisk sygdom. Dette kunne være ens selvkoncept og selvbillede. Selvkoncept benævnes som værende ens egen opfattelse af egne personlige kvalifikationer og egenskaber. Altså 'hvem er jeg og hvad står jeg for. Hvad er mine egenskaber og hvad gør mig til mig selv' er spørgsmål som underbygger 'selvkoncept'. Omvendt kunne man snakke om selvbilledet, der ikke nødvendigvis bør være en realistisk vurdering af selvet. Selvbilledet kan nemlig påvirkes af ens sociale kreds, såsom familie venner mm og deres holdninger til en. På denne måde bygger selvbilledet mere op på hvad man tror andre opfatter en. I forlængelse med disse to begreber, kunne selvværdet også påvirkes, Selvværdet er en værdi man giver sig selv og i den forstand i hvor stor en grad man accepterer sig selv.

Ens selvbillede og selvværd kan påvirkes af kropsbilledet. Kropsbillede er subjektivt fra individ til individ og er en perception af ens egen fysiske udseende og virke. Denne opstår oftest negativ, for patienter med kronisk sygdom.

Disse tre elementer (selvbillede, selvværd og kropsbillede), kan alle 3 have en stor betydning når man omtaler kronisk sygdom, idet de kan påvirke en negativt. Hvis den kroniske sygdom hæmmer

vedkommende i at udføre diverse opgaver derhjemme, vil patienten få et negativt kropsbillede. Dette negative kropsbillede kan være med til at påvirke selvbilledet og selvværdet, idet man som person vil tillægge sig en mindre værdi i ens kropslige fejl eller mangler og derfor få et negativt synsbillede. Omvendt vil en patient med positivt kropsbillede, være mere tilbøjelig til at søge selvpleje og overholde selvmedicinering. På den måde vil en person med et positivt kropsbillede, give kroppen en større værdi, som man vil pleje – hvorimod en med et negativt, ikke vil tillægge kroppen en god værdi og dermed ikke passe på egen krop.

Kroniske sygdomme kan også give anledning til fortrængning, angst og depression. Patienter kan have forskellige reaktioner, når de får stillet en kronisk diagnose. Patienter kan blandt andet komme i en traumatisk krise, som vil kunne komme til udtryk i fysisk, social og psykologisk uligevægt hos patienten. Andre kan cope hurtigere med en kronisk diagnose og dermed kunne fortsætte sit liv, som man plejede. De patienter der ikke kan cope, vil oftest være i en stor risiko for udvikling af psykisk lidelse. Dette kunne være angsttilstand, frygt, depression, krise mm. På denne måde kan patientens livskvalitet blive forværret.

En patient der får stillet en kronisk lidelse, kan resultere i fortrængning. Dette er en forsvarsmekanisme, hvorpå patienten undgår eller negligerer sygdommen. Man negligerer dermed dens alvor og prøver at reducere dette. Længerevarende og intens fortrængning af en sygdom, indeholder en manglende informationsbearbejdning hos patienten. Dette vil kunne give anledning til en dårlig adherence og adaptere sig til sygdommen dårligere.

Angst benævnes som værende en psykologisk tilstand, hvor kroppens fysiologiske alarmeringsprogrammer overaktiveres. Her forekommer følelsen af frygt, for fremtidige begivenheder, samt har man en frygt for nogen forventninger, som man i realiteten godt kan kontrollere. Frygt og angst går hånd i hånd, dog siges det at frygt har en kendt årsag, mens angstens årsag er uklar. Angsten kan være rettet mod situationer eller genstande, som reelt set ikke er farlige eller truende for overlevelsen. Angst kan give anledning til andre psykologiske lidelser, herunder depression. For kronisk syge patienter, ses der en større tendens til udvikling af angst. Dette kommer som følge af at patienten overvældes af sygdommen, de ændringer i ens liv den kommer med og sygdommens karakter og alvorlighed. Flere studier rapporterer at angsten er med til at forværrer oplevelsen af symptomer, der er relateret til kroniske syge. Dette kunne være at en kronisk hjertepatient, vil være ekstra nervøs og have en frygt for denne lidelse, hvilket kan resultere

i angst. På denne måde vil angsten kunne forværre symptomerne og dermed give endnu flere komplikationer. Angst kan desuden reducere livskvaliteten for patienten, mens katastrofetanker der kommer fra nagsten, kan være med til at komplicere sygdomsbehandlingen.

Patienter der er kronisk syge, kan blandt andet som følge af angst, udvikle symptomer på depression. Depression sammenkoblet med sygdom, er oftest associeret med en længerevarende hospitalisering og en forværret oplevelse af sygdomssymptomer. Man har vist at kroniske syge patienter med depression, kan have en øget dødelighed, sammenlignet med de kronisk syge uden depression. Depression vil nemlig forringe livskvaliteten.

Lidt bedre:

En årsag til at kronisk sygdom kan initiere en kisesituation kan hænge sammen med begrebet "livskvalitet". Livskvalitet er forskelligt fra person til person, og den defineres som "den værdi som mennesket oplever, at tilstedeværelsen har for dem, lige fra fysisk og psykisk velbefindende, til evnen til at foretage sig meningsfulde aktiviteter" (kilde: forelæsnings slides). Livskvaliteten kan altså drastisk påvirkes hos patienter der får en kronisk sygdom, idét denne kan være lammende både

fysisk og psykisk, i den forstand, at når man har det dårligt fysisk, vil den også påvirke ens psyke, og dermed ens indre subjektive holdninger om god livskvalitet, der typisk indebærer livsglæde og en oplevelse af mening med tilværelsen. Der kan altså ved kronisk sygdom opstå somatopsykiske sygdomme, dvs. "psykiske lidelser med somatisk kausalitet" (forelæsnings slides). Ser man på **Thomas Nilsens model for de 4 forbindelsesveje** (s. 75 i kompendiet), kan man se, at de **somatopsykiske forbindelser fører fra Soma til psyke**, via både indre fysiologiske veje og ydre, kognitive/sociale veje. Dette kan både skyldes de indre fysiologiske veje, hvor selve sygdommen resulterer i psykiske forandringer ved at skade hjernen på den ene eller anden måde. De ydre sociale/kognitive veje er selve de psykiske reaktioner man får ved at opleve sygdommen og alt der følger med denne. Det betyder bl.a., at den kropslige kroniske sygdom kan igangsætte en emotionel reaktion i patienten, der f.eks. kan føre til depression.

Psyklogiske faktorer ved kronisk sygdom kan også være selve tilpasningen til sygdommen.

Patienten skal kunne tilvænne sig til behandlingen, bevare en **emotionel balance**, samt **bevare sit selvbillede**. Ved kronisk sygdom vil ens selvbillede og selvværd forværres drastisk, dvs. man har det ikke længere lige så godt med sig selv, ens kvalitet eller kompetencer. Dette er så med til at øge ens chancer for f.eks. at udvikle **depression**, men også hvor vedhængende man er til behandlingsforløbet. Derfor bliver det vigtigt at ændre patientens opfattelse af hvad god livskvalitet kan/behøver at indebære, og man skal hjælpe dem med at se andre sider af dem selv, deres udseende og deres helbred. De har brug for at bevare kognitiv funktion og evt. de hobbyer el. det arbejde de plejede at beskæftige sig med. Herudover er det vigtigt at de stadig føler sig en del af en social gruppe, da kronisk syge patienter kan være bange for at deres støtte vil forsvinde.

Til slut er et andet psykologisk aspekt ved kronisk sygdom **patienternes self-efficacy** og følelse af oplevet kontrol. Disse faktorer er nødvendige for at patienter kan justere sig ordenligt i deres tilværelse med den kroniske sygdom, og vil kunne hjælpe på at forbedre deres livskvalitet. Ligeledes er patienternes **locus of control** også medvirkende til deres justering til tilværelsen. Folk med internal locus of control tror på at de selv har kontrol over de ting der sker i deres liv, og at de skyldes ingen andre end dem selv og deres adfærd. Folk med **external locus** of control tror på at de har en skæbne, der ikke beror på deres egne handlinger, men mere held, chance og magtfulde andre (såsom en Gud). **Dermed vil folk med en internal locus of control ved kronisk sygdom oftest ikke opleve depression el. andre psykologiske vanskeligheder i lige sige høj grad som folk med en external locus of control, hvilket kan skyldes at internal locus of kontrol er positivt korreleret til selvværd og bedre copingstrategier** (i form af aktiv og problemfokuseret coping). Det er altså forskelligt fra person til person hvordan man håndterer kronisk sygdom, og hvilke psykologiske implikationer den vi forårsage.

Personlighed (f.eks. hvis man scorer højt på **neuroticisme** vil man som regel reagere stærkere på negative livsbegivenheder), den **sociale kontekst man lever/er opvokset i** (hvor meget støtte man har og hvor gode ens behandlingsmuligheder vil være) og ens **kognition**, ift. health beliefs (perception af alvorligheden af sygdommen), samt self-**efficacy** (hvor godt man tror på at man kan håndtere den kroniske sygdom – disse er alle faktorer, der varierer mellem individer og dermed de psykologiske forhold, som ofte ses ved kronisk sygdom.

Redegør for viden og begreber om perception og kognition (TAGET FRA EN TIDL STUD)

Sansning benævnes som værende den subjektive oplevelse af, at et sanseorgan bliver stimuleret. Perception er dermed vores opfattelse og fortolkning af det vi sanser. På denne måde opfatter vi verdenen, og danner os et billede, ud fra den sansning som vi modtager. Perception benævnes som

værende en kreativ aktiv process, hvorfor samme stimulus vil kunne blive opfattet forskelligt, af forskellige individer, på forskellige tidspunkter og i forskellige kontekst. De forskellige stimulus vi får gennem de 5 sanser vi opfatter med; **touch, taste, vision, smell og hearing sendes direkte til hjernen, hvormed perceptionen sker i hjernen.**

For at skabe disse perceptioner kan hjernen udfører to slags **processeringsfunktioner; bottom-up processing og top-down processing. Ved bottom up** processing bliver alle de individuelle elementer af en modtaget stimulus kombineret til en sammenhængende perception. Hvorimod **Top-down processing** er når den sanseinformation vi modtager bliver tolket på baggrund af vores tidligere erfaringer, det vil altså sige, at vi kender til det på forhånd og dermed tolker på baggrund af vores erfaringer eksempelvis, når vi kan læse et ord rigtig, selvom det er stavet helt forkert.

I tandlægepraksis er der mange der i forvejen har skabt en perception, omkring at tandlæge = smerte, hvorfor tandbehandlinger vil som følge af dette, gøre mere ondt end normalt. Man kunne også sige at dette var en type **top down processing**, idet man selv udfylder hullerne og dermed konkluderer at det gør ondt at være hos tandlægen.

Ifølge Gestalt er den helhed vi perciperer mere end blot summen af delene vi modtager information om. Gestalt beskrev det som, at vores perception ikke kun var baseret på stimulus, men at vi tolker disse stimuli ud fra de 4 gestalts love; **lighed, nærhed, kontinuitet og afslutning.**

Lighed, er når vi opfatter elementer med lignende fysiske karakteristika, som en helhed. **Nærhed** er når vi opfatter objekter, som ligger i nærhed af hinanden, som en sammenhæng, eller dele af det samme objekt. **Kontinuitet** er når vi ser individuelle elementer, som kontinuerlige. **Afslutning** er når vi kan have tendens til at se former og afslutte denne.

Perceptuelle konstanter giver os evnen til at genkende stimuli i forskellige sammenhænge. Disse 3 konstanter er **form, lys og størrelse**. Form er egenskaben at kunne genkende personer samt objekter fra forskellige vinkler. Lys er vores evne til at genkende farve under forskellige lyssætninger. Størrelse er evnen til at vurdere et objekts størrelse selvom vi antager objektet ved forskellige afstande.

Perceptionen og vores opfattelse af verden kommer dog med bias. Vi har en tendens at favorisere bestemte stimuli og på den måde kan dette påvirke perceptionen. **Eksempelvis herpå, kan**

følelsestilstande som at være bange, fører til opfattelse faresignaler, selvom de egentlig ikke er det. **Dette kunne ses som hvis man er bange for at tage hos tandlægen**, vil man kunne have en tendens til at koble det med faresignaler og dermed eksempelvis at aflyse ens tid. **Vores sanseapparat** er altså en konstruerende og aktiv proces, som er baseret på vores sindstilstand, opmærksomhed og bl.a. vores tidligere erfaringer. Denne opfattelse kan til tider derfor være ukorrekt.

For tandlæger er perception vigtig, da vi benytter dette i praksis, eksempelvis når vi skal diagnosticere. Dette kan være når vi skal se på et røntgenbillede, hvorfra vi blandt andet bruger fpm konstanten, ved at vi kan genkende formen på tænderne og sygdomsudbredelsen, såsom caries på røntgenbilleder. Vores perception kan komme med unøjagtigheder, hvilket også gør at vi kan komme til at overse detaljer, andre patologiske forhold når vi diagnosticerer. Af den årsag skal man ikke forhaste sig med en diagnose. Man giver nemlig også først en diagnose, når man har samholdt det radiologiske med det kliniske.

Derudover kan vi også påvirke patienternes perception. **Mange patienter har en form for angst for tandlæge eller skræk**. Hvis vi kan opfatte nogle af deres signaler, kan vi aflede dem og føre deres opmærksomhed hen på noget mere rart, så de ikke begynder at blive bange og opfatte faresignaler grundet stimuli.

KOGNITION

Kognition er det vi kender som tænkning. Det er de mentale processer, hvor vores hjerne bearbejder og manipulerer al den information vi modtager. Kognition inkluderer opmærksomhed, planlægning, problemløsning, hukommelse mm.

Der ses forskellige former for tænkning, herunder abstrakt, refleksiv og kritisk tænkning. **Abstrakt tænkning**, er når man gør brug af koncepter, sprog, generalisering. **Refleksiv tænkning** er når formålet er at løse komplekse problemer. Denne problemløsning omfatter en reorganisering af viden, typisk vil vi arrangere viden i en logisk struktur, således at vi dermed kan finde løsningen til problemet.

De begreber jeg vil komme ind på er bl.a. **de forskellige typer af tænkning, begrebsinformation, problem space teorie, confirmationsbias og heuristikker og algoritimer. Den kritiske**

tænkning er en veldisciplineret tankeproces, hvor der involveres brug af kognitive færdigheder, såsom konceptualisering, tolkning, analyse og evaluering, hvorfra man der træffer en beslutning.

Begrebsinformation er mentale kategorier, som bruges til at gruppere information om eks. objekter, karakteristika mm. Dette er med til at give os muligheden for at generalisere, at associere og sammenholde forskellige objekter, huske bedre mm.

Når der er tale om begrebsinformation, findes to modeller, hhv den klassiske og prototypemodellen. Den klassiske model, beskriver at alle enheder i et koncept deler definerende træk og egenskaber. Den er god til at definere geometriske

Der findes to modeller, som bruges for begrebsinformation; den klassiske model og prototypemodellen. **Den klassiske model:** Alle enheder i et koncept deler definerede træk og egenskaber, såsom at en fugl er en fugl, så længe den har fjer og kan flyve. **Prototype modellen** er når vi bestemmer om et objekt passer ind i det givne koncept ved at sammenligne det med en prototype. Eks. det jo ikke alle fugle der kan flyve, selvom de har fjer, men går de så ind under fugle? Det er noget vi sammenligner med vores prototype af en fugl, for at kunne vurdere.

- **Dette er relevant for os tandlæger, da vi når vi diagnoserne også prøver at applicere tingene og gruppere dem for at kunne diagnosticere.**

Problemløsning er et andet begreb indenfor kognition. Problemløsning er vores måde at nå et mål på. Denne kan inddeles i 4 trin, som vores tankeprocess gennemgår for at løse problemet. Først skal problemet defineres, dernæst skal man formulere subgoals, bruge algoritmer og heuristiker og til slut evaluere løsningen. Et bonusskridt hertil er genovervejelse og redefinere problem og løsning.

Dette har nogle forhindringer, hvis vi eks. baserer vores problemløsning for meget på tidligere erfaringer, så vil man blive begrænset.

Ift. til tandlgævernden, så benytter vi os meget af problemløsning. Vi skal finde ud af hvad problemet af, dernæst skal vi have fundet en løsning på problemet og derefter også evaluere denne løsning.

Newel og Simon fik i 1972 bekræftet **problem space teorien**, som er en grundlæggende kognitiv model indenfor problemløsning. Heri beskrev de, at alle problemer er bestående af 3 stadier: begyndelsesstadie, mellemstadier og målstadie.

Vi starter altid fra begyndelsesstadiet og bevæger os gennem et rum af mentale stadier til vi når målstadiet. Bevægelsen fra et til næste stadie via mentale operatorer sker gennem tilladte træk og vores søgen sker via opdelingen af de overordnede mål i delmål som leder os til målstadiet, når vi er nået til dem.

To yderligere begreber som er vigtige for kognition er heuristikker og algoritmer, da vi bruger dem til at navigere gennem vores mentale kapacitet.

Heuristikker: er mentale genveje en form for hverdagstænkning. Det er altså alternative veje til en løsning.

- Mean-ends analyse: der noteres forskel, laves delmål og vælges operator til delmål.
- Anti-looping - undgå at gå tilbage til tidligere stadier, da man bevæger sig væk fra målet.
- Hill climbing - som klatring, man bevæger sig et skridt mod målet.

Heuristikker garanterer ikke løsning, men algoritmer er med til at garantere en løsning ved tjek af alle alternative stier.

En algoritme er en logisk fremgangsmåde til at finde en løsning, her tjekker vi altså alle alternative stadier for at finde løsningen.

Det man kan sige er, at vores perception og tænkning er mindre rationel end vi tænker os. Vi kan komme ud for bias og danne dårlige heuristikker samt såkaldte tænkefejl. Viden om perception og kognition som tænlære er derfor relevant, da vi bedre kan holde os kritiske for vores egne vurderinger og undgå at lave bias. Vi kan finde løsninger ved at være mere objektive i vores praksis og ikke tillægge en faktor for meget værdi.

Redegøre for viden om hukommelsens struktur og processer og diskutere hvordan denne viden kan have relevans i forhold til tandlægers kliniske arbejde med patienter.

Læring og hukommelse er tæt relateret og man kan ikke lære uden hukommelse. Læring er processen, hvor oplevelser og erfaringer medfører en relativ permanent ændring i en organismes adfærd eller færdigheder. Der findes to hovedtyper af indlæring hhv. associations indlæring (klassisk og operant betingning) og kognitiv indlæring (indsigtsfuld og model/observations indlæring).

Hukommelse er evnen til at lære, gemme og genkalde en information. Vi har forskellige faser, når der er tale om hukommelse. Richard Atkinson og Richard Shiffrin beskrev at hukommelsen var opdelt i tre komponenter, hvorfra information kan lagres og gemmes i en given periode. Disse tre er hhv den Sensoriske hukommelse, Korttids og arbejdshukommelse, Langtidshukommelsen

Det starter ved den sensoriske hukommelse, hvorfra denne del holder på al sensorisk information. Der er flere forskellige registrer herunder (ikoniske og echoiske) register, der holder hhv lydinformation eller billedmæssige stimuli. Processen der går fra at det sensoriske input overføres til korttidshukommelse, benævnes indkodning. En del af korttidshukommelsen, udgøres af arbejde hukommelsen, der kan lagre information i begrænset perioder (ofetst 7 enheder ± 2 , ifølge miller). Ved en længere gentagelse, kan en info som er bevaret i vores korttidshukommelse, overføres til

langtidshukommelsen. Dette vil ske via lagring/konsolidering, hvorfra der sker denne overførelse. Omvendt kunne man info opbevaret i langtidshukommelsen, ved behov ende i korttidshukommelse (ved genkaldelse). Langtidshukommelsen er et bibliotek med ubegrænset kapacitet.

Langtidshukommelsen består af flere systemer. Her kan hukommelsen deles i to: **den explicitte og implicitte** hukommelse.

Til sidst ses processen hvor der sker en genkendelse. På denne måde kan man genkende eller huske noget og dermed hive det frem fra langtidshukommelsen. Jo mere effektiv man har lagret noget, desto bedre er man til at genkalde det.

For tandlæger er det vigtigt at have en forståelse for hukommelse. Patienter kan gå igennem disse stadier, når de kommer ind på en tandklinik. Ved den sensoriske hukommelse, ville patienten kunne komme ind, hvorfra det ikoniske register vil opfatte forskellige billedmæssige sensoriske stimuli, såsom tandklinikken, tandlægen, stolen, bor, kanyler mm. Af denne årsag skal vi være opmærksomme når vi inviterer patienten ind. Det skal ikke være en kanyle de møder som det første når de kommer ind. Det skal gerne være en ren klinik, hvor patienten føler at de er velkommen og føler at der er styr på tingene. Derudover indebærer den sensoriske hukommelse også det echoiske register, som holder på lydinformationer. Dette kunne være lyden af airroteren, rosenboret mm, der kan være med til at forskrække patienten. Det er derfor også vigtigt at fortælle patienten at man nu bruger larmende bore, men at disse ikke er farlige. På denne måde ved patienten at det der sker, er normalt. Disse opfattelser vil dermed indkodes som positive faktorer i hukommelsen og kan dermed gå hen til arbejdshukommelse og ikke komme videre, men de kan også komme videre til langtidshukommelsen, hvorfra patienten dermed får lagret denne oplevelse fra tandlægen. En del patienter har tandlægeskræk, da man i gamle dage foretog behandlinger som var smertefulde for patienten og uden at patienten var opmærksom eller bevidst omkring hvad der foregik. Derfor er der mange der har gemt denne traumatiske oplevelse i langtidshukommelsen. Når de så kommer hos tandlægen har de den opdattelse af tandlægen med bagagen og vi skal derfor være opmærksomme på dette og være bevidste omkring hvordan vi behandler dem. Denne episode er nemlig gemt i den **episodiske** langtidshukommelse, hvor man ser at en episode man har oplevet, kan huskes. Dette kan også føre os til begrebet 'flash bulb memory', hvortil man ser at en episode står klokkeklart, selvom der er gået flere år. Dette fænomen kan forklares ud fra emotion og kognition, hvorfra man husker de emotion ladet øjeblikke og kan på denne måde huske bedre. Der vil på denne måde kunne opstå en forbindelse mellem hukommelsen og emotion. På samme måde kan patienter der har oplevet

noget traumatisk, have den i flash bulb memory, altså som et klokkeklart minde. (EVT KOMME IND PÅ INDLÆRING; SOM BESKREVET I ET ANDET EKSAMENSSÆT).

Redegør for relevant udviklingspsykologi om børn og diskuter, hvordan viden om børns udvikling kan have relevans for tandlæger i deres kliniske arbejde med børn.

For børn gælder der at der er en grænse for hvor meget de kan percipere, samt bearbejde kognitivt ad gangen. Derfor vil man sige at børn har en perceptuel kapacitet. Med alderen bliver børn bedre til at processere og percipere sansedata og opretholde opmærksomheden på noget givent. På denne måde er der også en grænse for hvor meget et barn vil forstå af ens sygdom. Man bør derfor som tandlæge og generel sundhedspersonale, vurdere hvad det pågældende barns perceptuelle og kognitive kapacitet må være, før at man giver nogle informationer.

Man kan vurdere børns kognitive udvikling på baggrund af forskellige teorier. Det er vigtigt for behandler at have et godt læge-patientforhold, idet det vil kunne påvirke barnet i den positive retning. Jean Piagets har udarbejdet en udviklingsteori, som blev kendt for hans stadieinddeling af barnets udvikling. Piagets har inddelt barnets udvikling i tre begreber, skema assimilation og akkomodation.

Skema: Er en mental struktur, der hjælper os med at organisere vores viden og erfaringer. Sådan en metode vil guide os til hvordan vi interagerer med resten af verdenen. På den måde kan børn sætte os i en boks, der hedder 'alt hvad der er farligt' eller en anden negativ boks, som dermed kan lede deres tanker i den retning.

Assimilation er de erfaringer børnene får, som de kan indarbejde i allerede eksisterende skemaer eks. når et barn har lært at sutte på bryst for at ammes, kan det herefter tilføje en sut på skeamet og lære at sutte på den. **Akkomodation** er når et skema ændres ud fra barnets erfaringer, eks. kan et barn finde ud af at moderens bryst

kan erstattes af en klud eller et tæppe der dufter af mor. Børnene modnes og gøre sig nye erfaringer hele tiden, hvorfor disse skemaer udfordres.

Piagets teori opdelt i 4 udviklingsstadier:

Sensomotoriske stadie fra 0-2 år, den præoperationelle stadie fra 2-7 år, det konkrete operationelle stadie fra 7-12-årsalderen og det formelt operationelle stadie fra 11-12-årsalderen.

Det sensomotoriske stadie er det stadie, hvor barnet danner sensoriske og motoriske interaktioner med objekter. Det er i dette stadie at barnet selv lærer at erfare verden sensorisk såsom motorisk for at lære, hvordan man kommer frem i verden. Det kan være at lære at kravle for derefter at lære at tage sine første skridt og til slut lære at gå. Det er også i dette stadie ved omkring 1-årsalderen at sprogtilegnelsen sker.

Det præoperationelle stadie 2-7 år. I dette stadie vil sprogudviklingen have gjort fremskridt. Dog vil børn mangle forståelse for konservation **I dette stadie får børnene irreversibilitet**, hvilket betyder, at de ikke kan forestille sig at handlingerne kan gøres om, dette er især relevant for sygdom fordi de ikke kan forstå at sygdommen kan forsvinde igen.

Barnet vil også have **centration**, hvor de har svært ved at have fokus på flere ting ad gangen. Børn skal derfor helst kun blive informeret om en ting ad gangen, da det ellers vil være for meget for dem. Dette er relevant for os tandlæger når vi arbejder med børn i denne aldersgruppe, at vi sørger for informere en ting ad gangen, tale hele sætningen ud og lukke den ene samtale før en ny samtale igangsættes.

Barnet vil have **egocentrisme**, Barnet vil i det her stadie af livet ikke kunne sætte sig ind i andres perspektiv.

Det tredje stadie er **det konkrete operationelle stadie** fra alderen 7-12 år. I dette stadie vil barnet nu kunnen forstå reversibilitet og konservation. Barnet vil udvise mindre centration, men vil fortsat have problemer med abstrakthed og hypotetisk tænkning.

Det formelt operationelle stadie er det 4 stadie, og der strækker sig fra 11-12-årsalderen og modnes/styrkes yderligere fra teenages alderen og op.

I denne alder udviser barnet logik og hypotetisk tænkning.

Disse stadier har også en betydning for børns oplevelse af hhv. sygdom og smerte. Teksten i kompendiet "*childrens cognitive level and perception of pain*" handler om børns forståelse for sygdom og dens årsag samt effekten af smerte ift. deres udviklingsstadiet. Denne vil blive inddraget.

I det først stadium, som er det sensoriske stadium, så oplever barnet intet ift. smerte eller sygdom.

I det preoperationelle stadium, vil barnet have brug for at man forsikrer dem om, at smerte ikke er en straf. De kan ikke se forbindelsen mellem behandling og smertelindring. Barnet kan ikke forestille sig, at det ikke længere kommer til at gøre ondt, hvilket skyldes den *irreversibilitet* børn oplever i dette stadium, de kan altså ikke forestille sig at smerten kan lindres og forsvinde igen, når den først er der. Derfor vil børn i denne aldersgruppe muligvis ikke kunne lide tandlægen, som kan påføre smerter, og de kan derfor godt ende med at udtrykke sig fysisk eller verbalt hårdt.

I den konkrete operationelle stadium fra alderen 7-12 år, vil børn kunne differentiere mellem dem og andre samt interne og eksterne stadier/faktorer. De forstår sygdomsårsagen som en person, handling eller en genstand. Og at sygdommen skyldes fysisk kontakt. Sygdommen er forstået som noget der er internaliseret i kroppen, selvom de opfatter sygdommens opståen som eksternt. De er mere i stand til at kunne lokalisere smerten. De er opmærksomme på kroppen og er bange for at komme til skade. De har altså i tandlægefagligt perspektiv brug for at man forklarer dem om smerten og om behandlingen, for at blive beroliget ift. den frygt de måtte have for kropslig ødelæggelse.

Som tandlægen er det derfor vigtigt at vi forsikrer dem om, at de nok skal få det godt, og sørge for at komme med passende forklaringer der er i øjenhøjde med dem, og som kan give dem en forståelse for smerte og behandling.

I den formale operationelle stage fra 11- 12 år og op efter Er barnet nu i stand til at kunne beskrive sygdommen som en sekvens af flere handlinger. De forstår at handlinger kan påvirke deres helbred. De er begyndt at løse deres problemer, hvorfor de også skal have muligheden for at få talt ud om deres frygt, da de har brug for meget mere information ifm. Deres tilstand og behandling.

Diskuter angst i et tandlægefagligt perspektiv (IKKE SKREVET AF MIG. TJEK DEN ANDEN FOR EN BESKRIVELSE DU TÆNKER ER BEDRE*)
ANGST

Vores ansigt er det ret sensitivt område, og dette er også arbejdsfeltet for en tandlæge. Det kan godt virke intimiderende for nogen at have en til at arbejde i det område.

Angst er noget alle mennesker har, og det er en af vores grund emotioner. Angst er en livsopretholdende funktion, hvilket vil sige, at det er med til at holde os væk fra fare og dermed sikre vores overlevelse (kompendium). Udover den normale angst er der den kliniske angst.

Den kliniske angst er den angst der opstår, når niveauet af angst når ud af proportioner ift. hvad man er præsenteret for. Denne form for angst står på i længere tid. Forekomsten af den kliniske angst er ca. 350.000-400.000 danskere i oplevet af et år, og det er dobbelt så mange kvinder som mænd der rammes.

Angsten kan inddeles i pludselig opstået angst og vedvarende forventningsangst.

Symptomerne på den pludseligt opstående angst er hjertebanken, hurtig puls, sveden, rysten, mundtørhed, åndenød, kvalme, uro, trykken for brystet, frygt for at miste kontrollen eller blive sindssyg. Ved den vedvarende forventnings angst er symptomerne: muskelspænding, rastløshed, psykisk anspændthedsfølelse, følelse af synkebesvær, tendens til sammenfaren, koncentrationsbesvær og indsovningsbesvær, irritabilitet.

Der findes mange forskellige former for angst. De typiske årsager til angst er bl.a. en arvelighed sårbarhed, hvor man har arvet angsten - det har vist sig, at mænd faktisk arver angst fra moderen. Angsten kan også optræde under opvæksten, hvis man har været udsat for belastninger såsom vold, misbrug eller mobning i ens opvækst. Angsten kan udvikle sig, hvis man oplever større belastninger i ens liv senere hen, det kan være stress men det kan også være store livsforandringer såsom skilsmisse. En sidste årsag er bl.a. at mennesker med et mere følsomt nervesystem er mere tilbøjelige til at udvikle angst.

De forskellige former/diagnoser for angst er bl.a.

- Agorafobi
- Enkeltfobi (tandlægeangst.
- Social fobi
- Panikangst
- Generaliseret angst
- Tvangstilstande (OCD)
- Belastningsreaktioner (PTSD, akut belastningsreaktion, tilpasningsreaktion)

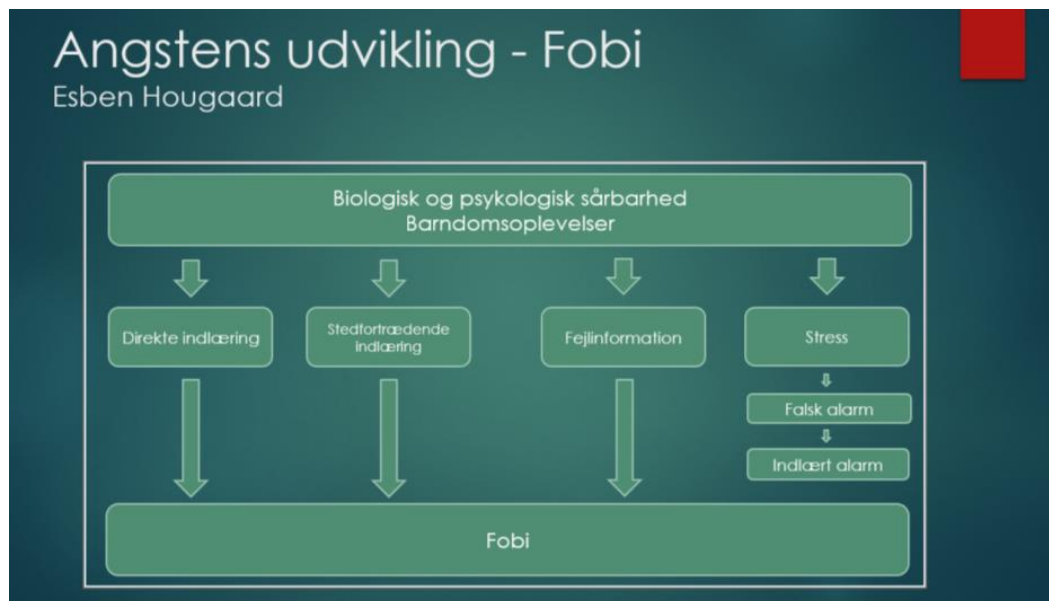
Angst kan også udvikles gennem indlæring, her skelner man mellem den klassisk betingning og den operant betingning. Ved den klassik betingning handler det om, at et stimulus kobles med et andet stimulus og fører til frygt/angst. Det ser vi bl.a. i udviklingen af tandlægeangst, da airroterens lyd ikke skræmmende men hvis der er smerte indvolveret med lyden, vil det fremover få patienten til at forbinde lyden med smerte, hvorfor angsten opstår. Ved den operante betingning vil responset være en straf eller en belønning, så ved at undgå tandlægen kan man se det som en belønning, da det fører til en angst reduktion at undgå tandlægen. Ved en gentagen undvigelse får vi altså dannet en fobi for tandlægen.

Disse teorier hører under den behavioristiske tilgang, og **de tager ikke højde for hvad der sker mellem stimulus og respons, det biologiske samt kognitive aspekt**. Angst kan faktisk afhænge af viden også, og de opfattelser man har om hvad der er farligt og ubehageligt, da det jo ikke er alle der danner en angst for nåle eller roterende instrumenter såsom airroteren.

Esben Hougaard beskriver angsten som en udvikling fra angst til fobi. Det starter med at **personen har en disponering**, det kan være af biologiske eller psykologiske karakter såsom barndomsoplevelser. Herfra er der forskellige veje til at en fobi kan opstå: den direkte indlæring, den stedfortrædende indlæring, fejlinformation og stress.

Den direkte indlæring indebærer Mowes 2 faktor model samt den klassiske og operant betingning som er nævnt før. Den stedfortrædende er når man eksempelvis har forældre der er bange for tandlægen, og udtrykker dette overfor sine børn. Dette vil smitte af på børnene som danner en fobi ved at høre om sine forældres oplevelser. Det ser man oftest i praksis, at folk har fået dannet en angst, fordi de har hørt familiemedlemmer eller kammerater fortælle om ubehaget ved deres tandlægebesøg.

Fejlinformation er når man har fået noget information der slet ikke passer, hvorfor man vil opfatte det som værre. Eksempelvis kunne det være at man får fortalt, at tandlæger bevidst ønsker at påføre en smerte, eller at en specifik behandling er meget kompleks og gør ondt, selvom det i virkeligheden ikke er sandt. Dette vil føre til en udvikling af tandlægeangst. Den sidste er stress, hvis man har stress har man en større tilbøjelighed til at frygte, hvorfor det kan give en falsk alarm og en indlært alarm som fører til fobi for eksempelvis tandlægen.



Hvordan kan angst så behandles?

BEHANDLING AF ANGST: TJEK NOTER FOR EN BEKRIVELSE AF HVAD TDL KA GØRE

Angst kan behandles på forskellige måder, hhv ved medicinering (som antidepressive), kognitiv adfærdsterapi mm. Man vil gerne prøve at undgå medicinering, da dette kan føre til andre komplikationer og bivirkninger.

Tages der udgangspunkt i den kognitive adfærdsterapi, vil den være forebyggende for angsten. For angst er det relevant at tage udgangspunkt i de emotionelle kilder, i form af at man føler ubehag, utilstrækkelig mm. Derudover kunne en kognitiv kilde relateret til angst være den adfældsrelateret kilde, der involverer en adfærd, som kan afficere smertens grad ved at øge, eller mindske den. Disse kilder, har en påvirkning ved den endelige smerteperception og dermed smerteoplevelsen. Den kognitive adfærdsterapi, vil aflære patientens dårlige / negative adfærd og tanker og i stedet give patienten nye og hensigtsmæssige adfærd og tanker, som kan være med til at hjælpe på smerten. Disse tanker er under viljens kontrol, hvorfor det er nemmere at ændre på disse. Ved denne form for terapi, arbejdes der på de kognitive kilder og adfældsrelateret kilder. Dette kunne være distraktioner i hverdagen, som kunne aflede patienten og give en tankeafledning fra smerten (kognitiv kilde), hvorfra man også kunne opfordre patienten til at tillære ny adfærd ved den klassisk og operant betingning (Adfældsrelateret kilder), hvilket vil være med til at fjerne angsten, eller i hvert fald få et nyt syn på hvad der gav en angst. Feks kan man lære patienten at det ikke er så slemt at tage hos

tandlægen, (klassisk) og når de så har lært dette og kommer hos tandlægen, kan man belønne dem for adfærden (operant).

Kernen i kognitiv adfærdsterapi er at arbejde med tankerne, som er relateret til angsten.

Man kunne hertil gøre brug af den kognitive diamant. Dette er en model, som illustrerer samspillet mellem de fire kilder, hhv tanker, følelser, krop og adfærd. På denne måde kan man arbejde på tankerne, der dermed vil påvirke de resterende i en positiv retning.

Man kunne også behandle med psykoterapeutiske behandling. Dette indebærer blandt andet Mindfulness-baseret kognitiv terapi, Acceptance and Commitment therapy, Prolonged Exposure (PTSD), Psykodynamisk korttidsterapi og Complex PTSD; neuroaffektiv psykoterapi.

Graden af angst daler over tid, så hvis vi har med en patient med angst at gøre, så kan vi prøve at øge den tid, hvor vi holder patienten i lokalet, klinikken eller patientstolen. På denne måde vil patientens angst falde med tiden og man vil ikke få den samme reaktion, næste gang man eksempelvis kommer hos tandlægen.

Redegør for viden om emotioner og diskutér fænomenet

'tandlægeangst'

EMOTIONER

Emotion, er det samme som følelser. Disse følelser kan være eksempelvis glæde eller vrede, som vil kunne igangsætte et typisk mønster af kognitive, fysiologiske og adfærdsrelaterede reaktioner hos individet. **Lazarus** forklarede at motivation og emotion gik hånd i hånd, idet at mennesker, responderer emotionelt når de opnår eller mister motiver eller mål. For mennesket er det essentielt at udtrykke emotioner, idet at disse er med til at danne en relation til andre.

Der ses fire fællestræk for emotioner (s.70 i medicin komp), som kort kan opsummeres som:

- Emotioner udløses af eksterne og interne stimuli, som kan fremkalde et emotionelt respons
- Emotionelle responser opstår som følge af vurdering af stimuli i en situation
- Kroppen reagerer fysisk på vurdering af disse stimuli
- Emotioner inkluderer typisk adfærdsmønstre. Disse kan være ekspressive eller instrumentelle.

Eksman har defineret 6 (nogle steder mener man 7), grundlæggende emotioner, som man er født med og tjener ens overlevelse. Disse er hhv vrede, frygt, afsky, sorg, glæde, overrasket og (foragt). På baggrund af en undersøgelse, kunne han konkludere at emotioner er universelle. På trods af at vi har de samme emotioner, udtrykker vi dem forskelligt, fordi man prøver at leve op til de kulturelle regler. Disse regler benævner at der er forskel på hvilke følelser man viser i sociale sammenhænge. Man har nemlig det traditionelle syn på emotioner, som er at emotioner er forstyrrende for vores tankegang. Som **Freuds** tale kom ind på, vil en hysterisk kvinde ikke kunne tænke rationelt. Det moderne syn på emotioner er at de er med til at støtte rationaliteten. Emotioner er nemlig med til at guide os rundt i hvilke personer, begivenheder mm der er vigtige. Det giver os struktur og prioriteter. Det får os derudover til at handle og give en struktur til vores omgang med andre personer. Emotioner understøtter derudover vores hukommelse, hvorved vi husker de positive eller negative begivenheder, mere end de neutrale.

Der ses forskellige **komponenter i emotion**, hhv trigger, kognitive vurdering og fysiologiske reaktion. **Triggeren** er en stimuli der udløser kognitive vurdering og dermed emotionelle reaktioner. Denne stimuli kan være ekstern og intern. Ekstern kunne være tandlægepraksis, mens den interne kan være forventning om at tandlægen er en farlig person. Nogen kan være medfødte, mens andre kan være indlærte (såsom en tandlæge).

Den **kognitive** vurdering er emotioner, som er resultat af vores kognitive vurdering af disse stimuli. På denne måde giver man situationen en mening, ved at koble den med emotioner. Dette kan være tanker, billeder, erindringer, vi tillægger emotionen. Til sidst ses den **fysiologiske reaktion**, som er hvordan vores krop vil reagere på vores kognitive emotioner.

Der er gennem tiden udarbejdet diverse teorier til at beskrive fremkomsten af emotionen.

Psykologerne William James og Carl Lange har sammen udarbejdet en **James-Lange emotionsteori**. Denne teori beskriver at når en bestemt stimulus, medfører en bestemt emotion, er det selve reaktionen eller responset på stimulussen, som er årsag til emotionen og dermed ikke omvendt. Altså opstår emotioner, som følge af nogle kropslige reaktioner og responser, der udløses af eksterne stimuli som hjernen bearbejder.

Som kritik til denne teori, beskrev Walter Cannon og L.L.Bard (fysiologer) **Cannon-Bards emotionsteori**. Denne kom som kritik af James-Lange teorien, idet blandt andet patienter med en rygsøjleblokada, stadig kan opleve emotioner. På denne måde kom de med en modspil der fortalte at emotioner og kropslige reaktioner er uafhængige af hinanden. Ifølge deres teori, udløses emotioner af sensoriske inputs fra kroppen, som passerer thalamus, for så at kunne fortolkes i den cerebrale cortex, hvormed de fysiologiske responser kommer som følge af inputs der transporeres fra den cerebral cortex, gennem thalamus og ud til kroppen.

Som følge af blandt andet disse to teorier, blev der beskrevet **to-faktor teorien**. Denne er den mest præcise i dag og er udarbejdet af Stanley Schachter og Jerome E. Singer. Denne beskriver at der er to faktorer der påvirker emotionerne; Fysiologisk arousal og den kognitive vurdering. Man kan på denne måde ændre den ene faktors intensitet og dermed ændre vurderingen og dermed påvirke emotionen.

TANDLÆGEANGST MED EMOTIONER

Emotioner er vigtige for tandlæger. 40% af alle dansker har tandlægeskræk. 10% har den i sådan en grad at det benævnes som odontofobi. Mange af vores patienter møder ind med emotioner, som vi må forholde os til. (slides)

Angst er en diffus følelse knyttet til forventninger om fremtidige ubehagelige situationer, hvor man ikke har kontrol og derfor medfører en fysiologisk og adfærdsmæssig reaktion. Angst skal forberede organismen på mulige farer i situationer, der med tidligere indlæring er forbundet med angst og frygt. Der findes tre grader af tandlægeangst:

1. Tandlægeangst: Mild odontofobi. Tandlægeangst er en irrationel, situationsbunden angst og derfor styret af følelser og instinkter. Tandlægeangst er forbundet med negative følelser som

urolig, anspændt, bekymret, nervøs, bange, ængstelig, overvældende, rædselsslagen og panisk. Mest hyppig i en population.

2. Tandlægefrygt: Moderat odontofobi.
3. Tandlægefobi: Svær odontofobi. Tandlægefobi er forbundet til negative følelser som væmmelse, skam, selvforagt, skyld, flovhed og nedværdigelse med grundemotionerne vrede og bedrøvelse. Sjælden og meget svær at håndtere.

Tandlægeangst er dermed knyttet til blandt andet emotioner, og man kan være med til at minimere dette, ved at ændre på emotionerne. Oftest er tandlægeangst præget af smerte, som dermed giver en negative følelse, urolighed, negative tanker mm. Man skal derfor prøve at give patienten den bedste oplevelse, ved at tage det på deres tempo. Man kan forklare patienten processerne, lade vær med at vise nålen, vente med at begynde til at patienten er bedøvet mm. På denne måde kan man ændre på emotionerne og patienten vil automatisk føle sig mere tilpas og dermed få positive følelser – som dermed automatisk gør situationen bedre (placebo, tror jeg).

Man kunne koble tandlægeangst, med de forskellige komponenter i emotion:

Triggeren kan være en indlært oplevelse, som man har oplevet senere hen. / Lyde, lugte, synet mm, som kobles til tandlægen.

Den **kognitive** vurdering, igen noget vi har oplevet en erindring om en tidligere oplevelse. Vi får billeder og tanker om tandlægen, der får os til at vurdere at vi er bange. Dette kan være kulturelt, ved at man eksempelvis taler om at det er træls at gå hos tandlægen.

Den **fysiologiske** reaktion, kommer i form af at man er nervøs – har angst, øget puls mm.

Dette kan komme til udtryk adfærdsmæssig, ved at man eksempelvis græder, er passiv og kan generelt ikke udtrykker sig. Nogen vil forlade stedet mm.

Diskutér hvorledes teori om angsttilstande og angstindlæring kan belyse Mette og Josefines reaktioner.

ANGST

Angst benævnes som værende en psykologisk tilstand, hvor kroppens fysiologiske alarmeringsprogrammer overaktiveres. Her forekommer følelsen af frygt, for fremtidige

begivenheder, samt har man en frygt for nogen forventninger, som man i realiteten godt kan kontrollere. Frygt og angst går hånd i hånd, dog siges det at frygt har en kendt årsag, mens angstens årsag er uklar. Angsten kan være rettet mod situationer eller genstande, som reelt set ikke er farlige eller truende for overlevelsen. Angst kan give anledning til andre psykologiske lidelser, herunder depression. Angst kan også give anledning til diverse fysiologiske symptomer, såsom hjertebanken, hyperventilering, kvalme, hovedpine mm. Angst inddeles helt overordnet i 2 grupper – hhv normalangst og klinisk angst.

Casen præger af at både mette og josefine har angst, men årsagen og dermed teorien hertil er forskellige.

Mette: Mette har til at starte med normalangst, som primært er knyttet til situationer eller hændelser, men som har videreudviklet sig til klinisk angst. Her ses der at mette har angst for tandlæger. Dette kommer til udtryk, idet at hun ikke har været hos tandlægen i omkring 20 år og grundlaget hertil bunder ud i at hun frygter tandlægen, idet at hun tidligere har haft en dårlig oplevelse med tandlægen. Hun siger nemlig at hun husker smerten fra dengang hun var 18 år og vil helst ikke opleve samme smerte igen. Hertil kunne man koble den **psykoanalytiske teori** til Mettes angst (henvisning til kompendium medicin psykologi og sundhedspsykologi). Denne teori blev udarbejdet af Sigmund Freud, som tager udgangspunkt i Id'et, jeget og overjeget. Freud fremlagde 3 angst teorier, hhv driftangsten, samvittighedsangsten og realangsten. Mette kan kobles til **driftangsten**, som opstår når provokerende drifter, lægger et stort pres på jeg'et. Jeg'et vil dermed beskytte sig selv mod denne drift, ved forsvarsmekanismer, herfra at ignorere drifterne. Dette gør mette, ved at hun har en drift, som er at tage hos tandlægen, men hun prøver at undgå og ignorere dette. Kan man ikke holde denne drift nede, kan dette give ophav til angst betinget af driften. Mette prøver at holde driften nede, men da hun mener at hendes mundhygiejne ikke er helt tiptop og har egentlig ikke en god tandsundhed, kan man sige at hun dermed har svært ved at holde denne drift nede. På et tidspunkt vil hun måske opleve smerter, hvilket i den grad vil kunne aktivere angsten. Der kunne også være tale om **samvittighedsangsten**, hvor der sker en ubalance mellem overjeget og jeget. Overjeget vil opstille en række normer og idealer, som jeg'et skal opfylde. For Mette er det overjeget der kommer ind og opstiller en norm og ideal om hvordan familielivet skal være. Eftersom mette er gået fra sin mand, bekymrer hun sig rigtig meget om sin datter josefiner og føler at det kun bliver sværre at holde styr på hende. På denne måde bearbejder hun sig selv, når det omhandler Josefines velvære, fordi hun ikke kan leve op til Jeg'ets idealer – hvilket fører til en

frygt som dermed kan give anledning til samvittighedsangst. Til sidst kunne man også sætte mette inden under **realangsten**, som forårsages af en ubalance mellem forventninger fra omverdenen og det personen reelt set er i stand til at formå. Man kan se dette, idet at Mette gerne vil bestille en tid og hjælpe Josefine, men hun formår ikke at gøre dette – primært i frygt for hvordan tandlægen vil reagere og give skylden på Mette, for Josefines tænder. Af denne årsag, føler hun en overbelast af forventningerne fra tandlægen, som hun egentlig ikke kan leve op til.

Man kunne sætte Mette og Josefine under **Indlæringsteorier, samt Mowrers To faktor model**. Indlæringsteorien fortæller overordnet at angst er indlært. Angstindlæringen kan således foregå på to måder, hhv ved den direkte eller indirekte angstindlæring. Den direkte angstindlæring er kendetegnet ved at man ude fra en bestemt oplevelse i livet, har udviklet angst. Dette ses hos Mette, da hun førhen har haft en ubehagelig oplevelse med tandlægen, som dermed har givet anledning til angst. Josefine kan sættes ind under indirekte angstindlæring. Denne læres gennem sekundære kilder. Josefine har fået denne angst gennem sin mor Mette. Her ses der at Josefines primær person, i den tidlige udvikling har vist en frygt eller angst for tandlæge, ved ikke at tage hos tandlægen og højst sandsynligt ikke snakke højt om det, eller nedprioriteret det. Denne indlæringsangst kaldes også stedfortrædende angstindlæring. Angsten som Josefine har indarvet kan nemmere behandles, sammenlignet med Mettes angst, der måske kunne være et tegn på PTSD, idet hun flere gange har bestilt tid, men aflyser den derefter, som kunne forklares ved at bare tanken om tandlæger, giver hende angst, pga sit tidligere traume.

Man kunne afslutningsvis koble dette til Orval H.Mowrers model, der kan beskrive hvordan angstindlæringen kan influeres. Denne model hedder **Mowrers To faktor model**. Ifølge modellen, vil indlæringen af angst fremmes ved klassisk betingning, ved at man udsættes for en ubehagelig situation (mettes traume da hunnskulle fjerne visdomstanden). Dette vil resultere at tandlæge bliver indlært ved klassisk betinget, som værende negativt og ubehagelig, hvilket igangsætter blandt andet autonome reaktioner. Mette vil derfor handle aktivt for at undgå det, som vækker den form for angst. Ved at undgå Tandlæger, vil Mette dermed belønnes, idet hun ikke udsættes for ubehag og angst og dermed belønnes, hvilket fører til operant betingelse.

Redegør for viden om sammenhænge mellem personlighed og helbred, og diskutér ud fra eksempler i casen.

PERSONLIGHED OG HELBRED; // ANGST

Inden for personlighedsteorien findes flere teorier, nogle af dem er bl.a. trækteorien, personlighedstyper og den social kognitive teori.

Trækteorien beskriver at personlighedstræk er noget ethvert individ grundlæggende har, og at de findes i forskellige grad hos hvert individ. Det er nogle træk, der gør det muligt at beskrive hinanden. Den nyeste trækteori er; The Big Five teorien

The Big Five teorien beskriver 5 træk; *Neuroticisme, ekstroversion, åbenhed, venlighed og samvittighedsfuldhed*. (henvisning til kapitel 7 i kompendium i medicinsk psykologi og sundhedspsykologi, powerpoint om personlighed og intelligens, samt kompendie i psykologi og adfærd).

Personlighedstræk er med til at beskrive den hyppigste adfærd, som vi mennesker udtrykker, samtidig er den med til at influere vores adfærd gennem hele livet. Specielt neuroticisme er med til at påvirke vores adfærd gennem hele livet. Neuroticisme og samvittighedsfuld er generelt beskrevet som en sårbarhedsfaktor i sygdommen, mens samvittighedsfuld er en beskyttende faktor for sygdom. Man ser at folk med neuroticisme har en større association med rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Mens disse personer har svære og stærkere reaktioner på livsbegivenheder. Personer med neuroticisme, har det med at trække sig og undvige problemer, i stedet for at imødekomme og løse problemerne. Disse personer bliver nemt stresset.

Omvendt vil personer der har høj samvittighedsfuldhed, have en mindre association til alkohol, rygning, samt fysisk inaktivitet. Disse personer er mere tilbøjelige til at konfrontere problemerne og dermed løse dem. Man ser at Mettes personlighed er præget af Neuroticisme. Mette føler ikke at hun har helt styr på sit liv, hvortil sundheden heller ikke er i top og alligevel vælger at trække sig og dermed undvige og ignorere problemerne. Man kunne argumentere for at hendes personlighed også er præget af samvittighedsfuld, idet at hun prøver at imødekomme og løse de sundhedsproblematikker hun står overfor, ved blandt andet at ringe ind hos tandlægen og bestille en tid, men på grund af hendes angst, kan hun ikke fuldføre dette.

Angst har vist sig at have en positiv sammenhæng mellem neuroticisme. For disse fandt man også en negativ sammenhæng mellem at være ekstroversion. For næsten alle angst tilstande, bortset for

enkelte fobier, fandt man også negative sammenhænge med samvittighedsfuld, hvilket også kan forklare Mettes personlighed. (Kompendium i psykologi og adfærdsfag, side 36.)

En metaanalyse viser at social støtte er effektiv buffer mod stress og at have et socialt netværk, kan være med til at have en optimal behandling, samt et godt helbred og overlevelse. Man ser at Mette ikke har nogen venner, som hun kan tage kontakt med og snakke om hendes problemer og hun derfor overvejer at gå hos tandlægen, for at snakke om sine problemer. Desuden er hun blevet skilt, hvilket også giver en form for stress for at hun nu skal have ansvaret for sin datter på egen hånd. Hun finder dermed ikke opbakning fra hverken familie eller venner (af hvad der fremgår i teksten) og hun fremstår meget alene og ensom.

Den social kognitive personlighedsteori kan også forklare Mettes personlighed. Denne teori udtrykker at trækteorien er en oversimplificeret tilgang til personlighed. Ifølge Bandura, der er en amerikansk psykolog, skal man overveje personlighed i samstil med miljømæssige faktorer og individets egen adfærd, for at kunne forstå personlighed. Denne teori opfatter adfærd som værende en reaktion på ydre begivenheder. Dette ses hos Mette, idet hendes personlighed afspejler det miljø hun er i. Hun er stresset, bange, har frygt, er bekymret mm, primært pga skilsmisse og den udfordring hun står overfor med sin datters tænder. Bandura forholder sig også til reciprok determinisme, som forklarer at forholdet mellem adfærd og omgivelserne er bidirektionelle. Altså tager individet aktiv del i at forme de omgivelser, der influerer ens egen udvikling. Her vælger Mette aktivt ikke at tage hos tandlægen, velvidende om at det er det rigtige at gøre – hvilket standser hendes udvikling og hun imødekommer dermed ikke hendes frygt og dermed angsten.

Den 43-årige Mette døjer med at håndtere store forandringer, hun har altid bedst kunne lide tingene som de altid har været. Hun er lige gået gennem en skilsmisse, som er en meget stor negativ livsbegivenhed. Mette har svært ved at komme igennem denne skilsmisse, hun vil nok heller have undgået denne, så alt bare kunne være som det har været. Dette tyder på, at trækket neuroticisme er højt hos Mette. Dette træk fører også til, at man er mere tilbøjelig til at bekymre sig om fremtiden. Det fremgår af casen, da Mette har det med at bekymre sig rigtig meget om fremtiden, om økonomien nu kan række, om de er nødt til at forlade hus og hjem, og den hverdag de har kendt til forsvinder. Mette har det altså med at stresse over tingene og tænke langt ud i fremtiden. Dette træk kan også medvirke, at man føler en større skyldfølelse. Mette føler en skyld i, at Josefine's helbred er som det er. Hun vil gerne i kontakt med tandlægen, men er alligevel plaget af, om de nu vil give hende skylden for Josefine's helbred. Det samme ser man ved, at Mette frygter hvad tandlægen vil tænke over de mange huller hun nu har. Den høje grad af neuroticisme fører altså til,

at både Mette og sin datters helbred bliver negligereret, da de ikke får besøgt tandlægen af bl.a. denne skyldfølelse.

Man kunne også drage parallel til Locus og control, som kan være internal og external. Hvis man har et indre locus og control, så har man en opfattelse af, at man har evnen til at gøre noget ved tingene, man er med andre ord selv i stand til at skabe og løse problemer. Man kunne her argumentere for at hun gerne vil fremstå sådan, idet hun flere gange prøver at konfrontere sine problemer, men pga angsten kan hun ikke fuldføre dette. . En person med et external locus of control har en opfattelse af at ting sker uden man har kontrollen over det, og man derfor ikke kan gøre noget ved dette.