

PSYKOLOGI KOMPENDIE EKSAMEN

Indholdsfortegnelse

<i>Perception og kognition</i>	2
<i>INDLÆRING OG HUKOMMELSE:</i>	20
<i>Motivation og Emotion</i>	36
<i>UDVIKLINGSPSYKOLOGI:</i>	56
<i>Kognitiv udvikling</i>	56
<i>Social og emotionel udvikling:</i>	63
<i>PERSONLIGHED OG INTELLIGENS:</i>	71
Individuelle forskelle: personlighed og intelligens	71
<i>Socialpsykologi herunder patient-behandler forholdet</i>	94
<i>PSYKOSOMATISK</i>	106
<i>SUNDHEDSADFÆRD OG SYGDOMSADFÆRD:</i>	120
<i>SPISEFORSTYRRELSER OG MISBRUG:</i>	139
<i>STRESS OG COOPING</i>	153
<i>SMERTER OG PLACEBO:</i>	167
<i>ANGST:</i>	176

Perception og kognition

Beskrive og redegøre for odontologisk relevante emner inden for perception, indlæringssteori, hukommelse og kognition

Sansning vs. perception**Sansning:**

- **den subjektive oplevelse som er et produkt af**, at et sanseorgan bliver stimuleret
- processen, hvor sanseorganer reagerer på en stimulus og oversætter denne information fra omgivelserne til nerveimpulserne, der sendes til relevante områder i hjernen. Fx

Sansningafelektromagnetiskesvingninger (syn)

Sansningafkemiskemolekyler (lugt)

Sansningaflydbølger (hørelse)

Psykofysikken: Forholdet mellem fysiske karakteristika af en stimulus og vores sanseegenskaber.

1. Absolutte grænser for sensitivitet (mindst mulige egenskaber vi kan sanse)
2. Relativ forskel mellem stimuli (den mindste forskel vi kan opfatte)

Perception:

- **Er vores opfattelse og fortolkning af det vi sanser.**
- **Er ikke en 1:1 refleksion**
- den proces, hvormed vi skaber mening af den information, som vi får fra vores sanser.
- Aktiv proces, hvor vi organiserer den information, som vores sanser giver os, og vi tildeler den mening.
- Perception er en kreativ proces.
- Vores oplevelse er ikke en en-en refleksion af den information, der rammer vores sanser.
- Perception er en aktiv kreativ proces hvorfor samme stimulus kan opfattes forskelligt af forskellige individer, på forskellige tidspunkter og i forskellige kontekster.
 - Perception sker i hjernen
 - Information fra sanserne kun råmateriale
 - Perception skaber noget af dette materiale
 - ”The constructive nature of perception”

Tandlægepraksis: Mange har i forvejen skabt en perception omkring at tandlæge gør ondt, hvilket gør at tandbehandler vil gøre mere ondt end hvad de normalt vil gøre. Dette er også en form for top down processing, hvor man selv udfylder hullerne og konkluderer at det gør ondt.

Absolutte grænseværdi for sårerne;

Deff: Den laveste intensitet, hvormed en stimulus kan opfanges 50% af gangene

Table 7.1 Examples of Absolute Thresholds	
SENSE	THRESHOLD
Sight	A candle flame at 30 miles on a clear, dark night
Hearing	The tick of a watch 20 feet away in a quiet room
Smell	One drop of perfume diffused throughout a three-room apartment
Taste	1 teaspoon of sugar in 2 gallons of water
Touch	A bee's wing falling on the cheek from 1 centimeter above

Hvordan kan det være at vi opfatter en sammenhængende og organiseret verden af visuelle stimuli?

Problem 1: Genkendelse af objekter (objektkonstans)

Problem 2: Genkendelse på trods af ændret perspektiv (perspektivkonstans)

Objektperceptionens og – genkendelsens delfunktioner:

1. afgrænsning fra baggrunden

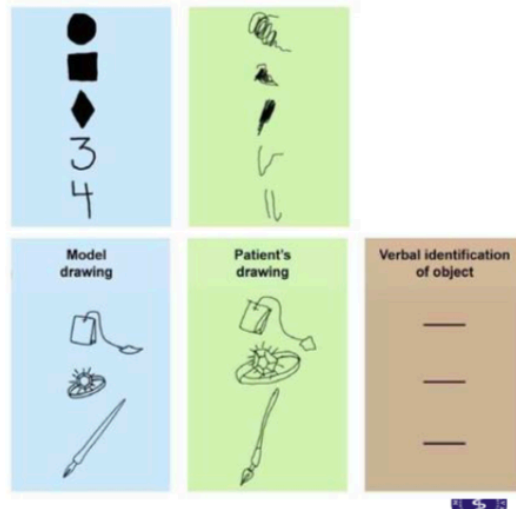
- Formagnosi

2. Selektionen af karakteristiske egenskaber

- Apperceptiv agnosi

3. Sammenligning med semantisk viden

- Associativ agnosi



Processeringsfunktioner:

- For at skabe perceptioner kan hjernen udføre to typer af processeringsfunktioner:
- Bottom-up processing og top-down processing.

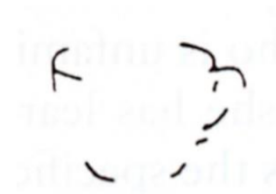
Bottom up processing:

- De individuelle elementer af stimulus kombineres til en sammenhængende perception.

Top-down bearbejdning: Hvad er det?

Top-down processing:

- Sanseinformation tolkes i lyset af tidligere erfaringer og forventninger.
- Eks. kan vi læse ord der er stavet helt forkert, men pga. vores tidligere erfaringer kan vi koble ordet sammen og alligevel læse det rigtigt.
- Eller en tegning der ikke er fuldkommen.
- Er videns-drevne



Illusioner

- Opstår når vi snydes af vores konstanter;

- De fleste visuelle illusioner er resultat af konstanserne, som normalt hjælper os til at sammensætte perceptionen - eksempel top-down processering eller Adelbert Ames rum.

Perception kommer os med bias

Vi har en tendens at favorisere bestemte stimuli og på den måde kan det påvirke perceptionen.

- Formål: opmærksomhed på fx at tælle
- Motivations tilstand: fx rygere, sult etc.
- Ekspertise/ interesse: fx ornitologer
- Emotion/følelsestilstand: fx bange – ser faresignaler

Visuel perception struktur og organisering:

- Hvorfor ser vi adskilte objekter og hører toner som en melodi?

Gestalts principper:

- Helheden vi perciperer, er ofte mere end (og anderledes fra) summen af delene.
- Figure-ground relations: Tendensen til at organisere stimuli i central, forgrund og baggrunds objekter.
- Centrale objekt er ofte øverst 'ovenpå', hvad vi opfatter som baggrund.
- Farve og lys hjælper os til at opfatte grænser og konturer.

Perceptuelt skema: Mental repræsentation af de definerende træk ved et objekt/ en person.

Perceptuel konstans: vores evne til at genkende stimuli i forskellige kontekster og under forskellige betingelser.

- *Form konstans:* evne til at genkende personer og objekter fra forskellige vinkler.
- *Lys konstans:* evne til at genkende farve under forskellige lyssætninger .
- - *Størrelse konstans:* evnen til at vurdere objekters størrelse som konstant på trods af fx. forskellig afstand.

Figur-grund relation**Gestalts love om perceptuel organisering: (Law of prägnanz)**

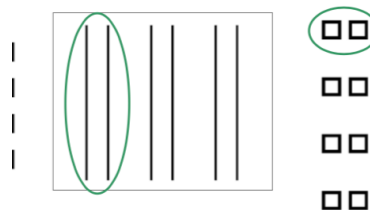
- Vi grupperer og tolker stimuli ud fra 4 love

**Lighed:**

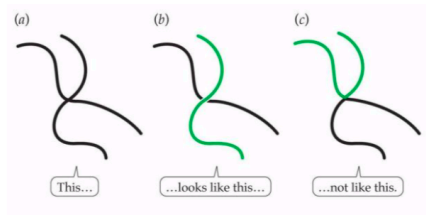
- Elementer med lignende fysiske karakteristika som samhöring.

Nærhed

- Vi opfatter objekter som ligger i nærhed af hinanden som sammenhænge eller dele af det samme objekt.

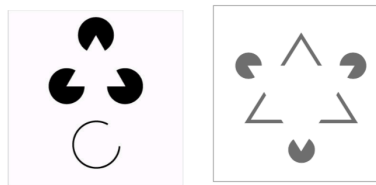
**Kontinuitet**

- Tendensen til at se individuelle elementer som kontinuerlig eller linier



Afslutning

- Tendensen til at se former som fuldstændig omslutter af en kant og automatisk udfyldelse af afbrydelser i denne kant.



Fælles skæbne:

- Visuelle elementer som bevæger sig sammen opfattes samlet.

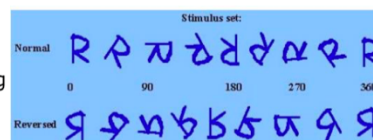


TEMPLATE TEORI:

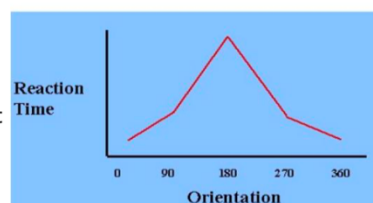
- = "astored model of all categorizable patterns"
- ligesom bankautomaten, som læser og "genkender" sedlerne
- yndlingsposition: canonical view

Eksempel: Mental rotation

MEN! Template Theory er for simpel og ufleksibel

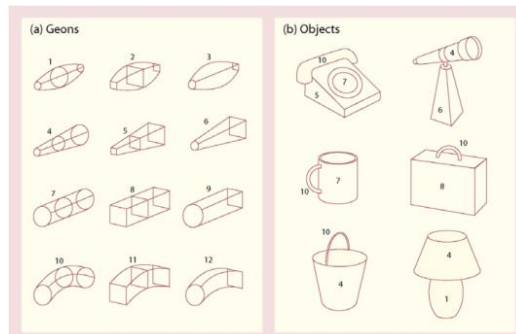


- Alt for mange templates
- Idé: **Visual Feature Theory**
 - Genkendelse sker gennem identifikation af de enkle strukturer (linjer, etc)
 - Efterfølgende sammenlignet med objekterne i hukommelsen



GEON TEORI:

- Objekter er sammensat af tredimensionelle figurer
- Genkendelse er uafhængig af blik vinklen, lys, tekstur

**Størrelsesperception:**

Størrelsen er afhængig af:

Distancen mellem øjet og objektet

- små objekter, som er tæt på en kan se ud som store, der ligger langt væk
- Størrelseskonstans

Relativ størrelse

- forhold til kendte objekter

Kendt størrelse

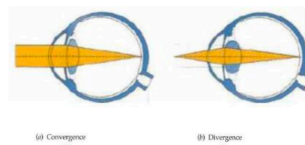
- ved kendte objekter

Kompleks information

Distanceperception

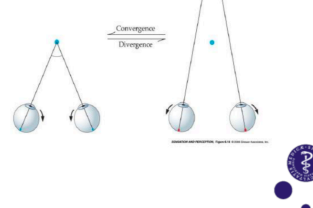
Øjenmotoriske informationer**Akkommodation**

Øjets tilpasning af dets refraktion (brydningskraft) til objektstanden til at sikre et skarpt billede. (cirka 20 cm til 2 m)

**Konvergens**

Vores øjne konvergerer stærkere, når vi kigger på noget, som er tæt på, end på noget, som ligger længere væk.

Hjernen bruger information fra musklerne, til at beregne afstanden (cirka 20 cm til 10 m)



Distanceperception

Monokulare kriterier

1) Delvist skjulte objekter (occultation/interposition)

2) Relativ højde

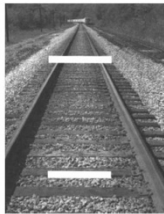
3) Relativ størrelse

4) Kendt størrelse

5) Atmosfærisk eller luftperspektiv

- Objekter, som ligger længere væk, virker uskarpe og får en blålig, mindre kraftig farve (saturation).

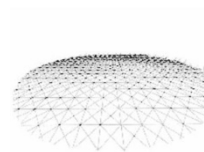
6) Lineær perspektiv



- Parallelle linjer i 3D-rummet konvergerer i 2D-billedet. Dette resulterer i, at konvergerende linjer bliver opfattet som parallelle linjer, som fører væk fra os.
- Objekter, som befinder sig på forskellige steder bliver derfor opfattet med forskellige størrelse (ponzo illusion)

7) Teksturgradient

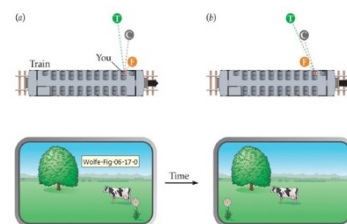
Objekter som er længere væk, har en finere tekstur



8) Bevægelsesinformation

Når vi bevæger os, virker det, som om de objekter vi observerer, bevæger sig med forskellige hastigheder

- Tæt på $\diamond$ hurtigere
- Langt væk $\diamond$ langsommere



Perception opsummering:

- Altså er vores sanseapparat ikke et videokamera, det er en aktiv og konstruerende process.

- Den er påvirket af vores tidligere erfaringer, opmærksomhed og sindstilstand, og den kan af denne grund være ukorrekt af og til.

Kognition (Tænkning):**Generelt:**

- Henviser til mentale processer, hvormed hjernen bearbejder & manipulerer information
- Inkluderer opmærksomhed, hukommelse, planlægning, problemløsning mm.

Typer af tænkning:

- **Konceptuel/abstrakt tænkning:** Hvor man gør brug af koncepter, sprog og generalisering. Økonomisering med mentale ressourcer. ◇ *Begrebsformation*.
- **Refleksiv tænkning:** Formålet er ofte at løse komplekse problemer. ◇ *Problemløsning*. Omfatter reorganisering af viden, typisk arrangerer vi viden i en logisk struktur for at finde løsning på problemet.
- **Kritisk tænkning:** Veldisciplineret tankeproces, der involverer brug af kognitive færdigheder som konceptualisering, tolkning, analyse, og evaluering ◇ *ræsonnering*.

Begrebsformation:

- Begreber er mentale kategorier, der bruges til at gruppere objekter, begivenheder, og karakteristika.

Begrebers funktion:

- - Koncepter giver os mulighed for at generalisere
- - De giver os mulighed for at associere og sammenligne objekter og oplevelser
- - Hjælper vores hukommelse – mere effektiv
- - Giver os ledetråd til, hvordan vi skal reagere på forskellige objekter

Koncepters struktur:

Den klassiske model: Alle enheder i et koncept deler definerende træk og egenskaber.

- God til geometriske former, men ofte sværere at identificere de definerende træk ved mere komplekse koncepter

Prototype modellen: Vi bestemmer om et objekt repræsenterer et givent koncept ved at sammenligne med det mest typiske eksempel fra konceptet – en prototype ◇ Hierarki indenfor hvert koncept.

Problemløsning: Forsøg på at finde den hensigtsmæssige måde at nå et mål, der ikke er direkte tilgængeligt.

PROBLEMLØSNING:

Fire trin i den **tankeprocess** vi går igennem, løser problemer.

- Definere problemet (find & frame)
- Formulere mål og delmål
- Bruge algoritmer og heuristikker
- Evaluere løsningen
- Plus et bonus skridt: Genoverveje og redefinere problem og løsning
- Forhindringer? (Ekstra, står ikk på pp)

Funktionel fiksering; Er en udfordring, hvor man har en forventning om noget bestemt skal bruges til en funktion, hvorfor man derfor ikke ville bruge den til at løse et problem.

Algoritmer og heuristikker

Algoritmer:

- ♣ Komplex, detaljeret løsningsstrategi
- ♣ Fører til den rigtige løsning, når anvendt korrekt
- ♣ Normativ ("ideel/præcis") model

Heuristikker:

- ♣ Tommelfingerregel
- ♣ Fungerer under visse omstændigheder
- ♣ Deskriptiv ("beskrivende/upræcis") model

Problem space teorien (Newel og Simon (1972))

Grundlæggende kognitiv model for problemløsning:

Alle problemer består af

- Begyndelsesstadie
- Mellemstadier - all mulige stadier i mellem
- Målstadie

Vi gennemgår **vidensstadier**. Fra begyndelsesstadiet via rum af alternative mentale stadier, til vi når målstadiet

Bevægelse fra ét til næste stadie via **mentale operatorer** = tilladte træk/ restriktioner

Søgen sker via opdeling af overordnet mål i **delmål**, som når de nås, leder til målestadiet

TANDLÆGE: Hvis en patient kommer ind og har smerter, så er man i begyndelsesstadie, hvor man vil prøve at undersøge dette, ved hjælp af mellemstadierne, der gør at man har nogen rammer og nogen undersøgelser – hvorfra man til sidst vil nå målstadiet, som er den bedste behandling som vil fjerne smerter.

Evaluerings:**Styrker:**

- Bud på *hvordan* vi løser problemer
- Specificerer problemer & bedste løsning
- Stemmer overens med viden om menneskelig kognition & computersimulationer

Svagheder:

- Begrænset til veldefinerede problemrum
- Kan ikke forklare, hvordan vi løser dagligdagsproblemer

Heraistikker og algoritmer

Problem spaces kan være store – så hvordan navigerer vi gennem dem med vores begrænsede mentale kapacitet?

Brug af **heuristikker**:

1) **Analogier**

- Problemløsning vha. analogier:
- En relation mellem to lignende situationer, problemer eller begreber

2) **Undgå tilbageskridt (Anti-looping)**

- Eksempel labyrint: Undgå at gå de samme veje igen
- Vi undgår at tage en skridt tilbage og kan spænde ben for os fordi man ikke vil gå to skridt tilbage.

3) **The hill-climbing method**

- Start med en tilfældig (og sandsynligvis dårlig) løsningsstrategi
- Små ændringer -> tilnærmelse til den optimale løsning
- Analogi: Bjerg -> i bunden kan man gå hvilken som helst retning, man vil tilnærme sig toppen.
- Problem: Lokal maksimum

4) **The means-end analysis**

- Går ud på at definere undermål -> planlægning
- Mere effektiv end hill-climbing
- Altså:
 - Sammenlign det aktuelle stadie med målstadiet og identificer forskel
 - Vælg en operator for at reducere forskellen
 - Hvis operatoren kan anvendes, gør det.
 - Hvis ikke, vælg et nyt undermål, hvor operator kan anvendes.

5) The availability heuristic: Vi beslutter ud fra eksempler, der ligger umiddelbart present i hukommelsen.

- Overestimerer fx dødsfald relateret til corona vs. forurening
- Tolker alle symptomer som symptomer på corona pga. opmærksomheden på samfundsplan.

Heuristikker garanterer *ikke* løsning, men oftest

Algoritmer derimod garanterer løsning ved tjek af *alle* alternative stadier

Gestaltpsykologi

Bidrag nr. 1: Indsigt:

- Ikke-gradvis tilnærmelse til mål
- Baseret på omstrukturering af problemet hen til en ny "gestalt"
- Ah-ha oplevelse

Köhler 1917:

- Aber og produktiv tænkning (indsigt).

Negative set/ Einstellung

- Vi bruger en meget specifik metode til at løse et problem, selvom der måske findes en nemmere måde

Eksperters adskiller sig fra novicer ved at have:

- Bred organiseret viden; grupperet i "chunks" eller "templates" – hurtigt overskue og se mange træk frem
- Bedre domænespecifik hukommelse - husker fx gode træk
- Mere effektive heuristikker (automatiseret informationsbearbejdning)
- Mange års øvelse

Øvelse gør mester

- Ekspertise udvikles gennem bevidst øvelse.
- Men træning interagerer med talent: talentfulde individer oplever typisk succes hurtigere, og dette inspirerer dem til at øve.
- Talent sætter et loft for, hvad man kan opnå, og øvelse får en til det loft.

Vurderingsheuristikker

1. Bekræftelsesbias

- Tendens til at søge, tolke og huske information på en måde, der bekræfter deres eksisterende overbevisninger eller hypoteser.

- Med andre ord søger mennesker ofte information, der bekræfter, hvad de allerede tror, og undgår eller nedspiller information, der modsiger deres overbevisninger.

Hvilken praktiske relevans har dette?

- Antaget diagnose $\diamond$ søger kun information der bekræfter diagnosen, ignorerer information der afviser den

2. Repræsentationsheuristik

Spørgsmål: Du slår plat eller krone 6 gange i træk: Hvilket resultat er mere sandsynligt?

♣ PPPKKK

♣ PKKPPK

Hvilket af disse to resultater virker mere repræsentativt? Hvilken praktiske relevans har dette?

♣ stereotyp tænkning

♣ manglende vægt på statistisk information

Tendensen til at træffe beslutninger baseret på, hvor godt noget passer ind i en prototype. Dvs. vi bedømmer ud fra repræsentativiteten frem for at tage højde for hele populationen.

3. Tilgængelighedsheuristik

Hvor stor en andel af psykologer er mænd?

Hvor mange personer i DK (%) har et tv og en mikrobølgeovn? Hvor meget mere sikkert er det at flyve end at køre bil?

Svaret baseres på eksempler eller anden tilgængelig information

$\diamond$ Den mest tilgængelige information, vurderes at forekomme hyppigere

Problem?

♣ Når noget er overrepræsenteret i hukommelsen ♣ Fx Flystyrt

4. Ankerheuristik

Øvelsen bør vise, at folk, der forsøger at besvare spørgsmålet "Er Bent indadvendt?" er mere tilbøjelige til at stole for meget på den første information, de får (ankeren), når de træffer beslutninger.

Denne "anker" har en betydelig indflydelse på, hvordan vi vurderer og evaluerer senere information og beslutninger.

I den proces blev oplysninger, der var i strid med denne vurdering ignoreret eller glemt.

(Der var to udsagn, der tydede på indadvendthed og to, der tydede på ekstroversion. Det ville være mest fair at sige, at Bent hverken er meget ekstrovert eller introvert.)

Ræssonering:

Ræssonere: Den mentale aktivitet, hvor man transformerer information med det formål at nå en konklusion.

Inductive reasoning: At ræssonere fra det specifikke til det generelle.

Dvs. Vi drager konklusioner om alle medlemmer af en kategori ud fra observation af kun få medlemmer.

Antager, at samplen perfekt repræsenterer den totale population →

Konklusion er sandsynlig, men der er altid en risiko for at den er forkert.

Deductive reasoning: Ræssonere fra det generelle til det specifikke.

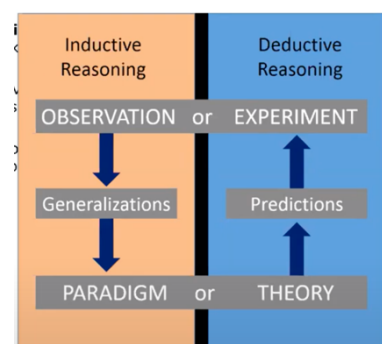
Deduktiv ræsonnering er altid korrekt såfremt de indledende antagelser er korrekte.

Bruger ofte denne form for ræsonnement i undersøgelser – vi lærer noget generelt og forsøger at forstå, hvordan det kan bruges i de specifikke situationer.

I praksis: Inductiv: Møde patienten uden viden for patienten og man derfor danner sig en forståelse af patienten i situationen.

Dette giver viden om patientens kognition/tanker og adfærd //

Deductive: forståelse af patienten ud fra fakta om eksempelvis køn, socialklasse, som giver en biografi og biomedicinsk faktorer.



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

Perception er den måde, hvorpå vi opfatter verden og danner os et billede ud fra den **sansning vi modtager**. De forskellige inputs vi får gennem de 5 sanser vi opfatter med; **touch, taste, vision, smell og hearing sendes direkte til hjernen**. Vores konstruktion af verden er en kreativ proces, og en fortolkning af alle de informationer vi erfarer os.

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.

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 der ligner hinanden som en helhed**. **Nærhed**, er når vi opfatter **objekter som er tæt på hinanden som en helhed**. **Kontinuitet**, vi organiserer og ser **individuelle elementer som kontinuerlige**. **Afslutning** - 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. **Da vi har en tendens til at favorisere bestemte stimuli eksempelvis**, kan følelsestilstande som at være bange, fører til opfattelse faresignaler, selvom de egentlig ikke er det. **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

Men hvorfor er det vigtigt for os tandlægestuderende at kende til? Jo det er det fordi, at vi benytter vores perception meget i praksis, når vi bl.a. skal diagnosticere, når vi har med patienter at gøre. Vi bruger til dagligt røntgenbilleder til at diagnosticere, og her bruger vi bl.a. en af de tre konstanter, nemlig form konstansen. Da vi kan genkende formen på tænderne og sygdomsudbredning såsom caries på røntgenbilleder. Dog kommer vores perception jo med fejl, og derfor kan der være en risiko for at komme til at overse ting, når diagnosticere. Derfor skal vi ikke forhaste med diagnosen, hvilket også er derfor at røntgen ikke er udelukkende nok til at stille en diagnose men bruges i sammensætning med den kliniske undersøgelse.

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 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.

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

De forskellige typer af tænkning er abstrakt tænkning, reflektiv tænkning og kritisk tænkning. Den abstrakte tænkning er når vi gør brug af koncepter, sprog, generalisering osv. Den reflektive er når vi vil løse problemer og dermed må reorganisere vores viden og organisere denne for at finde en løsning på problemet. Den kritiske tænkning er en tankeprocess, hvor tolker og analyser information, og dermed evaluerer/træffer beslutning.

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

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 bekrævet **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 mål stadiet. Bevægelsen fra et til næste stadie via mentale operatorer sker gennem tilladte træk og vores søgen sker via opdelingen af de overordnet mål i delmål som leder os til målstadiet, når vi er nået til dem.

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

Heruistikker: 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.

Heruistikker garanter 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 udfor bias og danne dårlige heruistikker samt såkaldte tænkefejl. **Viden om perception og kognition som tandlæge 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.**

INDLÆRING OG HUKOMMELSE

Indlæring

- Definition: en proces, hvorved erfaring fører til en relativ permanent ændring i en organismes adfærd eller evner.

Der findes to hovedtyper af indlæring

1.associations indlæring

- Sammenhænge mellem stimuli: **klassisk betingning**
- Sammenhænge mellem handlinger og deres konsekvenser: **operant betingning**

2.. Kognitiv indlæring

- indsigtfuld indlæring
- Model (observations) indlæring

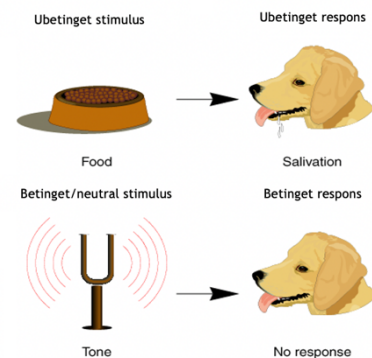
Behaviorisme: klassisk betingning

- **Pavlov og watson**

- Pavlos hunde - se i bogen for mere om teorien.

Faserne i klassisk betingning

- Mad får en hund til at savle
- En tone får ikke en hund til at savle
- Hvis vi samler tonen med maden. Det vil sige, hvis vi kobler tonen til hver gang der gives mad. Så vil hunden kunne savle når den hører tonen fordi den associerer det med at der kommer mad.



Klassisk betingning af tandlæge fobi:

Dette er det samme der kan ske i en tandlægepraksis, og hvorfor patienter kan få tandlæge fobi.

Eksempelvis, hvis lyden fra en air rotor fører til ingen respons hos personen, men så kommer smerten som igangsætter frygt. Når patienten så hører den lyd igen og oplever smerte på samme tid vil patienten opleve frygt og angst. Fremover vil patienten opleve frygt og angst udelukkende ved lyden af airroter, fordi det nu er en betinget stimuli og patienten har koblet det til smerte.

****Kontekst konditionering;** Her vil omgivelserne (eks hos en tandlæge, lugten, atmosfære, lyd mm) give anledning til at der sker en stimulus)

Klassiske stimuli:

- **I tandlægeverdenen:**
Inden tandlæge: Ingen angst

Under betinget: Tandlæge + smerte, giver angst og blodtryksstigning

Efter betinget: Tanglæge, giver automatisk angst og forhøjet blodtryk

Ubetinget: Er smerten

Betinget: Er forhøjet blodtryk

Overordnet: Man tager to oplevelser og hænger dem sammen .- og derfra vil man associere det ene med det andet.

Indlæring/Behaviorisme: insturmentel eller operant betingning

- Thorndike og Skinner

Effektloven - thorndikes

- Kun respons fører til ønsket konsekvens og denne forstærkes

Operant betingning: skinner's box

- Mere effektiv operant betingning, hvor den betingede respons indlæres hurtigt og varer ved.
- Det indlæres ved at positiv forstærker gives og negativ forstærker fratages.
- En positiv forstærker kunne være en belønning, mens en negativ forstærker er en straf.
- Eks. et barn der græder i et supermarked for at få slik. Hvis hun får slikket, vil det være en belønning, og adfærdshyppigheden vil øges. Det vil altså ske igen. Men hvis man ikke giver slik til barnet, så vil barnet forstå, at den adfærd ikke fører til belønning.

Operant betingning

- Virker mere stærkt, når man tager noget fra folk.

	Gives	Tages væk
Positiv	<u>Belønning</u> - Lønforhøjelse - Slik	<u>Fjernelse af gode</u> - Ingen kaffemaskine - Ingen telefon
Negativ	<u>Straf</u> - Ubehagelig arbejdsopgave - Lussing	<u>Fjernelse af ubehag</u> - Afskaffelse af dresscode - Ingen pligter

Forstærknings programmer

Type	Betydning	Resultat
Fixed ratio	Forstærkning kommer efter et bestemt antal responser	Aktivitet går ned efter forstærkning, kommer så tilbage
Variable ratio	Forstærkning kommer efter et variable antal responser	Resultater i højest aktivitet af alle programmer
Fixed interval	Forstærkning kommer efter et bestemt tids interval	Aktivitet går op hen imod "dead-line"
Variable interval	Tid mellem forstærkninger er variabel	Konstant aktivitets niveau

Forstærknings programmer i det virkelige liv:

- Ratio fixed: Her får man belønning per tæppe man laver
- Ratio variable: Her vil man blive ved med at trykke / fordi du ikke ved hvornår du kommer til at vinde
- Interval fixed: Her ved man at der er en chef der kommer til at tjekke din opgave
- Interval variabel: Man ved aldrig hvornår en bølge kommer, så man er konstant aktiv.

Mower's to-faktor model

Faktor 1:

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

Faktor 2:

Undgå tandlæger → angsten holder op → tendensen til at undgå tandlæger er hermed blevet forstærket (negativ reinforcement)

Tandlæge fobien kan også forklares med operant forstærkning - Mower's to-faktor model

Ved lyden af airrotor vil vi 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 bare undgår tandlægen.

Terapeutiske teknikker til behandling af angst

- Systematisk desensibilitering
- Eksponering
- Flooding

Behaviorismens begrænsninger

- Udtaler sig ikke om processer mellem S-R: black box
- Fravær af baglæns betingning.
- Behaviorisme kan ikke forklare biologisk forbedrelse.

Kohlers aber og indsigt

- Udfordrede thordikes antagelse om trial og error - viste pludselig indsigt.

Model indlæring:

- Indlæring ved at iagttage en model - altså observations indlæring.
- Mennesker kan lære ved at iagttage 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)
- Mennesker lærer ved at iagttage en model **OG** ved at erhverve en følelse af “**self-efficacy**” (En persons tro på at han/hun har evnen til at udføre handling, som vil føre til ønsket resultat.
- Modellens karakteristika, observant karakteristika
- Reinerforeringens valens
- Indlærings mekanismer: attention, retention, reproduktion, motivation.
- Man har lavet tv programmer for at model indlære
- Eks. et radio soap opera i tanzania til aids-bekæmpelse eller tv-program i mexico til analfabetisme bekæmpelse.

Model indlæring faktorer:

- Modellens karakteristika
- Observantens karakteristika
- Forstærkningens valens

- Indlæringsmekanismer (attention, retention, re-produktion, motivation)
- **Indlæringsmekanismer (Tjek Medicin kompendie for yderligere detaljer)**
 - Opmærksomhed
 - Retention
 - Reproduktion (evne)
 - Motivation

Self-Efficacy

- 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”

HUKOMMELSE:

= Evnen til at lære, gemme og genkalde information omkring selv og verden

Vi modtager en masse information igennem vores sanser, som bliver indkodet i den korte hukommelse, hvorfor det bare glemmes igen.

Hukommelsen er opbygget af 3 overordnede processer

Indkode

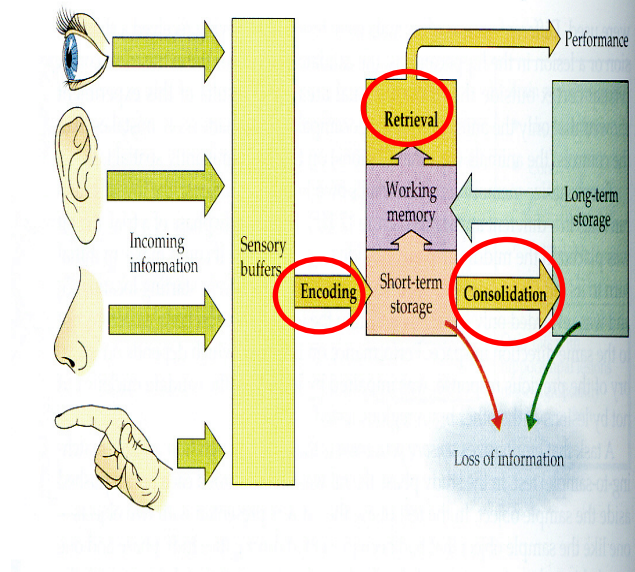
- Udvælg den information af de indkommende sanseindtryk som du vil huske.

Lagre/konsolidering:

- **Konsolidering** overførelse af materialet til langtidshukommelse

Genkaldelse

- Retrieval finde hukommelsen frem fra lageret (at huske)



Effektiv lagring

- Hvor godt man husker afhænger af hvordan man lærer det.
- **Hvis man forstår betydningen af materialet, så har man bedre ved at huske det.**
- **Uddybning (elaboration)** - er at få så mange aspekter med som mulig
- **Organisering:** her drager man forbindelser mellem forskellige aspekter af materialet og kategorisere.

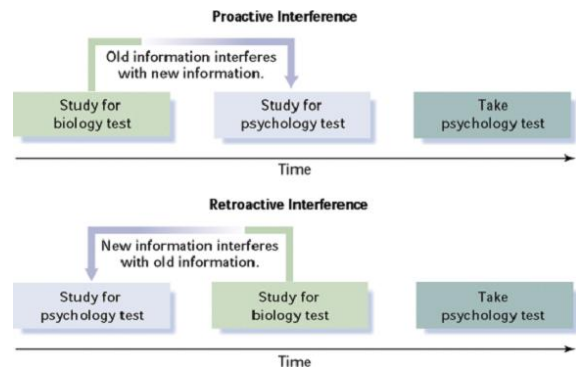
To måder at lære noget på

- **Vedligeholdelses indstudering:** man gentager materialet fra korttidshukommelsen så det overgår til lang tidshukommelsen.
- **Uddybnings instrudering:** elaborative rehearsal: det mere kompleks, hvor man involverer betydning, relationer til eksisterende viden osv. (bedre måde indlæring)

Effektiv genkaldelse

- Baseret på effektiv lagring
- **Undgår interferens - proaktiv og retroaktiv og kapacitet**

- **Proaktiv:** hvad man allerede har lært, forstyrrer det man prøver at lære
- **Retroaktiv:** hvad man er ved at lære, forstyrrer det man allerede har lært
- **Kapacitet:** Prøv ikke at lære for meget for hurtig



- **Tre former for genkaldelse:** free-recall, cued-recall og genkendelse
- **Situations afhængig genkaldelse:** man husker bedst, når man er i samme situation man har lært det i.

Strategier for at forbedre ens hukommelse: danne associationer

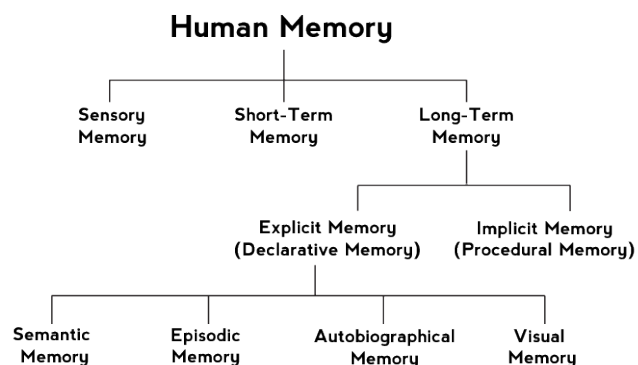
- The method of loci
- Peg systems
- Acrostiv Strategies : de der huskeregler med navne.
- PQRS

PQRS method: En metode for indlæring

- **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.

Hukommelses strukturer:

- Sensorisk lager
- Kortids eller arbejdshukommelse
- Langtidshukommelse

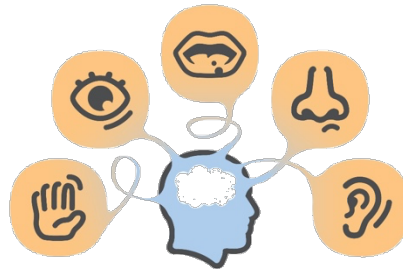


Hukommelsens konstruktive natur:

- Vi konstruerer vores minder, og dertil sætter vi fragmenter af information sammen på en måde som intuitiv giver mening og det er tit unøjagtigt.

Sensoriske hukommelse:

- Varer 1-4 sekunder
- Ikonisk (visuel)
- Auditiv
- Haptisk
- Olfatorisk
- Gustatorisk

**Korttidshukommelse:**

- Begrænset kapacitet på omkring 7 enheder (7 ± 2)
- Chunking hjælper, ved at man prøver at få ordene til at danne en større enhed (fx telefonnummer, historie mm)
- Recency og primacy effekter (første og sidste ord huskes bedst)

Arbejdshukommelse: Moderne forståelse for korttidshukommelse

- Manipulation af information i korttidshukommelsen
- Rehearsal/kontinuert opdatering
- Består af forskellige buffer systemer:
 - Episodisk buffer: hvor vi kan huske de ting vi har hørt
 - Visuel buffer: Hvor vi kan huske det vi lige har set
 - Phonologisk loop: Eksempelvis husker et telefonnummer. Altså har den noget med hørelse at gøre.

Langtidshukommelse:

- **EksPLICIT hukommelse:**

Semantisk viden

- Hvem er USAs præsident?
- Hvad er Danmarks største by?
- Hvad får man hvis man blander gul og blå?

Episodisk hukommelse

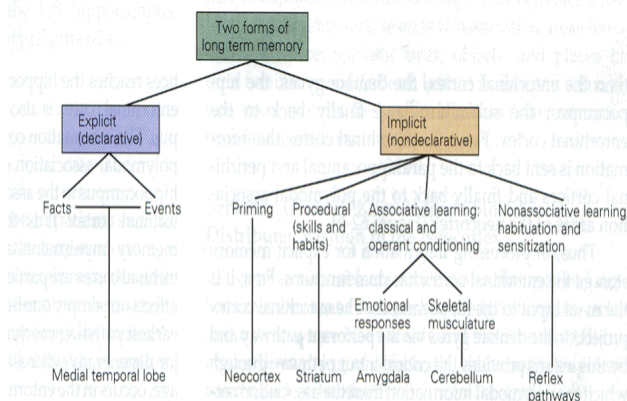
- Hvad fik jeg at spise i går?
- Hvem var jeg på Roskildefestival med sidste år?
- Hvor rejste jeg hen i sommerferien?

Autobiografisk viden

- Hvor voksede jeg op henne?
- Hvad er min yndlingsfarve?
- Hvad uddanner jeg mig til?

- **Implicit hukommelse**

- Viden er typisk gemt i semantiske netværk
- Vaner man typisk gør, uden at man ved at man gør dem (som at børste tænder)
- Aktivisering af semantiske tætte koncepter gennem priming
- Er ting man foretager sig under klassisk og operant betinget.
- Færdigheder – som at spille klaver
- Oftest er det her en udfordring at ændre disse vaner, og oftest er det her vi arbejders som TANDLÆGER



Hukommelsens plastiske natur:

- *‘Memory is a constructive or reconstructive process in which we build or rebuild a mental representation of an event by combining our general store of information with specific recollections of an event.’*
(Westen, Drew. (1999). Psychology: Mind, Brain, & Culture, p 237.)
- Vi konstruerer vores minder: sætter fragmenter af information sammen på en måde som intuitiv giver mening
- Tit unøjagtig
- Skema kan fordreje erindringer

Falske minder:

- Ledende spørgsmål / suggestions
- Kildeforvirring
- Flashbulb memory

Falske minder konsekvenser:

- Forvrængning af hukommelsen igennem misvisende post-faktum information
- Kan påvirke øjenvidne forklaringer
- En grund kan være “kildeforvirring”
- Ledende spørgsmål - det farver historien.
- Kilde forvirring.

- Eks. hvis man har overværet en ulykke, så kan flere vidner forklare forskellige ting fordi de har opfattet det forskelligt.
- Hvis de en uge senere bliver spurgt yderligere ind til uheldet, kan de komme med ny information, som måske slet ikke var hændt.
- Interferens.

Diskuter hvordan hukommelse og indlæring kan have betydning for læge-patient forholdet

(TAGET FRA EN ANDEN STUD) Indlæring og hukommelse er tætte. Indlæring er den proces, hvorved erfaring fører til en ændring i individets adfærd eller evner. Hvor hukommelse er al den information vi modtager og lagre.

Disse to går derfor meget hånd i hånd, da vi indlærer noget og derefter også husker det for at danne os erfaringer. Både indlæring og hukommelsen starter med at man får et stimuli/information fra sanserne, herefter kan man så vælge, hvilke informationer man ønsker at huske.

Når vi modtager informationer gennem vores sanseindtryk, vil vi starte med at indkode dette.

Materialet bliver oftes indtaget af kortidshukommelse, og kan efterfølgende lagres til langtidshukommelsen. Denne information kan man så på et senere tidspunkt genkalde fra, så man kan anvende den.

Indlæring kan bl.a. foregå ved den klassiske betingning eller operant betingning. Dette kan sammenkobles med tandlægeverden, hvor tandlægefobien kan starte. Eksempelvis med ved den klasisiske betingning kan lyden fra en fører til ingen respons hos personen. Kobles denne lyd med smerte vil det igangsætte frygt hos patienten. Når patienten så hører den lyd igen og oplever smerte på samme tid vil patienten opleve frygt og angst. Fremover vil patienten opleve frygt og angst udelukkende ved lyden af airroter, fordi det nu er en betinget stimuli og patienten har koblet lyden til smerten der opstår.

Indlæring kan foregå på forskellige måder, en af disse måder er eksempelvis model indlæring. Da vi mennesker ved at iagttage en model kan indlære noget med at observere.

Hukommelsen og indlæring er vigtigt for patientbehandler forholdet, da vi til dagligt arbejder med patientener og der indgår en masse information, som patienten skal kunne forstå og huske. Ofte kommer patienter ind med en mundhygiejne, der ikke er optimal og her skal de instrueres i renhold. Vi skal altså informere, motivere og instruere dem i, hvordan man gør det. Det kan også være at

patienten får stillet en diagnose, uden at kende noget til sygdommen, herved skal vi som behandler informere vores patient om sygdommen, prognosen osv. Det er rigtig vigtigt at vi forstår indlæring og hukommelse, at det har en betydning for vores patient-behandler forhold. Hvis vores patienter ikke forstår den information de får, og hvad der foregår, så vil det være svært for patienten at ændre sin adfærd og opnå sundhed. Dertil er der forskellige måder, hvor vi som behandler kan have indvirkning på processen.

Eksempelvis når patienten kommer med en dårlig mundhygiejne og skal instruere i den korrekte tandbørste metode. Her kan vi bl.a. anvende model indlæring, hvor vi ved at vise en video af hvordan man børster tænder og lade patienten "efterabe" dette kunne få indlært metoden til patienten. Derudover kan man også anvende PQRSST metoden, hvor man viser patienten at der er plak på tænderne, hertil vil patienten stille spørgsmål, og vi kan besvare alle disse, hvorved patienten nu kan demonstrere hvordan han/hun vil fjerne plakken med tandbørstning og tage det med sig.

Udover indlæringer kan vi som behandler være med til at øge hukommelsen af al den information som patienterne modtager. Her kan vi bl.a. geninformere at spørge patienten ind til hvordan de nu skulle børste tænder, og om de kan vise det igen. Her får vi altså genkaldt noget information, så det sidder bedre fast. Det samme gør sig gældende når vi aftaler tidspunkter og for at have patienten med ind over behandlingsplanen, at man lige forklarer patienten inden han/hun går ud, at forklare den fortsatte behandlingsplan og aftale mødetidspunkt igen.

Det er også vigtigt, at vi ikke beriger patienten med for meget information. Der skal altså unges interferens - teorier har vist, at ny læring kan påvirke genkaldelsen af tidligere læring og omvendt. Det er altså derfor meget vigtigt at vi som behandler ikke forsøger at forklare for meget på en gang, men prøver at adskille vores information med tidsintervaller, så vi på den måde ikke interfererer med patientens hukommelse.

For tandlægen er hukommelse også° vigtigt. Som tandlæger skal vi kunne have en del bolde i luften, og det kræver en god arbejdshukommelse og korttidshukommelse. Men det er ligeledes vigtigt med hukommelse, da den viden vi har og de færdigheder vi har er afhængig af hukommelse for at de kan blive udført og blive til en succes. Det er også° relevant i forhold til patientforholdet at man som behandler kan huske noget om sine patienter, som måske ikke står skrevet i journalen. Det

kan være nogle personlige ting, som kan være samtaleemne mellem behandler og patient og kan være med til at skabe tillid og tryghed.

Vi skal også som behandler huske en del, og det skal vi også sørge for at vedligeholde, for at vi kan give den bedst mulige behandling til vores patienten. Vi skal selvfølgelig også huske vores patienter, og ting der står i journalen. Dette opnår ved at have samtaler med patienten undervejs, huske at bruge deres navn, og anvende dette hver gang vi adresserer dem. På denne måde får vi skabt tillid, og får dannet en god patient behandler forhold.

Beskriv mindst to modeller for sundhedsadfærd og redegør for, hvorledes indlæring har betydning for udvikling og vedligeholdelse af sundhedsadfærd. (ikke OS)

De to modeller som er beskrevet tidligere kan anvendes.

"Indlæring er en proces hvorved erfaring fører til en relativ permanent ændring i en organismes adfærd eller evner" (slide nr 3 i indlæring og hukommelse)

For både tandlæge/behandler er indlæring relevant, når vi skal uddanne os og kunne udføre tandlægeopgaven. Det er også vigtigt for patienten i samarbejde med os at kunne mestre opgaver der indebærer forebyggelse af sygdom og en adfærd der er hensigtsmæssig for sundhed.

To typer indlæring

Associationsindlæring: sammenhæng mellem stimuli (klassisk betingning) og sammenhæng mellem handlinger og deres konsekvenser (operant betingning) (Behaviorisme)

Kognitiv indlæring: tankevirksomhedspræget; indsigtfuld indlæring og model/observations-indlæring (fx lærer der viser os hvordan man lægger en bedøvelse) (kognitionspsykologien) Inden for behaviorisme og klassisk betingning kan man sige at ved belønning eller fravær af ubehag kan man udvikle og vedligeholde sundhedsadfærd. Adfærd ændres pga. konsekvenser. Hvis en adfærd medfører belønning er den mere tilbøjelig til at blive gentaget. Adfærd læres via introduktion af positiv forstærker/fratagelse af negativ forstærker.

Det vil sige at belønner man og roser man patienten for rygestop eller for at have opretholdt god mundhygiejne, vil dette virke som en positiv forstærker og det vil øge sandsynligheden for at de fortsætter denne adfærd og hvis patienten også selv kan mærke øget velvære vil dette også være en

positiv forstærker (operant betingning). Eller hvis et barn ikke ønsker at børste tænder og kaster sig i gulvet i raserianfald, så skal man ignorere raserianfaldet og rose barnet efter at tandbørstningen er afsluttet. Via shaping kan man langsomt forme den adfærd man gerne vil opnå.

Hvis patienten forbinder tandlægebesøg med en positiv oplevelse, vil deres adfærd også blive påvirket i retning af at de gerne vil have denne positive oplevelse og derfor søger til tandlægen (klassisk konditionering). Sundhedsadfærden kan også påvirkes i negativ retning: eksempel med airrotor og klassisk konditionering.

Konditionering er ikke alt da behaviorismen mangler at forklare processen mellem stimulus og respons og den biologiske baggrund. Inden for den kognitive psykologi kan man tale om modelindlæring

Modelindlæring:

1) Observere andre

2) Self-efficacy: have troen på at man er i stand til at kunne gøre det

Disse to elementer påvirkes af en række faktorer. Som tandlægestuderende lærer vi i høj grad gennem modelindlæring. Underviseren viser os og vejledningen forklarer os hvordan opgaven skal udføres. Dette prøver vi at udføre og vi skal tro på os selv, for at kunne blive ved med at udvikle os. For at kunne lære noget nyt og blive ekspert (som vi skal blive når vi bliver tandlæger, men også når patienten skal kunne mestre at opretholde god mundhygiejne), så er følgende faktorer vigtige (beskrevet af Ericsson og Towne, s 372 i bogen).

Opgaven skal hverken være for let eller svær

Den der skal lære noget, skal have informativ feedback om sin præstation (vores

undervisere vurderer den fyldning vi har lavet eller vi beder patienten demonstrere tandbørstning og vi forklarer eksempelvis at de mangler den bageste tand.)

Den der skal lære noget nyt skal have muligheden for udføre opgaven tilstrækkeligt mange gange (vi skal øve os på mange patienter og lave mange fyldninger inden vi bliver rigtig gode og patienterne skal øve sig på at børste tænderne ved at gøre det igen og igen)

Den der skal lære skal have muligheden for at korrigere sine fejl (baseret på feedback er dette muligt og ved at man kan få lov at prøve igen).

Der er derfor vigtigt som tandlæge både at forstå indlæring og hukommelse, da vi både i forhold til os selv dagligt arbejder med det, men også i forhold til vores patienter arbejder med dette. Med viden om dette kan man optimere den måde man lærer og husker og gøre det lettere for patienten at ændre adfærd gennem indlæring og hukommelse.

1. 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.

Vores hukommelse er med til at få vores hverdag til at kunne fungere. Det er essentielt især som studerende at kunne huske ting, som forberedelse til undervisningen og eksamen.

Hukommelsen er opbygget af 3 overordnet processer:

- Indkodning
- Konsolidering
- Genkaldelse.

Vi modtager en masse information igennem vores sanser, som bliver indkodet i den korte hukommelse, hvorfor det bare glemmes igen. Genkaldelse er når finder hukommelsen frem fra lagret, altså når vi husker noget.

Overførelsen af stimuli fra korttidshukommelsen til langtidshukommelsen er meget skrøbelig, og er noget der kun varer i få sekunder. Ifølge atkinson og shiffrins (1968), beskrev de multistore modellen. Denne model forklarer, at korttidshukommelsen har en relativ lille kapacitet for de

informationer, som den modtager. De informationer man modtager skal derfor repeteres før denne overførelse til langtidshukommelsen stimuleres. (fra bogen)

Langtidshukommelsen består af flere systemer. Her kan hukommelsen deles i to: den deklarative hukommelse og den non-deklarative hukommelse. Den deklarative hukommelse er noget der er bestående af ens almene viden samt ens personlige oplevelser, mens den non-deklarative er bestående af ubevidste informationer, som vi lagre - dette kan være motoriske færdigheder - bog henvisning.

Det man kan se som den 29-årige tandlægestuderende dør med har noget at gøre med den deklarative hukommelse. Derudover ses det, at Sarah bruger tid på at læse hver aften, men denne indkodning er ikke nok til at huske fakta og informationer, da disse ikke bliver overført til langtidshukommelsen. Det fremgår af casen ved, at Sarah dagen efter intet husker af den læsning, og det tyder på insufficiant lagring i langtidshukommelsen.

Sarah skal derfor fordybe sig mere i pensum for at kunne opnå konsolideringen, og dertil genkaldelsen. Det lader til at Sarah har en meget travl hverdag, hun bærer en stor del af det huslige ansvar, og er derfor stresset nok i forvejen. Hun benytter dog muligheden for at få læst sent om aftenen og gør det gerne i 3 timer i streg. Men Sarah får kun læst pensum og ikke bearbejdet dette. Derfor bliver alt den information hun indtager kun indkodet, altså den første fase af de 3 hukommelsesfaser. Sarah virker som en meget hårdarbejdende type, hun er villig til at læse sent, og det fortæller os at hun er motiveret og vil hendes uddannelse, så Sarahs adfærd er helt på plads. Men alligevel rykker Sarah sig ikke fra at indkode til at konsolidere, og dette er fordi hun faktisk kun lærer pensum. Problemet er derfor Sarahs indlærings metoder, og det er derfor hendes læse teknikker, der skal forbedres for at der kan ske en ændring i hendes hukommelse af pensum.

En af de metoder der kan være med til at fremme Sarahs hukommelse er bl.a. PQRS metoden. Denne metode fremmer indlæring ved at man først skal skimme det materiale man læser. Dernæst skal man stille relevante spørgsmål til det man har læst, så hjernen får opfattet det vigtigste. Herefter skal man læse materialet fuldstændigt og besvarer disse spørgsmål mundtligt.

Til slutskal man repetere for at sikre sig, at de nye informationer bliver lagret godt i ens langtidshukommelse.

Sarah kan ved at benytte sig af denne her metode, for konsolideret pensum. Hun skal derfor gentagende gange repetere det pensum hun læser, for at opnå en effekt lagring.

Udvoer dette så skal sarah nok fordele sin tid bedre, da der kan opstå noget interferens ved at hun prøver at lære meget på 3 timer. Det kan være et svært emne, som kræver mere fordybelse, og hvis man prøver at lære det hurtigt, vil det også fører til at man ikke får det lagret optimalt.

Motivation og Emotion

EMOTION

Flash bulb memory

- Et minde der står klokkeklart selvom det er mange år tilbage.
- Det er et meget detaljeret minde, hvor man kan huske hvad man har på, hvad der skete osv.
- Hvordan kan fænomenet forklares ud fra hvad vi nu ved om emotioner og kognition
- De store begivenheder som er ekstremt emotionelt ladet. Kan vi huske bedre. Det altså stærke emotioner der har udspillet sig og sat sig i vores hukommelse.
- Et sammenspil mellem emotion og kognition (hukommelse)

Emotion

- Definition en affekttilstand, der involverer et sæt **kognitive, fysiologiske adfærdsmæssige** reaktioner på begivenheder.
- Den har altså altid **en kognitiv, fysiologisk (puls eller røde kinder) og en adfærdsmæssig handling.**

1. Amusement	happiness, laughter, extreme happiness, amusement
2. Anger	anger, boiling with anger, angry contempt, feeling mad
3. Awe	awe, surprise, awestruck surprise, wonder
4. Concentration	concentration, deep focus, determination, focus
5. Confusion	confusion, feeling perplexed, bewilderment, dumbfoundedness
6. Contemplation	contemplation, thoughtfulness, pondering, concentration
7. Contempt	contempt, annoyance, disapproval, distrust
8. Contentment	contentment, relaxation, peacefulness, calmness
9. Desire	desire, lust, feeling flirtatious, feeling sexy
10. Disappointment	disappointment, sadness, regret, frustration
11. Disgust	disgust, feeling grossed out, extreme disgust, disgusted contempt
12. Distress	worry, anxiety, distress, nervousness
13. Doubt	doubt, distrust, suspicion, contemptuous doubt
14. Ecstasy	ecstasy, sensory pleasure, bliss, extreme pleasure
15. Elation	extreme happiness, happiness, excitement, laughter
16. Embarrassment	embarrassment, shyness, amused embarrassment, embarrassed relief
17. Fear	fear, feeling scared, extreme fear, bone-chilling terror
18. Interest	interest, childlike curiosity, curiosity, wonder
19. Love	love, happiness, feeling loved, romantic love
20. Pain	pain, severe pain, angry pain, feeling hurt
21. Pride	pride in country, pride, honor, patriotism
22. Realization	inspiration, realization, feeling dumb, deep relief
23. Relief	relief, deep relief, feeling worn out, heart sinking
24. Sadness	sadness, extreme sadness, crying, feeling upset
25. Shame	shame, disappointment, sadness, self-dissatisfaction
26. Surprise	surprise, shock, awestruck surprise, extreme surprise
27. Sympathy	concern, compassion, pity, caring
28. Triumph	triumph, excitement, great triumph, pride

EKMANS grundlæggende emotioner:

- Vrede, frygt, afsky, sorg, glæde, overrasket, (foragt)

Ekman's grundlæggende emotioner

- 6 grundlæggende emotioner, som vi er født med, og som tjener til artens overlevelse. At vi kan genkende det og udtrykke disse emotioner
- Vrede frygt, afsky, overraskelse, glæde, sorg.
- Hvis der står han har 7 foragt – på senere tidspunkt har han tilføjet en ekstra siden. (foragt)
- Han bad en stor gruppe amerikanske deltager om at udvise disse emotioner det samme gjorde han ved et ret isoleret stamme folk. **(emotioner er universel)**
- Stamme folket kunne genkende hvad amerikanerne kunne udtrykke og omvendt.
- De er altså medfødt og universelle på tværs af kulturelle grænser.
- **Ekman's forsøg** med japanske og amerikanske studerende – de så alle en film som blev filmet i skjult. Alle havde samme reaktioner.
- De japanske gav mindre udtryk for den negative emotionelle reaktion. Men kulturelle display regler – Usa giver meget udtryk for følelser i japan det modsatte, hvor man ikke giver så meget følelser overfor andre. Det har altså censureret de studerende – hvad de har tilladt sig at vise af emotioner.
- Selvom vi alle har de samme emotioner, så udtrykker vi dem altså stadig forskelligt, fordi vi prøver at leve op til de **kulturelle display regler**.
- Kulturelle display regler: Forskel på hvilke følelser og signaler vi viser i sociale sammenhænge

Det traditionelle syn på emotioner

- Det er noget forstyrrende der forstyrrer vores tankegang. Det er noget negativt
- Freuds tale om hysteriske kvindemenneske – kan ikke tænke rationelt

Det moderne

- De er med til at støtte vores **rationalitet og emotioner**.
- Emotioner guider os i hvilke personer eller begivenheder vi synes der er vigtige.
- Strukturerer og prioriterer – overlevelse; guider hukommelse
- Sætter begivenheder i relation til det, der er vigtigt

- Får os til at handle og giver struktur til vores omgang med andre personer
- Giver sig til kende dels i egen oplevelse og dels i kropslige ændringer

Emotioner understøtter vores hukommelse, så vi husker positive/negative ting mere end neutrale ting.

- Evolutionært set, vil man tænke at det negative er det vi husker mest, fordi vi skal overleve og det vil vi undgå.

Den hierarkiske model af emotioner

- Emotioner er opdelt i negative og positive.
- Næste række er grundlæggende emotioner og under er lavere emotioner.
- Der er forskellige niveauer af emotioner



Grundlæggende (Kriterier for grundlæggende emotioner)/ Sammenspil mellem den hierarkiske emotioner):

- **Distinkt** – emotionen skal tydeligt adskilles sig fra andre emotioner i fysiologi og trigger
- Funktionalitet vigtigt for overlevelse / brugbar i overlevelsesmekanismer. Nogen er ikke essentiel for os, for at få en hverdag til at fungere.
- **Hard-wiredness** – det skal være indbygget i vores nervesystem.
- Hjerneskadede personer med demens – de kan skelne mellem positive og negative emotioner, men grundet sprog er det mere kritisk for dem at adskille subemotioner.

Komponenter i en emotion

1.Trigger (Udløsende stimuli), eksterne eller interne.

- **Stimuli som udløser kognitive vurderinger og emotionelle reaktioner.**
- **Udløsende stimuli** det kan være **eksterne** (løve eller edderkop) eller **intern** (mentalt billeder, forventninger)
- **Nogle er medfødte** – eks. Vi reagerer emotionelt på højder fordi det er farligt for at falde ned.
- Andre er indlærte – **baseret på erfaringer eks.** Ulykkessted, eksamenslokale eller tandlæge.

2.Kognitive vurdering

- **Emotioner er resultat af vores kognitive vurderinger af disse stimuli → giver situationen mening**
- Hvad vi tænker om stimuli og hvad vi vurderer den til. Giver situationen mening
- **Tanker, billeder erindringer, den mening vi tillægger emotioner.**
- De tanker vi gør os har en determinerende effekt på emotionen
 - Påvirkes af kulturelle faktorer, som farver vores kognitive vurdering. Eks. Ensomhed.
 - **Tidligere erfaringer** – tandlægeskræk
 - Samme situationer kan udløse forskellige emotioner hos forskellige personer og på tværs af tid.
- De tanker vi gør os har en determinerende effekt på emotionen.
- Vigtig I fx en læge-patient situation. Patienten til at tænke de 'rigtige' tanker → undgå katastrofe tanker og panik.

3.Fysiologisk reaktion

- Vores krop reagerer på vores kognitive emotioner
- To overordnet områder i hjernen – **limbiske system, prefrontal cortex**. Her sidder vores rationalitet.
- **Kontrolsystemet:** Regulerer og dæmper instinkt-baseret intense følelser (fx frygt, vrede); executive functioning
- **Følelssystemet/reaktionssystemet:** Styrer instinkt-baseret intense følelser (fx frygt, vrede); aktiverer fight-or-flight respons

Dual processing systemet – to veje som generer emotion.

- **Den low road** – hurtig men ikke særlig præcis – stimuli: (sansesystem → thalamus → amygdala → respons.)
- **Den high road** – langsom men præcis – stimuli - sansesystemet – thalamus, cortex (cortex vurderer situationen), amygdala, respons.

Hjernens signalstoffer –

Emotioner involverer et komplekst samspil mellem hjernestrukturer og forskellige signalstoffer.

- **Dopamin** og endorfiner = positive emotioner.
- **Serotonin** (for lidt) og noreadrenalin: negative emotioner. (husk folk med depression har lidt serotonin, lykkepiller øger altså produktionen af serotonin)

Hemisfærisk aktivering:

- Deaktivering af venstre hemisfære ved elektrisk strøm → katastrofetænkning
- Deaktivering af højre hemisfære → lykke og eufori

Samme fund hos patienter med hjerneskade

- Øget højre hemisfærisk aktivitet i hvile: depressionsrisiko.

Adfærdsmæssige reaktioner

Adfærd som følge af eller refleksion af følelse

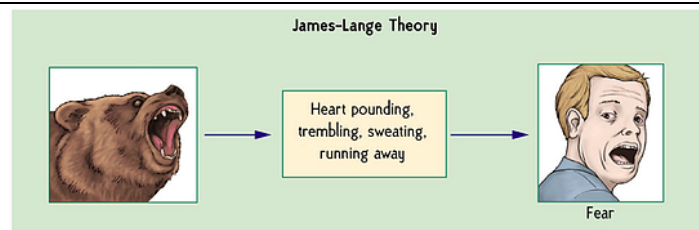
Deles op i:

- **Ekspressiv adfærd** – adfærden er et mål i sig selv, fx græde, smile mm.
- **Instrumentel adfærd** – adfærd hvor man bruger den for at opnå et bestemt mål (stimulus). Eks. Man smiler for at opnå noget, eller man slår ud efter noget

James-Lange Theory

Stimulus → arousal → emotion

Arousal har en kausal rolle for emotionen → Det fysiologiske input sørger for at vi oplever emotionen.



** Arousal har en kausal rolle for emotion. Vi er glade fordi vi smiler. Vi er bange fordi hjertet banker og flight-systemet er i gang. Fysiologisk input sørger for, at vi oplever emotionen.

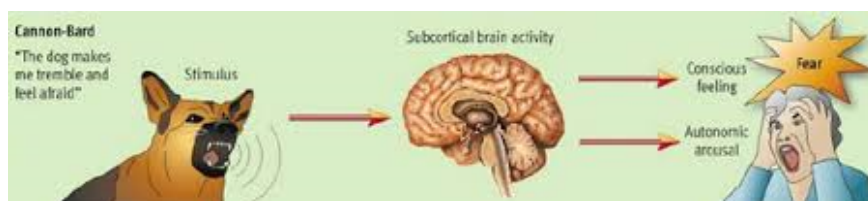
Cannon – Bard theory

Kritik af James-Lange: Kan gå flere sekunder før tegn på fysisk arousal, og emotion typisk umiddelbar

Patienter med rygsøjlebloade (lamme halsen og ned) kan stadig opleve emotioner

Cannon-Bards modspil: Fysiologisk arousal og emotion er to uafhængige reaktioner på en situation

Stimulus → subkortikal response (thalamus) → emotion og arousal parallelle fænomener



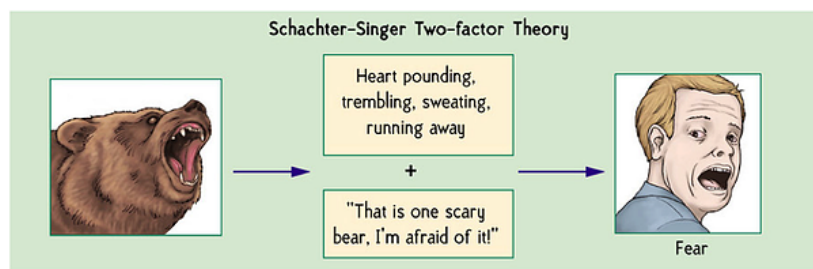
** Dvs. Emotionel oplevelse sker pga direkte signaler fra thalamus. Understøttet af eksperimenter på dyr, hvor de forbindelser, der fører fra indre organer til hjernen elimineres. Dyret kunne stadig godt udvise emotion.

Schachter singer (2 faktor teori) mest præcise i dag

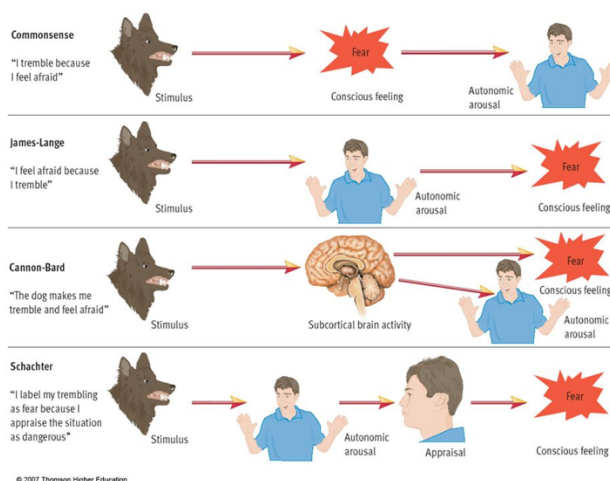
Niveauet af den fysiologiske arousal må have indflydelse på vores vurdering af situationen – ***"Hvor stærkt føler jeg det?"***

Vurderingen af situationen (situationelle cues) må desuden have indflydelse på ens emotionelle oplevelse – ***"Hvad føler jeg?"***

Stimulus → Arousal + appraisal (vurdering) → emotion



GENERELT tidligere emotionsteorier:



Emotioners relevans 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.

Tandlægeangst

Tandlægeangst er irrationel, situationsbunden angst og er knyttet til emotioner som: *urolig, anspændt, bekymret, nervøs, bange, ængstelig, overvældende, rædselsslagen og panisk*.

Ved fobi kan de følgemæssige negative følelser være: *væmmelse, skam, selvforagt, skyld, flovhed og nedværdigelse*, og grundemotionerne *vrede og bedrøvelse* kan også være tilkøbet.

Komponenter:

- Kognition
- Fysiologisk reaktion
- Adfærdsmæssig reaktion

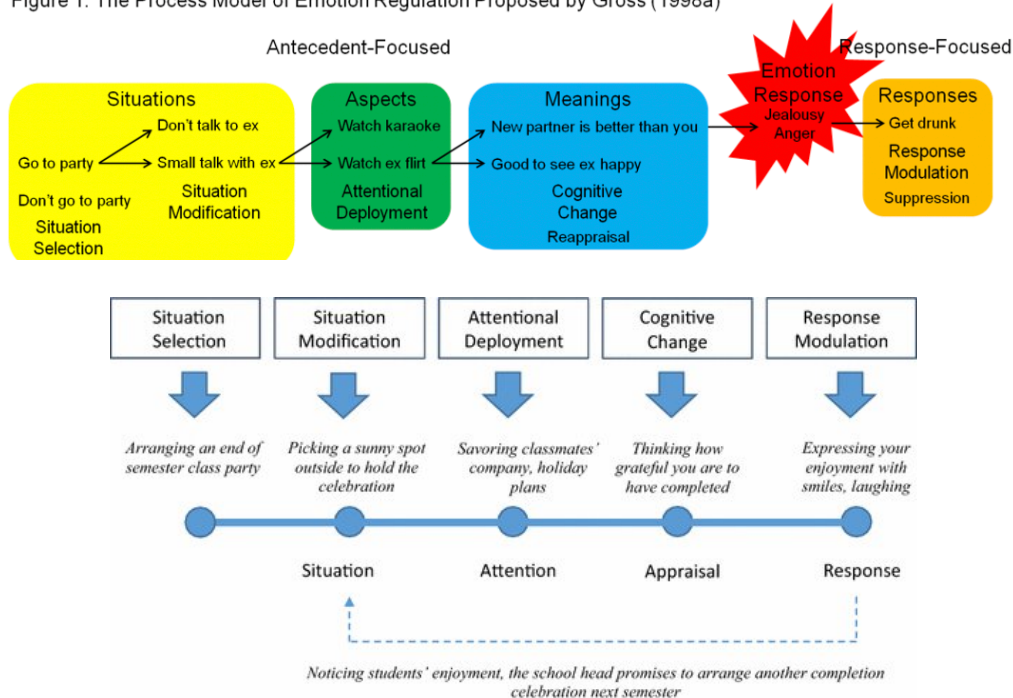
Objektet for angsten (og tandlægeangst) er typisk mere diffust end for tilstanden frygt, hvor der er et klart objekt for frygten.

MODERNE EMOTIONSTEORI:

James Gross, en følelsesforsker ved Stanford University, betragter følelser som korte reaktioner, der påvirker både adfærd såvel som kroppen, der genereres under begivenheder med potentiale til at give udfordringer eller muligheder (Gross, 1998a).

Gross (1998a) mener, at følelser kan moduleres eller ændres, og modulering er det, der bestemmer den endelige følelsesmæssige reaktion. Følelsesregulering vedrører denne modulering af følelser for at ændre, hvilke følelser der opleves, samt hvornår og hvordan de opleves.

Figure 1: The Process Model of Emotion Regulation Proposed by Gross (1998a)



Udtrykke, undertrykke, ambivalens

At udtrykke: bedre coping, bedre social funktion

At undertrykke: Dårligere social trivsel, lavere social støtte, lavere social tilfredshed og kvalitet samt dårligere kvalitet i romantiske forhold.

Ambivalence over emotional expression:

-mere smerte, depression- og angstsymptomer, dårligere trivsel, dårligere romantiske forhold.

Aggression

- *Adfærd, hvormed man intentionelt udsætter andre for en form for skade*
- Reaktiv aggression (fjendtlig aggression): En aggressiv respons på en provokation
- Proaktiv aggression (instrumentel aggression): En handling der bevidst er planlagt for at opnå et bestemt mål

Typisk vil et individs niveau af de to former for aggression være nogenlunde lige høje.

Direkte aggression: Fysisk // Indirekte aggression: Verbal

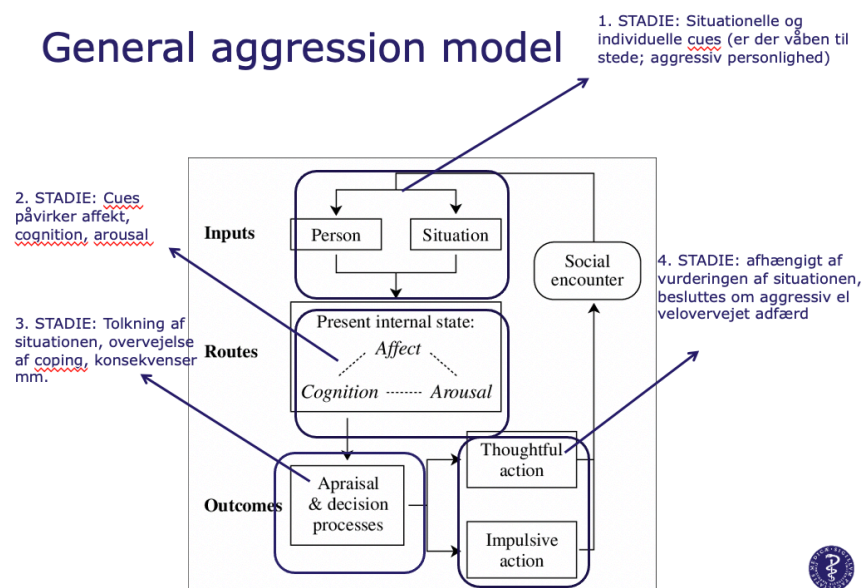
***Meta-analyse (Anderson et al., 2010): At blive udsat for vold via computerspil er associeret med aggressiv adfærd, aggressive tanker, aggressive emotioner og fysiologisk arousal.

Longitudinelle undersøgelser af aggression finder, eksponering for aggressivt indhold prædiker aggressiv adfærd, men ikke omvendt. Og dog: Relationel aggression vs. Fysisk aggression

Aggressions model:

Lægges vægt på betydningen af situationelle faktorer for aggression.

General aggression model



Hostile expectation bias: Antagelsen at andre vil opføre sig aggressivt. Udvikling af dette → større risiko for selv at udvise aggressiv adfærd.

Hvordan kan tandlægeangst forstås ud fra komponenterne i en emotion (trigger, kognition, fysiologi og adfærd) (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

Trigger

- Det kan være en indlært oplevelse, som man har oplevet senere hen. / Lyde, lugte, synet mm.

kognitiv

- Kognitive vurdering – igen noget vi har oplevet en erindring om en tidligere oplevelse. Der får os til at vurdere at vi er bange
- Kulturelt – man taler om det som en træls ting at gå til tandlægen.
- Rose en, holde en patient på skulderen, tage patienten med på de forskellige steps.

Fysiologisk

- Fysiologisk. – man er nervøs har angst, øget puls.

Adfærdsmæssig

- Man vil feks græde.

Hvordan vil du modvirke det

- Jeg vil forklare alt og sætte patienten ind i behandlingen. Så deres kognitive vurdering bliver påvirket. Så de bliver mindre bange.
- Evt. spørger patienten hvad den enkelte foretrækker at vide alt eller overraskelse? Da patienten selv bedst kender sine egne præferencer.

MOTIVATION

Bevægende årsag. Det der får os til at handle. Processer som influerer retningen, vedholdenheden, styrken og ophøret af en målrettet adfærd.

Mange psykologiske teorier der forstår motivationen meget forskelligt.

Hedonisme (teori)

- Kommer af ordet lyst = hedone
- Grundlæggende princip: Vi stræber efter at opnå mest mulig lyst og undgå 'mindst mulig lyst'.

Evolutionsteori og instinkter:

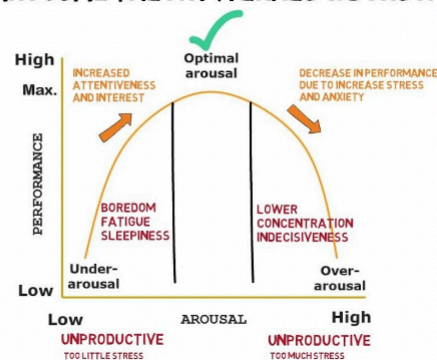
- Darwins evolutionsteori var inspiration for mange af de tidlige psykologiske motivationsteorier.

- Instinkter: Et nedarvet karakteristikum hos en art, der automatisk producerer en given respons på en given stimulus.
 - Instinkterne driver adfærd ved at producere en bestemt respons på en bestemt stimulus.
- Cirkulære årsags-sammenhæng: "Hvorfor er folk grådige?"; "Fordi grådighed er et instinkt"
- Instikter er således faste/fikserede adfærdsmønstre, der trigges når I møder bestemte stimuli.

Hemeostase og driftsteorien

- **Cannons:** Vi som mennesker forsøger altid at opretholde en fysiologisk ligevægt i kroppen – (**Hemeostase**) Kroppens system er balanceret for at overleve. Når vi har det varmt sveder vi, når vi har det koldt ryster vi og genererer varme osv. → Cannon.
- **Hull, Driftsteorien** – fysiologisk ubalance i homeostase producerer drifter der motiverer til at genoprette homeostase. Drifter forstås som indre spændinger, som reduceres når homeostase genoprettes.
- De siger lidt det samme.
- Denne teori er ikk helt 100p god, fordi nogengange kan man spise mindre end hvad der er for at opretholde en homeostase.

OPTIMAL AROUSAL THEORY (YERKES & DORSON, 1908)



Arousalteorien

- Udover der ligevægt, så der også et bevist arousal niveau som vi skal ligge op. Hvis vi er lavt på det vil vi prøve at opnå det. Vi vil opnå spænding. Har vi for meget vil vi trække os. Eks. Når man ser en gyser, for spænding.

Tilnærmelses og undgåelsesmotivation (mest populære)

- Bygger på universelle adfærdstendens. **Max nydelse og mindst smerte**
- Vi arbejder hen mod belønning og undgå straf

Bas

- Adfærds aktiveringssystemet → tilnærmelses motivation

- Aktiveres af belønning og producerer adfærd mod positive mål og følelser af håb og glæde.

Bis

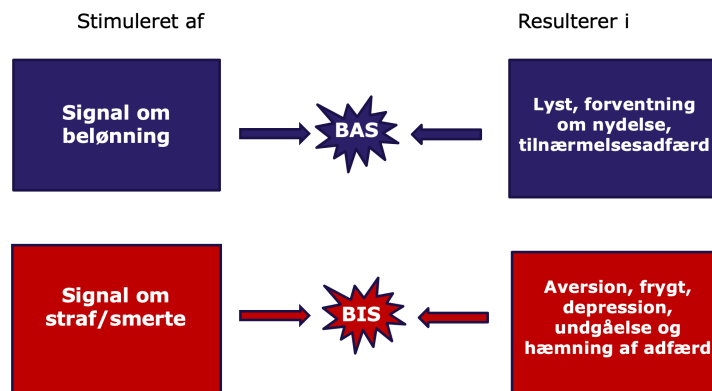
- Adfærds-hæmningssystem → undgåelsesmotivation.
 - Aktiveres af smerte og straf og producerer adfærd væk fra stimuli og følelse af frygt.

Disse to tendenser reflekterer to neuralesystemer i hjernen: et adfærdsaktiveringssystem og et hæmningssystem (Gray, 1991). BAS i venstre hjernehalvdel og BIS primært i højre hjernehalvdel.

Vi har alle bas og bis i os, og der kommer an op målet, Men primært bliver vi bedst motiveret af den ene end den anden.

Individuelle forskelle i tærsklen for hvornår disse systemer aktiveres. Afspejles bl.a. i vores præferencer for forskellige ting. Kan vi lide forandring (typisk meget aktiv i BAS) kan man lide at ting er som de plejer (typisk meget aktiv i BIS).

Denne bruges mest, det skyldes at studier har vist, at der er ting i hjernen der foregår, som enten er tilnærmelse eller undgåelses motivation. Det er altså bevidst fysiologisk den her teori.



De to systemer er orienteret mod dels en indre tilstand og en ydre i relationen. Desuden populær tilgang fordi den formår at kæde motivation og emotion sammen og desuden omfatter både kognitive, fysiologiske og adfærdsmæssige komponenter.

Ift til tandlæge er det oftest BIS der er mest aktiv der.

Kan give anledning til indre motivation eller en ydre motivation:

Den ydre motivation (Excentric)

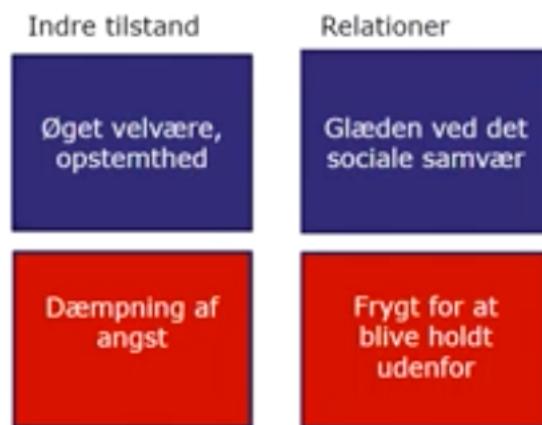
- Jeg handler for at opnå noget og for at undgå noget ubehageligt. – så er jeg motiveret af ydre faktorer

Den indre motivation (intrinsic)

- Handling for handlinges skyld (forstå, give mening mv.)
- Hvis jeg læser for forstå og give mening af læse pensum så giver det mening for mig. Og det er en indre motivation.
- Her lærer man bedst

Autonomi – oplevelse af at man ikke bliver bedt om men gør det for ens egen skyld.

Det er drivkraften for intrinsisk motivation.

Eksempel med alkohol:**Social kognitive processer og motivation**

- Måltrettet adfærd tilskyndet af incitamenten (ydre stimuli der trækker mod et mål).

Forventning x værdi teorien:

- Incitamentet til handling er bestemt af den værdi, som målet tillægges + vurdering af om adfærden vil føre til målet.

Motivation = forventning x incentive værdi,

Eksempelvis: Mohammed læser rigtig meget fordi han tror (Forventning) at jo mere man læser, jo højere karakter får man (incentive værdi) og mohammed sætter pris på en høj karakter.

Humanistisk psykologi

Mennesket er motiveret af behov:

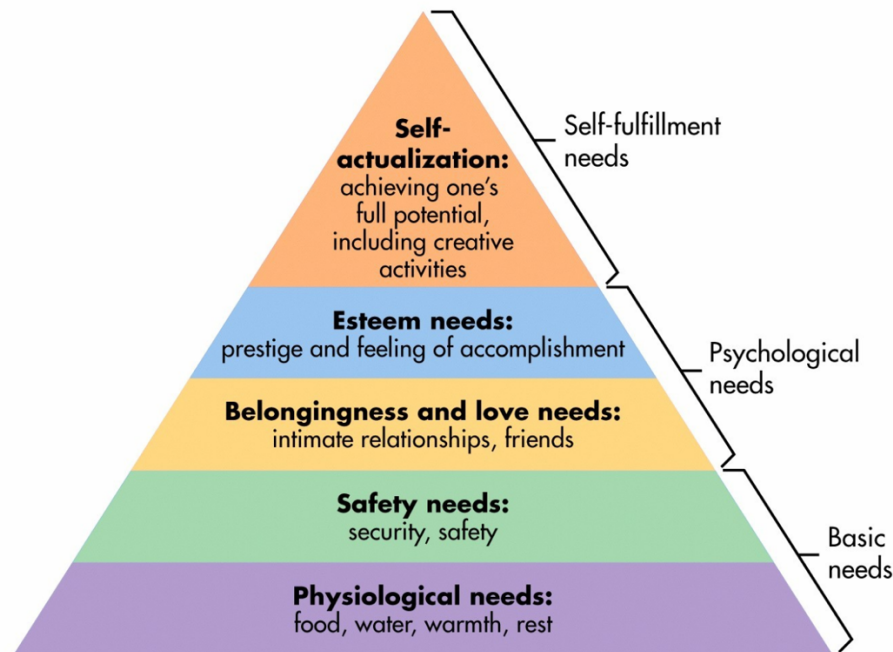
1) Tidlige/medfødte behov

2) Fremtidige behov

- Vi stræber efter mening i livet og behovet for at aktualisere os selv.

Maslows behovspyramide:

- Maslows behovspyramide indenfor humanistiske psykologi



- Vores handlinger bliver motiveret af disse behov.
- Der er et hiarki i vores behov, og vi altid er motiveret i at dække grundlæggende niveauer – føde, søvn, varme og vand osv. Derefter kan vi være motiveret til selv aktualisering.
- Regression hvis lavere behov ikke tilfredsstilles og progressin, hvis de gør.
- Selv-aktualisering er at udfolde vores optimale potentiale og dygtiggøre os mentalt, fysisk kunstnerisk osv.
- Man kan godt gå ned i behov – således hvis man nu bliver sulten, har man motivation til at gå ned i behov, idet man først vil opfylde sult behovet før det andet.

Self-determination theory:

-Humanistisk teori, der postulerer, at individer er aktive agenter i deres liv.

- Søger at forstå, hvad der fører til optimal menneskelig funktion

- Social kontekst kan enten understøtte eller modarbejde de naturlige tendenser til aktivt engagement og psykologisk vækst.

Basic need satisfaction theory (Indenunder self-determination teori)

Næringsstoffer til sund udvikling og funktion er specificeret ved at tilfredsstille basale psykologiske behov for autonomi, kompetence og slægtskab.

- **Autonomi:** Oplevelse af vilje, at adfærd er engageret i på grund af et ønske om at gøre det, fri vilje og valg, at adfærd er i overensstemmelse med ens selvfølelse
- **Kompetence:** At føle, at man er effektiv, at man har evner og færdigheder.
- **Relationship:** At føle, at man har andre, man holder af, og at andre passer på sig selv, at høre til.

Større behovstilfredsstillelse er forbundet med højere selvværd, bedre generel sundhed og mindre angst og psykosomatiske symptomer.

Både på et mellem-person, men også på et in-person-niveau

*** Opstår ikke ud af et vakuum - brug for støtte fra andre!

Motivationsorienteringer: Kausalitetsorienteringer er motivationsorienteringer, der refererer til den måde, mennesker orienterer sig mod et miljø og regulerer deres adfærd.

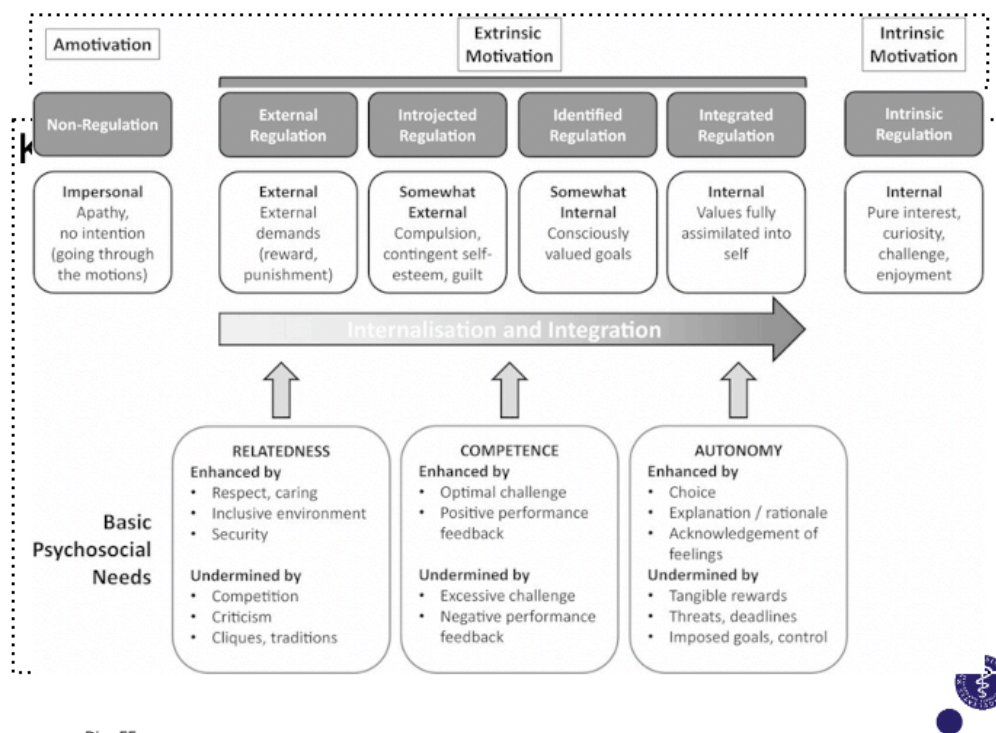
Causality Orientations Theory (COT), den tredje miniteori, beskriver individuelle forskelle i menneskers tendenser til at orientere sig mod miljøer og regulere adfærd på forskellige måder. COT beskriver og vurderer tre typer kausalitetsorienteringer: **autonomiorienteringen**, hvor personer handler ud fra interesse for og værdsættelse af det, der sker; **kontrollorienteringen**, hvor fokus er på belønninger, gevinster og godkendelse; og den **upersonlige eller amotiverede** orientering præget af angst for kompetence.

Autonom orientering: regulering af adfærd i henhold til ens interesser og selvgodkendte værdier. Personer med større autonom orientering har en tendens til at værdsætte ærlige interaktioner; de er i stand til at være til stede i nuet og reflektere frem for at reagere på stimuli

Kontrolleret orientering Regulere adfærd i henhold til eksterne og internaliserede kontroller, pres, forventninger og krav. afspejler en tendens til at blive ego-involveret i sine daglige oplevelser og til at regulere adfærd i henhold til eksterne og internaliserede kontroller, pres, forventninger og krav.

Upersonlig orientering involverer en generel følelse af amotivation, mangel på hensigt og følelse af modløshed og ineffektivitet.

involverer en generel følelse af amotivation, mangel på hensigt og følelse af modløshed og ineffektivitet. Mennesker med større upersonlig orientering har en tendens til at følge præcedens (f.eks. gøre, hvad andre vil), fordi de tror, at deres handlinger ikke vil føre til nye ønskede resultater (Deci & Ryan, 1985a).



Præstationsmotivation:

Præstationsadfærd er drevet af to incitamenter:

- '*motiv for succes*' (BAS)
- '*frygt for fiasko*' (BIS)

High-need achievers: individer med stort behov for succes.

Low-need achievers: individer med stort behov for ikke at fejle.

Tre karakteristika/betingelser kendetegner situationer, hvor 'high-need achieveers- arbejder hårdt:

- 1) Føler ansvar for udfaldet
- 2) Oplever en risiko for ikke at få succes

3) Mulighed for feedback på indsats.

Forskning viser overraskende:

- High-need achievers foretrækker opgaver med medium sværhedsgrad.
- Low-need achievers foretrækker lette opgaver eller meget svære opgaver, hvor de ikke forventes at få succes.

→ *Perceptionen af sikkerheden af udfaldet er altså afgørende for disse præferencer.*

Redegør for teorier og begreber om motivation og emotion (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

En emotion er defineret som "en affekttilstand, der involverer et sæt kognitive, fysiologiske og adfærdsmæssige reaktioner på begivenheder". - forelæsningslide.

Det traditionelle syn på emotioner var førhen, at det var noget forstyrrende, der forstyrrede vores tankegang, men den dag i dag har man en mere moderne tilgang til det. Da det er med til at støtte vores rationalitet og emotioner. Det menes, at emotioner guider os.

Ekman beskrev at emotioner var grundlæggende, og der findes 6 som vi er født med. Disse er med til at sørge for artens overlevelse. De 6 emotioner er vrede, frygt, afsky, overraskelse, gløde og sorg. Udefra et forsøg med en gruppe amerikanske deltagere og et isoleret stammefolk, kom han frem til, at emotionerne er medfødte og universelle på tværs af kulturelle grænser.

En emotion indeholder forskellige komponenter en trigger, en kognitiv vurdering, en fysiologisk reaktion og adfærdsmæssige reaktioner.

Triggeren er det udløsende stimulus, det kan være en extern stimulus eller en inter stimulus. En extern er eks. en løve, mens en intern kunne være et mentalt billede. Stimulus kan være indlærte, eks. er de fleste bange for højder og reagerer emotionelt på dette, hvilket skyldes, at det er farligt at falde ned. En trigger kan også være indlært og baseret på erfaringer eks. kan et eksamenslokale eller tandlæge fører til en emotionel reaktion.

Den kognitive vurdering er vores vurdering af stimuli og hvad vi tænker om den. Det er her man kan vurdere, om situationen giver mening eks. hvis vi har tidligere erfaringer hos tandlægen, og har oplevet noget før så kan man vurdere, at det giver mening at have tandlægeskræk. Dette er

individuellet for personer, og samme situation kan derfor udløse forskellige emotioner hos forskellige personer eks. er det jo ikke alle mennesker der lider af tandlægeskræk.

Den fysiologiske reaktion er den måde vores krop reagerer på de kognitive emotioner. Vi har to overordnet områder i hjernen; det limbiske system og prefrontal cortex, det er her vores rationalitet sidder. Den fysiologiske reaktion kan være af **high road**, hvor den går gennem cortex - her opfattes triggeren langsomt men præcist. Ved den **low road** går det kun gennem thalamus, og ikke gennem cortex, hvorfor vi får en hurtig men ikke særlig præcis reaktion på stimulus. Dette kunne eksempelvis være, når vi ser en skygge bagud og reagerer med low road, fordi man tror det er den person, men i virkeligheden var det bare en jakke, der hang på knagerækken. Hjernen producerer forskellige signalstoffer ved hhv. positive emotioner og negative emotioner. **De positive emotioner** fører til dopamin og endorfiner, **men de negative frigiver serotonin og nordadrenalin**. Derudover er de positive emotioner relateret til vores venstre hemisfære, mens de negative er relateret til vores højre hemisfære.

Den adfærdsmæssige reaktion, er den adfærdsmæssige tendens denne kan være ekspressiv eller instrumentel. Den ekspressive viser sig ved at ansigtsudtryk og kropssprog. Den instrumentelle adfærd opfører man sig på en specifik måde for at opnå et bestemt mål, eksempel ved at smile for at opnå noget.

Indenfor emotion findes der flere forskellige teorier.

- Folkepsykologisk forklaring
- James-lange teorien
- Cannon-Bard teorien
- Schachter- Singer: 2 faktor teorien.

Fælles for alle disse teorier menes der, at triggeren er det første der kommer, men hvad der kommer efter er de så ikke enige om.

Den folkepsykologiske mener, at man opfatter et stimulus får en emotion af frygt, får en arousal, hvor det sympatiske nervesystem reagerer og man derefter flygter. En del teorier er enige i dette, men mange undersøgelser viser, at dette ikke er rigtigt.

James langes teori mente, at stimulus kommer først, dernæst arousal altså den fysiologiske reaktion og til slut kommer emotionen af frygt.

Cannon-bard teorien var uenig med dette. Teorien er understøttet af eksperimenter på dyr, hvor der beskrives, at stimulus sendes til thalamus, hvorfor der sker en fysiologisk arousal og emotion, men at der kan gå flere sekunder før dette sker. Teorien mente derved, at fysiologisk arousal og emotion er noget der sker parallelt med hinanden.

To faktorer teorien mener at vores oplevelse af frygt er detamineret af, at der både er et fysiologisk input, og den kognitive vurdering af hvor bange vi bliver kommer fra det her input. Vi vurderer altså hvad vi skal føle, og hvor meget vi skal føle.

Som tandlæge er det vigtigt for os at forstå emotioner, da patienterne som kommer i klinikken, kan have både positive såsom negative emotioner. Vi kan med viden om deres emotioner være med til at påvirke patientens opfattelse. De fleste patienter der kommer knytter ofte tandlægen med en irriterende situation, og der kan være tilknyttet emotioner, såsom frygt, nervøsitet, bange, panisk og anspændthed.

Emotion og motivation, er to begreber som er meget tæt knyttet. Vores emotioner er med til at føre til handling, og motivation, kan være noget der ligger til grund for at vi handler.

Motivation er defineret som en bevægende årsag, som får os til at handle.

Det grundlæggende princip bag motivation er, at vi stræber efter at opnå mest mulig lyst og undgå mindst mulig lyst. Der findes forskellige motivations teorier eks.

Cannons motivations teori - her beskrives det, at vi som mennesker altid forsøger at opretholde hemostase, som er den her fysiologiske ligevægt i kroppen.

Driftsteorien af Hull beskrev det som at den her fysiologiske ubalance i homeostase fører drift, som motiverer os til at få den genoprettet. De to teorier mener stortest det samme.

Arousal teorien - mener at man udover denne her ligevægt også har et bestemt arousal niveau som vi skal ligge på, eks. hvis niveauet er lavt, så ønsker vi at hæve det for at opnå noget spænding eks. når man vælger at se en gyser. Hvorimod hvis niveauet er arousal er meget højt, vil man gerne trække sig tilbage og slappe af.

Motivation er altså noget, der får til at blive motiveret til at opnå noget men kan også gøre os motiveret til at undgå et eller andet. Oftest drager vi mod belønninger, og prøver at undgå straf, for derved at kunne opnå max nydelse og mindst smerte.

Vi har to adfærdssystemer, som fører til maksimal nydelse og minimal smerte.

Det er **Bas (behavioural activation system)** og **bis (behavioral inhibition system)**.

Bas - er tilnærmelses motivation, det aktiveres af belønning og producerer adfærd mod positive mål. Der procuederes håb og glæde.

Bis - aktiveres af stimulus der signalerer smerte og straf, og det producerer en adfærd væk fra den stimuli og en følelse af frygt.

Vi har alle bas og bis i os, og det er afhængigt af målet. Dog bliver vi typisk motiveres mest af den ene fremfor den anden.

Vi er også motiveret af **en ydre og indre motivation**.

En ydre motivation er en handling man udfører for at opnå noget og undgå noget ubehageligt, så er man motiveret af ydre faktorer eks. Jeg vil gerne bestå den her eksamen så jeg ikke kommer et år bagud. Eller jeg læser for at bestå.

Den indre motivation er en handling for handlingens skyld, det er mere for at tilfredstille os selv.

Eks. hvis jeg læser og forstår pensum, så giver det mening for mig og gør mig glad.

Dette giver også en form for autonomi, fordi man så føler, at man ikke bliver bedt om at gøre noget for andre, men gør det for en selv.

I den humanistiske psykologi menes der, at mennesket er motiveret af behov, som kan inddeles i et hiarki af behov - **maslows behovspyramide**. Vi er altid først motiveret i at dække de grundlæggende behov nederst i hiarkeiet såsom føde, varme, vand og søvn, derefter kan vi motivere os til det man stræber mest det ultimale behov, som er mening i livet og behovet for selv aktualisering, Her kan vi udfolde vores fulde potentiale og dygtigøgre os mentalt.

Men hvorfor er det relevant for os?

- Det er det fordi vi kan motivere vores patienter til bedre mundhygiejne, forebygge sygdom osv.

CASE: LARS VIL IKK

BRUGE TANDTRÅD.

SELVOM HAN

BLØDER FRA

TANDKØDDET:

BIS/BAS: Overvej, hvordan Lars motiveres bedst. Måske snarere formulere situationen som "der kan ske x hvis du ikke bruger tandtråd".

Kognitiv tilgang: Lars følger muligvis ikke dit råd om tandtråd, fordi han ikke tror på det har en effekt. → Giv ham detaljeret info om, hvordan tandtråd kan afhjælpe problemet. Alternativt er det ikke et mål at få sundere mund og så må man gøre klart hvad konsekvenserne er, således at det bliver et mål for Lars.

Ydre/indre motiveret: Indre motivation indebærer at føle et ansvar over at få brugt tandtråd.

UDVIKLINGSPSYKOLOGI

Generelt:

- De vigtigste forskere indenfor kognitiv udvikling er Piaget og Vygotsky

Overblik over udviklingsteorier:

Område	Teoretiker	Stikord
Kognitiv udvikling	Piaget	• De 4 udviklingsstadier
	Vygotsky	• Skemaer (assim., akkom.) • Nærmeste udviklingszone
Emotionel udvikling	Harlow	• Surrogatmødre
	Bowlby	• De 5 tilknytningsfaser
	Ainsworth	• Strange situation & de 3 tilknytningstyper
Moralsk udvikling	Kohlberg	Moralsk tænkning

Kognitiv udvikling

Jean Piaget

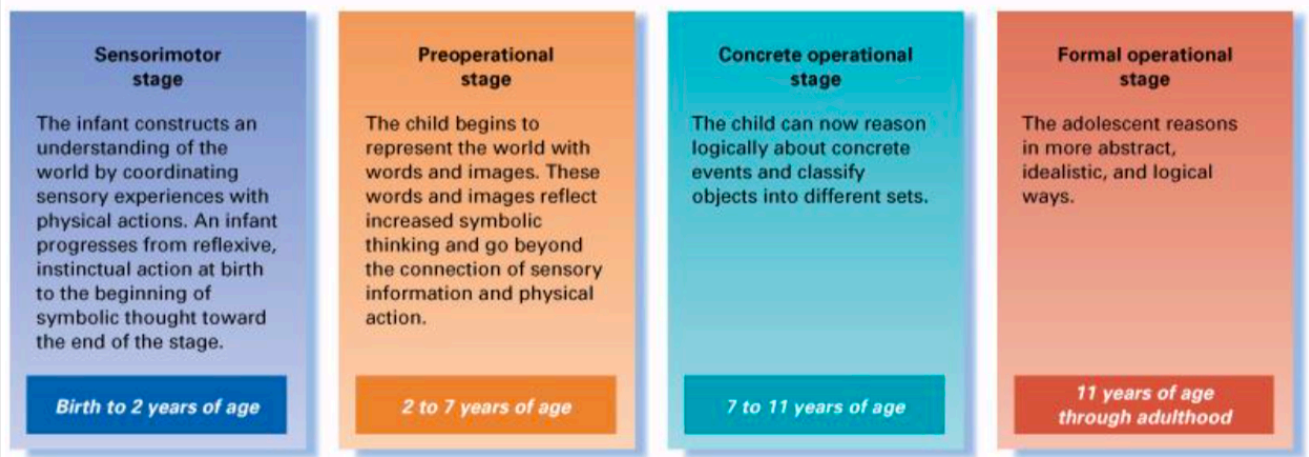
- brugte bl.a. sine egne børn til at undersøge børns tænkning over tid.
- Børn tænkning ændres kvalitet – altså i stadier.
- Skyldes en interaktion mellem modning og erfaringer – man kan ikke lære et lille barn på 6 måneder at tisse på toiletter – barnet er modnet nok selvom man kan forklare barnet det så meget af erfaringen.
- Børn er aktive, de ”konstruerer” deres kundskaber igennem handling de selv udfører - ”natural born scientists”
- Børn er små videnskabsmænd, de undersøger verden – de udvikler sig og bliver klogere ved sanse verden. Eks. Sand i sandkassen eller når de roder ved spisning
- **Børn opbygger skemaer** – organiseret mønstre af tanker og handlinger.
 - Nogle af de mest simple er – **refleks skemaer** – medfødte reflekser – sutrefleksen.
- Et skema er en mental struktur, som guider handling i lignende situationer. Bruges til at forstå erfaringer.

Skema kan ændres vha.

- **Assimilation** – erfaringer indarbejdes ind i eksisterende skemaer – eks. Et barn når det bliver født har sutrefleks og prøver at sutte på bryst for at ammes, herefter kan barnet lære at sutte på en sut eller sutteflaske. Så man indarbejder altså mere i skemaet

- **Akkomodation** – skema ændres ud fra erfaringer – barnet finder ud af at bryst kan erstattes med en klud der dufter af mor.
- Når børn **modnes**, jo mere kan de gøre sig nye erfaringer.
- Man udfordrer de skemaer hele tiden
- Dette udfordrer de gamle skemaer - der opstår ubalance mellem eksisterende skemaer og nye erfaringer (**disequilibrium**)
- Barnet vil søge at genskabe balancen ved at mestre de nye erfaringer (**equilibrium**)
- Herved opstår der nye, mere omfattende og komplekse former for viden og nye skemaer.
- Barnet opnår et nyt **udviklingsstadie**

Stadier af kognitiv udvikling:



Sensomotoriske stadie 0-2 år	Det præoperationelle stadie 2-7 år
Sensoriske erfaringer og motoriske interaktioner med objekter som er primære kilder til børns forståelse – barnet skal selv erfare verden sensorisk og motorisk for at lære hvordan man kommer frem. Eks. Når de lærer at kravle og gå osv. Alle genstande eksisterer ene og alene, fordi barnet ser på det, lytter til det eller på	Børn repræsenterer verden symbolsk gennem ord og mentale billeder – men basale mentale operationer (kombinere, opdele og transformere information logisk) forstås endnu ikke Børns sprogudvikling muliggør brug af simple begreber (f.eks. ens/ forskellige) Børn mangler forståelse for konservation – volumen, antal, masse mm.

anden måde håndterer det – ellers, så findes de ikke.. Sprogtilegnelsen ved 1 år Objekt permanens ved 8 måneders alderen – tingene er der stadig selvom man stadig er der. Eks. Titte bøh, eller hvis deres legetøj gemmes foran dem.	eks. Forsøget med vand i to glas, hvor der lige meget, og derefter bliver hældt over i et andet glas. Konservation af tal – deling af bananer eller kiks / pizza Børns tænkning ved dette stadie er karakteriseret ved: De har irreversibilitet – de kan ikke forestille sig at handlinger kan gøres om, hvad hvis man hælder vand tilbage. Eks. Ved sygdom de kan ikke forestille sig at blive rask igen. De har Centration: de har svært ved at fokusere på flere ting ad gangen. Derfor skal man kun fortælle børn en ting ad gangen. Tandlæge: fortæl kun en ting ad gangen – tal sætningerne helt ud. Luk den samtale før den næste samtale snakkes. De har egocentrism: børn har svært ved at sætte sig ind i andres perspektiv. Eks. Det med bjerget et barn på den ene side og en voksen på den anden. Barnet vil forklare sit perspektiv hver gang, fordi de ikke kan sætte sig ind i andres perspektiv.	
Det konkrete operationelle stadie 7-12 års alderen	Det formelt operationelle stadie 1-12 års alderen	
Børn forstår reversibilitet og konservation og udviser mindre centration.	11-12 årsalderen og styrkes gennem teenage alderen og op.	

Børn har fortsat problemer med abstrakt, hypotektisk tænkning.

Børn udviser logisk og systematisk tænkning om både konkrete og abstrakte problemer

Børn danner hypoteser og tester dem på en reflekteret måde

Bliver bedre med alderen

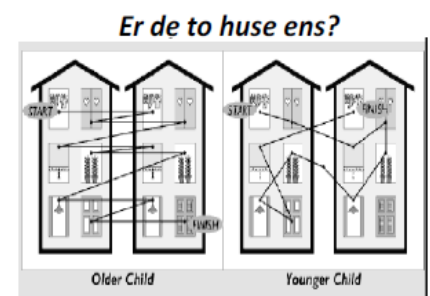
Evaluering af piagets model

- De fire stadier optræder i den samme rækkefølge på tværs af kulturer
- Men i nogle kulturer lægger man mere vægt på andre ting end vi gør.
- **Børn tilegner mange kognitive evner tidligere end Piaget mente.**
- Den kognitive udvikling er mere kompleks og varierende end Piaget antog, børn på f.eks. samme tid udviser adfærd der henviser til forskellige stadier.
- **Piaget medtænker ikke kulturens indflydelse på den kognitive udvikling.**

Informations-bearbejdning tilgang – hvordan bearbejder jeg en opgave

Kognitiv udvikling – ses som en kontinuerlig og gradvis proces – hvor et fast sæt af

- bearbejdningsevner styrkes over tid.
 - Er de her to vinduer ens – se figur på slide. – små børn har ikke struktur i deres iagttagelser mens ældre børn har. Dette sker i kontinuerlig vækst helt op til voksenlivet og ikke bare i stadier. Mente andre.



Kontinuerlig vækst

- Informations bearbejdningens hastighed
- Opmærksomheds spændvidde
- Arbejdshukommelse
- Lageret af viden i langtidshukommelsen
- Metakognitiv tænkning – dvs. evne til at reflektere over egne kognitive evner

Social kontekst tilgang

- Kognitiv udvikling ses som en fortløbende interaktion mellem biologisk udvikling og sociokulturelle påvirkninger.
- Et eksempel på en sådan tankegang er Vygotsky's begreb om "Zonen for nærmeste udvikling".



Vygotsky

- Kognitiv udvikling sker i interaktion med assistance fra nogen der er ældre end en selv. Den ældre spørger og guider den yngre – så barnet selv kan tænke og udføre opgaven. Når man arbejder således er man i en zone der kaldes – **zonen for den nærmeste udvikling**. I denne zone vil barnet kunne udvikle sig allermest.
- Den nederste streg illustrer hvad barnet selv kan uden selvstændigt, mens den øverste illustrerer hvad barnet kan når en voksen guider barnet. Arbejder man i denne zone vil barnet efter noget tid selv kunne udføre de forskellige opgaver uden guidance fra en voksen.
- Udviklingen er et sammenspil mellem biologisk udvikling og sociokulturelt input.
- Barnet er ikke ene agten – den sociale kontekst har stor betydning
- Sproget er afgørende for kognitiv forandring – det er det primære redskab til udveksling af social mening.
 - Vygotsky siger altså at sprog fremmer kognitiv udvikling mens Piaget mente at sproget er bestemt af underliggende kognitive evner. – hvor klog man er jo bedre evner har man.
- "Den nærmeste udviklingszone: forklarer dette: "Den nærmeste udviklingszone" = forskel mellem hvad barnet kan alene og med assistance fra en ældre
- Barnet tager disse dialoger til sig og bruger dem til at organisere sin tænkning

Artikel fra kompendium:

Den første tabel: er opfattelsen af sygdom

Den anden tabel: opfattelsen af smerte.

- Der meget stor forskel på om det er 2-årig, 5-årig eller 10-årig
- **Præ operationelt barn:** fortæl dem at smerten ikke er en straf. De kan ikke se forbindelsen mellem behandling og smertelindring. Vil måske hade tandlæge
- **Konkret operationelle børn:** de har behov for at blive beroliget ifm. Med frygt for kropslig ødelæggelse. De har brug for forklaring omkring smerte og behandling.
- **Formelt operationelle:** de skal have mulighed for at tale om deres frygt – de har brug for meget mere information om hvad der galt ifm. Deres tilstand og behandling.

Hvor tidligt starter kognitiv udvikling?

- Der kommet nye undersøgelser der peger på, at den kognitive udvikling kan starte helt fra livmoderen. Altså at ens fødselsvægt, gestationslader, de næringstoffer man får i livmoderen og andre føtale interaktioner kan have stor indflydelse på ens kognitive udvikling.
- Eks. Er der lavet undersøgelser der viser, at en stor fødselsvægt har medført stor intelligens hos de børn senere hen i livet. "

Table 1. How children perceive the cause and effect of illness (Bibace and Walsh, 1980; Brewster, 1982; Perrin and Gerrity, 1981)

Piaget's stage of development.	Perception of illness
Pre-operational (two to seven years)	Phenomenism: <u>cause of illness perceived as an external concrete phenomenon which occurs at the same time as the illness</u> Contagion: cause of illness located in objects or people which are close to, but not touching the child. Link between cause and illness due to proximity or magic
Concrete operational (seven to 11 years)	Contamination: <u>cause of illness is a person, object or action external to the child that is 'bad' or 'harmful' to the body. Perceived cause brings about illness through physical contact or child engaging in harmful activity</u> Internalisation: illness is located within the body, although its ultimate cause remains external. Still described in vague terms
Formal operational (12 years and above)	Physiological: <u>cause of illness described as a malfunctioning or non-functioning organ or process. Able to describe their illness in a sequence of events</u> Psychophysiological: realises that psychological actions and attitudes affect health and illness. Illness described in terms of internal physiological processes with consideration given to psychological factors

Table 2. How children perceive the cause and effect of pain (Hurley and Whelan, 1988)

Piaget's stage of development	Perception of pain
Pre-operational (two to seven years)	Pain is primarily a physical experience. Children think about the magical disappearance of pain. Not able to distinguish between cause and effect of pain. Pain is often perceived as a <u>punishment for a wrongdoing</u> or a bad thought (Gildea and Quirk, 1977), particularly if the child did something he or she was told not to do immediately before the pain started. Children's egocentricity means that they hold someone else responsible for their pain and, therefore, are <u>likely to strike out verbally or physically</u> when they have pain. Children may tell a nurse who gave them an injection 'You are mean' (McCaffery, 1972)
Concrete operational (seven to 11 years)	Relate to pain physically. Able to specify location in terms of body parts. Increased <u>awareness of the body</u> and internal organs means that <u>fear of bodily harm</u> is a strong influence in their perception of painful events. Fear of total annihilation (bodily destruction and death) enters their thinking (Alex and Ritchie, 1992; Schultz, 1971)
Transitional: formal (10 to 12 years)	Have a perception of pain which is not quite as sophisticated as formal-operational children. Their perception of pain is not as literal as would be expected in children who are in the concrete-operational stage of development. Children <u>in the transitional stage are beginning to understand the concept of 'if ... then' propositions</u>
Formal operational (12 years and above)	<u>Begin to solve problems. Do not always have required coping mechanisms</u> to facilitate consistent mature responses. Imagine the sinister implications of pain (Muller et al, 1986)

Social og emotionel udvikling:**Marchmellow testen**

- Stanford eksperiment fra 4-6 år.
- Børnene får en skumfidus og får at vide, at hvis de ikke rører den før personen er tilbage så får de to, eller kan de vælge at spise den ene.
- De børn der ikke rørte skumfidusen og ventede endte med to skumfiduser. Opfølgningen af disse børn i flere studier har vist, at dem der præsterede bedst i forsøget, også klarede sig bedst senere hen i livet ift. Stilling og løn.

Medfødte sociale evner:

- Nyfødte har evne til at vise eller imitere de basale emotioner. Nyfødte orienter sig visuelt mod ansigter allerede efter fødslen. De prøver at gengive ens ansigtsmimik eks. Række tunge.

4 medfødte moduler:

- Oplevelse af intentionalitet
- Evne til at aflæse øjenretning
- Evne til fælles opmærksomhed
- Evne til theory of mind – men det skal modnes.

Theory of mind (minder meget om egocentrismen i den kognitive udvikling – men det hedder theory of mind i den emotionelle udvikling)

- En antagelse om at andre har et sind som os selv – Denne egenskab er medfødt men den modnes først når barnet er 4-5 år gammelt.
- Der er flere metoder til at undersøge theory of mind.
- Eks. Det med klods i en boks, og en anden sætter den klods andet sted hen, når barnet er uden af rummet. Når Barnet kommer så tilbage og kigger det så i boksen eller det andet sted hvor klods blev flyttet hen? Mange børn svarer det sidste, fordi de så klods blev flyttet, og kunne ikke sætte sig ind i at barnet ikke var tilstede da det skete og derfor slet ikke kunne vide, hvor klods er.
- Hvorfor er theory of mind er en vigtig egenskab – det vigtigt at vide at andre har en anden forestille end en selv. Kan du sætte dig ind i andres sted? I deres perspektiv og ikke kun dit eget perspektiv.

** Tænk på videoen med kuglen og børnene fra forelæsning

Kan i forestille jer nogle patientgrupper som ikke har særlig stor grad af theory of mind

-Ja autistister kan være hæmmet. Men dog ikke alle nogen kan træne/modne det så meget at man ikke lægger mærke til det.

Tidlige tilknytningsteorier

- Tilknytning = stærkt emotionelt bånd som formes mellem børn og deres primære omsorg personer

Freud

- Freud mente at tilknytning til mor = base for senere tilknytning bekræftes af forskningen.
- 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 undersøgte harlow med sit berømte abeforsøg.
 - Abeunger blev taget fra deres mor fra fødslen.
 - En mor med føde og en mor uden føde blev præsenteret for dem – mange af aberne valgte at bruge det meste af deres tid hos moren uden føde.
 - Når de blev udsat for fare, løb de fleste aber hen til moren uden føden. Han lagde meget vægt på, at den tidlige tilknytning var vigtigt, og det ikke kun var føden man søgte.

Bowlby

- Bowlby understregede at tilknytningen ikke er drevet af ydre motivation, det er altså ikke for at opnå noget ej heller føde. Men at det er en indre motivation for at opnå en trykbase til at udforske verden.
- Babyer er programmeret til at danne tilknytning til andre.
- Studie af 44 unge tyveknægte: en største del af børnene var adskilt fra moderen i de første to leve år – maternal deprivation hypotesen.
- Kritik: tilskriver tidlig mor-barn relation for stor rolle; andre faktorer også vigtige (temperament, venner, skole, ...)

Tilknytningsteorien

- Kvaliteten af tilknytning er senere afgørende for at man kan danne relationer til andre.
- Det mest udbredte syn på barnets tilknytning til sin primære omsorgsperson

- En sikker base for at udforske verdenen.
- **"Attachment" kommer ikke bare fra behovet for mad men opstår som et behov for en sikker base hvorfra barnet kan udforske verden.**
- Tilknytningen begynder med nogle medfødte signaler som appellerer til den voksne
- Med tiden dannes ægte følelsesmæssige bånd

Bowlby tilknytningsfaser:

- 1,2,3,4 og 5 tilknytningsfaser.

	Fase	Alder	
1	Indiskriminativ tilknytning	0 - 3 mdr	Nyfødt græder og smiler til alle – fremmer caregiving.
2	Diskriminativ tilknytning	3 - 7/8 mdr	Mere opmærksomhed mod dem de kender.
3	Specifik tilknytning	7/8 mdr - 3 år	Caregiver bliver den trygge base.
4	Måltrettet tilknytning	3 år - skolealder	Kan nu også tage hensyn til caregivers behov.
5	Mindskning af tilknytning	Skolealder -	Vil gerne bruge mere tid alene!

Ved tilknytning opstår to former for angst:

- Angst for fremmede 6-7 18 mdr
- Separations angst 12/16 mdr – 2/3 år.
- Hvorfor er det smart med denne angst – så de ikke bare går med et fremmede menneske hjem, de bliver hos deres forældre grundet separations angst for overlevelse.
- Tandlæge – små børn kan være bange for os og sidde ved forældrene – det er et sundt barn der er bange for fremmede og har separations angst.

Ainsworth: strange situation test

- Interesse i Bowlbys teori → standardiseret metode til testning af tilknytningens kvalitet
- Barnet (12-18 mdr.) og mor i værelse med legetøj. En række begivenheder. Barn observeres skjult
- Fokus på de 2 typer angst, Bowlby beskrev.
- Barnets reaktioner bruges til at klassificere dets tilknytningsstil og dermed tilknytningens kvalitet

Måler tilknytningen. Man placerer barn og mor i et værelse. Hvad sker der når en fremmed kommer ind, når moderen går og når moderen kommer tilbage. – her kan man fastsætte tilknytningen til ens omsorgsperson.

3 tilknytningsstile (Ainsworth)

1. Tryk tilknytning (cirka 66%)
 - barnet reagerer positivt på fremmed, ked når mor går og glad når hun kommer tilbage.
2. Angst-undvigende tilknytning (Cirka 21 %)
 - Viser ikke tegn på tilknytning, græder sjældent når mor går og søger ikke kontakt når hun vender tilbage.
3. Angst-resistent tilknytning (cirka 13%)
 - Barnet er angst når mor er der og kræver opmærksomhed, ked når mor går og vred/utrøstelig når hun er tilbage

(Nyere: Disorganiseret tilknytning) – Barnet er disorganiseret: Kan fx græde efter mor når hun går for så at løbe væk fra hende når hun kommer tilbage eller endda ”fryse” i nogle sekunder når det ser hende.

Tilknytningsstil	Omsorgspersonens reaktionsmønster
1. Tryk	God evne til at registrere og give hensigtsmæssigt og empatisk svar på barnets signaler
2. Angst-undgående	Reagerer ikke tilstrækkeligt (svigter) og støder barnet fra sig
3. Angst-resistent	Lunefulde og inkonsekvente reaktioner på barnets signaler
4. Desorganiseret	Virker ofte skræmmende på barnet

BOWLBY Indre arbejdsmodel for tilknytning:

- Tidlig tilknytning er basis for senere relationer
- Barnet udvikler en indre arbejdsmodel – 4 måder at tale om tilknytning hos voksne.

1. **Autonom**: Voksne som reflekterer objektivt og åbent om deres tilknytningsrelationer. Stoler på at folk er der for dem. (Ofte: Secure attachment)

2. **Afvisende (dismissive)**: Voksne som afviser betydningen af tilknytningsrelationer (”Jeg er ligeglad med om hun elsker mig”). (Ofte: Anxious avoident)

3. Indviklet: Bekymret over om f.eks. Partneren virkelig kan lide én. Afhængig af emotionel støtte (ofte: Anxious resistant)

4. Uafklaret: Voksne som har oplevet traumatisk tilknytning/tab af plejeperson og stadig tænker på det.

NB: Udvikling er dog ikke så fasttømret – mulighed for gode relationer i voksenliv trods dårlig tilknytning i barndom.

Kohlberg: Moralsk udvikling

Indflydelsesrig kognitiv teori om udvikling af moral baseret på Piagets stadieteori

Præsenterede børn for hypotetiske moralske dilemmaer – studerede deres ræsonnement

*** CASE ***

Heinz kone var ved at dø af kræft. Der var noget medicin, der kunne redde hende, men Heinz havde ikke råd til den. Han kunne ikke få rabat af apotekeren, selvom han lovede at betale tilbage senere. Derfor brød Heinz ind på apoteket og stjal medicinen. Hvad synes du, skulle Heinz have stjålet medicinen? Hvorfor/ hvorfor ikke?

Moralsk udvikling:

Udviklingstrin	Børns citater
Præ-konventionel (straf, belønning)	• 'Heinz skal stjæle medicinen for hvis hans kone dør, kommer han i problemer' • 'Heinz skulle stjæle medicinen, for på den måde beholder han sin kone'
Konventionel (leve op til normer)	• 'Folk synes Heinz er slem hvis han ikke hjælper sin kone' • 'Heinz skal stjæle medicinen fordi det er hans pligt at passe på sin kone'
Post-konventionel (moralske principper)	• 'At stjæle er at bryde loven, men det var OK, fordi han redede et liv'

Noter:

Redegør for relevant udviklingspsykologi i forbindelse med børns oplevelse af sygdom.

(TAGET FRA EN ANDEN STUD)

Udviklingspsykologi kan i 3 : den kognitive, emotionelle og psykosociale udvikling: jeg har valgt at fokusere på Piagets teori og de 4 udviklingsfaser, skemaerne og inddraget det.

Jean piaget var en teoretiker der bl.a brugte sine egne børn til at undersøge børns tænkning over tid. Teorien baseres på, at børns tænkning ændrer kvalitet og at dette foregår i stadier, og at børns tænkning er en interaktion mellem modning og erfaringer.

Ifølge teorien opbygger børn skemaer, som er organiseret mønstre af handlinger og tanker. Disse skemaer er bl.a. **refleksskemaer, medfødte reflekser osv.** Disse skemaer kan ændres af **assimilation og akkomodation**. **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 skemaet 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 kompendiumet "*childrens cognitive level and perception of pain*" handler om børns forståelse for sygdom 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.

Beskriv Piagets teori om børns udvikling og relater den til børns forståelse af sygdom og/eller smerte.

- Det samme som overstående.

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

Viden om barnets opfattelse af sygdom og smerte er særdeles vigtig for at kunne opnå en optimal kommunikation med ens børne patienter. Børn skal tales til som børn, men børn er også forskellige alt efter hvilket stadie de er på, de opfatter sygdom og smerte anderledes, og dette skal man tage hensyn til. Man skal derfor inddrage patienten og tale til patienten så det er alderssvarende forklaringer patienten får om sygdom og smerte.

- Det samme som ovenstående med piagets. Alle de overvejelser jeg vil gøre står for hvert stadie, hvordan jeg vil kommunikere osv.
- Her kan man også inddrage vygostky.

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

- Casen er under indlæring og hukommelse. Clara er 5 år. Hun er begyndt at tisse i sengen om aftenen, og hun har fået ondt i munden - det viste sig at der var et hul, da de tog til tandlægen.

Inden for udviklingspsykologisk teori findes der 3 teorier: den kognitive udvikling, emotionelle udvikling og den moralske udvikling.

Piaget er en af de to kendte teoretikere fra den kognitive udviklingsteori. Piaget beskrev børns kognitive udvikling i 4 udviklingsstadier: den sensomotoriske (0-2 år), det præoperationelle (2-7 år), det konkrete (7-11 år) og det formelle (11-12 år).

Clara er 5 år gammel, og hører derfor indenunder det præoperationelle stadie. Derfor er det relevant at beskrive dette stadie. I dette stadie ser børn verden gennem mentale billeder og ord. De kan dog finde på at transformere denne information på en logisk måde.

Ifølge piagets model er børn i dette stadie domineret af perception/egocentrisme. De kan føre til konflikter, fordi tingene ikke er som de fremstår. Clara kan derfor have langt sværere ved at sætte sig ind i andres sted.

Clara har førhen fået en masse opmærksomhed af hendes forældre, men får nu ikke så meget siden lille bror er kommet til verden.

- Noget med emotionel tilknytning - hun prøver at skabe en tilknytning igen ved at tisse?
- Hun udtrykker at hun har ondt i munden - hun har et hul, men i den alderen forstår man heller ikke årsagen til sygdommen. Hun kan heller ikke forstå at smerten kan gå igen pga. irreversibilitet i dette stadie, derfor vil hun påklage meget mere.

PERSONLIGHED OG INTELLIGENS

Individuelle forskelle: personlighed og intelligens

Studiemål:

- Redegøre for og diskutere væsentlige begreber i forbindelse med personlighedsteori og intelligensbegrebet

PERSONLIGHED

Personlighed

- De observerede meningsfulde forskelle i måder individer tænker, føler og handler.
- Unikke adfærdsmønstre som er med til at definere os som personer.
- Psykiske egenskaber kan ikke direkte måles – de er latente/skjulte

Kendetegn ved personligheden

- Stabilitet - over tid
- Internal - indre faktorer der til dels bestemmer vores adfærd
- Konsistent - situationsuafhængig
- Forskellig fra andre - individuelle forskelle.

TYPE VS TRÆK:

- Type = klassificering i grupper

TYPE:



Trækteori

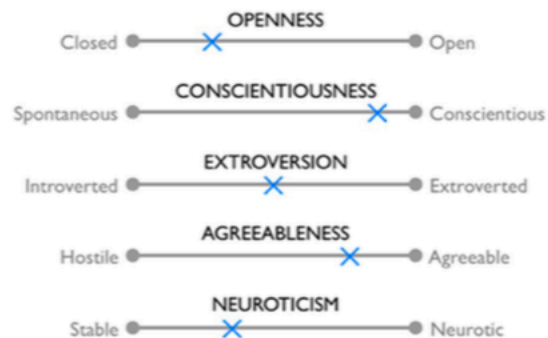
Understående figur viser også dimensionelle tankegang ved modellen the big five.

Grundantagelse:

- Personlighedstræk er grundlæggende enhver som findes hos alle individer i forskellig grad, og som gør det muligt at beskrive hinanden.
- Måden vi adskiller os på, er hvor høj grad vi har de forskellige træk.

Den amerikanske tilgang: leksionmodellen

- Træk = i hvilken grad man besidder en egenskab
→ dimensionel tilgang



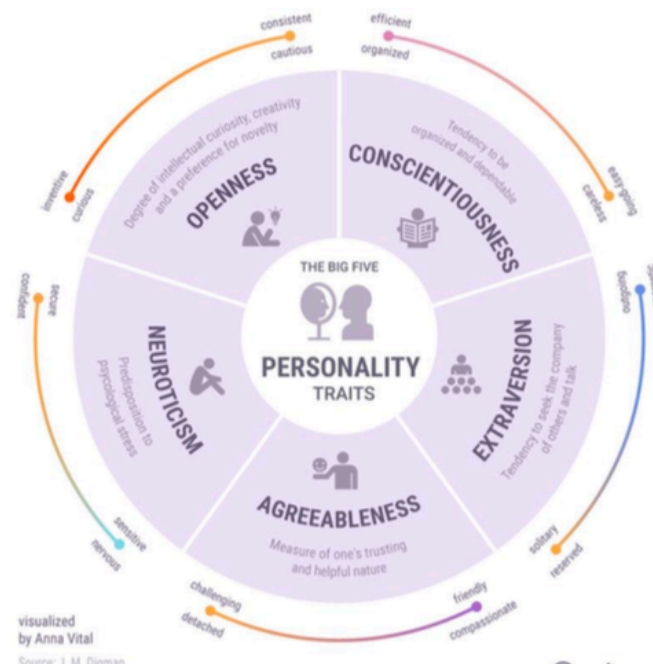
- Personlighedsdimensioner vil afspejle sig i sproget.
- Man finder alle de ord som afspejler personlighed.
- **Allport** - 18.000 ord der beskriver træk (**skrevet mere om i med komp**)
- **Cattell** - reducerer denne ordliste til **16 personlighedsfaktorer**

Eysenck - to overordnede dimensioner (**skrevet mere om i med komp**) i bogen står der 3, men den ene er frasorteret.

COSTA OG McCrae - påpeger enighed om 5 overordnet faktorer = **The big Five**

The big five (5 faktor modellen) som er kommet fra træk teorien!!!!

- Neuroticisme
- Ekstroversion
- Openness (åbenhed)
- Aggrerableness (venlighed)
- Conscientiousness (samvittighedsfuldhed)



Dimensionerne af de big five:

- Disse fem faktorer er blevet konsistent fundet i forskellige kulturer → universelle

Neuroticisme	Extroversion	Åbenhed	Venlighed	Samvittighedsfuldhed
Angst Irritabilitet Depression Jeg-bevidsthed Impulsivitet Sårbarhed	Varme Selskabstrang Dominans Aktivitet Spændingssøgen Positive emotioner	Fantasi Æstetisk sans Følelser Handlinger Ideer Værdier	Tillidsfuldhed Ligeformhed Altruisme Efterrettelighed Beskedenhed Blødsødenhed	Kompetence Orden Pligtopfyldenhed Præstationsorienteret Selvdisciplin Besindighed

Måling af personlighed :

- Pålidelighed = ca. samme score fra samme individ på forskellige tidspunkter + samme fortolkning fra forskellige testere
- Validitet = måler testen det den skal?

PERSONLIGHEDSTEST (skrevet mere dybdegående i med komp)

- **Selv-rapportering:** Individet beskriver sig selv ved at tage stilling til en række udsagn om typisk adfærd
- **Observatør-ratings:** Individet beskrives ved at en anden person tager stilling til en række udsagn om individets typiske adfærd
- **Projektive tests:** Individet løser en opgave uden korrekt løsning og opgaveløsningen antages at afspejle personligheden
- Spørgsmål i personlighedstest betegnes ofte **'items'**
- Besvarelse af det enkelte spørgsmål/item er relativt tilfældig → har ikke klar relation til den relevante psykiske egenskab
- Derfor anvendes et antal beslægtede spørgsmål/items, der alle antages at have relation til den samme psykiske egenskab
- Scoren på de enkelte items adderes og summen udgør individets score på den pågældende skala

NEO PI-R

- I 1992 udviklede Costa & McCrae den 240 item Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R), som måler de fem personlighedstræk.
- Instruktion til administration: "Dette spørgeskema består af 240 udsagn. Læs hvert udsagn omhyggeligt og markér, hvor godt det passer på dig ved at sætte en cirkel om den pågældende svarkategori"
- Svarformat: Meget uenig – Uenig – Neutral – Enig – Meget enig

Personlighedstyper:**Alternativ tilgang til personlighed**

- Type A, Type b, Type c, Type d

Type A	Type B	Type c	Type d
Meget ambitiøs	Afslappet	systematisk	negativ
Konkurrencepræget	Sjov	betænksom	stresset
Praktisk	Tålmodig	sensitiv	deprimeret
Utålmodig	Meget casual	nysgerrig	social inhiberet.
Agrresiv.	Prokrastinerer	kritisk	Pessimistisk
***Indenfor fem-faktor modellen er en type a en med høj			

neuroticisme og lav venlighed.			
-----------------------------------	--	--	--

PERSONLIGHEDSTEST:**Neuroticisme**

N1 Angst: Jeg føler mig ofte anspændt og nervøs

N2 Irritabilitet: Selv mindre irritationsmomenter kan gøre mig frustreret

N3 Depression: Somme tider forekommer tingene mig temmelig triste og håbløse

N4 Jeg-bevidsthed: Når jeg er sammen med andre mennesker, er jeg altid bange for at komme til at gøre noget forkert

N5 Impulsivitet: Nogle gange gør jeg noget impulsivt, som jeg senere fortryder

N6 Sårbarhed: Når jeg er under stort pres, føler jeg somme tider, at jeg er ved at bryde sammen

Ekstroversion

E1 Varme: Jeg bliver opfattet som en varm og venlig person

E2 Selskabstrang: Jeg nyder fester med masser af mennesker

E3 Dominans: Jeg er dominerende, stærk og holder på min ret

E4 Aktivitet: Jeg er et meget aktivt menneske

E5 Spændingssøgen: Jeg tørster ofte efter spænding

E6 Positive emotioner: Jeg har til tider oplevet intens glæde eller begejstring

Åbenhed

O1 Fantasi: Jeg har en meget livlig fantasi

O2 Æstetisk sans: Nogle gange, når jeg læser et digt eller kigger på kunst, føler jeg et sug af begejstring

O3 Følelser: Mine følelser betyder meget for mit syn på en sag

O4 Handlinger: Jeg prøver ofte ny og fremmed mad

O5 Ideer: Jeg nyder ofte at lege med teorier eller abstrakte ideer

O6 Værdier: Jeg betragter mig selv som fordomsfri og tolerant overfor andre menneskers livstil

Venlighed

A1 Tillidsfuldhed: Jeg synes, at de fleste mennesker, jeg har med at gøre, er ærlige og til at stole på

A2 Ligeformhed: Jeg kunne ikke føre nogen bag lyset, selvom jeg gerne ville

A3 Altruisme: Jeg prøver at være hensynsfuld overfor alle, jeg møder

A4 Efterrettelighed: Jeg tøver med at vise min vrede, selv når den er berettiget

A5 Beskedenhed: Uanset deres situation føler jeg ikke, at jeg er bedre end andre mennesker

A6 Blødsødenhed: Vi kan aldrig gøre for meget for gamle og fattige

Samvittighedsfuldhed

C1 Kompetence: Jeg er kendt for min dømmekraft og min sunde fornuft

C2 Orden: Jeg kan lide, at alting er på rette plads, så jeg ved præcis hvor det er

C3 Pligtopfyldenhed: Når jeg forpligter mig til noget kan man altid regne med, at jeg fuldfører det

C4 Præstationsorientering: Jeg stræber mod at præstere så meget som muligt

C5 Selvdisciplin: Jeg har masser af selvdisciplin

C6 Besindighed: Jeg tænker tingene igennem, før jeg beslutter mig

Fordeling af testscores

- Personlighedstræk har ofte en tilnærmet normalfordeling - Psykiske symptomer og afvigende adfærd har typisk en skæv fordeling

Afsluttende personlighedstest:

- En score er altid en sum af besvarelser på mange items. Scoren kan være opnået på baggrund af forskellige svar.
- Ens scores kan komme forskelligt til udtryk afhængig af andre individuelle faktorer som eksempelvis præferencer.
- De to personer reaktioner og handlemønstre vil generelt minde om hinanden, men da det er to forskelligt levet liv → forskellige oplevelser.

ARV eller MILJØ

TABLE 14.1 Comparison of Correlations of Twins Reared Together and Apart for Selected Personality Traits.

Genetisk faktorer
forklarede 40-
50% af variansen
i træk scores !

	TWINS REARED TOGETHER		TWINS REARED APART	
	IDENTICAL TWIN CORRELATION	FRATERNAL TWIN CORRELATION	IDENTICAL TWIN CORRELATION	FRATERNAL TWIN CORRELATION
Anxiety proneness	.52	.24	.61	.27
Aggression	.43	.14	.46	.06
Alienation	.55	.38	.55	.38
Impulse control	.41	.06	.50	.03
Emotional well-being	.58	.23	.48	.18
Traditionalism	.50	.47	.53	.39
Achievement orientation	.36	.07	.36	.07

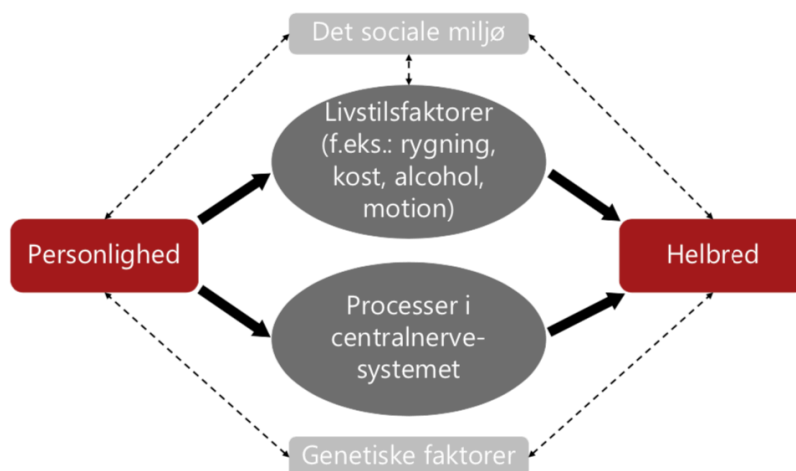
(Source: Tellegen et al., 1988)

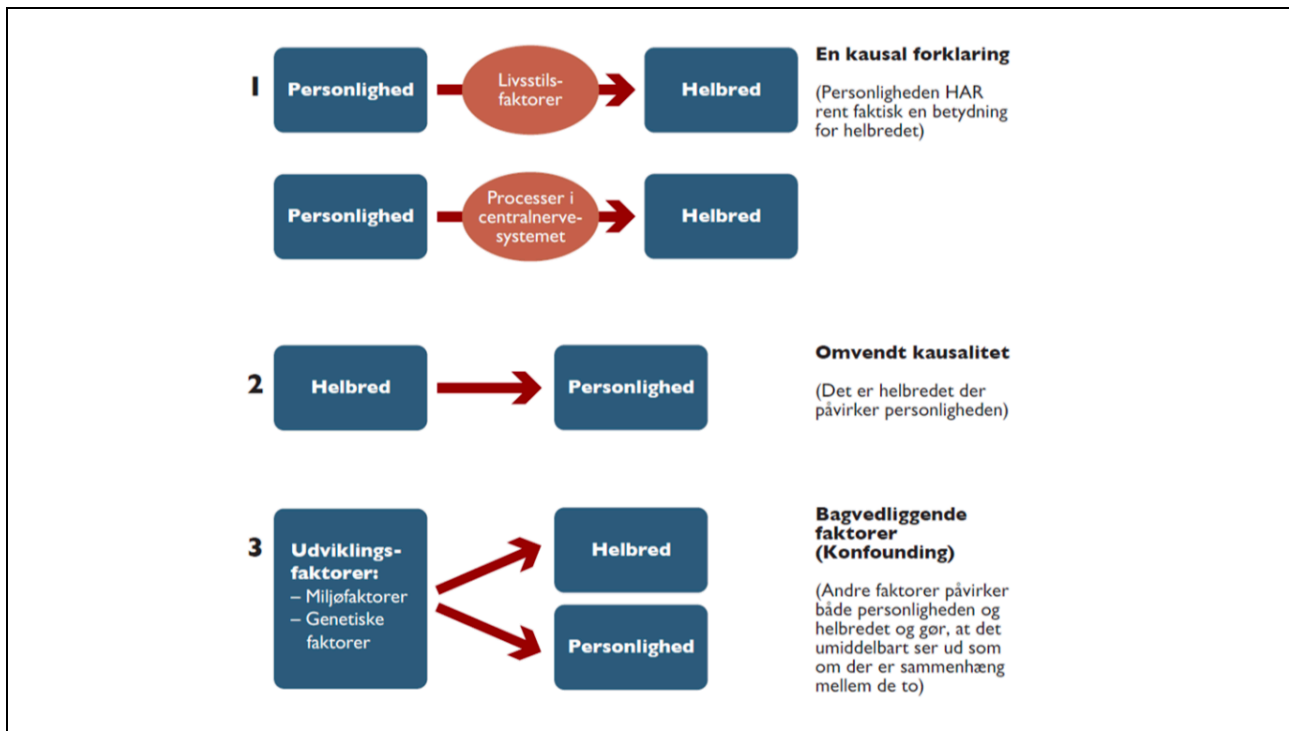
Hvorfor er adfærd ikke altid konsistent?

- Adfærd afhænger af flere personlighedstræk som alle er i samspil med situationen
- Nogle personlighedstræk er mere betydningsfulde end andre
- Selv-monitorering er et vigtigt træk, der hos nogle kan betyde, at adfærden er meget situationsafhængig → afspejler ikke personligheden
- Hænger sammen med social desirability bias
- Personlighedstræk beskriver den hyppigste adfærd – ikke nødvendigvis adfærd i konkrete situationer

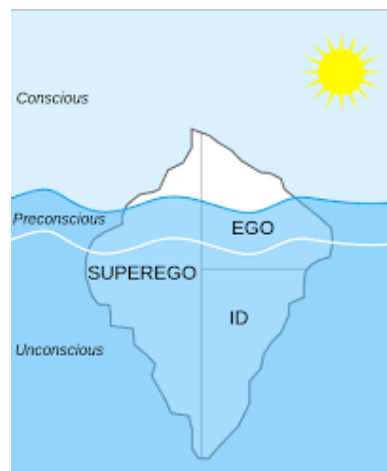
Personlighed og helbred

- Personlighed har en stor betydning for vores helbred → påvirker vores adfærd livet igennem
- Forskningen har fundet, at især Neuroticisme og samvittighedsfuldhed skal fremhæves i relation til vores helbred
 - Neuroticisme = **sårbarhedsfaktor**
 - Samvittighedsfuldhed = **beskyttende faktor**





Freuds personlighedsmodel:



Ego

- Fungerer primært bevidst og har direkte kontakt med virkeligheden

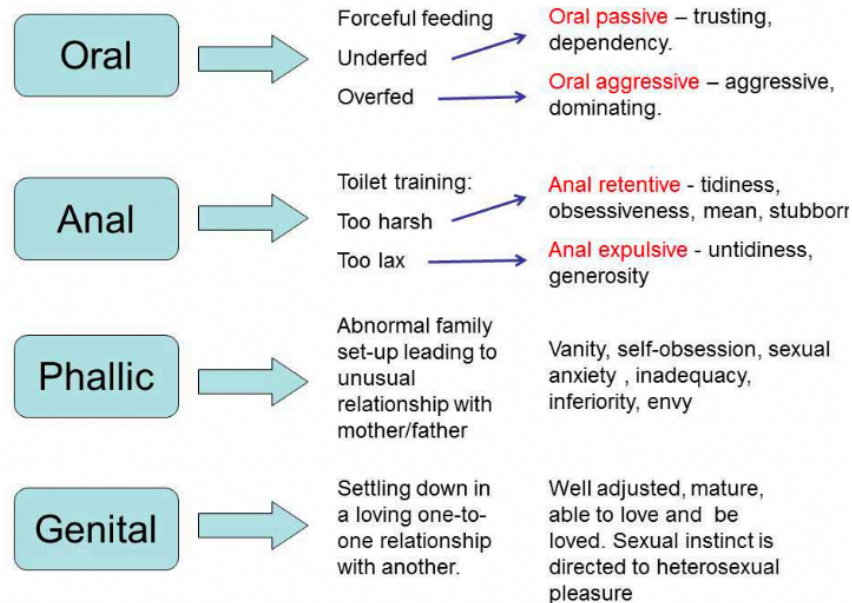
Superego

- Værdier og idealer - udvikles i 4-5-årsalderen

Id

- Inderste kerne af personligheden og kilden til al psykisk energi
- Eksisterer udelukkende i det ubevidste.

Den psykoseksuelle personlighedsudvikling



Kritik af den psykodynamiske tilgang

- Bygget på case-studier og klinisk observation
- Koncepterne er svære at definere - hvordan måler vi ID-impulser?
- De ikke gode til at forudsige og forklare adfærd.

Social-kognitiv personlighedsteori

- Opfatter en adfærd som reaktion på ydre begivenheder.
- Lægger vægt på det **tænkende individ i en social verden** - tænkning og vurdering (kognition) er af betydning for personlighedsudvikling.
- **Social-kognition = social tanke** - forkaster debatten om indre person vs. Ydre oplevelser.
- **Socialkognitive personlighedsteorier** udtrykker at trækteorien er en oversimplificeret tilgang til personlighed. Ifølge **Bandura** (amerikansk psykolog) skal man overveje personlighed, miljømæssige faktorer og individet egen adfærd for at forstå personlighed. Opfatter i højere grad adfærd som værende en reaktion på ydre begivenheder (i kontrast til øvrige personlighedsteorier). **De social-kognitive teorier lægger vægt på det tænkende individ i en social verden, der uundgåeligt giver oplevelser og læring. Sundhedsadfærd er i denne sammenhæng i høj grad påvirket af self-efficacy og selv-regulering.**

Bandura: reciprok determinisme

Forholdet mellem adfærd og omgivelser er bidirektionelt.

Individer tager aktivt del i at forme de omgivelser, der influerer deres egen udvikling.

Health locus of control

Internal locus of control

- Jeg er selv ansvarlig for min tandsundhed

External locus of control

- Faith - om jeg har sunde tænder eller ej er et spørgsmål om held
- Powerful others - Jeg må bare gøre som min tandlæge siger

→ Påvirker ssh. for adfærdssændringer + påkrævede kommunikationsstil fra fagfolk

INTELLIGENS:

Intelligens og livsforløb: ERHVERV:

Table 9.1 Average IQ and range of scores in various occupations (from Harrell and Harrell, 1945).

Occupation	Mean IQ	IQ range
Accountant	128	94-157
Lawyer	128	96-157
Engineer	127	100-151
Teacher	123	76-155
Clerk-typist	117	80-147
Machinist	110	138-153
Tractor driver	99	42-147
Crane operator	98	58-147
Barber	95	42-141
Lumberjack	95	46-137
Miner	91	42-139

Intelligens som risikofaktor: Rygning

Ældre kohorter (gruppe):

- Rygestop: høj IQ er forbundet med større sandsynlighed for at være stoppet med at ryge
- Nogensinde røget: ikke stor forskel på lav/høj IQ

Yngre kohorter:

- Nogensinde røget: lav IQ – større sandsynlighed for at være rygere

- Rygestop: høj IQ – større sandsynlighed for at være stoppet med at ryge

HVAD ER INTELLIGENS?

Specifik kognitiv funktion

- Opmærksomhed
- Koncentration
- Hukommelse
- Planlægning

Intelligens eller global kognitiv funktion

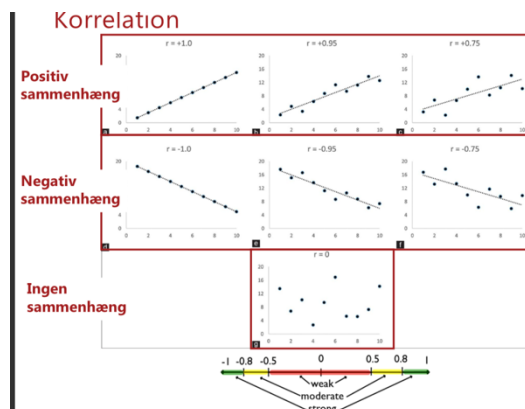
- Gennemsnitlig niveau i kognitive test

Individer der scorer højt på en delprøve er tilbøjelige til at score højt på andre delprøver

Korrelation:

Definition: Korrelationskoefficienter udtrykker lineære sammenhænge mellem to variable og varierer fra -1,0 til +1,0

- +1,0 = perfekt positiv sammenhæng
- -1,0 = perfekt negativ sammenhæng
- 0,0 = ingen sammenhæng



DEFF:

Den eller de varige psykiske egenskaber, som forklarer de positive korrelationer (sammenhænge) mellem forskellige færdigheder eller

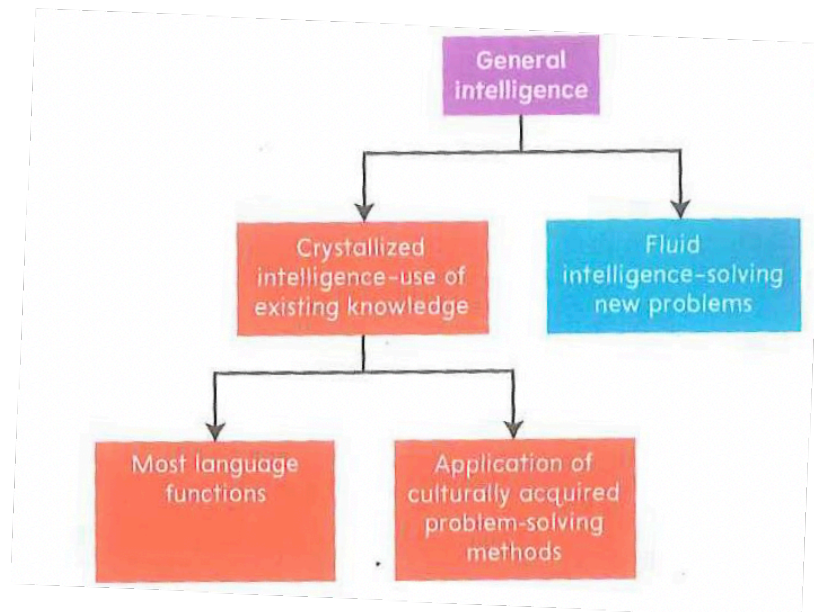
Den eller de varige psykiske egenskaber, som forklarer de konsistente individuelle forskelle ved løsning af forskellige kognitive opgaver

G-faktor: Generelle intelligens (Tjek med kompendie for yderligere)

- Charles Spearman opdagede “the positive manifold”

- → tanke: disse positive korrelationer afspejler “en underliggende generel kognitiv faktor”
- Han opfandt faktoranalyse for at kunne undersøge, hvor stor en del af variationen i kognitive evner, som kunne tilskrives en fælles underliggende faktor
- G faktoren repræsenterer den variation mellem individer, som er fælles for alle kognitive delprøver 40-50 % af variationen i intelligens kan tilskrives g-faktoren

Typen af intelligens:



Flydende og krystal intelligens:

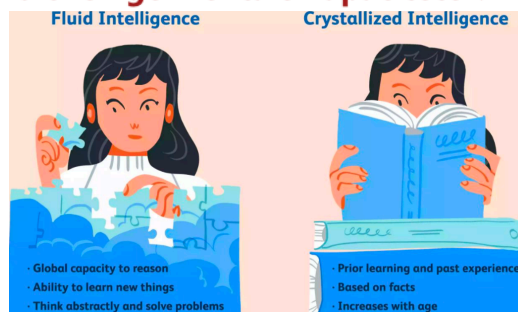
Krystalliseret intelligens

- Akkumulerede verbale evner
- Faktuel viden

Flydende intelligens

Abstrakt tænkning
Logisk tænkning
Løse omfangsrige problemer

To forskellige mentale kapaciteter!



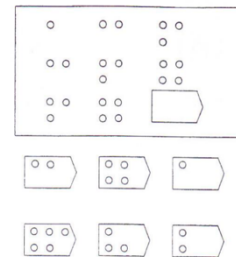
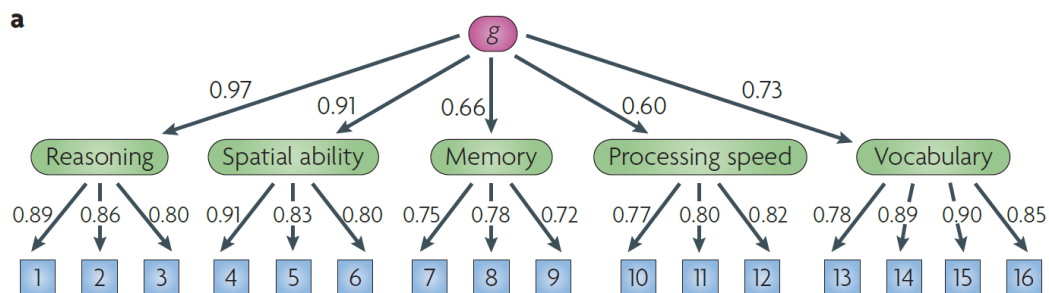
- Den flydende intelligens vil falde med alderen
- Krystalliseret vil øges med alderen.

OPSAMLING: HVAD ER INTELLIGENS:

- Intelligens er et psykometrisk begreb som måles med psykologiske tests
- Intelligens vedrører individuelle forskelle og pga. høj korrelation mellem delprøver kan man tale om forskelle i det gennemsnitlige niveau
- Hierarkisk struktur med g-faktoren i toppen
- Intelligens vedrører en varig individuel egenskab som er stabil gennem livsforløbet

Måling af intelligens:**Ravens matricer**

Er en non verbal test, der bruges til at måle generel menneskelig intelligens og abstrakt ræsonnement og betragtes som non verbalt estimat af flydende intelligens.

**Intelligens; Den hieraktiske model, på baggrund af G-faktoren****Intelligenstest: WAIS. (bedste og mest omfattende test)**

Er med til at teste barnets overordnet IQ men tester også specifikke funktionsområder.

Verbale delprøver

Performance delprøver

1. Information (29 items)
2. Omtanke (14 items)
3. Hovedregning (14 items)
4. Ligheder (13 items)
5. Talspændevide (14 items)
6. Ordforråd (40 items)

7. Tal-symbol (90 items)
8. Ufuldkomne billeder (21 items)
9. Blokmønstre (10 items)
10. Billedordning (8 items)
11. Puslespil (4 items)

Intelligenstest: Børge priens prøve

Bogstavmatricer

- 19 items, 15 minutter

• Ordanalogier

- 24 items, 5 minutter

• Talrækker

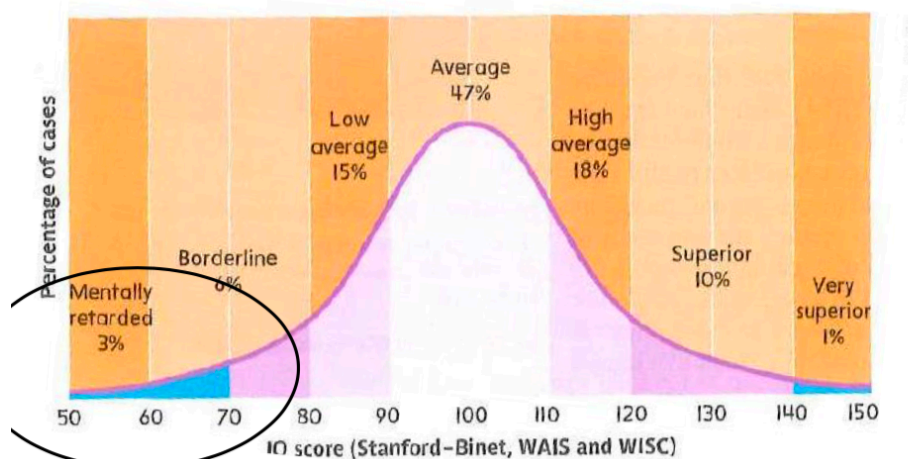
- 17 items, 15 minutter

- Geometriske figurer (puslespil) • 18 items, 10 minutter

Beregning af IQ (Intelligenskvotient):

1. Individet testes med en række forskellige tests og den gennemsnitlige score udregnes
2. Den gennemsnitlige score sammenlignes med en repræsentativ population med samme alder
3. For hver aldersgruppe sættes gennemsnittet til 100 og standardafvigelsen sættes til 15

- Intelligens kvotient (IQ) har én betydning på tværs af grupper
- Intelligenstestscorer har forskellige betydninger på tværs af grupper

Fordeling af intelligens:

Gennemsnitlig testscore: ingen forskel på kvinder og mænd

Kvinder

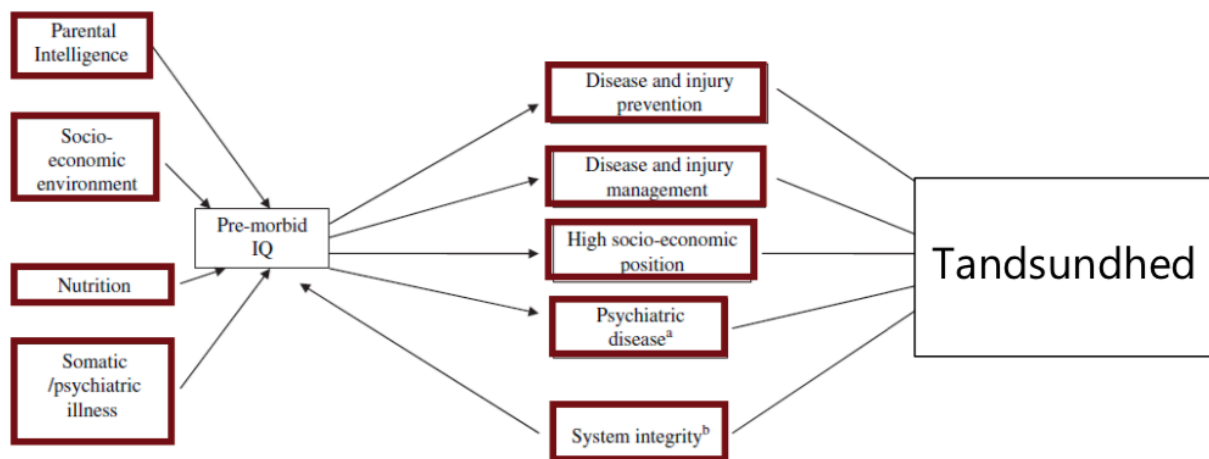
- Lavere spredning
- Sproglige test
- Perceptuel hastighed

Mænd

- Større spredning
- Matematisk test
- Rummelige opgaver

INTELLIGENS OG HELBRED:

PREMORBID = Før en sygdom



Intelligens og sundhedsadfærd:

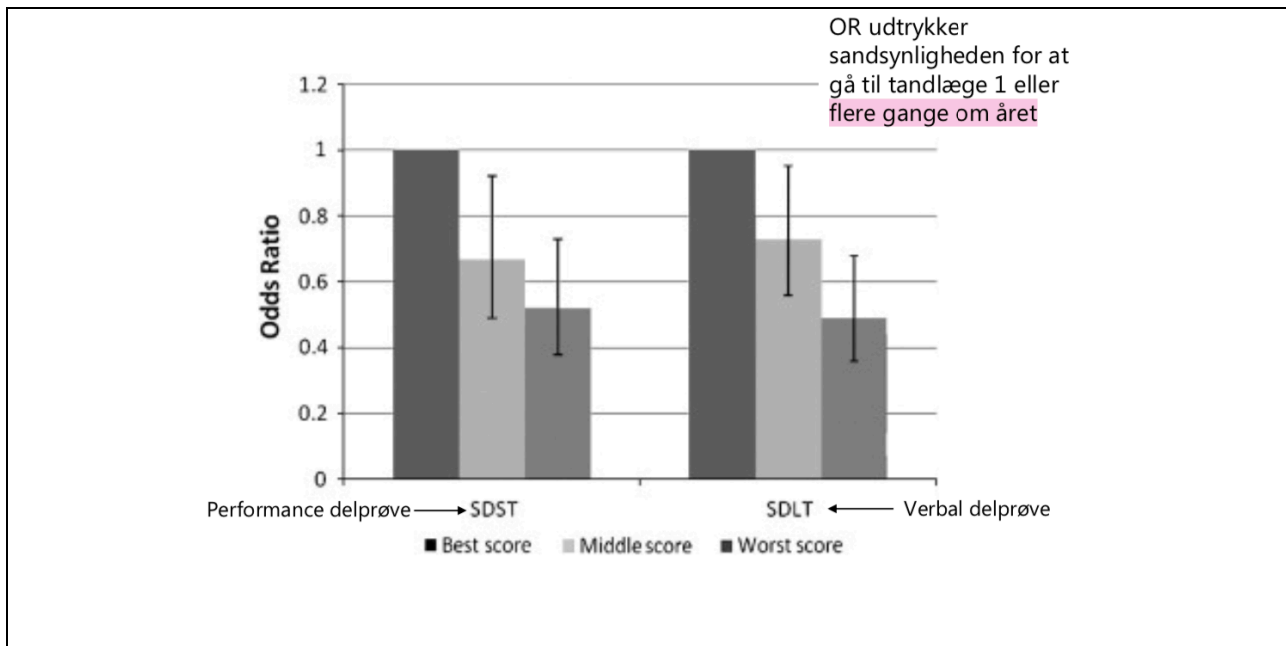
Højere intelligens i barndommen/ungdommen er forbundet med:

-Sund kost ; færre sukkerholdige drikkevarer, større sandsynlighed for at være vegetar, højere indtag af frugt, mindre indtag af pomfritter

-Mere fysisk aktivitet : Undtagelse: Finsk studie – høj IQ i barndom – mindre fysisk aktivitet i starten af voksenlivet

- Alkohol: Forbrug: høj IQ - drikker oftere, og til dels mere // Risky drinking behaviour: høj IQ - lavere grad af “risky drinking”

IQ og tandlægebesøg:



Diskuter betydningen af viden om personlighed og intelligens i et tandlægefagligt perspektiv Redegør for, hvordan kan man forstå sammenhænge mellem personlighed og sygdomsrisiko / Redegør for forskellige personlighedsteorier og diskuter betydningen af viden om personlighed i et tandlægefagligt perspektiv. (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

Personlighed er de observeret forskelle i måder hvorpå individer føler, tænker og handler. Det er unikke adfærdsmønstre, som er med til at definere os som personer - forelæsning henvisning.

Personligheden er kendetegnet

- Stabilitet over tid
- Internal, som er de indre faktorer der bestemmer over vores adfærd
- Konsisten - situationsuafhængig
- Forskellig fra andre - vores individuelle forskelle.

Inden for personligheds teorier findes trækteorien, personlighedstyper og den socialkognitive perspektiv.

Trækteorien er en grundantagelse om, at de personlighedstræk vi har er grundlæggende, og findes hos ethvert individ i forskellige grad. Disse træk gør det muligt at beskrive hinanden. Der findes forskellige tilgange til denne teori, men den nyeste af dem er 5 faktormodellen - the big five.

Ifølge The big five teori findes der 5 grundlæggende træk, som kan variere i dimension hos individet. Disse 5 træk er

- **Neurotiscisme:** angst, irritabilitet, sårbarhed, depression, jeg bevidsthed og impulsivitet.
- **Extroversion:** varme, selvskabstrang, dominans, aktivitet, positive emotioner, spændingssøgen.
- **Åbenhed:** fantasi, æstetisk sans, følelser, handlinger, ideer og værdier.
- **Venlighed:** tillidsfuldhed, ligefremhed, altruisme, efterrettelighed, beskedenhed, blødsødenhed.
- **Samvittighedsfuldhed:** kompetence, orden, pligtopfyldende, præsentationsorienteret, selvdisciplin, besindighed. (henvis til forelæsning)

Når man måler disse træk, så stiler man en række spørgsmål, hvorved man får en scorer. To personer der scorer det samme kan stadig godt have forskellige personlighed. Det skyldes, at summen er baseret på forskellig svar til forskellige spørgsmål og det er ikke udelukkende er personlighedstræk der udgør vores personlighed.

Andre tilgange til personlighed, er type teorien, hvor man inddeler personlighed efter typer.

Personlighed spiller en rolle i ens sundhedsrelateret adfærd. Som praktiserende tandlæge møder man en del forskellige typer af patienter. Det har altså en betydning hvordan vi håndtere og kommunikere med disse patienter.

Personligheds trækkene er med til at fortælle noget om patientens sundhedsadfærd, fordi det er en faktor der influerer vores adfærd gennem livet.

Eks. ses træk som neurotiscisme som en stor sårbarhedsfaktor. Det skyldes, at en person med høj neurotiscisme har det med at trække sig fra problemerne, undviger det altså. Personen bliver let stresset og er ængstelig. Der ses også en sammenhæng mellem dette træk og rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og evt. usund kost. Derudover er man også hyppigere associeret med et mere belastet miljø og har meget stærkere reaktion på negative livsbegivenheder. Disse personer har også en større tendens til at cope emotionsbaseret.

Hvorimod et træk som **samvittighedsfuldhed** er en beskyttende faktor for sygdom, det skyldes, her ses der også mindre associeret med rygning, alkohol, forbrug af stoffer, usund kost, fysisk inaktivitet og risikobetonet adfærd, vold og selvmord.

Åbnehed er også et andet træk der fører til en sundere livstil, og forandringsparathed.

Dette vil man kunne **møde i tandlægepraksis, eks. personer med høj neuroticisme**, her skal man måske udvise meget mere forståelse samt anerkendelse og tålmodighed.

Hvorimod en patient der har en **høj samvittighedsfuldhed** er lettere at håndtere, da denne her person selv tager initiativet og har bedre coping strategier end personen med høj neuroticisme.

Locus og control kan være internal og external. Hvis man har et indre locus of 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. 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.

Viden om de her personlighedstræk kan give os som tandlæger en større forståelse for patienters adfærd.

Sammenhænge mellem personlighed og helbred kan have flere forklaringer.

Det kan være en risikofaktor ift. helbred, men det kan også bunde i genetiske og miljømæssige faktorer. Dog kan personligheden også være blevet påvirket af sygdomme og helbredsproblemer. Det er derfor vigtigt at forstå personlighed både som årsag til sygdom opståelse men også som konsekvens af sygdom.

Intelligens er også et træk egenskab, det er også stabilt og har samtidig en betydning for ens helbred. Det er meget relevant for **tandlægen/behandleren** at kunne forstå, hvor ens patient ligger rent intelligensmæssigt, da det har en betydning for kommunikationen med patienten, og patientens herfra compliance.

Intelligens kan forstås ved den **hierarkiske intelligensmodel, som** er brugt i forskningen i højere grad, da der er brug for en mere entydig definition på intelligens, end den man får ved Gardners multiple intelligenser.

Hierarkisk intelligensmodel (bogen): der er tre niveauer hvor det øverste niveau i hierarkiet er **"general factor of intelligence"/"den generelle intelligens"**, den bagvedliggende faktor, der gør at nogen præsterer godt på mange forskellige typer opgaver eller at andre ikke gør. På det midterste niveau er der 8 generelle gruppefaktorer, bl.a. krystalliseret og flydende intelligens. I bunden af

hierarkiet er de testspecifikke faktorer. Denne teorier beskriver strukturen for intelligens men forklarer ingen processer eller mekanismer som ligger til grund for intelligens.

Krystalliseret intelligens (gc) er evnen til at anvende erfaringer (tidligere tilegnede færdigheder) til løsning af nuværende problemer. **Gc afhænger af evnen til at genkalde indlært information og problemløsningsskemaer og afhænger af tidligere læring og erfaring (langtidshukommelsen).**

Flydende intelligens (gf) er evnen til problemløsning, **hvor personlig ekspertise ikke kan være løsningen.** Gf involverer induktiv tænkning og kreativ problemløsning, afhænger primært af effektiv funktion af nervesystemet - evnen til at tænke abstrakt, logisk og håndtere information i arbejdshukommelsen (danner baggrund for løsning af nye problemer)

Ifølge Gardner er der mindst syv forskellige typer intelligenser (**logisk-matematisk, rummelig, musikalsk, kropslig/kinetisk, sproglig, intrapersonal, interpersonal**). Denne teori overdriver dog uafhængigheden af disse intelligenser.

Emotionel intelligens: Def: a) Evnen til at læse andres følelser korrekt og respondere korrekt på disse følelser. b) Evnen til at motivere sig selv, være opmærksom på egne følelser og regulere/kontrollere egne følelser

Relevant at forstå emotionel intelligens. **Som tandlæge bliver ens emotionelle intelligens stimuleret/udfordret i mødet med patienterne og forståelsen af deres følelser og dermed håndtering af disse.**

IQ: intelligens kvotient, baseret på gennemsnittet af en række test. Dette mål påvirker vores helbred og vores helbred kan influere vores IQ. Der er tale om et bidirektionelt forhold.

Lavere IQ er associeret med højere risiko for at dø af **hjertekarsygdomme og lungekræft.** IQ er relevant i forhold til rygestop (ikke så meget start på rygning). Kognitive evner associeret med passende sygdomsadfærd – følger screeningsprogram, søger lægeved symptomer, går regelmæssigt til tandlægen - korrekt brug af sundhedssystem.

Det kan være vigtigt at forstå intelligensbegrebet da intelligensen spiller en rolle i forhold til patientens adfærd, livsstil og kognitive evner og hvad de kan forstå. Det kan derfor være en god ide at stille spørgsmål og lade patienten formulere problemet. På den måde kan man få en ide om patientens mentale niveau og derigennem guide dem på deres niveau. Lad også patienten formulere løsningen.

Case: (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

- Preben udsætter sandsynligvis ofte sig selv for voldelige/aggressive stimuli. Fx film, videospil, gruppe- retorik, slåskampe.
- Omvendt vil Prebens aggression også være med til at skabe/tiltrække aggressive miljøer.
- Fordi han derfor ofte bearbejder voldelig/aggressiv information, vil han med stor sandsynlighed også oftere reagere med aggression.

Psykoanalytiske forståelse

- Han udtrykker aggression.
- Den mekanisme der kontrollerer dette fungerer ikke optimalt hos preben

Træk tilgangen

- Aggressions træk
- Kan være indlært eller disponeret (Arvet)
- Han har højere risiko for at reagere med aggression end individer, der scorer lavere på dette træk.

Arv eller miljø?

- Genetiske faktorer forklarer 40-50 % af variansen i træk scores.

Måling af en personlighed

- Selv rapport - individ tager stilling til en række udsagn om typisk adfærd og beskriver derfor sig selv

- Observatør ratings: individ beskrives ved at en anden person tager stilling til en række udsagn om individets typiske adfærd
- Projektive test: individet løser en opgave uden korrekt løsning og opgaveløsningen antages afspejle personligheden.

NEO PI-r

- I 1992 udviklede Costa & McCrae den 240 item NEO Personality Inventory Revised (**NEO-PI-R**), som måler de fem dimensioner.
- Instruktion til NEO PI-R administration:
- *“Dette spørgeskema består af 240 udsagn. Læs hvert udsagn omhyggeligt og markér, hvor godt det passer på dig ved at sætte en cirkel om den pågældende svarkategori”*
- Svarformat:
Meget uenig – Uenig – Neutral – Enig – Meget enig

Hvorfor er adfærd ikke altid konsistent?

- Adfærd afhænger af flere personlighedstræk som alle er i samspil med situationen
- Nogle personlighedstræk er mere betydningsfulde end andre
- Selv-monitorering er et vigtigt træk, der hos nogle kan betyde, at adfærden er meget situationsafhængig - afspejler ikke personligheden.
- Hænger sammen med social desirability bias
- Personlighedstræk beskriver den hyppigste adfærd - ikke nødvendigvis adfærd konkrete situationer.

Personlighed og helbred

- Personlighed har en stor betydning for vores helbred - fordi personlighed er en faktor, der influerer vores adfærd gennem livet.
- Neuroticisme ses som en general sårbarhedsfaktor
- Samvittighedsfuldhed som en beskyttende faktor for sygdom.

Neuroticisme

- Rygning
- Alkohol

- Fysisk inaktivitet
- Måske også usund kost
- Associeret med et mere belastet miljø og stærkere reaktion på negative livsbegivenheder.
- Disse individer har også større tendens til at cope emotionsbaseret (stress og coping)

Samvittighedsfuldhed

- Negativ sammenhæng med rygning, alkohol, forbrug af andre stoffer, usund kost, fysisk inaktivitet, risikobetonet adfærd vold og selvmord
- Personlighed kan give os livs aktører eller processer i CNS som giver os helbred
- Helbred kan påvirke vores personlighed
- Miljøfaktorer, genetiske faktorer kan påvirke både vores helbred og personlighed

Case

Martin kommer ind i din tandklinik fordi han har smerter. Han virker forvirret og meget uvidende og uforstående overfor tilstanden på hans tænder. Det er 6 år siden han sidst har været til tandlæge.

Du forklarer ham den alvorlige status på tænderne, foreslår behandlingsforløb og råder ham til at børste tænder flere gange om dagen, bruge tandtråd mm. Du får på fornemmelsen, at han stadig ikke forstår alvoren.

Hvilke overvejelser vil du gøre dig inden Martin forlader din klinik?

- Han har ikke så høj intelligens
- Forklare tingene step by step

Socialpsykologi herunder patient-behandler forholdet

Studiemål: Redegøre for relevante socialpsykologiske forhold og diskutere disse forholds betydning for den kliniske beslutningsproces, patientkontakt og patient-behandler forholdet

Hvad er compliance og adherence**Compliance** (Haynes et al., 1979)

Graden af sammenfald mellem patientens adfærd og den medicinske eller sundhedsmæssige behandling/råd/aftaler m.v

Dvs. ”eksperten” giver råd mv. til patienten, som patienten forventes at overholde.

- Compliance is essential to patient recovery but about half do not comply
- Graden af sammenfald mellem patientens adfærd og den medicinske eller sundhedsmæssige behandling/råd/aftaler m.v. Dvs. ”eksperten” giver råd mv. til patienten, som patienten forventes at overholde.

Adherence (Stanton: The Model of Adherence)

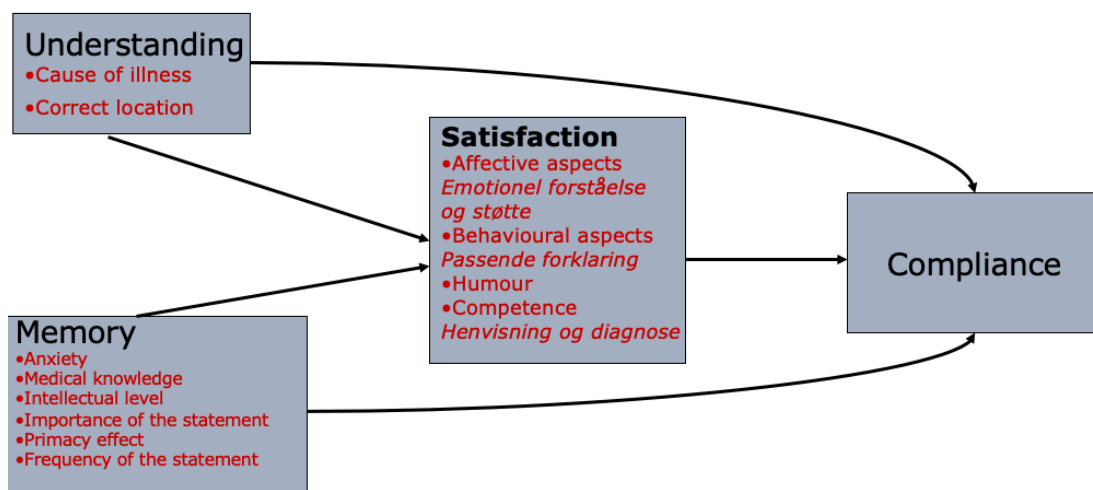
- Terminologisk skift fra compliance til adherence for at bryde med den traditionelle tænkning, hvor eksperten giver råd som patienten (blindt) følger.
- **Fokus er i stedet på øget kommunikation fra ”eksperten” til patienten, hvilket iflg. modellen medfører, at patienten får øget sin viden, mere tilfredshed og derfor øget adherence jvnf. ’den uddannede patient’.**
- Endvidere udbygger modellen Ley’s model ved at tage følgende med i betragtning i behandlingssituationen. Patientens:
 - Sundhedsoverbevisninger og holdninger (årsag til sygdom, frekvens af sygdom)
 - Locus of control (intern, extern)
 - Netværk og oplevet social støtte
 - Sygdommens/behandlings betydning for patientens livsstil
 - (jvnf. TPB-modellen)

Hvornår kan compliance være nedsat?

- Glemsomhed

- Afhenter ikke medicin
- Nedsat eller udeblevet effekt af behandlingen
- Reelle eller forestillede bivirkninger
- Uklar behandlingsprocedure
- Problemer med at håndtere medicinen/udstyr.
- Forstår ikke instruktionerne
- Prisomkostningerne
- Faktorer relateret til behandler eller patient-behandler forholdet.
- Manglende opbakning

Ley's cognitive hypothesis model of compliance



Modellen er skrevet dybdegående i kapitlet i med bogen

Satisfaction: Patienter har det med at compliance mere, når de er tilfredse med interaktionen med sundhedsgiveren.

** Men for at opnå denne tilfredsstillelse skal du møde folk, hvor de er (**memory** delen).

** Du skal have et starting point for samtalen: **understanding - cause of illness correct location.**

(Er skrevet dybere i med bogen eller i eksamensbesvarelse)

Hvorfor er compliance vigtig?

Patienten: Compliance bliver vurderet som afgørende vigtig da det at følge specialistens råd anses som essentiel for patientens helbred.

Omgivelserne: Compliance vurderes også som vigtig for patientens omgivelser idet manglende compliance kan være til gene for patientens omgivelser fx i form af længere sygdomsforløb, unødvendige kroniske lidelser, sygemelding mv.

Samfundet: Compliance har også en samfundsmæssig dimension idet dårlig compliance koster samfundet penge enten direkte i form af øgede sundhedsudgifter eller indirekte i form af tabt arbejdskraft, tidlig- og/eller førtids- pensionering mv.

Hvordan forbedres compliance

- Være opmærksom på de centrale faktorer der nedsætter compliance
- Forbedre formidlingen af informationen (viden)

Mundtlig Information

- **Primacy effect:** husker bedst det første man hører
- Understrege vigtigheden af compliance
- Diskutere problemerne i forhold hertil
- Forenkle informationen
- Gentagelse
- Så specifik information som mulig
- Follow-up konsultation

Skriftlig information (Ley and Morris, 1984)

- Skriftlig information om brug af medicin (forøger viden i over 90% af studierne, compliance med op til 60% og udfald med op til 57%)
- Mere relevant information medfører en forbedret kommunikationsproces, større patienttilfredshed mv.

Viden som faktor i patient-behandler kommunikationen

Information som er kommunikeret korrekt og tilpasset fra lægens side, er vigtig for at:

- Takle evt. reducere patientens og omgivelsens følelser fx angst, stress mv.
- Øge kontrol
- Forberede pt.+ omgivelser på mulige psykiske og fysiske følger af behandlingen

Hvad skal kommunikeres og adresseres i kommunikationen?

- *Emotional information:* følelser og håndtering af disse

- *Procedural information*: interventions- og behandlingsprocessen
- *Coping skills information*: mestningsstrategier
- *Behavioural instructions*: hvordan slapper man af, hvordan hoster man!
- *Post-treatment instructions*: hvad kan jeg forvente efter behandlingen?

Information som er kommunikeret korrekt og tilpasset fra lægens side er en vigtig faktor for at: (Beskrevet bedre og ved brug af en model i medkompendie)

- Reducere unødige og u hensigtsmæssige psykiske og fysiske konsekvenser af behandlings- og efterbehandlingsforløbet
- Øge compliance
- Fremme helbred – skabe det bedste resultat ud fra forholdene
- Korte ned på hospitalsopholdet og mindske udgiften til behandling

Lægevariabilitet

** Læger varierer ift. at diagnosticere astma (Andersson et al., 1983)

** Variation i valg af receptpligtig medicin (Maes, 1989)

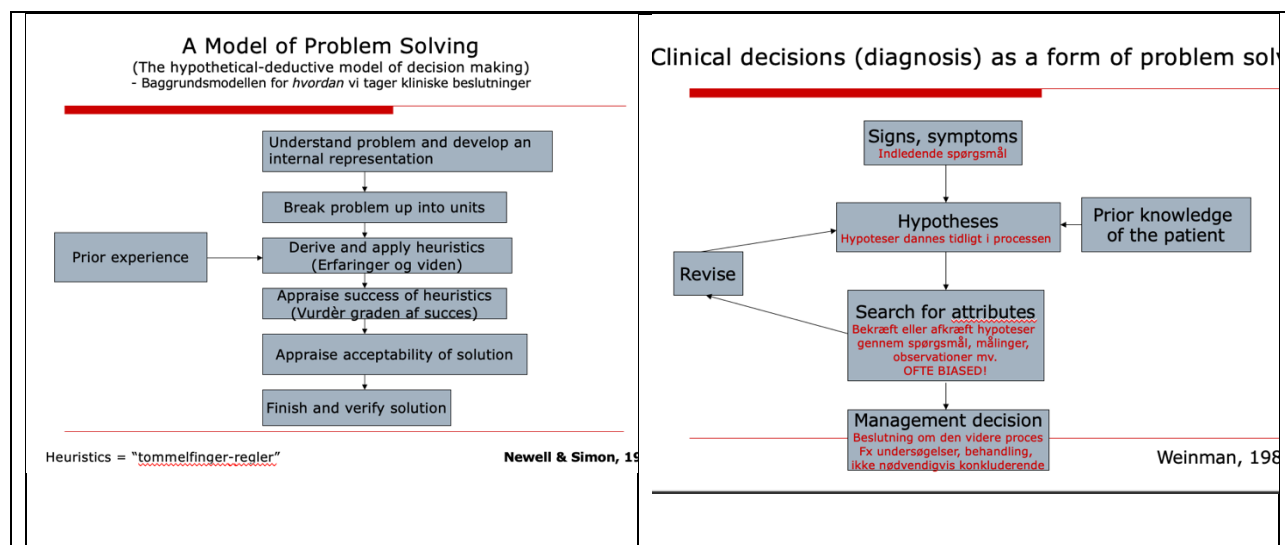
** Variation i blodtryksmåling (Bucknall et al., 1986)

** Variation i behandling af diabetes (Marteau & Baum, 1984)

Variabilitets forklaringer på baggrund af problemløsnings og kliniske beslutningsmodeller

Lægers variabilitet kan forklares ved at se på den diagnostiske proces:

- Besidder forskellig information og viden om pt. symptomer
- Udvikler forskellige hypoteser
- Bruger forskellige kriterier (viden, målinger, prøver, erfaring etc.) til at be- eller afkræfte hypoteser (ofte ud fra personlig erfaring)
- Har forskellig grad af bias fx forudindtagethed, fordomme, holdninger etc. i processen frem mod at be- eller afkræfte hypoteser
- Tager forskellige beslutninger omkring aspekter af behandlingsbeløbet som påvirker videre beslutninger i samme behandlingsforløb samt evt. efterbehandlingsforløbet



Lægen som lærd, patienten som lægmand

The expert vs. the layman: sygdomshypoteserne varierer omtrent lige så meget hos eksperten som hos patienten!

Hypotesedannelsen varierer primært på grund af følgende:

- Lægens udgangspunkt (biomedical- vs. biopsychosocial model)
- Lægens før-forståelse af en sygdom
- Personligt kendskab til patienten
- Lægens stereotypier
- Lægens humør (omstændighed, grad af interesse)
- Lægens profil (køn, alder, vægt, geografisk tilhørighed, tidligere erfaringer, personlighed etc.)

Socialpsykologiske perspektiver

Patient-behandler-interaktionens socialpsykologi

- **Fokus I:** Hvordan tænker vi i vores sociale verden (social thinking)
- **Fokus II:** Hvordan opfatter andre vores sociale adfærd (social influence)
- **Fokus III:** Hvordan overtaler vi andre mennesker (social relations)

Social thinking: attribuering (beskrevet mere detaljeret i med kompendium)

Hvad tillægger vi årsagen til handling og adfærd.

- Vi tillægger normalt det vi oplever og det vi kommer ud for en mening fx. sygdom.
- Vi tillægger oftest nogen eller noget 'ansvaret' for denne oplevelse

- Eksempel: Er/var der en mening med at jeg skulle få kræft? Er det min egen eller andres skyld?

- Vi er med andre ord *meningsskabende* sociale væsner

Hvilken slags tilskrivning

- Beskrivelse af den måde, hvorpå mennesker forklarer årsagerne til deres egen og andres adfærd
- **Interne tilskrivninger** (dispositionelle tilskrivninger (tilskrivning))
 - Det er noget ved personens karakter eller personlighed, der fører til adfærden
- **Eksterne tilskrivninger** (situationelle tilskrivninger)
 - Det er noget ved situationen eller noget ude af personens hænder, der førte til adfærden

Central begreber I vores sociale tænkning

- **Fundamental attribution error (attribution about other)**
 - Vi undervurderer den situationelle indflydelse (external) og overvurderer de personlige faktorer (internal) når vi vurderer og forklarer (andre) menneskers adfærd.
- **Self-serving bias (attribution about self)**
 - Tendens til at tilskrive vores succes til os selv og vores fiaskoer til andre og/eller situationelle faktorer

*** **Caveat:** Those who are severely depressed usually DO NOT engage in the SSB (but rather its opposite, such that they take credit for failure and excuse successes)

Dannelse og opretholdelse af indtryk

First impression

- **Primacy effect**
 - Tendens til at vægte indledende information højest: Primacy effecten reduceres fx når vi bliver bedt om ikke at træffe hurtigere afgørelser eller lægge vægt på andet end det første indtryk
- **Recency effect**
 - Tendens til at vægte den sidst modtagne information højt.

Skemaer

- Mentale rammer, opskrifter, guider som hjælper os med at organisere og fortolke information
- Stereotypes
 - Generaliserede meninger/holdninger over for situationer, grupper, individer mv.

Selvopfyldende profetier

- Menneskers fejlagtige forventninger der leder dem til at handle på en måde ift. andre som fremkalder den forventede adfærd eller respons og derved bekræfter den oprindelige fejlagtige forventning eller vurdering

Fordomme - en speciel type af holdninger

Fordom

- Holdning, synspunkt eller opfattelse som ikke er baseret på fakta. Ofte af negativ karakter og rettet mod en gruppe mennesker baseret på deres tilhørighed til en gruppe
 - Eksplicit fordom: åben og udtalt
 - Implicit fordom: skjult for andre
- Påvirker ofte følelser (emotion) i forhold til gruppen, og disse følelser er ofte negative
 - Det kan manifesteres som patient eller læge, idet at man kan have en bestemt fordom om tandlæger og derfor har en negativ emotion til det.
- Fordommen kan påvirke vores adfærd overfor gruppen
 - For tandlæger kan det ses som at patienten ikke kan lide os og opfører sig på en negativ måde.

At mindske stereotypier og fordomme: (mener nok den er beskrevet dybere i med bog)

Robber Cave Eksperimentet (Sherif et al., 1961)

- Umiddelbar gruppепolarisering, stereotypier og fordomme. Herefter:
 - kontakt mellem grupperne
 - grupperne tildeles samme status
 - arbejde mod samme mål der kræver samarbejde

Overtalelse

To "veje" til overtalelse:

- **Den centrale rute** involverer budskabsudbydning og bruges til at granske ideer, bestemme deres værdi og overveje mulige konsekvenser.
- **Den perifere rute** giver en hurtig accept eller afvisning af beslutning uden dyb overvejelse - ofte baseret på tillid til eller troværdigheden af præsentationen eller oplægsholderen.

Overtagelse: Hvad er vigtigst?

The communicator:

- Hvor troværdig er vedkommende (udseende, uddannelse, status mv.)

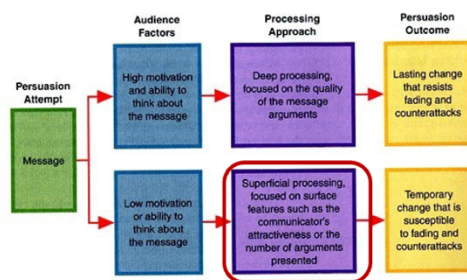
The message:

- Does not appear to aim to change our attitudes
- Fear appeals – the more fear inducing, the less effective

The audience: Karakteristika: Uddannelse, interesse, a-priori viden mv.

- Nogle vil have logiske argumenter, statistikker og fakta, andre mere erfaringsbaserede argumenter uden definitive konklusioner.
- To veje til overtagelse: **Elaboration Likelihood Model**
- *Den centrale overtagelse (se ovenfor)*
- *Den perifere overtagelse (se ovenfor)*

Elaboration Likelihood Model



- The audience: Karakteristika: Uddannelse, interesse, a-priori viden mv.
 - Nogle vil have logiske argumenter, statistikker og fakta, andre mere erfaringsbaserede argumenter uden definitive konklusioner.
- The communicator:
 - Hvor troværdig er vedkommende (udseende, uddannelse, status mv.)
- The message:
 - Does not appear to aim to change our attitudes
 - Fear appeals – the more fear inducing, the less effective

Salgsteknikker - teknikker I et socialpsykologisk perspektiv

Foot-in-the-door:

- Bed om en lille tjeneste, og efter at de har sagt ja, så bed om en større tjeneste

Door-in-the-face technique:

- Stil et stort krav/tilbud du forventer vil blive afvist. Stil derefter et mindre krav/tilbud som stadig er mere end det du i virkeligheden forventer du kan komme igennem med

Lowballing:

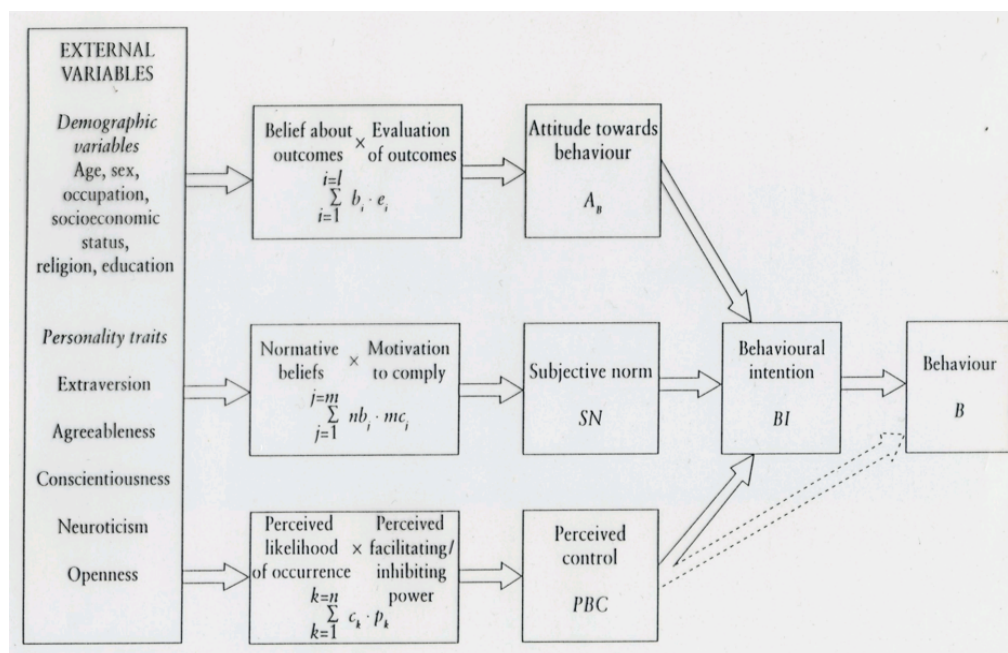
- Overtal en anden til at gøre en lille tjeneste og idet personen skal til at gøre den, bed om en udvidelse af eller en større tjeneste (sweeten the pot)

Hvordan kan vi bruge ovenstående viden i patient-behandler relationen?

- Eksempelvis når vi ber patienten om at børste tænder (lille tjeneste) og når de siger ja, tilføjer man ting de kan gøre.
- Door in the face, her kunne man sige til patienten at de skal bruge tandtråd HVER dag, og derefter tage den ned til 3 gange for så føler de at 3 gange er lidt og det kan man godt.

Social tænkning

'Teori af planned behaviour' – tjek under sundhedsadfærd.

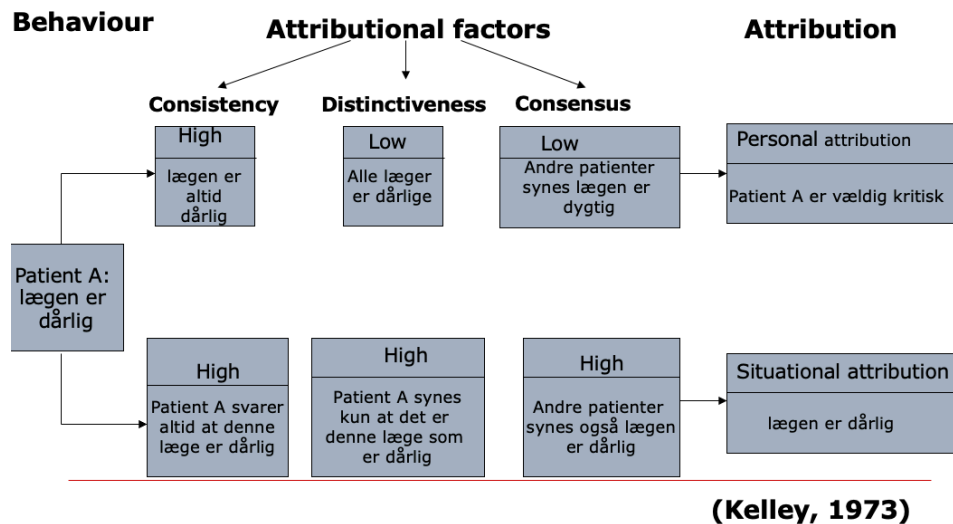


Ifølge Kelley er der 3 faktorer, som primært bestemmer hvordan vi attribuerer:

- Konsistens / Consistency (høj eller lav)
- Særpræg / Distinctiveness (høj eller lav)
- Konsensus / Consensus (høj eller lav)

Fokus I: social tænkning

Dannelse af personlig og situationel attribuering



Holdningsændring: dissonansteori

Kognitiv dissonansteori

- Oprindelig udviklet af den tidligere Stanford University psykolog **Leon Festinger**
- Teorien antager at **kognitiv dissonans** er en stressfuld/pinefuld (distressing) mental tilstand som manifesteres når der er **inkonsistens mellem holdninger og/eller adfærd**.

Styrken af dissonansen er bestemt af:

- Antallet af 'dissonanser'
- Styrken af dissonanserne
- Kognitiv dissonans kan løses på flere måder
 - ændre holdning
 - ændre adfærd

- ændre oplevelse
- Kognitiv dissonans teknikker
 - Reducere vigtigheden af det der medfører dissonansen
 - Tilføjer konsonans
 - Forandre dissonansen så den ikke længere eksistere eller er inkonsistent

Noter:

Diskuter nogle individuelle og socialpsykologiske faktorer, der kan have betydning for lægepatient forholdet og behandlingsforløb. (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

De centrale faktorer som kan have betydning for læge patientforholdet er bl.a. faktorer såsom normer, roller, holdninger, selvopfyldende profetier, attributions, self serving bias mm. Det kan derudover også være social indflydelse, prosocial adfærd og holdninger. Jeg vil komme ind på nogle af disse faktorer og beskrive deres betydning for lægepatient forholdet samt selve behandlingsforløbet.

Socialpsykologien forklarer relationen mellem patient og behandler samt hvordan vi indbyrdes påvirkes af hinanden. Dette kan også bruges til at forstå hvordan vi som tandlæger kan påvirke vores patienter så vi kan få fremmet mundsundheden. Normer er det system af forventninger som knytter sig til en funktion i samfundet, det er gældende både for patient såvel som behandler. En norm kunne eksempelvis være at møde til tiden eller at ens tid bliver overholdt. Hvis man som patient møder op til en aftalt tid, og skal vente meget længere i venteværelse, vil det fører til en følelse af at ens tid ikke er respekteret. Det samme gør sig gældende for tandlægen, hvis ens patient ikke møder til den planlagte tid eller melder afbud. Dette vil skabe frustrationer. En anden norm kunne være, hvis vi som tandlæger ikke mødte præsentable op på arbejde, og ikke virkede professionelle. Dette vil have en indvirkning på patienten, som vil opfatte os som usikre eller ikke egnet til opgaven, hvorved patient-behandler forholdet påvirkes.

Patient-forholdet kan også påvirkes af roller. Nogle patienter og behandler kan godt identificere sig med hinanden, og hvis man har noget tilfælles er der en større sandsynlighed for at de får hjælp.

Holdninger har også en betydning samt forventninger. Hvis vi som behandler forventer, at vores patienter ikke kan opretholde en god mundhygiejne, så vil det også ske, at deres mundhygiejne ikke forbedre sig.

En af de socialpsykologiske faktorer der kan have betydning for patient-behandler forholdet er bla. **attribuering**. **Vi har det med at tillægge handlinger en årsag**. Eksempelvis hvis patienten taler til os med en hård tone, prøver vi at tillægge det en mening eller en årsag, også kan det være med ender med at tænke, det er bare sådan han/hun er. Men at det faktisk viser sig, at patienten blot er angst for os, og derfor har den hårde tone. **Vi kan derfor komme til at reagere på dette, og ved at have viden om det kan vi bedre håndtere situationen.**

Målet med lægepatient forholdet er sundhed, og det kan vi opnå gennem **adfærd**. Hos sundhedspersonalet er der mange ting der påvirker beslutningstagen. Det er bla. lægens egen **overbevisning, lægens vurdering af sandynsligheden og behandlingsmuligheder**. Men patienten har også en stor betydning, da patientens syn på situationen og forventningerne til behandlingen er med til at føre til succes. Det er her **compliance** kommer ind.

Compliance er graden af sammenfald mellem patientens adfærd og behandleren. Med andre ord så er det de råd eks. **tandlægen giver til patienten, som forventes at blive overholdt af patienten.**

Denne **compliance** påvirkes af adskillige faktorer. Det vigtigste er, at patienten skal være tilfreds med interaktionen med behandleren. Men det kræver også noget af behandleren, da behandleren skal møde patientens forventninger. En god compliance kan man opnå på forskellige måder. **Bla. kan man forbedre ens formidling af viden, enten mundtlig men også skriftligt, hvis patienten har brug for dette.**

Der kan nævnes den **primacy** effect, hvilket betyder, at patienten husker bedst **hvad der bliver sagt først og sidst**, derfor kan man udnytte dette ved at fremhæve det vigtigste i starten og til slut, og sørge for at gentage sig selv flere gange.

Man skal sørge for at forenkle informationen så meget som muligt, så patienten kan optage informationen uden at det bliver for meget.

Det også rigtigt vigtigt at man viser patienten at man interesseret **i dem**, brug altid deres navn, introducere dig selv, vær venlig, ikke have krydsende arme og vise afvisende kropsholdning. Se

patienten i øjenene når du taler til dem, stil dem spørgsmål og spørg dem om de har nogle spørgsmål de ønsker svar på.

Variabilitet skal både beskrives for patient men også for behandleren.

MANGLER JØRGEN CASE

Hvilken konsekvens har disse attribuerings-processer for patient-behandler dynamikken?

- Lav et eksempel med FAE
- Lav et eksempel med SSB

PSYKOSOMATIK

Studiemål til dette emne:

- Diskutere sundhedsadfærd og sygdomsperception, herunder socialkognitive modeller, smerteteori, placebo, begreber og modeller knyttet til psykosomatik og somatisering, samt psykiske egenskaber som risikofaktorer

Psykosomatik definition

- Sygdom uden påviselig årsag: sygdomsoplevelse
- Er det en sygdom hos individet eller er det en betegnelse for en process, hvor individuafhængige faktorer med inddrages
- Er det en psykisk eller somatisk lidelse?

Psykosomatisk indkreds:

- Fysiske symptomer med psykisk komponent
- Symptomer medfører nedsat funktionsniveau og livskvalitet
- Symptomårsag kan ikke påvises vha kliniske eller parakliniske undersøgelser
- Ukendt årsagssammenhæng (ætiologi) og sygdomsmekanisme
- Diagnosen stilles først når anden somatiske sygdom eller psykiatrisk lidelse er blevet udelukket

Funktionelle lidelser hos almindelige mennesker

- Krop
- Hjerne
- Fordøjelsessystem
- Somatiske markør
- Fibromyalgi
- Kronisk træthedssyndrom
- Fordøjelsessygdomme
- Det er ofte kun subjektive klager, men der er ingen parakliniske fund årsagen er ukendt.

Udelukkelsesdiagnose:

Somatisk differentialdiagnostik

- **Neurologisk:** Epilepsi
- **Reumatologisk:** Gigt
- **Immunologisk:** Fødevareallergi (fx cøliaki)
- **Endokrinologisk:** Stofskiftesygdomme
- **Gynækologisk:** Endometriose
- **Onkologisk:** Bygspytkirteltumor

Funktionelle vs psykiatriske diagnoseR:

Psykiatriske lidelser

- Primær symptompræsentation er psykisk/adfærd
- Sygdomsindsigt??
- Fokus på at klassificere og standardisere sygdomstilstande

Funktionelle Lidelser

- Primær symptompræsentation er fysiske klager
- Sygdomsindsigt??
- Fokus på at klarlægge livsbegrænsninger pga symptomer

Psyke eller soma - en forældet dualisme

Plato (424-348 BC)

- Krop (fysisk) og sjæl (ikke-fysisk) er adskilte fænomener

Descartes (1596-1650)

- ▶ Substans-dualisme: Krop og sind er kausalt forbundet, men bevidstheden er ikke et fysisk substrat

Moderne lægevidenskab

- ▶ Reduktionisme: Krop-psyke forholdet er gensidig dynamisk. Bevidsthed som funktion af hjerneaktivitet

4 vinkler

- **Ætiologisk**
- **Symptomatologisk**
- **Behandlingsmæssigt**
- **Subjektivt/fænomenologisk**

Ætiologisk

- Enten psykisk eller fysisk årsagsforklaring
- 3 muligheder: psyko-endokrinologi, psyko-immunologi - immunforsvar, psyko neurofysiologi - hjernen
- Skarp skilning giver ikke mening

Symptomatologisk

- Subjektive symptomer
- Objektive symptomer
- Kliniske og parakliniske fund
- Generelt: bekymringer og fysiske symptomer, lægen fastholder mange undersøgelser.

Somatoforme tilstande

- Psykisk sygdom, som kommer til udtryk som fysiske symptomer
 - **Lette**
 - Helbredstjek eller rådgivning
 - Naturlig stress-belastningsreaktion
 - **Moderate**
 - Udifferentieret stress/belastningsreaktion
 - Tilpasningsreaktion
 - Hypochondriasis (moderat-svær)

- Fysiske symptomer v. anden psykisk lidelse (moderat-svær)
- **Svære**
 - Funktionel somatisk stress-disorder – kronisk træthedssyndrom, diffuse men alvorlige klager
 - Dissociativ tilstand el. forstyrrelse; lammelser, føleforstyrrelser, blindhed, kognitive symptomer (amnesi); ”Totstellreflex”.
 - Fictitious disorder –eksempel; Synåle; blod i ansigt
 - Münchausen by proxy– Selvpåført lidelse på andre – histrioni.
 - ”Anden funktionel lidelse” – fysiske klager mest prominente; ved korrekt diagnose forsvinder tilstand
 - Sygdomsbekymring/angst – har ofte lidelse, som de bekymrer sig uforholdsmæssigt meget over. ”Dyne af død”

Behandlingsmæssigt

- Psykisk eller somatisk behandlingsmetode
- Behandlingsmæssigt ikke tvivl om, at det er psykiatrisk problemstilling. Psykiatrisk behandling er det eneste der har vist dokumenteret effekt.
- Kognitive terapi, neuroaffektiv terapi, liaisonpsykiatri eller center for komplekse symptomer.

KROP-PSYKE relation i neurovidenskab.

- 1) Mental beslutning om at række ud
- 2) Aktivering af relevante hjerneområder
- 3) Signal til muskler om aktivering
- 4) Bevægelse med online feedback
- 5) Sensorisk stimulus (varme)
- 6) Refleksiv tilbagetrækning

Almindelige psykosomatiske reaktioner:

-Sympatisk nervesystem: Fight or flight

-Parasympatiske nervesystem: Rest and digest

Psykosomatiske symptomgrupper:->

Kognitive og emotionelle reaktioner:

Depressive symptomer

- ▶ Nedtrykt humør
- ▶ Grådlabilitet
- ▶ Nedsat selvtillid
- ▶ Håbløshedsfølelse
- ▶ Isolationstendens
- ▶ Skyldfølelse
- ▶ Selvmordstanker

Nervøse symptomer

- ▶ Ruminering
- ▶ Rastløshed/indre uro
- ▶ Søvnbesvær
- ▶ Træthed
- ▶ Overfølelsomhed (fx støj)
- ▶ Irritabilitet
- ▶ Anspændthed
- ▶ Muskelspændinger
- ▶ Spændingssmerter (fx hovedpine)

Kognitive symptomer

- ▶ Koncentrationsbesvær
- ▶ Hyper/hypofokus
- ▶ Hukommelsesbesvær
- ▶ Manglende overblik

Kardiopulmonale

- ▶ Varme/koldsved
- ▶ Rysten eller sitren
- ▶ Tør mund
- ▶ Hjerterebanken
- ▶ Sommerfugle i maven
- ▶ Svimmelhed
- ▶ Trykken eller smerter i brystet
- ▶ Vejrtrækningsbesvær

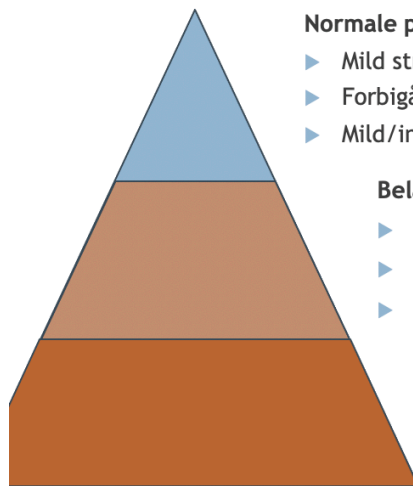
Gastrointestinale

- ▶ Diarré
- ▶ Ondt i maven
- ▶ Sure opstød
- ▶ Kvalme
- ▶ Opkast

Muskuloskeletale

- ▶ Muskelsmerter
- ▶ Ledsmarter
- ▶ Rygsmerter
- ▶ Transitive smerter
- ▶ Føleforstyrrelser
- ▶ Lammelser

Fra normale, til patologiske reaktioner:



Normale psykosomatiske reaktioner

- ▶ Mild stressor
- ▶ Forbigående
- ▶ Mild/ingen funktionsnedsættelse

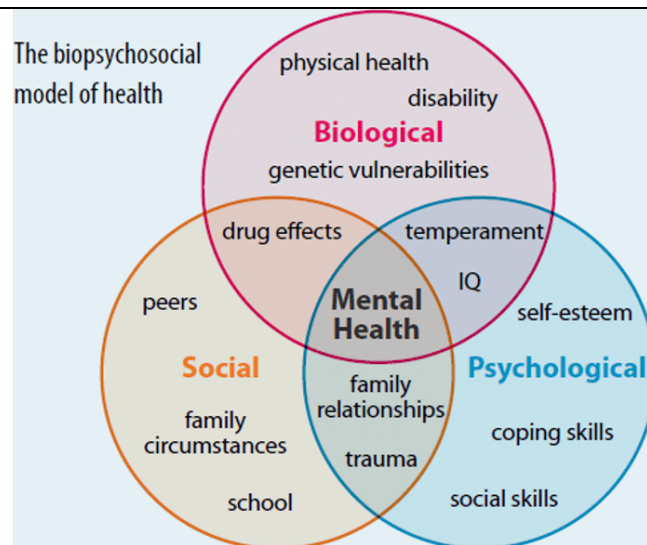
Belastning/tilpasningsreaktioner

- ▶ Belastende stressor
- ▶ Subkronisk/kronisk
- ▶ Moderat/svær funktionsnedsættelse

Funktionelle lidelser

- ▶ Multifaktoriel udløsende faktor
- ▶ Subkronisk/kronisk
- ▶ Moderat/svær funktionsnedsættelse

Bio-psyko-sociale model:



Den bio-psyko-sociale model er en tilgang inden for sundhedspleje og medicin, der anerkender, at menneskets helbred og sygdom ikke blot kan forklares ud fra biologiske faktorer, men også involverer psykologiske og sociale komponenter. Dette perspektiv stræber efter at forstå interaktionen mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer i forbindelse med sundhed og sygdom.

1. Biologisk (Bio): Den biologiske dimension fokuserer på kroppens fysiologiske processer og strukturer. Dette inkluderer genetik, neurokemi, organfunktioner og andre biologiske systemer. Inden for denne model anerkendes betydningen af genetiske faktorer, biokemiske processer i hjernen og andre fysiologiske aspekter i forståelsen af, hvordan sundhed og sygdom udvikler sig.

2. Psykologisk (Psyko): Den psykologiske dimension fokuserer på individets mentale sundhed, adfærdsmæssige mønstre, kognitive processer og følelsesmæssige tilstande. Dette inkluderer psykologiske faktorer som stress, coping-mekanismer, personlighed, og hvordan disse aspekter påvirker individets helbred og reaktion på sygdom.

3. Social (Soc): Den sociale dimension adresserer de omgivende samfunds- og miljømæssige faktorer, der påvirker sundhed. Dette inkluderer kulturelle normer, socioøkonomisk status, sociale støttesystemer, arbejdsmiljø og andre sociale determinanter. Sociale faktorer kan påvirke adgangen til sundhedspleje, livsstil og adfærd på en måde, der påvirker individets helbred.

**** Eksempel med tandsundhed:**

Den bio-psyko-sociale model er en tilgang inden for sundhedspleje, der anerkender, at menneskers sundhed og sygdom ikke blot kan forklares ud fra biologiske faktorer, men også involverer psykologiske og sociale elementer. Når vi overfører dette til tandsundhed, kan vi se, hvordan de tre aspekter kan spille en rolle:

1. Biologisk (Bio):

- **Tandstruktur og sundhed:** Biologiske faktorer i tandsundhed inkluderer genetik, tandstruktur, og immunsystemets funktion. For eksempel kan genetiske faktorer påvirke, hvor modtagelige nogen er for caries eller andre tandproblemer.

- **Sygdomme og medicin:** Systemiske sygdomme og medicin kan have indvirkning på mundens sundhed. For eksempel kan medicin forårsage mundtørhed, hvilket øger risikoen for tandproblemer.

2. **Psykologisk (Psyko):**

- **Stress og tandproblemer:** Psykologiske faktorer som stress kan påvirke tandsundheden. Mennesker, der oplever kronisk stress, kan have tendens til at forsømme oral hygiejne, hvilket kan føre til tandproblemer som karies eller tandkødssygdomme.
- **Vaner og adfærd:** Psykologiske faktorer spiller også en rolle i mundhygiejnevener. For eksempel kan personer med dårlig psykisk sundhed have sværere ved at opretholde sunde tandplejevaner.

3. **Social (Soc):**

- **Socioøkonomisk status:** Sociale faktorer som økonomisk status kan påvirke adgangen til tandpleje. Personer med lav indkomst har måske ikke råd til regelmæssige tandlægebesøg, hvilket kan påvirke deres munds sundhed.
- **Kulturelle praksisser:** Sociale og kulturelle normer kan også påvirke, hvordan folk plejer deres tænder. Nogle kulturer kan have traditionelle metoder til mundpleje, der kan påvirke tandsundheden.

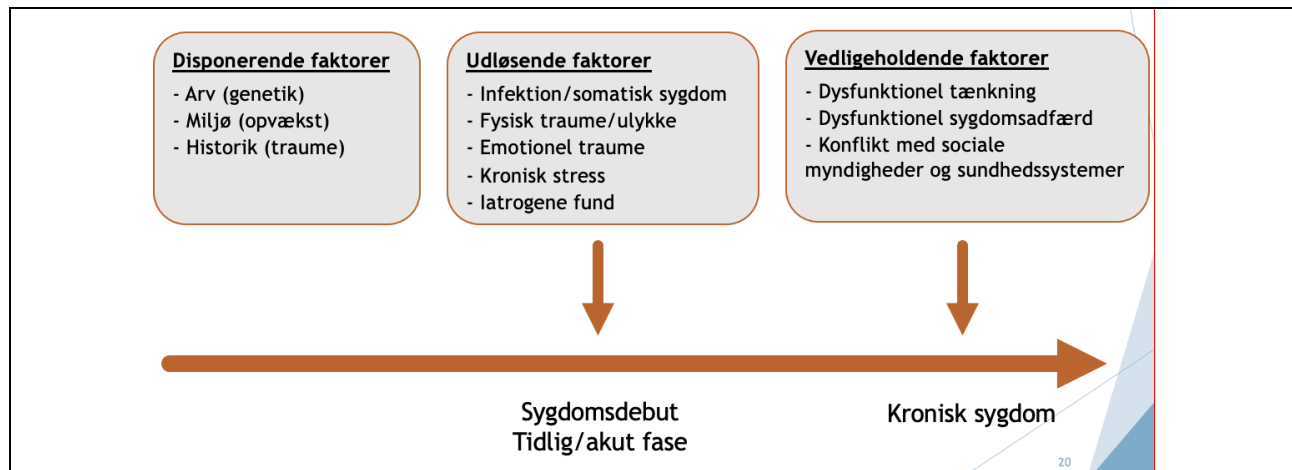
Sammenfattende viser bio-psyko-sociale model, hvordan tandsundhed ikke blot kan forstås ud fra biologiske aspekter, men også kræver en holistisk tilgang, der tager højde for psykologiske og sociale faktorer. Denne tilgang kan hjælpe sundhedsprofessionelle med at udvikle mere effektive og omfattende strategier til at forbedre tandsundheden hos enkeltpersoner og samfundet som helhed.

Forbindelsesveje mellem Psyke (Hjerne) og Soma (Krop): Forbindelsesvejene mellem psyke og soma er komplekse og involverer et netværk af biologiske, neurologiske og psykologiske processer. Her er nogle eksempler på, hvordan psyke og soma er forbundet:

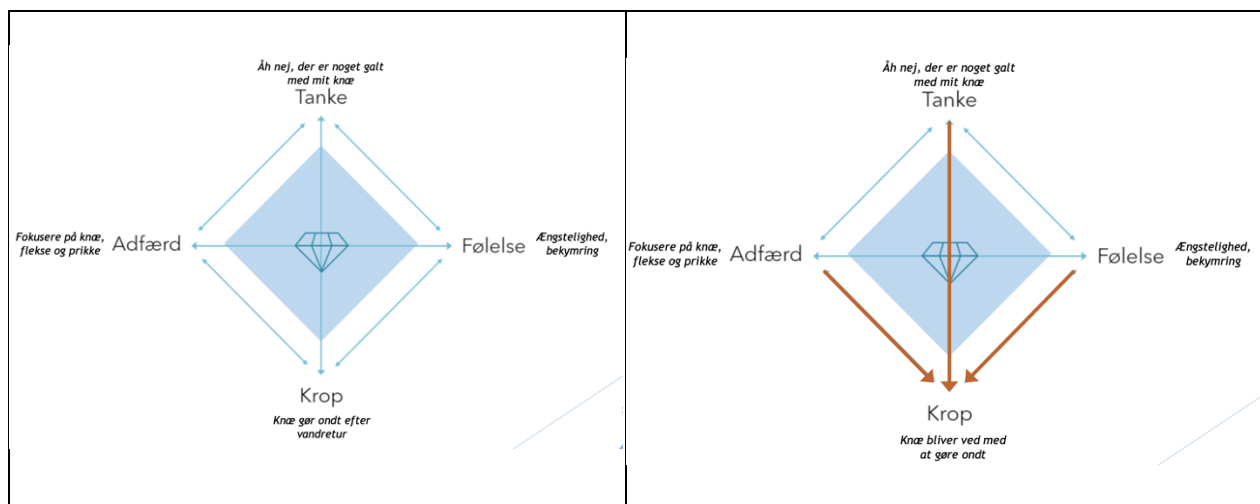
- **Neurotransmittere og Hormoner:** Signalstoffer som neurotransmittere i hjernen og hormoner i kroppen spiller en rolle i reguleringen af både mentale og fysiske processer.
- **Stressrespons:** Psykologisk stress kan udløse en fysisk stressrespons, der påvirker kroppens funktioner som hjerte, immunsystem og fordøjelsessystem.
- **Placeboeffekten:** Troen på, at en behandling virker, kan udløse ændringer i hjernens kemi og dermed påvirke kroppens reaktion på sygdom.
- **Livsstilelsfaktorer:** Psykologiske faktorer som stress, angst eller depression kan påvirke livsstilsvalg, såsom kost, motion og søvn, hvilket igen påvirker kroppens sundhed.

Den bio-psyko-sociale model er nyttig, da den understreger vigtigheden af en holistisk tilgang til sundhedspleje, der inddrager både biologiske, psykologiske og sociale aspekter for at forstå og behandle sygdom og fremme sundhed.

Disponeret, udløsende, vedligeholdende faktor:



Den kognitive diamant:



Kognitiv adfærdsterapi har fokus på forholdet mellem **tanker, følelser, krop og adfærd**, og den kognitive diamant bruges som model til at illustrere sammenhængen og den indbyrdes påvirkning mellem de fire elementer.

Sagt på en anden måde: den kognitive diamant beskriver **samspeilet** mellem tanker, følelser, kropslige symptomer og adfærd. Når vi bruger den i forbindelse med angstbehandling, handler det om at få øje på de mønstre der er og forsøge at bryde dem.

Vigtig pointe! Alle dele i den kognitive diamant kan påvirke de andre dele. Det er derfor, at fx åndedrætsøvelser (krop) også kan påvirke kognitioner (tanker) – ro i kroppen skaber bedre forudsætning for tænkning.

Behandling af angst

- Kognitiv adfærdsterapi (Kat')
- Antidepressive SSRI – her kan benzodiazepiner os anvendes.

- Kombination af Kat og antidepressive
- Antidepressive kan bidrage til øget effekt af psykoterapi.

Eksposering

- Graden af angst kan dale over tid.
- Eks. Med tænder – i længere tid vi kan holde patienten inde i lokalet, jo mere falder deres angst. Nogle patienter tør næste ikke komme ind i klinikken til at starte med.

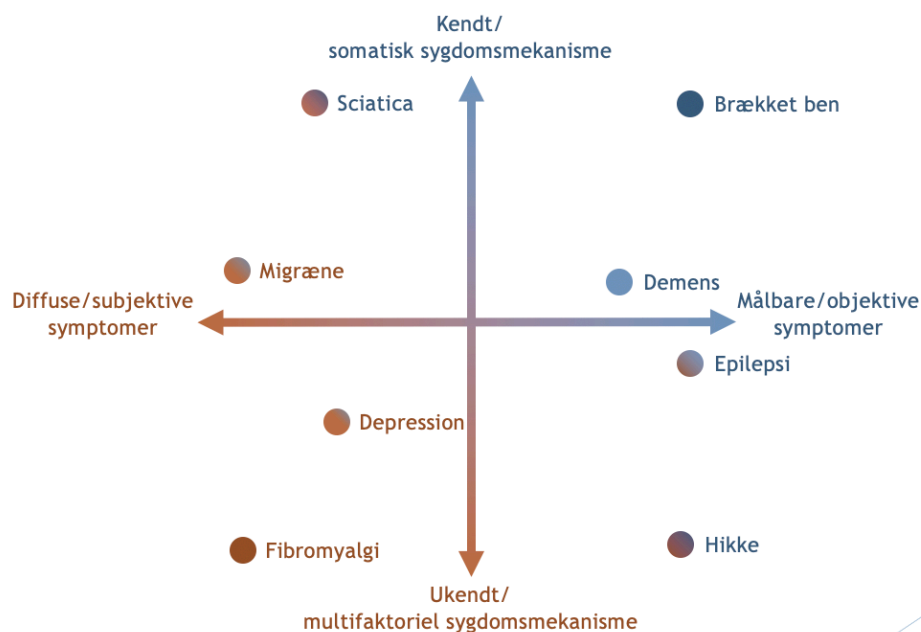
Kognitive diaman

- Ændrer man på adfærden vil man kunne ændre på det kropslige, tanker og følelserne.

Placebo og nocebo effekter:

- Forventnings- og konditioneringseffekt
- Målbare fysiologiske/molekylære ændringer i:
 - Endogene endorphen system
 - Endogene opioid system (kan blokeres af naloxone)
 - Immunrespons
 - Hjerneaktivitet

Psykosomatisk spektrum



Fra let til svær psykosomatik

Lette	Moderate	Svære (syndromer)
Helbredstjek eller rådgivning Naturlig stress- belastningsreaktion	Udifferentieret stress/belastningsreaktion Tilpasningsreaktion Fysiske symptomer v. anden psykisk lidelse (moderat- svær) Helbredsangst	Fibromyalgi Postviralt træthedssyndrom Non-epileptiske anfald Irritabel tyktarm Kronisk piskesmæld Kronisk komplekst smertesyndrom *Kronisk træthedssyndrom

Forekomst og kønsforskelle

- ~10% af mænd og ~16% af kvinder har fået stillet minimum én funktionel diagnose i Danmark
 - ~1-2% er svært invaliderede
- Hos børn er forekomsten af behandlingskrævende funktionelle symptomer ~4-10%
- Høj komorbiditet med psykiatriske og somatiske lidelser

Behandling:**Almen praksis**

- Udredning (evt med viderehenvisning)
- Psykoedukation
- Sygdomshåndtering/mestring

Andre tilbud

- Psykolog (kognitiv terapi, skematerapi, neuroaffektiv terapi)
- Fysioterapi
- Psykofarmaka (antidepressiva, søvnmedicin)
- Socialmedicinsk udredning
- Speciallæger (fx reumatologer, neurologer)
- Regionale centre →

Psykiatriske patienter

- Funktionelle lidelser og andre psykiatriske syndromer
- Organiske lidelser
- Affektive lidelser
- Angstlidelser
- Spiseforstyrrelser
- Personlighedsforstyrrelser

Angst:

- Fobier, generaliseret angst. PTSD.
- Uro og autonome symptomer

Organiske lidelser: stofmisbrug

- Alkohol
- Cannabis
- opioider
- Hætter
- Lattergas
- Osv.

Psykoselidelser - skizofrenispektrum

- Vrangforestillingsproblematik
- Angst: somatiske vrangforestillinger, bizarre vrangforestillinger, misbrug bredt: cannabis osv.

Affektive lidelser:

- Vrangforestillingsproblematik
- ANGST
- Nihilistiske vrangforestillinger
- Kropsligt: Uro, agitation, træthed
- Bekymringstendens
- Ruminationstendens
- Dysintegration af emotionsliv – case om suicidieforsøg
- Misbrug ofte ”downers”: alkohol, cannabis, benzodiazepiner m.m.

- Manisk psykose – URO – fart på.

-

Spiseforstyrrelser:

- Grundlæggende dysmorf opfattelse
- SKAM
- ANGST – autonome symptomer
- Emotionel dysintegration
- Avoidans
- ”Kick” v. bulimi; elitesport
- Anorexi; angst; skam; hyperkontrolbehov
- Sjældent misbrug af andet end mad, væske og træning
- Man bliver træt af at være underernæret samt overtræne

Personlighedsforstyrrelser

- Grænseløshed vs. skyhed
- Dårligt regulerede relationer – blandingsbatteri; pendul
- ANGST
- ”Ondt i maven” – separationsangst – gabaenergt misbrug
- Kontrolbehov men læderet impulshæmning
- Misbrug bredt; ofte alkohol, cannabis, kokain/amfetamin, sex
- Man bliver træt af at være emotionelt og relationelt ureguleret

Patientjournalen

Symptombillede:

- Subjektive fysiske symptomer (smerte, sanseforstyrrelser etc)
- Objektive symptomer (hævelse, udslæt, reflekser)
- Kliniske og parakliniske undersøgelser (fx blodprøver, skanninger etc)
- *Udelukkelsesdiagnose*

Generelt:

- Bekymringer og diffuse fysiske symptomer
- Mange lægeundersøgelser

- Afstandstagen til psykologiske forklaringsmodeller/behandlingstilbud

Patientperspektivet

- Kan opleve ikke at blive hørt/troet på
- Kan opleve at blive talt ned til
- Kan føle sig diskrimineret og marginaliseret
- Kan opleve at blive 'kasteboldt' i systemet
- **Kan opleve ikke at få den efterspurgte hjælp**

Behandlerperspektivet

- Kan opleve patienten som konfliktskabende og besværlig
- Kan opleve patienten har dårlig sygdomsindsigt
- Kan opleve patienter afviser diagnosen
- Kan opleve frustration over at skulle håndtere patient uden for speciale
- **Kan opleve at patienten er uforholdsvist ressourcekrævende**

Samfundsperspektivet

- Historisk stor stigmatisering af funktionelle lidelser
 - Hysteri
 - Indbildt syge
 - Simulering
 - Opmærksomhedskrævende (histrionisk)
 - Ikke medicinsk/genuin/ægte/rigtig/legitim sygdom
- Historisk underprioriteret på både forsknings- og behandlingsplan

Psykosomatik

- Begreb der referer til det forhold mellem det fysiske og psykologiske. Det er en sygdom/sygdomsoplevelse uden en påviselig årsag.

Eksempler på disse lidelser kan være i kroppen, hjernen, fordøjelsessystemet, men også i mundhulen. Det er oftest subjektive klager som patienten har, men der er ingen kliniske fund på sygdommen.

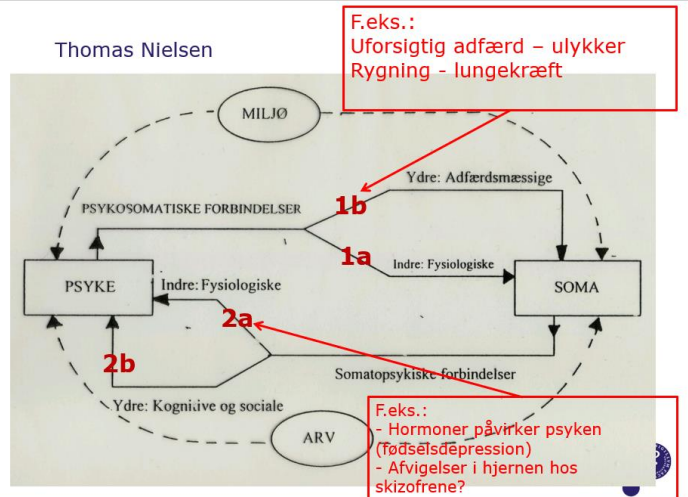
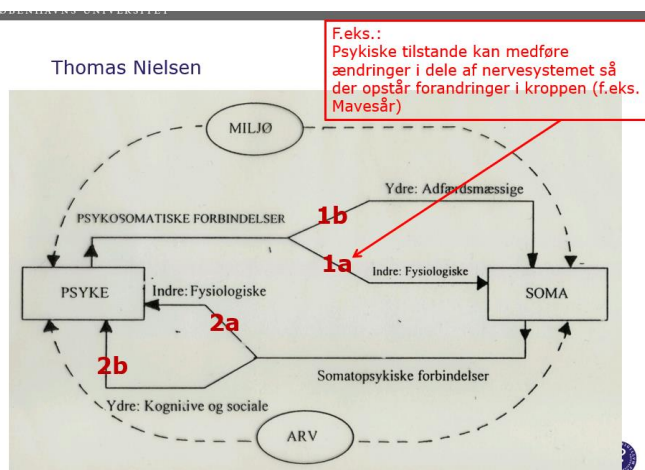
Eksempler på sygdomme i tandlægeverden er bl.a. burning mouth syndrome, atypical odontalgia, oral cenesteopathy, occlusional disformkort mm.

Indenfor psykosomatikken er der en række begreber som kan beskrive det her sammenspil mellem det psykologiske og det fysiske (somatiske symptomer).

Somatisering: fysiske symptomer som ikke stammer fra somatisk lidelse og er en jonfysisk oprindelse.

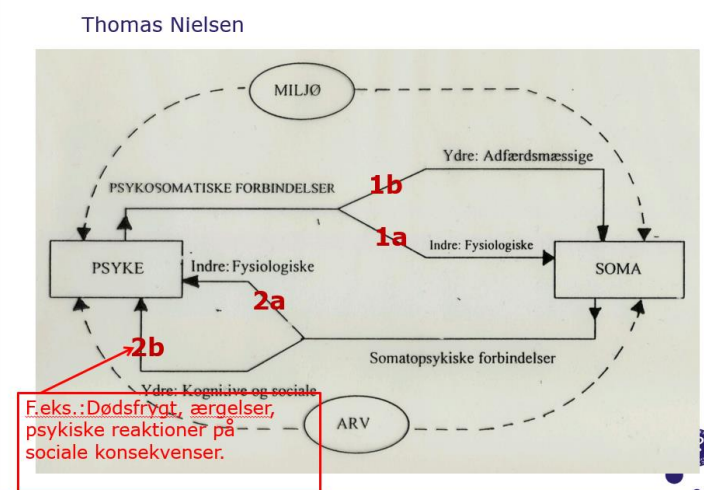
Andre begreber er psykosomatisk lidelse, somatisering lidelse, hypokondria, osv.

Thomas nielsens biopsykosociale model er en relevant model, da det forklarer interaktionen mellem psyke og soma.



Modellen appliceret på tandlægefager:

Hvis man er stresset kan immunsystemet blive påvirket via nervesystemet og det kan forværre parodontitis. Den psykiske tilstand kan også påvirke ens adfærd, at man f.eks. ikke børster tænder godt eller at man ryger, hvilket også forværrer parodontitis. Parodontitis kan påvirke patienten ved at give forringet livskvalitet.



usikkerhed omkring at smile og være social, hvilket kan føre til isolering. Nogle af de bakterier som er påvist ved parodontitis er også fundet ved prøver i hjernen.

SUNDHEDSADFÆRD OG SYGDOMSADFÆRD

- Diskutere sundhedsadfærd og sygdomsperception, herunder socialkognitive modeller, smerteteori, placebo, begreber og modeller knyttet til psykosomatik og somatisering
- Kunne nævne de væsentligste 'stage' (stadie) modeller og socialkognitive modeller for sundhedsadfærd og beskrive dem i grove træk
- Fyldestgørende kunne beskrive: Stages of Change Model, Health Belief Model og Theory of Planned Behaviour
- Kunne redegøre for Leventhals sygdomsmodel
- Kunne diskutere fordele og ulemper ved modellerne

NØGLEORD:

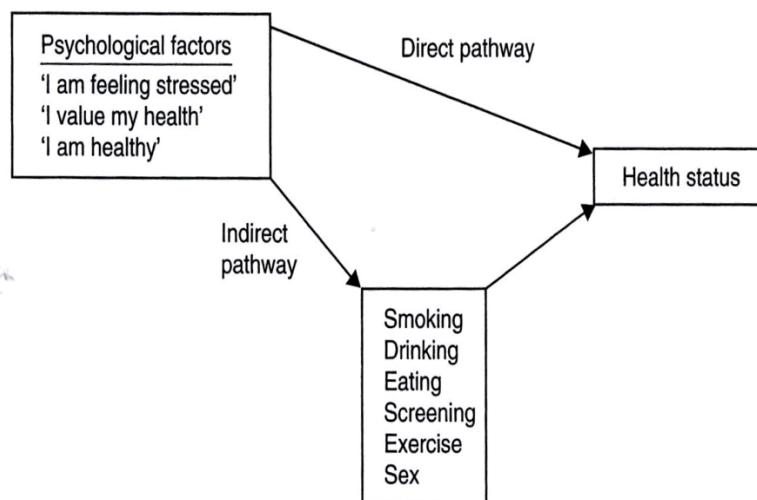
Sundhedsadfærd:

- Sundhedsadfærd
- Sundhedsrelateret adfærd
- Sygdomsadfærd
- Socialkognitive modeller
- Stage (stadie) modeller
- Health locus of control
- Urealistisk optimisme
- Expectancy-value principle
- Helbredstrusler og fear appeals
- Attituder og subjektive normer
- Adfærdskontrol og self-efficacy
- Intentioner

Sygdomsperception:

- Dimensioner i sygdoms- og sundhedsopfattelser
- Sygdomskognitioner
- Self-regulatory model
- Sygdom som krise
- Coping med sygdom
- Kognitiv adaption

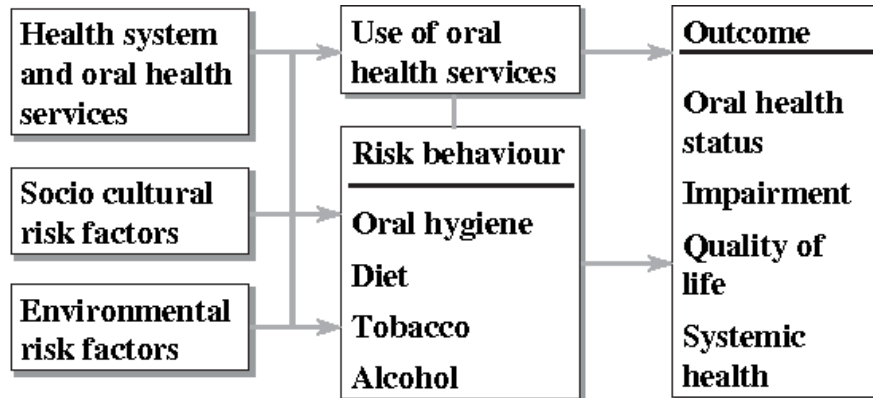
Direkte og indirekte forbindelser mellem psykologiske faktorer og helbred:



Sundhedsadfærd:

- Sundhedsadfærd har det formål at undgå sygdom. (Eks. Børste tænder)
- Sundhedshæmmende = patogener
- Sundhedsfremmede = immunogener

Sundhedsadfærd og oral sundhed:



Petersen, WHO 2002

Sygdomsadfærd:

- Formål er at søge hjælp - Fx når man får til tandlægen, fordi man eksempelvis har ondt i tænderne.

Syge-rolle adfærd:

- Formål er at få det bedre: tage medicin, hvile sig, forebygge komplikationer.

Health locus of control (står mere i med komp)

Internal locus of control

- Jeg er selv ansvarlig for min tandsundhed

External locus og control

- Faith - om jeg har sunde tænder eller ej er et spørgsmål om held
- Powerful others - Jeg må bare gøre som min tandlæge siger

→ Påvirker ssh. for adfærdsændringer + påkrævede kommunikationsstil fra fagfolk

Risk Perception - Urealistisk optimisme

- Antagelse: fortsat usund adfærd, skyldes upræcis opfattelse af risiko/udsathed overfor helbredstrussel
- Kognitiv overvurdering af ens egne evne og undervurderer risikoerne.

Selvvurderet risiko - alkoholproblemer	Alkoholindtag		
	Under gennemsnittet	Gennemsnit	Over gennemsnit
Under middel	Realister	Urealistiske optimister	Urealistiske optimister
Middel	Urealistiske pessimister	Realister	Urealistiske optimister
Over middel	Urealistiske pessimister	Urealistiske pessimister	Realister

Modeller for sundhedsadfærd

Overordnet formål

- Forudsige og forklare sundhedsadfærd.
- Danne grundlag for interventioner til at forbedre sundhedsadfærd
- Påvirke væsentlige faktorer af betydning for adfærd - påvirke adfærd i hensigtsmæssig retning.

Hvorfor det er vigtigt for os tandlæger?

- Det giver os redskaber til at kunne forstå rationalet bag adfærd for mennesker
- Det giver klienter bedre forudsætninger for valg af tand sundhed.

Centrale modeller for sundhedsadfærd

Stage studie modeller

- Stages of change modellen (TJEK MED KOMP FOR DYBERE)
- Health action process approach (TJEK MED KOMP FOR DYBERE)

Socialkognitive adfærdsmodeller

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

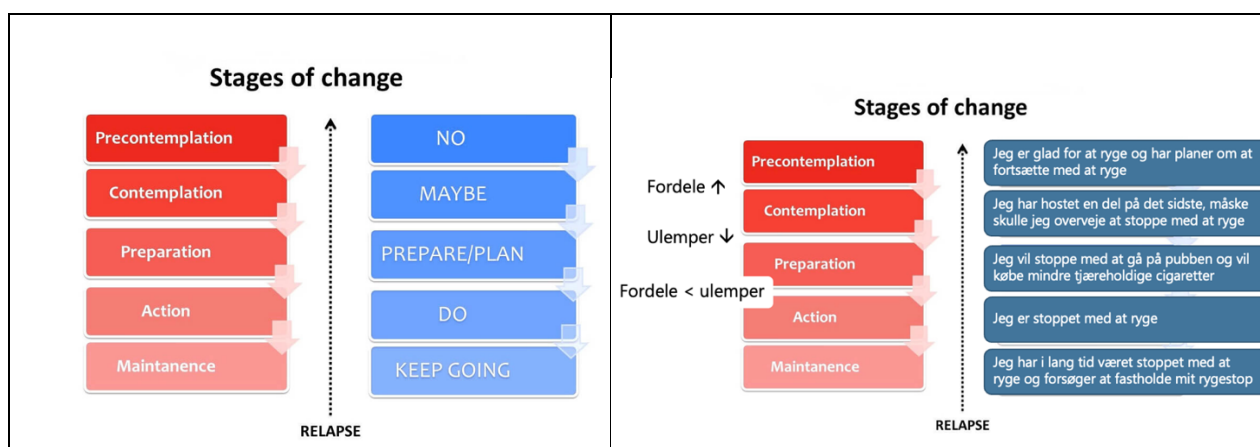
Stage studie modeller:

- Adfærdsændringer sker gennem stadier

Der er 4 basale egenskaber:

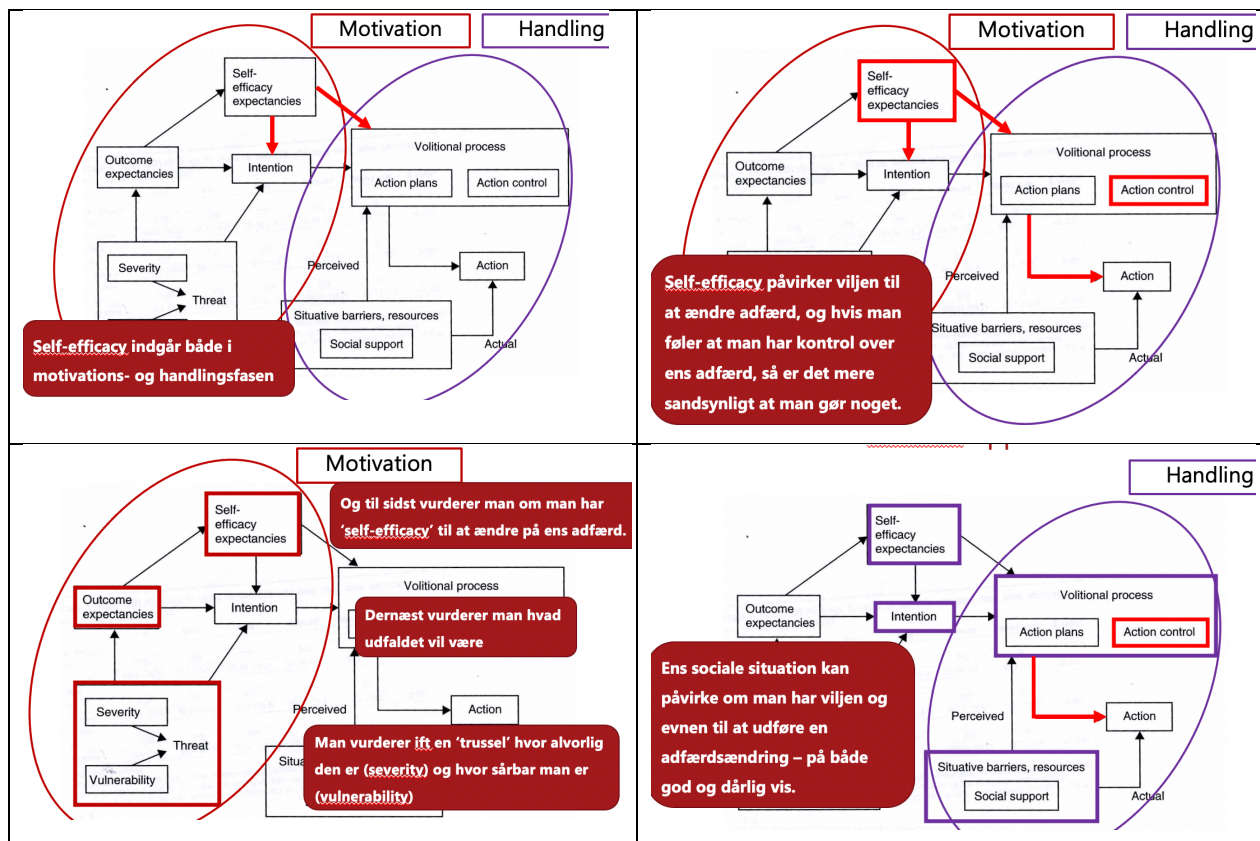
- Klassifikationssystem - definere forskellige stadier
- Rækkefølge af stadier
- Samme studie - samme barrierer
- Forskellige stadier - forskellige barrierer

Stages of change model



Health action process approach

- Skelner mellem motivation og handlingsfase
- **Motivationsfasen kommer før handlingsfasen.**
- **Self efficacy påvirker viljen til at ændre adfærd, og hvis man føler man har kontrol over ens adfærd så er det mere sandsynligt at man gør noget.**
- Dernæst vurderer man hvad udkommet (**outcome**) vil blive)
- Man vurderer ift. en trussel, hvor alvorlig den er (**severity**) og hvor sårbar man er (**vulnerability**)
- Ens sociale situation kan påvirke om man har viljen samt evnen til at udføre en adfærdsmæssig ændring på både dårlig og god vis (kognitiv vurdering).



Socialkognitive modeller

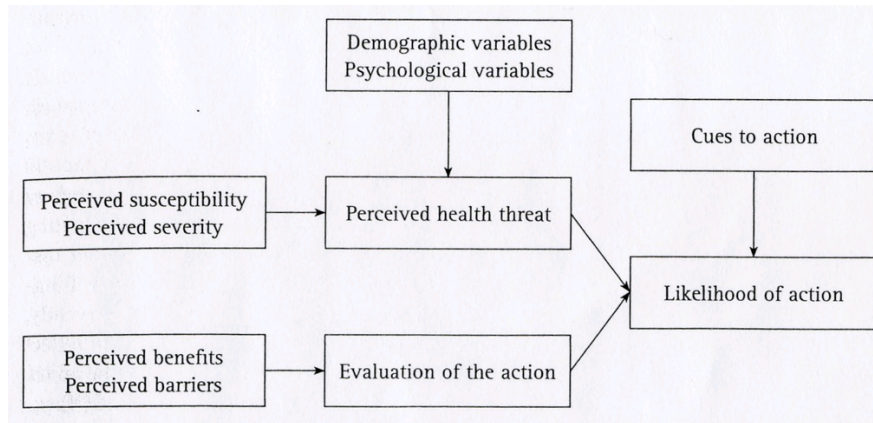
- De fokuserer på individets motivation.
- Motivation antages baseret i rationelle, cost-benefit vurderinger.

Expectancy-value principle:

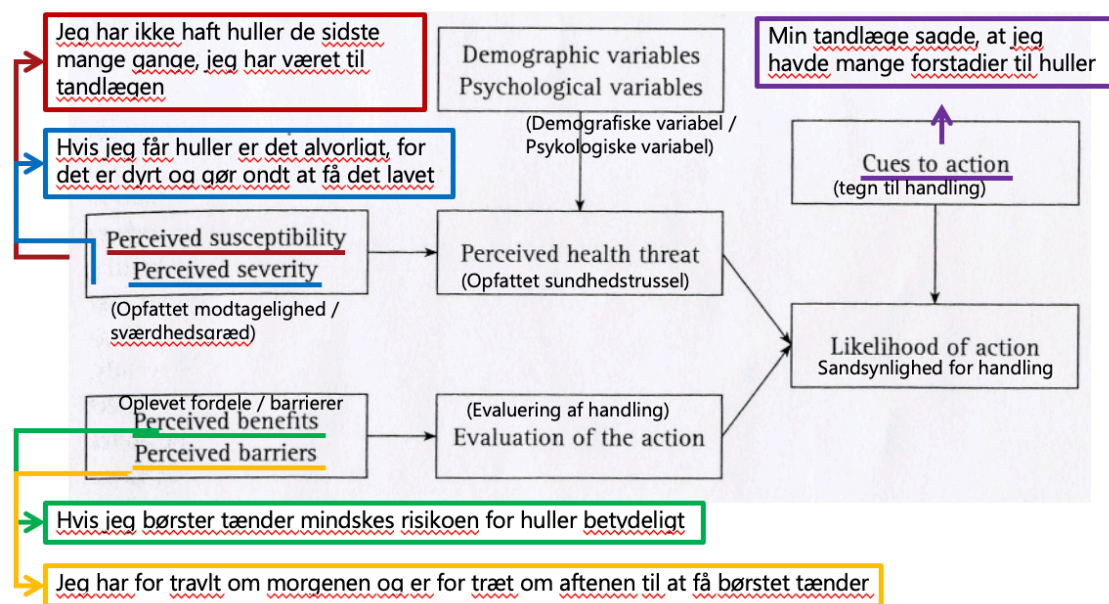
- opfattelse af, hvad handlingen vil medføre (beliefs).
- Vurdering af udfald som følge af handling (values). Er udfald gode eller dårlige.

** Motivation er størst, når jeg tror at jeg rent faktisk kan udføre en handling og derved opnår det jeg vil – og når det jeg vil har en høj værdi

The health belief model (Beskrevet godt i med komp 194)



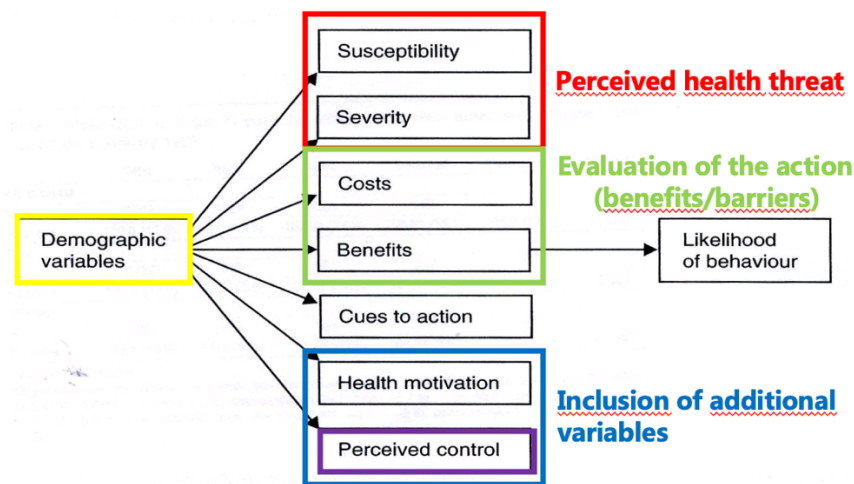
Som fører til:



Den revideret model af health belief model (beskrevet godt i med komp s.196)

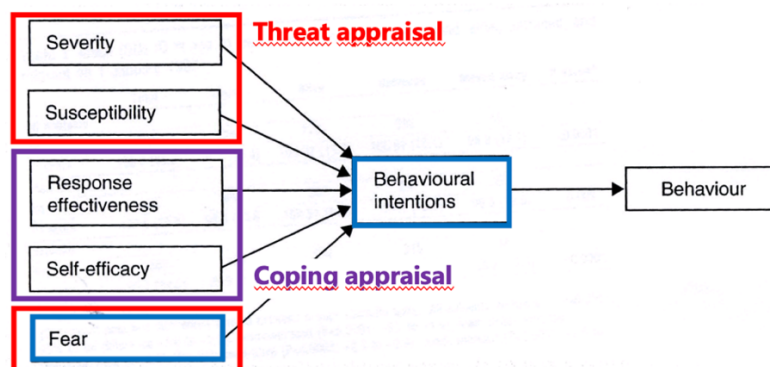
- En anden illustration af HBM-modellen ses her – hvor der er tilføjet to faktorer til modellen – nemlig **Health Motivation og Perceived control**. Begge faktorer er blevet tilføjet som følge af kritik af den oprindelige model.

- **Health motivation** omhandler det faktum, at ikke alle har samme holdning og motivation for at være sunde
- **Perceived control** er den oplevede kontrol mht. sundhedsadfærden. Denne faktor har vist sig særligt vigtig at have med i forhold til ændring af livslange vaner (som fx livsstilsfaktorer) – disse faktorer er langt sværere at have kontrol over end fx at gå til (en enkelt) screening for sygdomme (som modellen oprindeligt blev udviklet til).
- Der er betydelig empirisk support for anvendelsen af HBM i forbindelse med en lang række forskellige typer af sundhedsadfærd.



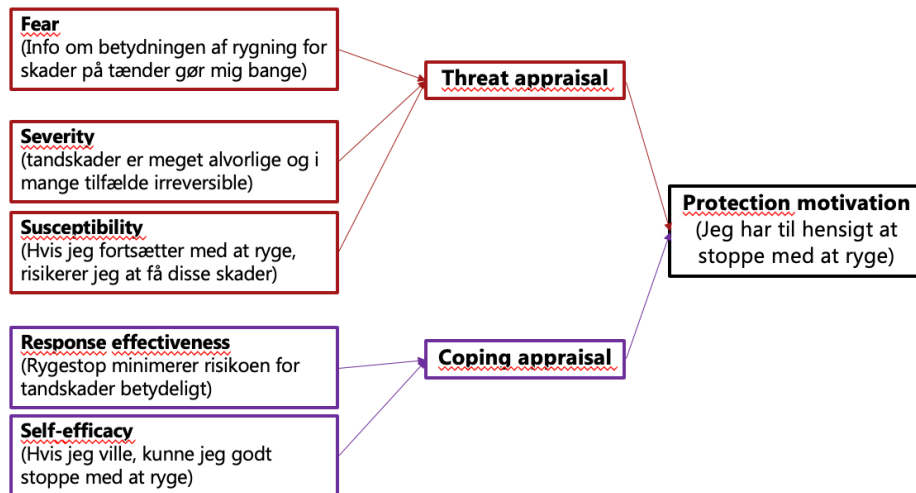
Protection-motivation theory

- Påvirke adfærdsintention (motivation) er målet (nemmere end at påvirke adfærd direkte)
- Threat: hvor alvorligt
- Coping: kan jeg/hvad er benefit
- **Nyt her: fear (følelser)** – forstærker/aktiver protection-motivation
- Ligger også indlejret i Expanded Parallel Process model (sundhedskommunikation)



Eksempel: Protection-Motivation Theory

At stoppe med at ryge eller ej?

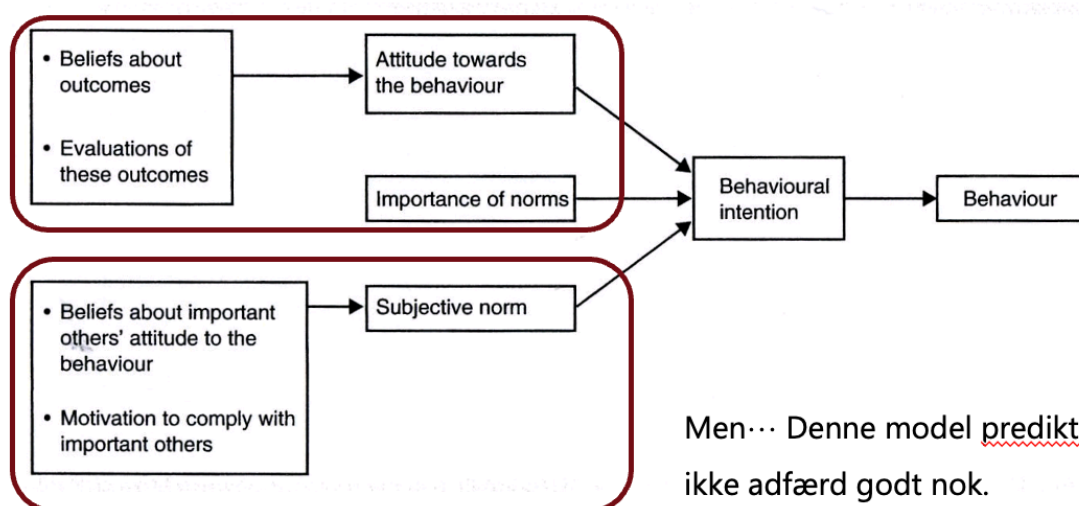


- På cigaretpakker ser man tydelige frygt komponenter (trussel)

** De socialkognitive adfærdsmodeller har antaget, at **adfærdsintention fører til adfærden**.

Adfærden styres altså af forventninger og den sociale kontekst, herunder normative overbevisninger.

Theory of reasoned action (begrundet handling)

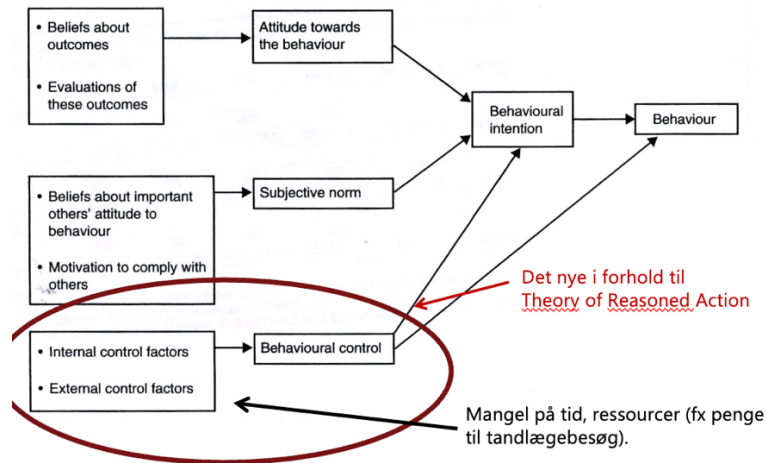


Men... Denne model predikterede ikke adfærd godt nok.

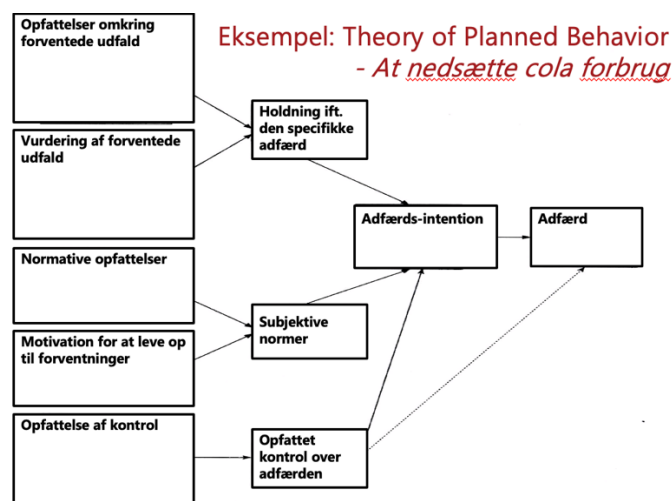
-> Theory of Planned Behavior

Theory of planned behavior (planlagt) (MED KOMP S.198)

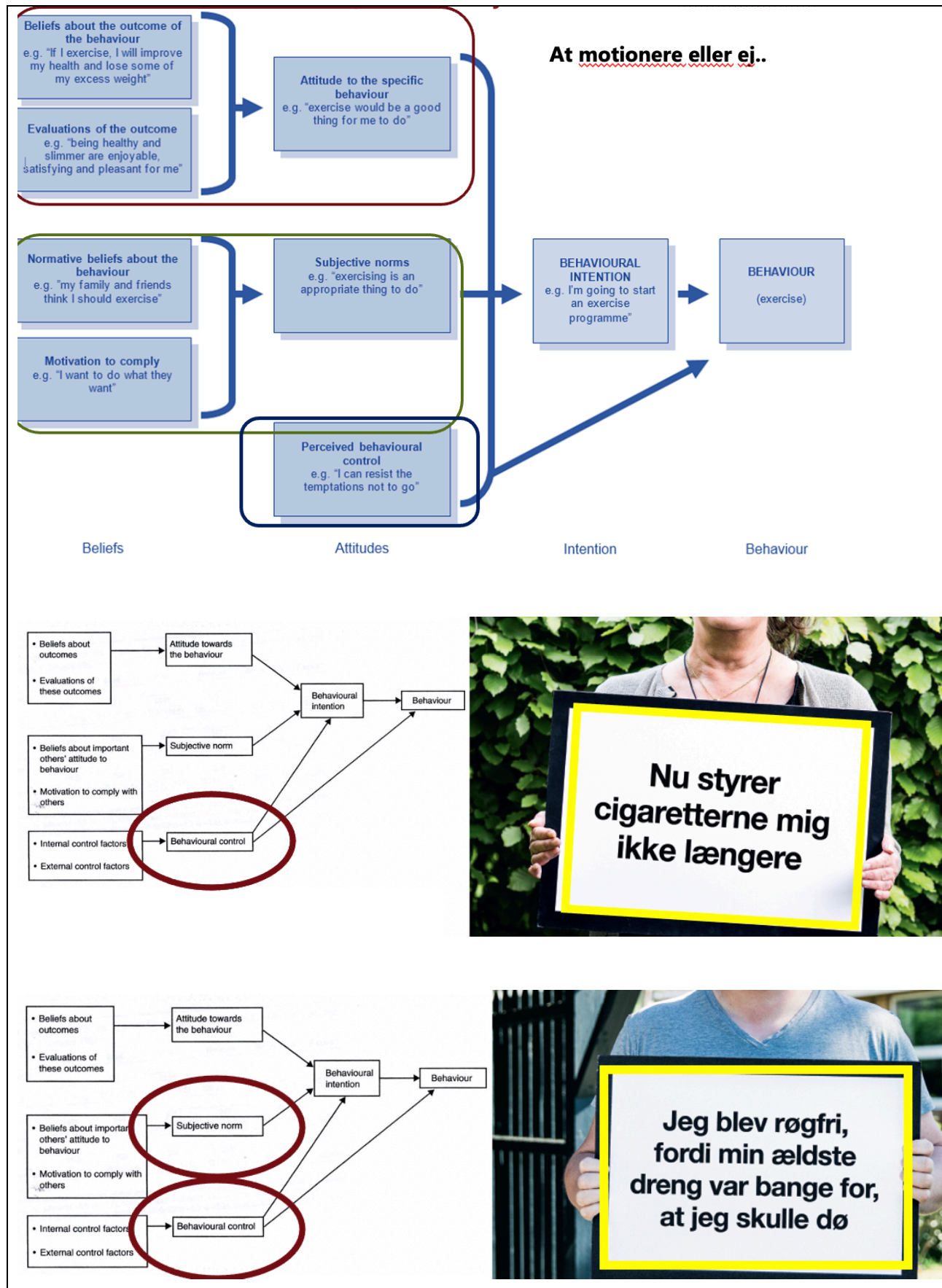
- Det der er tilføjet, er **internal control faktorer** og **external control faktorer**, som fører til adfærdsmæssig kontrol og adfærd intention og adfærd.
- Disse kan være mangel på tid, ressourcer (fx penge til tandlægebesøg)



Eksempel på theory of planned behavior



Eksempel: at motionere eller ej



Sundhedsmodeller og interventioner

- Forskellige indsatser afhængig af sundhedsadfærdens bagvedliggende årsag.

Rygning:

- Manglende sammenhæng mellem intention og adfærd.
- Manglende intention.

Alkohol

- Manglende sammenhæng mellem intention og adfærd
- Manglende intention

Sygdomsperception:**HVORNÅR ER MAN SYG?**

- Er man syg, når man har ondt over lænden 2-3 gange om ugen.
- Er man syg, når man har søvnproblemer hver nat
- Er man syg, når man konstant træt og har en følelse af, at alt uoverkommeligt.

Hvad vil det sige at være sund

- **A state of complete physical, mental and social well being** → Bred multidimensionel definition i modsætning til den traditionelle medicinske forståelse, der har fokus på fysiske tilstande

Definitioner og dimensioner af sundhed.

- To typer af definitioner af sundhed: **Den negative:** fravær af sygdom og **Den positive:** tilstedeværelse af hensigtsmæssige karakteristika. (fx vitalitet, sociale, fysisk aktivitet)

Fem dimensioner af sundhed (lau et al. 1995)

- Fysiologisk – energi, kropslig tilstand
- Psykologisk – glad, har det godt
- Adfærd – sove godt, spise godt
- Fremtidige konsekvenser – at leve længere
- Fraværet af sygdom – ingen symptomer

Seks dimensioner af sygdom (Lau et al. 1995)

- Føles anderledes end 'normalt'
- Specifikke symptomer
- Specifikke tilstande
- Konsekvenser af sygdom – nedsat funktionsniveau
- Tidsperspektiv – kronisk, akut
- Fraværet af sundhed

Den subjektive opfattelse af symptomer

- Jeg har presset mig selv for hårdt i min fysiske aktivitet
- Jeg får et hjerteanfald
- Jeg er begyndt at blive ældre og skal passe lidt på

Grunddimensioner af sygdomsperception

Definition: "Patients own implicit common sense beliefs about his/her illness"

1. Identitet/navn på sygdommen
2. Årsag(er) til sygdommen
3. Tidsperspektiv - hvor lang tid vil sygdommen vare
4. Konsekvenser for ens liv (Emotionel or/eller fysisk)
5. Kontrol og behandling

→ danner tilsammen et skema til at forstå og cope med sygdommen + fortælle hvad man skal holde øje med, hvis man bliver syg

Eksempel på
sygdomsperception

1. Identitet/navn

Jeg har ondt i min ene tand, det er nok forbigående tandpine.

2. Årsag(er)

Det er nok, fordi jeg har spist for meget slik i weekenden.

3. Tidsperspektiv

Det går nok snart over. Om et par dage er det væk.

4. Konsekvenser

Jeg kan ikke koncentrere mig om at læse pga. smerter.

5. Kontrol og behandling

Jeg tager en panodil og spiser ikke sukker de næste par dage



Hvorfor er befolkningens

sygdomsopfattelse vigtige for tandlægefaget?

- Ens tanker og opfattelser om sygdom har betydning for ens sygdomsadfærd og compliance - det har en stor betydning for prognose og primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

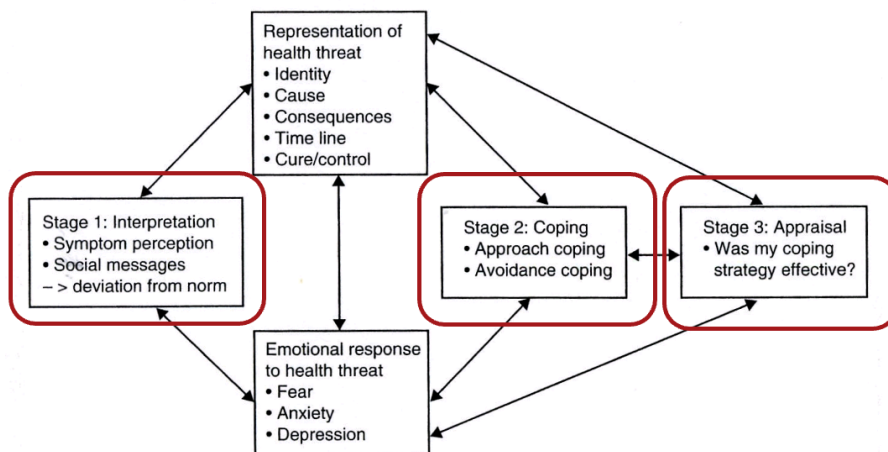
De tre undertermer defineres på følgende måde:

- Primær forebyggelse har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå.
- Sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt.
- Tertiær forebyggelse har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse (hvor det bredere rehabilitering også omfatter sundhedsfremmende elementer).

Levethals self-regulatory model

- **Problemløsningsteori:** håndterer sygdom/symptomer som andre problemer
- **Hvis sundhed= normalt tilstand** - enhver ubalance tolket som problem - man er **motiveret for at genoprette sundhed**
- Sygdom ses som en forstyrrelse af ens normalt tilstand. **Og denne her model beskriver altså individets forsøg på at genoprette den normale tilstand.** Den er derfor selv regulerende (self regulatory)

Leventhals model for sygdomsadfærd



GENOPRETTE NORMALTILSTANDEN

Stadie 1: fortolkning/interpretation

- Erkendelse af sygdom/ forstyrrelse af normalt tilstanden.

Symptom perception: - Internt/ekternt fokus - Demografi (alder og køn) - Humør (angst og smerter) - Kognition (distraction) - Envoironment (social kontekst og culture)	Social messages: information om sygdommen fra andre.
--	--

Stadie 2: Coping (Håndtering af sygdommen):

- **approach coping:** kendetegnet ved at man handler - fx går til tandlægen
- **avoidance coping:** kendetegnet ved at man forsøger at undgå problemet.

Stadie 3: Evaluering

- Vurdere virkningen af coping-strategien virkede den?
- **Ja - fortsætter med samme sygdomshåndtering**
- **Nej - går tilbage og genovervejer valg af strategi og opfattelse af tilstanden**

Sygdomsperception og coping strategi

- Forskningen viser generelt en stærk sygdomsopfattelse inkl. Alvorlige konsekvenser, giver en større ssh for behandlings-adhærens
- Opfattelse af kontrol = bedre recovery

Searle et al (2007)

- Direkte sammenhæng ml. diabetespatienters sygdomsperception og coping-adfærd (medicin, fys.akt., diæt) → ændre patienters sygdomsperception for at kunne ændre deres adfærd

Sygdomsperception – interventioner:

- Betydningen af coherence ml. årsag og behandling -> Værdifuldt at kunne ændre sygdomsperception
- Face-to-face konsultationer
- nterventioner vha. billeder (imagery-based)

SELF EFFICACY – kan også bruges her i dette emne. Tjek MED komp side 187.

Redegør for begreber og modeller om sygdomsoplevelse ("Illness cognitions"). (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

S. 105 i kompendium.

Redegør for viden om sundhedsadfærd og diskuter i et tandlægefagligt perspektiv styrker og svagheder ved min 2 modeller for sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd har til formål at undgå sygdom. Der findes centrale modeller, der forklarer hvorfor nogle mennesker har den sygdomsadfærd som de har, eksempelvis hvorfor nogle ryger eller har et misbrug og ikke vil stoppe med det, selvom de er velvidende om de konsekvenser det kan have for deres sundhed.

For en tandlæge er det vigtigt at have forstået disse forskellige modeller, da de giver tandlægen redskaber til bedre at kunne forstå patientens adfærd, og få en ide om, hvordan vi kan påvirke patientens adfærd i en retning der prøver at fremme sundheden.

Nogle patienter har det man kalder **internal locus of control**, hvilket vil sige at de er meget selvstændige og tager deres egne valg, **disse er gode til at tage ansvar om deres sundhed og tage til lægen og tandlægen.** Mens andre patienter kan have det man kalder for **external locus of control**, de kan derfor være lidt mere ligeglade med deres sundhed, og gør bare hvad deres behandlere beder dem om.

De centrale modeller for sundhedsadfærd er

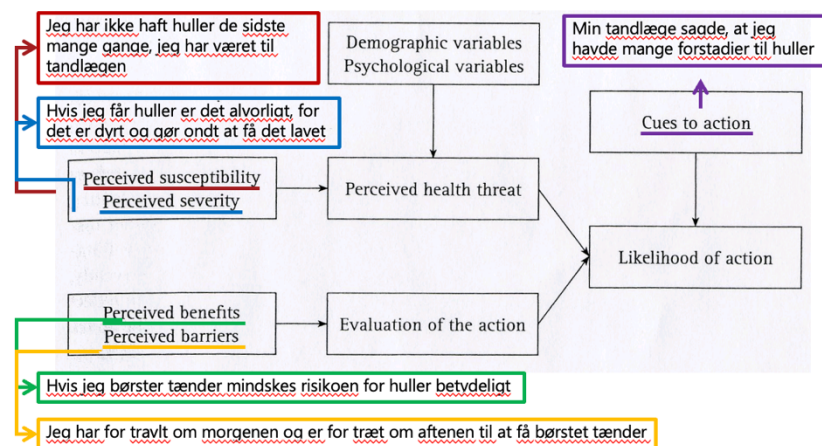
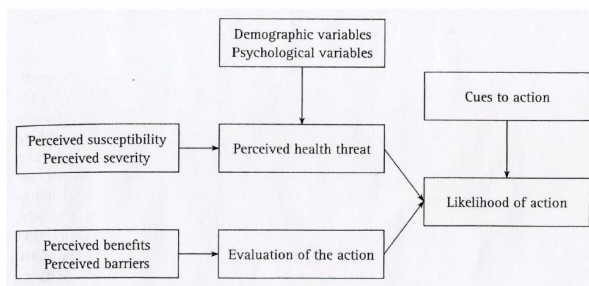
- Stage of change modellen
- Health action process approach
- Health belief modellen
- Protection motivation theory
- Theory of reasoned action
- Theory of planned behavior.

Jeg vil gerne fokusere på **health belief modellen og theory of planned behavior.** Disse modeller kan sammenlignes med hinanden, og er også nogen af de mest anvendte modeller.

Jeg vil gerne tage udgangspunkt i rygning, hvilket skyldes at mange patienter ofte er rygere. Især i tandlægepraksis hvor vi arbejder med parodontitis, kan vi nogle gange være nødsaget til at vejlede til rygestop for bedre prognose af behandlingen. Vi skal derfor kunne vejlede og hjælpe patienterne, fordi de kan have udfordringer med at stoppe rygningen.

The health belief modellen

The Health Belief Model



Perceived susceptibility og perceived severity er to faktorer som påvirker patientens syn på helbredsstruslen. Men om patienten opfatter sin adfærd som en sundheds trussel afhænger af flere faktorer. Det afhænger af **køn, alder, uddannelse, socioøkonomiske status og psykiske tilstande mm.** Eksempler ifm. Rygning for de to faktorer kunne være:

Perceived susceptibility: modtagelighed

- Jeg har røget siden jeg har været teenager, og jeg har ingen problemer.

Perceived severity:

- Rygning kan føre til forskellige former for kræft, og det er blevet dyrt at ryge.

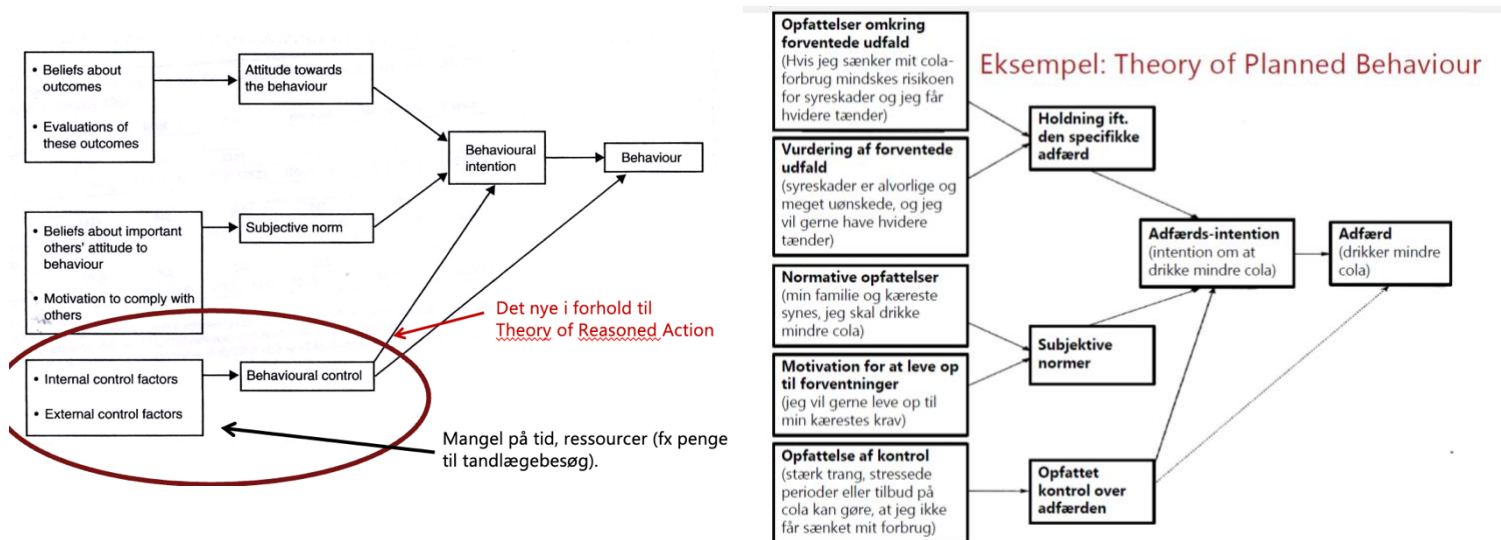
De to næste faktorer er **percieved benefits og percieved barrierer**. Disse to faktorer får patienten til at evaluere han/huns adfærd/handling. Disse to faktorer kan til sammen fører til et rygestop. Et eksempel **på perceived benefits kunne være:** hvis jeg stopper med at ryge, så kan jeg undgå kræft og spare penge. **Et eksempel på perceived barriere:** jeg har brug for en cigaret for at kunne komme igennem dagen.

Vi kan som tandlæger påvirke cues of action (signal om handling), ved at vise, at patienten har parodontitis, og at hellingen kan forbedres, hvis rygningen stoppes. Dette vil påvirke likelihood of action, så patienten sammen med de andre faktorer kan stoppe med at ryge.

The health belief model er en socialkognitiv model, og fokuserer altså på individets motivation.

Ulemperne ved denne model er, at den ikke inddrager andet end om patienten har motivation eller ej. Den inddrager ikke sociale forholds betydning for vores adfærd. Udover dette kan modellen ikke se forskellen på en vane og adfærd, rygning er typisk en vane, hvorfor det kan være meget sværere at gøre op med og ændre adfærd. Her kan man godt sammenligne med stages of change - som er stadiemodellerne, denne model forestiller mere om hvad der sker fra motivation til selve handlingen, er opnået.

Theory of planned behavior er en social kognitiv sundhedsmodel, som inkluderer andre menneskers indflydelse på personenes adfærd samt inkluderer internal control og external control faktorer. Denne model inddrager altså en social kontekst som health of belief modellen manglede.



Opfattelse omkring forventede udfald: hvis jeg reducerer min rygning, mindskes risikoen for kræft og andre sygdomme.

Vurdering af forventede udfald: sygdomme såsom kræft og parodontitis, jeg ønsker ikke disse sygdomme.

- Disse to faktorer fører til en holdning til ens specifikke adfærd

Normative opfattelser: min familie og kæreste synes jeg skal stoppe med at ryge, da det ikke er godt for mig.

Motivation for at leve op til forventninger: jeg vil gerne leve op til min kærestes krav.

- Disse to faktorer udgør de subjektive normer

Opfattelse af kontrol: Stærk trang, stessede perioder eller tilbud på rygning gør at jeg ikke kan stoppe.

- Denne faktor påvirker opfattet kontrol over adfærden.

Alle disse 5 faktorer påvirker ens adfærds intention (at stoppe med at ryge), som kan føre til adfærd (rygestop), og det kan det opfattede kontrol faktisk også helt alene.

Denne her model lægger både vægt på det **sociale**, ved at patienten vil leve op til en andens forventninger det kunne være ens kæreste, men faktisk også ens tandlæge. Da man som tandlæge kan være en subjektiv norm, og derved gennem samtale med patienten føre til, at patienten vil leve op til hvad tandlægen sagde og prøve at stoppe med at ryge for at mindske sygdomsprogression og forbedre heling.

Denne model inkluderer som tidligere nævnt **opfattelsen af kontrol**, denne er meget vigtig da man også kan se på figuren, at selve ens motivation og hvis man har en internal control faktisk kan ændre sin adfærd alene baseret på det. Den er altså et skridt længere henne end the health of belief modellen, som ikke inddrager det **social aspekt og graden af locus of control som** en patient kan have. **TPB er derfor et godt supplement, da det inkluderer disse to faktorer.**

Dog kan man sige, at begge disse modeller stadig mangler stadierne der forklarer trinene fra selve intentionen til adfærden.

Diskuter hvorledes teorier og modeller for sygdomsperception ("illness perception") og sygdomsadfærd eventuelt vil kunne forklare udviklingen og opretholdelsen af de symptomer, der karakteriserer hypokondri.

I kompendiumet er "somatisering og somatoforme tilstande" og "illness cognitions" centrale.

Hypokondri - er nævnt i s. 85 i kompendiumet og salkovskis model for hypokondri er også præsenteret på s. 87. - denne skal inddrages når man skal forklare hypokondri.

Man kan drage paralleler til esben hougaards kapitel "neurotiske tilstande" eller clarks model "panik angst onde cirkel"-

Leventhals model bør nævnes. Den med self regulatory.

Derudover kan man så nævne noget fra health beliefs.- fordi det går ind under sygdomsadfærd.

- Sygdomsperception er patientens egen sunde fornuft, om hans/huns sygdom. Sygdommen har identitet, årsager, tidsperspektiv og nogle konsekvenser, den kan kontrolleres og behandles.
- Dette bruger man for at forstå og cope med sygdommen og dermed give en ide om hvad man skal holde øje med.

Hypokondri er en tilstand, der varer i mere end seks måneder, her er frygten for en seriøs sygdom meget besættende. Tilstanden er ledsaget af somatoforme symptomer.

Ifølge leventhals model har patienten en opfattelse af sygdommen som fortolkes gennem ens perception af symptomerne og beskeder fra omgivelser.

Emotionelle forhold kan påvirke opfattelsen af symptomerne og kan resultere i mere angst.

(dette kan også ses ud fra den biopsykosociale model eller angstindlæring og katastrofetænkning og panikangst modellen) og på den måde kan patienten blive fastholdt i denne tilstand.

Hvad vil det sige at være hypokonder?

Sygdomsangst, også kaldet helbredsangst eller **hypokondri**, er en angstlidelse karakteriseret af frygt for at blive syg eller for, at der er noget galt med ens fysiske helbred. Personer med lidelsen er ofte overopmærksomme på kropslige symptomer og overfortolker almindelige fornemmelser til at omhandle alvorlig sygdom.

SPISEFORSTYRRELSER OG MISBRUG:**Studiemål til dette emne:**

Redegøre for og diskutere odontologisk relevante faktorer i relation til misbrug og spiseforstyrrelser.

Hvad er en spiseforstyrrelse?:

- En spiseforstyrrelse er en psykisk sygdom, hvor kroppen spiller en central rolle.
- **Kroppens rolle:** man fokuserer på vægt, identitet 'Jeg er den tynde', selvfølelse og selvkontrol.
- Det er et fællestræk for alle spiseforstyrrelser, at personer med en spiseforstyrrelse har meget lavt **selvværd** og anvender spiseforstyrrelser som en **coping** til at håndtere svære følelser.

Hvorfor får man en spiseforstyrrelse?

- Man ved ikke med sikkerhed, hvorfor nogen udvikler en spiseforstyrrelse. Men årsagerne er **multifaktoriel**. Mange af årsagsfaktorerne spiller sammen eks. psykologiske, sociale, kulturelle, genetiske og biologiske forhold påvirker udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen.

Prævalens - hvor mange lider af spiseforstyrrelser i Danmark?

- I danmarks anslås ca. 75.000 personer som lider af en spiseforstyrrelse, fordelt på 5.000 med anoreksi, 30.000 med bulumi og 40.000 med tvangsoverspisning.
- Op til 29% af unge piger har så problematisk forhold til mad, at de er i risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse.

De 4 typer af spiseforstyrrelser:

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

Anoreksi

- Karakteriseret ved **svær undervægt** som skyldes et meget **restriktivt madindtag**. Dette kombineres med kompenserende adfærd såsom overdreven **motion eller udrensning gennem opkast eller brug af afførings, slanke eller vanddrivende midler**.
- Kerne symptom: forstyrret kropsopfattelse, hvor kroppen opfattes som værende fedt på trods af undervægt.
- Personen med anoreksi har **ofte urealistiske idealer til**, hvad de skal veje.
- **Selvverd er i høj grad afhængig af vægten**, og de er sygeligt optaget af al den mad som de ikke tillader sig selv at spise.
- Betyder fravær af sult, dog er patienter **ikke nogen der lider af appetitløshed, men snarere begrænser sig selv i at spises eller indskrænker fødeindtaget til et minimum**.
- Et typisk symptom er en meget dramatisk vægttab. I dag skal kritikerne for at stille diagnose være, **at man har en vægt der 15% under det forventede**.
- Piger holder typisk op med at menstruere, hvis de er unge, ender de med ikke at menstruere. Pigen vil ofte begynde at jogge kilometervis, træne osv. Kalorietælling og spise meget lidt. Pigen vil ofte se sig selv som tyk, selvom hun i realiteten er meget tynd.

Fysiske komplikationer: træthed, lavt stofskifte, lav puls og lavt blodtryk, udebleven menstruation (dvs både hormon-, hjertekar- og mavetarmsystemet påvirkes).

- **Neurobiologiske forandringer** (→ svært ved at skifte mellem opgaver).
- **Lanugobehåring (holder kroppen varm)**. Man får altså mere behåring.
- Hvis underernæringen er længerevarende, kan der opstå **leverpåvirkning, hjerterytmeforstyrrelser samt knogleskørhed**.

Psyriske komplikationer:

- Ofte nedtrykthed, social isolation og ensomhed.
- **60-100 % af personer med anoreksi har også depression**
- Angst og tvangstilstande ses hos 50-70 %

Diagnose: ICD10

Anorexia nervosa

- Voksne: Vægttab med legemsvægt $< 85\%$ af forventet normalvægt eller BMI $< 17,5$ kg/m².

- Børn: Vægttab eller manglende vægtøgning, førende til legemsvægt på $< 85\%$ af forventet normalvægten eller < 10 percentil.
- **Undgåelse af fedende føde.**
- **Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme.**
- Endokrine forstyrrelser med amenorrhè i min. 3 mdr., eller for drenge/mænd svækket libido og potens.
- **Eventuel opkastning, brug af afføringsmidler, intens motionering etc**

Forskel mellem anoreksitypen og den bulimiske type

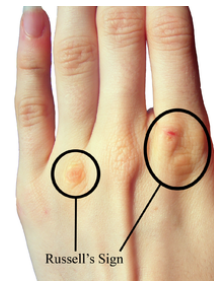
Den restriktive type: begrænser mængden af mad der spises, og overspiser ikke og kaster ikke op. Mens den **bulimiske type** indebærer over spisning, hvor man skiller sig af med kalorierne enten ved at kaste op, tage afføringspiller eller ved at overmotionere.

Bulimi

- Betyder at man har en sult så stor som en okse. **En der har bulimi kan ikke modstå trangen til at spise.** Køber meget og spiser det, **men kaster det op igen.** Det er ikke kun opkast der bruges for at undgå fedme, vedkommende kan også bruge **afføringsmidler, spise slankepiller, faste i korte eller længere periode og motionering.** Man er normalvægtig eller svinger 2-5 kilo på hver side af sin normale vægt.
- Bulimi er karakteriseret ved **overspisningsepisoder og efterfølgende kompenserende adfærd.** Episoderne starter med en uimodståelig trang til at spise og en oplevelse af kontroltab, der ikke gør det muligt at stoppe igen, når først overspisningen er startet.
- **Personer med bulimi er typisk normalvægtige.**
- 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.**

- **Anoreksi kan typisk være forløber for bulimi, ligesom de to tilstande kan forekomme samtidigt.**

- **Russel's sign** på knoerne på hænderne.



- **Fysiske komplikationer:** Smerter i spiserøret (grundet opkastning), elektrolytforstyrrelser i blodet → hjerterytmeforstyrrelser (i værste fald hjertestop). Risiko for vitaminmangel, dehydrering, mave-, tarm- og fordøjelsesproblemer samt træthed.
- **Psyriske komplikationer:** Hyppige humørsvingninger og depressionssymptomer. Bulimi er forbundet med en stor skamfølelse og lavt selvværd, hvorfor personer med bulimi har en tendens til at isolere sig og trække sig fra sociale relationer.

Diagnose:

Bulimia nervosa

- Spiseanfald minimum 2 gange ugentligt i mindst 3 måneder. (Spiseanfald er kendetegnet ved kontroltab i forbindelse med meget store mængder mad, der spises inden for et kort interval (maksimum 2 timer).
- **Spisetrang.**
- Forsøg på at modvirke vægtøgning ved mindst 1 af følgende: **opkastning, brug af afføringsmidler, fasten, slankepiller, motion mv.**
- Forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme.

Hvilke risikofaktorer er der for anoreksi og bulimi?

- At være pige/kvinde (9:10).
- At være teenager og være i den fase, hvor der sker store forandringer med ens krop
- **Arvelighed – familiemedlem der har haft anoreksi (biologisk eller miljø?)**
- **At have forældre som er bekymret for deres vægt og krop**, som ofte er på slankekure eller som er overvægtige
- **At være konkurrencemenneske med høje mål.** At være begavet, forsigtig og hårdtarbejdende. Det betyder, at man godt kan lide og behøver en form for orden og godkendelse af det, man gør.
- At have lav selvfølelse. At gå rundt og tænke at man ikke er noget, at man ikke er god til noget, øger risikoen for at få anoreksi

- At have et job eller en hobby som gør at man føler, at man skal være tynd. Modeller og balletdansere er under pres for at være tynde
- At have været overvægtig som barn.

Nogle faktorer kan faktisk være udløsende for disse sygdomme:

- Sådan noget som **længerevarende stress** kan føre til det, **brud i vigtige relationer** eks. at man slår op med sin kæreste eller får en skilsmisse. Derudover kan et **større vægttab** også føre til det.

Prognose:

- Det er gældende for både anoreksi og bulimi, **at jo før behandlingen igangsættes, jo bedre er prognosen for helbredelse.**
- Tidlig opsporing er dog vanskelig (manglende erkendelse eller forsøger at skjule deres problematiske spiseadfærd for omverdenen). De fleste er flove over det.
- Anoreksi: **Blandt personer med anoreksi bliver cirka halvdelen raske**, mens en tilsvarende stor gruppe lever livslangt med et problematisk forhold til deres krop og til mad.
- Omkring 1 % dør af Anoreksi. **Generelt er dødeligheden 6,7 gange højere blandt personer med anoreksi i behandling sammenlignet med normalbefolkningen.**
- **Bulimi: Blandt personer med bulimi bliver mere end halvdelen raske**, mens det estimeres at **10–15 % får et svært kronisk forløb.**

Binge eating disorder

Binge Eating Disorder (BED) er en alvorlig spiseforstyrrelse karakteriseret ved gentagne episoder af ukontrolleret overspisning uden de følgetilstande, der normalt ses i bulimi, såsom tvunget opkastning eller overdreven træning. Mennesker med BED har ofte en følelse af tab af kontrol under overspisningsperioden og kan indtage store mængder mad på kort tid, selv når de ikke føler sultige.

Her er nogle af de vigtige træk ved Binge Eating Disorder:

1. **Gentagne overspisninger:** Personer med BED oplever regelmæssige episoder af overspisning, hvor de indtager store mængder mad på kort tid og føler, at de ikke kan stoppe.

2. **Tab af kontrol:** Under en overspisningsepisode føler personen ofte, at de ikke kan stoppe med at spise, selvom de ønsker det. Dette tab af kontrol er en central karakteristisk ved BED.
3. **Manglende kompensatorisk adfærd:** I modsætning til bulimi, hvor personer normalt tyer til metoder som opkastning eller overdreven motion for at kompensere for overspisning, har personer med BED ikke disse kompensatoriske adfærdsmønstre.
4. **Følelsesmæssige faktorer:** Overspisningsepisoderne er ofte forbundet med intense følelser som skyld, skam eller frustration. Disse følelser kan bidrage til den onde cirkel af overspisning.
5. **Hyppige bekymringer om vægt og krop:** Mennesker med BED har ofte bekymringer om deres vægt og krop, men de indtager ikke nødvendigvis de samme restriktive kostvaner som dem med anoreksi.
6. **Hyppige diæt- og vægttabforsøg:** Mange individer med BED kan have historie med gentagne diætforsøg og vægttab, men de oplever ofte tilbagevenden af overspisningsepisoder.

BED kan have betydelige fysiske, følelsesmæssige og sociale konsekvenser. Det kan føre til vægtøgning, sundhedsmæssige problemer som diabetes og hjertesygdomme, og det kan også påvirke en persons selvværd og mentale velbefindende.

Behandling for BED kan omfatte terapiformer som kognitiv adfærdsterapi (CBT), interpersonlig terapi og andre evidensbaserede tilgange. Medicinsk behandling kan også være en del af behandlingsplanen i visse tilfælde. Det er vigtigt at søge professionel hjælp, hvis man tror, man lider af BED eller en anden form for spiseforstyrrelse.

Diskutere odontologisk relevante faktorer i relation til disse.

Orale komplikationer

- Erosioner såsom syreskader - grundet de mange opkastninger.
- Hævede spytkirtler
- Tør mund
- Caries
- Manglende brug af tandpasta.

Dental erosion og hævede spytkirtler er ofte tegn på en spiseforstyrrelse, tandlægen kan derfor være den første til at få mistanke, om at patienten lider af en spiseforstyrrelse. Det er derfor

vigtigt at man kender til disse orale tegn og psykiske karakteristika, så man ved mødet med disse patienter opnår succes.

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.

Mødet mellem tandlæger og personer med en spiseforstyrrelse problematiseres ofte ved:

- personer med disse lidelser ofte endnu **ikke selv har erkendt eller afviser, at de er syge.**
- **Tandlægeskræk** er mere udbredt blandt personer med spiseforstyrrelse end i den generelle befolkning → skam over tænder eller bange for at blive ”opdaget”.
- **Uenighed om tandlægens rolle:** Nogle mener, at det ikke er deres opgave at involvere sig i patienter med spiseforstyrrelser ud over at rådgive om tændernes tilstand, mens andre mener, at det er oplagt at udnytte tandlægens potentiale for at opspore spiseforstyrrelser.

CASE:

Hej Jan,

Vil du ikke fortælle lidt om hvordan det påvirker ens tænder at have en spiseforstyrrelse? Jeg har anoreksi og får tit at vide at jeg kan få skøre knogler. Men hvad med tænderne, de er vel i familie med knoglerne? Kan de også blive skøre? Jeg har kun kastet op 4 gange, fordi jeg bliver tvunget til at spise, så jeg går ikke ud fra, at det giver syrrerskader?

I en periode turde jeg ikke bruge tandpasta, fordi jeg var bange for at der var kcal. i det, men jeg børstede tænderne grundigt med vand. Kan det skade dem? Jeg drikker en del te, men jeg synes at mine tænder bliver lidt gule af det. Er det dumt at bruge tandpasta med slibemiddel? Generelt er mine tænder sunde, jeg har aldrig haft huller.

Hilsen Gråspurv (15 år)

SVAR:

Hej Gråspurv

Tak for dine spørgsmål. Og du har helt ret i at tænke, at en spiseforstyrrelse kan skade tænderne.

Jeg tolker dit brev sådan, at du er i behandling. Jeg vil gerne foreslå dig også at stille dine tand-spørgsmål til dem, der behandler dig. Og så kan du sammenligne med mine svar.

Jeg kan se af dit første spørgsmål, at du tænker, at anoreksien kan gå ud over tænderne. Jeg tænker, at du har fået at vide, at du får for lidt kalk på grund af din spiseforstyrrelse.

Det første, jeg vil fortælle dig er, at kroppen er dygtig til at sørge for at tænderne dannes rigtigt. De tænder du har i munden er allerede færdigdannede, når du er 15 år. **Og kroppen "spiser" ikke af tænderne, hvis du får for lidt kalk.**

Det er muligt, at det bliver anderledes for de sidste tænder du får - dine **visdomstænder**. De er under dannelse i øjeblikket. Du kan - måske - risikere at få misdannelser på dem, afhængigt af hvor længe du har haft din spiseforstyrrelse. Men du bliver nødt til at vente på svaret indtil de kommer - normalt i 18-20 års alderen.

Noget andet er så, at når din krop ikke får nok mad, så sker der en række forandringer i kroppen. Det er muligt, at **dit tandkød og dit spyt ændrer sig. Og da spyttet er kroppens beskyttelse imod huller, kan det være, at du lettere vil få huller fremover.** En ofte forekommende behandling ved anoreksi og bulimi er desuden, at tandlægen eller tandplejeren foretager hyppige **fluorpenlinger** og eventuelt lægger en forsegling på de berørte tandflader. Et forebyggende tiltag kan også være, at du tygger sukkerfrit tyggegummi for at fremme produktionen af spyt, der renser tænderne og neutraliserer syren.

Det næste du spørger om, er syreskader. Og som du allerede er klar over, så **kan man få syreskader af at kaste op**. Men kun hvis man gør det tit. Når du fortæller, at du har anoreksi og ikke kaster op tit, tænker jeg, at du ikke er i risiko for at få syreskader.

Al tandpasta indeholder slibemiddel. Slibemidlet gør, at det er lettere at børste ny tandsten og farvede belægninger væk fra tænderne. Så hvis du børster tænder uden tandpasta, er det sværere for dig at børste farvede belægninger og tandsten af. Mens du sagtens kan børste bakterierne (der laver hullerne) væk. For at skåne udsatte tænder, vil jeg råde dig til at bruge **tandpasta med minimalt slibemiddelindhold.**

Jeg vil foreslå dig at snakke med din tandlæge om din spiseforstyrrelse. Det er en vigtig oplysning for din tandlæge at have, når dine tænder ses efter. Din egen tandlæge kan bedre svare dig helt konkret, når han/hun har undersøgt dine tænder.

Jeg håber du kan bruge mine svar. Hvis du har flere spørgsmål er du velkommen til at spørge mere.

Jan Hansen

Tandlæge

Dansk undersøgelse:

- Lidt over 1400 tandlæger og knap 300 personer med en spiseforstyrrelse har deltaget i undersøgelsen
- Cirka hver tredje tandlæge i undersøgelsen har oplevet at være en af de første sundhedsprofessionelle, der har fået mistanke om en spiseforstyrrelse hos en patient.
- **Langt de fleste valgte at tale om mistanken med patienten.**
- **Samtidig siger størstedelen af tandlægerne, at de finder det vanskeligt at italesætte en mistanke om en spiseforstyrrelse.**
- **De fleste tandlæger mener os at patienten benægter at de har en spiseforstyrrelse**

Hvad er tandlægens rolle?

- Tandlægens primære rolle er at behandle de eksisterende skader på tænderne og rådgive og hjælpe patienten med at forebygge yderligere skader i mundhulen.
- Derudover er det essentielt at tandlægen bevarer kontakten til patienten.

Hvordan skal tandlægen forholde sig

- Generelt mener 5 ud af 10 med en spiseforstyrrelse, at tandlægen skal rådgive om skaderne på tænderne.
- **Desuden nævne mistanken → forsigtigt og anerkendende (ikke belærende).**
- Målet med samtalen er ikke nødvendigvis, at patienten vedkender at have en spiseforstyrrelse → **plante et frø om lyst til hjælp.**
- Mål er i lige så høj grad at skabe en støttende relation til patienten, der på længere sigt kan medvirke til, at patienten vil tale om sin spiseforstyrrelse med tandlægen eller søger hjælp et andet sted.

Hvad kan du selv gøre som tandlæge:

Fortæl om dine observationer:

- Del observationer med patienten så nøgternt og objektivt som muligt. Derved kan skabes et fundament, hvor man kan tale med patienten på en ikke fordømmende måde uden at konkludere på forhånd. Patienten kan ikke være enig eller uenig i objektive observationer.

Dernæst kan man sammen undersøge, hvad der kan ligge til grund for eventuelle tandskader. *Eksempelvis kan man efter beskrivelsen af observationerne gennemgå forskellige årsager til tandskaderne, herunder hyppige opkastninger, og derpå spørge patienten, om der er noget af det, som han/hun særligt genkender?*

Lyt til patienten:

- Mennesker reagerer forskelligt, når de bliver stillet overfor mistanken om, at de har en spiseforstyrrelse. (lettelse vs skam/skyld).
- Bl.a. derfor vidt forskellige reaktioner, men der skal altid lyttes åbent til det patienten fortæller.
- Desuden er anerkendelse en vigtig faktor! Dette kan fx gøres ved at genfortælle det, du har hørt og stille spørgsmål med udgangspunkt i genfortællingen

Undgå skræmmescenarier:

- Skræmmebilleder og forestillinger om svære konsekvenser kan prikke yderligere til den skam, patienten føler. Det kan således virke kontraproduktivt i forhold til at få patienten i tale eller støtte vedkommende i at fjerne sig fra sin spiseforstyrrelse. Forhold dig i stedet nysgerrigt og åbent og mød patienten så fordomsfrit som muligt.

Skab tryghed ved evt. genbesøg:

- Følelse af at være blevet afsløret eller beklemt, fordi det nu handler om meget mere end mund og tænder. → Det er vigtigt at sætte patienten ind i næste tandlægebesøg, således at han/hun bliver tryg.
- Eksempelvis: *"Når du kommer næste gang, vil jeg være særligt opmærksom på disse ting ved dine tænder. Men jeg vil også høre dig, om det er ok, at jeg igen spørger ind til, hvordan du har det? Hvis du ikke har lyst til at snakke om det, er det selvfølgelig helt i orden, du er velkommen her uanset hvad. Jeg vil bare fortsat gerne have lov til at hjælpe dig med at passe bedst muligt på dine tænder".*
- Afsæt tilstrækkelig tid til 'den svære samtale'
- Ofte vil patienten foretrække en vis grad af diskretion, hvilket også betyder, at tilstedeværelsen af andet klinikpersonale end tandlægen kan virke forstyrrende.
- Vigtigt at opfordre patienten til at søge hjælp ved egen læge eller andre steder, som kan give støtte og rådgivning.

MISBRUG

Typer af misbrug

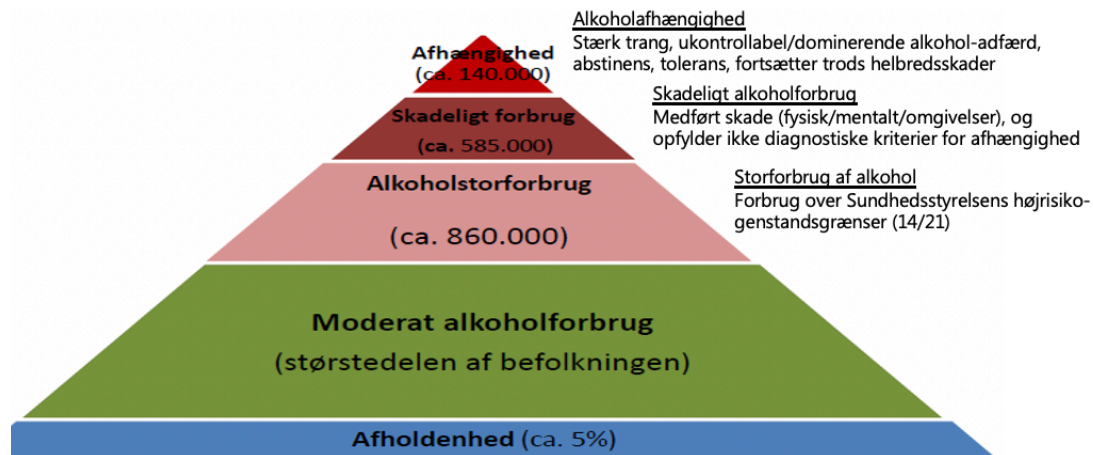
- Alkoholmisbrug
- Rygning
- Stoffer

Alkoholmisbrug

- **Flere overskrider genstandsgrænsen.**
- 4000 danskere dør hvert år på grund af deres alkoholforbrug (5% af alle dødsfald hos kvinder og 9,5% blandt mænd)
- Cirka ¼ af alle trafikdødsfald er relateret til alkohol
- Alkoholforbrug estimeres at være årsag til 166.000 kontakter til almen praktiserende læge og 359.000 fraværdsdage fra arbejdet hvert år

De inddeles i alkohol afhængige, alkohol skadeligt forbrug og alkohol storforbrug:

- Størstedelen af befolkningen indtager en moderat mængde af alkohol. Mens 140.00 har en afhængighed - altså en stor og stræk trang til at drikke, hvilket påvirker deres adfærd.
- 585.000 har et skadeligt forbrug, som altså medfører skade - fysisk, mentalt eller på deres omgivelser.
- Storforbrug ca. 860.000



Kilde: *The number of persons with alcohol problems in the Danish population. Hansen AB, et al. Scandinavian Journal of Public Health. 2011*

Diagnose for alkohol afhængighed i WHO's klassifikationssystem

- En række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener som udvikler sig ved gentagen brug af alkohol.
- **≥ 3 af følgende samtidigt i mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år:**
 - Trang ("craving")
 - Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
 - Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
 - Toleransudvikling
 - Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
 - Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Diagnose i WHO's klassifikationssystem for skadeligt forbrug

- Et brugsmønster af alkohol, som medfører, **at helbredet skades**. Skaden kan være fysisk (som ved skrumpelever) eller psykisk (som ved alkoholfremkaldt angsttilstand).
 - Fysisk eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft eller adfærd)

- Skaden klart påviselig
- Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år
- Afhængighed, abstinensstilstande og psykotiske tilstande kan udelukkes

Typiske karakteristika for alkoholafhængige

- **Fra befolknings-undersøgelser:**
 - Mænd
 - Yngre personer
 - Enlige
 - Lav indkomst
 - Arbejdsløse
 - Alkoholstorforbrugere
 - Storrygere
- **Blandt personer, der søger behandling:**
 - Mænd (ca. 3 ud af 4)
 - I gennemsnit 42-43 år (spredning fra 20 til 80 år)
 - ½ tilknyttet arb.markedet
 - ½ familien/netværket intakt
 - I gennemsnit været alkoholafhængig i 10-12 år

Stofmisbrug

- **Nationale retningslinjer: Stofmisbrug** er et forbrugsmønster af psykoaktive stoffer, der medfører sociale, psykiske og/eller fysiske problemer eller skader for brugeren.
- → konsekvenserne af et forbrug af stoffer, og ikke stoffet eller stofbrugen i sig selv.
- Et stofmisbrug er kendetegnet ved, at man, trods skader ved indtag, fortsætter med at tage rusmidlet. WHO beskriver et stofmisbrug således:
- "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.*"
- Ligesom med alkohol skelnes der mellem et **syndrom (afhængighed)** og **skadeligt forbrug af stoffer.**

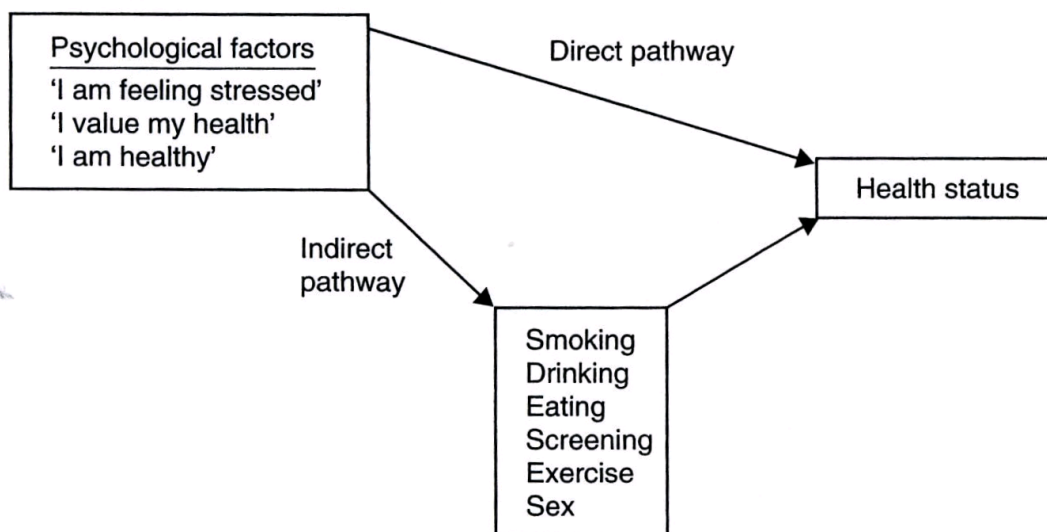
Der findes bløde og hårde stoffer:

Bløde stoffer: eksempelvis hash

Hårde stoffer: de stoffer med den kraftigste og typisk farligste virkning.

De hårde stoffer kan efter virkning opdeles i:

- **Sløvende** (for eksempel [heroin](#) eller morfin)
- **Opkvikkende** (for eksempel [kokain](#) eller [amfetamin](#)).
- **Hallucinogene** (for eksempel [LSD](#) eller [visse svampe](#)).

Misbrug og helbred:**De orale konsekvenser ved alkohol**

De direkte effekter af alkohol omfatter:

- Sukkerholdige drinks
- De fleste alkoholiske drikkevarer er meget syreholdige
- opkastninger
- Så sådan noget som erosioner vil kunne ses.

De indirekte effekter af alkohol:

- Sukkerholdige cravings
- Socio økonomiske gruppe - de går ikke til tandlægen
- De har manglende fokus på mundhygiejne.

De orale konsekvenser af stofmisbrug:

Måden hvorpå man tager stofferne, kan give forskellige typer af skader:

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

Taget gennem en længere periode:

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

Meth mouth

- **Metamfetamin** → “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 → blandingen af flere skadelige stoffer har en forstærkende negativ effekt.

Status sidder i tænderne

- 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.

Udfordringer ifht. Tandlægen

- Tandlægebesøg er dyrt, og det prioreres 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.

Hvad er tandlægens rolle ift. misbrug?

- **Tandlægens indsats i form af oplysning og rådgivning i forbindelse med de sundhedsskadelige virkninger af stof- og alkoholforbrug har stor betydning.**
- 1) Konkret for den enkeltes tandstatus.
- 2) Betydning også i et bredere sundhedsmæssigt perspektiv → forebyggelse af andre misbrugs-relaterede sygdomme.
- 3) Endvidere har tandlæger en unik mulighed for sekundær forebyggelse gennem den daglige screening af mundhulen hos et stort antal danskere.
- Undersøgelser finder at klart størstedelen af misbrugere, der går til tandlæge sætter pris på tandlægens konkrete råd og adressering af misbrug

STRESS OG COOPING**Studiemål:**

- Definere og diskutere begrebet stress, samt kunne redegøre for, og diskutere stress-moderatorer

Definition**Hvad er stress?****En ekstern hændelse (jeg får stress af det).**

- Der fokuseres på hvor stressen/anspændtheden kommer fra.
- Stressfaktorer kan være **fysiske og psykiske** krævende hændelser og omstændigheder.
- Eksempler: **traumatiske begivenheder/katastrofer, major life events eller vedvarende tilstande såsom fattigdom og diskriminering.**

Et reaktionsmønster

- Jeg stresser helt vild.
- Der fokuseres på reaktionen på selve stressfaktoren.
- **Det kan være en psykologisk reaktion, altså man ændrer adfærd, får en masse tanker og emotioner.**
- Det kan også være fysiologiske reaktioner - **eks. øget arousal niveau i kroppen.**

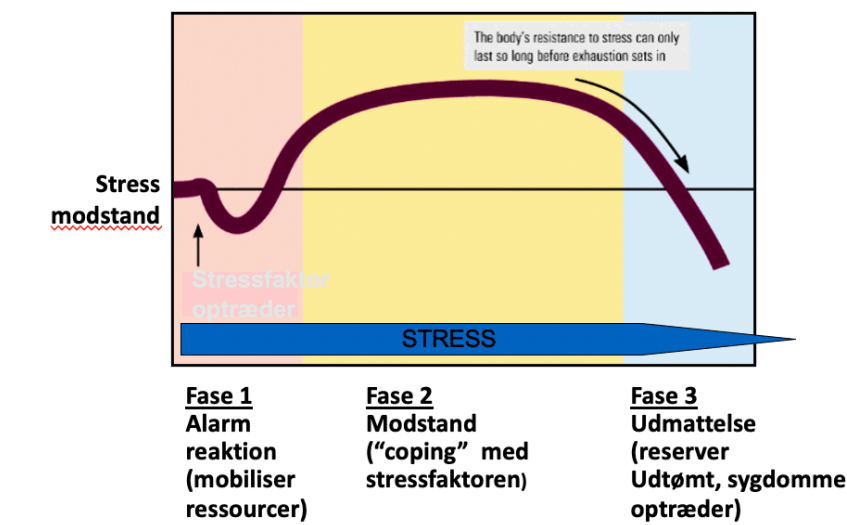
Cannon (1932)

- Eksterne trusler fremkalder **fight or flight respons = akut stress.**
- Det er den **autonome nervesystem** der kontrollerer fysiologisk arousal og mobilisere kroppen fysisk for fight eller flight respons.

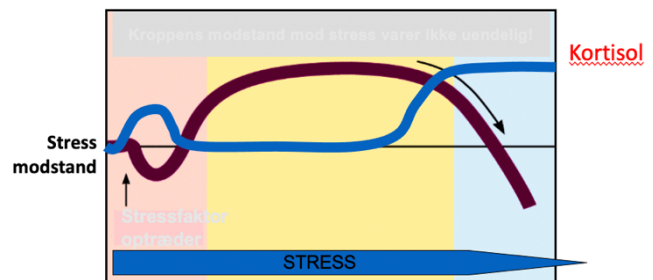
Yerkes-dodson lov

- **Ens præstation er bedst ved lavere arousal når det sværere opgaver, mens det bedre med en høj arousal ved for nemme opgaver.**

Selye (1956) - general adaptation syndrome stress.

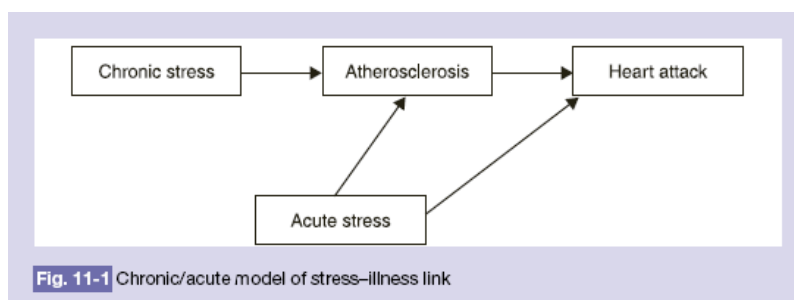


- **Fase 1** alarm reaktion - mobiliser ressourcer. - **Her gør kroppen sig klar til fight or flight.**
- **Fase 2** modstand **coping med stressfaktor**. Man begynder at danne resistens.
- **Fase 3** **udmattelse (reserver, udtømt, sygdomme optræder)** - her kan kroppen ikke klare stressen mere og man bliver udmattet.
- Kortisol spiller en rolle her.



Interaktion mellem akut og kronisk stress:

stress:



Problemer med cannon og selye

- **stimulus-respons teori:** individuel variation bliver negligeret, **personen er passiv**, automatisk reaktion på ekstern stressfaktor.
- Den fysiologiske reaktion på stress bliver betragtet som ensartet, uanset stressfaktorens natur.

Lazarus (1982)

- Stress er afhængig af **interaktionen** mellem individet og dens omgivelser.
- Stress opstår når en person opfatter en situation som mere krævende end personen mener den har ressourcer til.
- **Transaktionsmodel: samspil mellem individ og situation.**

Transaktions model for stress: (står mere dyb i komp. S.123)**Primær vurdering:**

- Personen vurderer en hændelse som enten 1: irrelevant, 2: positiv, 3: en udfordring, 4: en trussel.

Sekundær vurdering:

- personen vurderer egne ressourcer i forhold til situationen (kan jeg overkomme det her eller ej?).

***** Stress opstår altså når der opstår en diskrepans mellem situationens krav og ens egne ressourcer. ***** Coping er personens forsøg på at håndtere denne diskrepans.

Coping (TJEK MED COMP)

- Defineret af **lazarus**
- **Processer som reducerer konsekvenserne af stress. Bevidste eller ubevidste** handlingsmåder som en person anvender til at tilpasse sig situationens krav.
- Det vil altså sige Coping er et **indvids måde at interagere med stress faktorer** på for at vende tilbage til en normal funktion/homeostase.
- **Dispositionelle (coping stil) = træk**
- **Situationelle (coping strategi/process) = tilstand.**

Coping stile

- **Ser ud til at være personlighedstræk.**

Kan enten være ved at man:

- Konfrontere problemet eller undgå problemet.

Konfrontering af problemet:

- Man samler information og tager direkte aktion.

Undgå problemet:

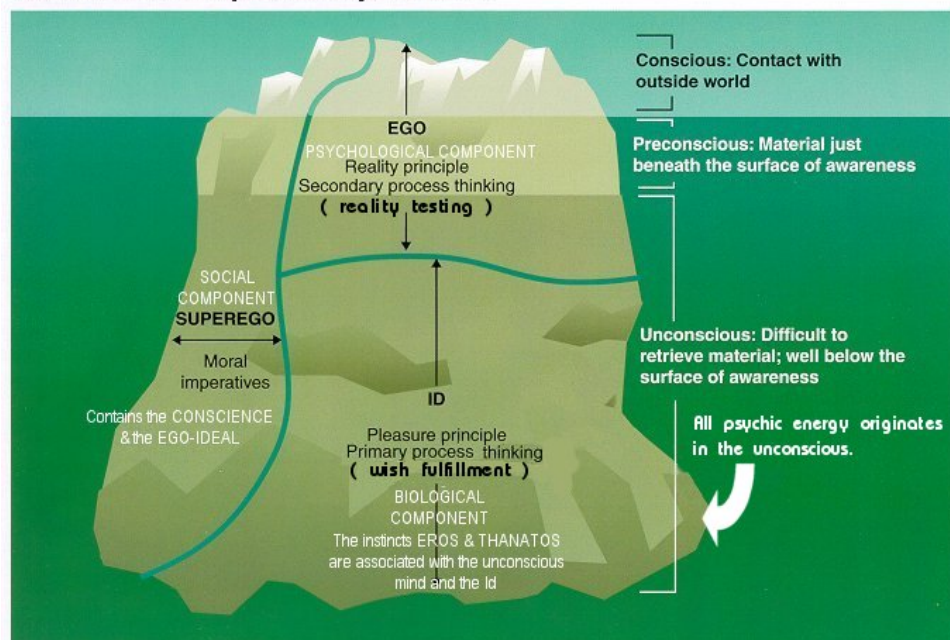
- Det omvendte man minimerer vigtigheden af problemet.
- Giver ikke udtryk for sine følelser.

Coping strategier**Problemfokuseret coping**

- Strategier for at reducere stress eller til at øge ens egne ressourcer for at kunne håndtere stressen. Eks. Man laver en plan for dagen for at mindske stressen, man læser ekstra osv.
- **Adfærd**: man søger oplysninger, beder om hjælp eller ændrer situationen
- **Tænkning**: Ændre sin oplevelse, omvurdering af trussel (til udfordring?)

Emotionsfokuseret coping

- Tale til en ven om problemet, drikke eller ryge, shoppe eller se en film.
- **Adfærd**: søger trøst, slappe af, nikotin, alkohol, medicin osv.
- **Tænkning**: manøvre som afleder opmærksomheden fra truslen og deraf afledte negative følelser (**forsvarsmekanismer**).

Emotionel coping og forsvarsmekanismer:**Freud's model of personality structure****FORSVARSMEKANISMER:**

- **Forsvarsmekanismer**

- Ego-ens beskyttende metoder for at **reducere angst ved ubevidst at forfalske realiteten**

- **Repression**

- Den basale forsvarsmekanisme som **forhindrer angst provokerende tanker, følelser, og minder adgang til bevidstheden**, indgår som komponent i mange andre forsvarsmekanismer
- Emotionel helbredelse skulle være **associeret med at genfinde undertrykte minder (meget kontroversiel)**

Defense Mechanism	Description	Example
Repression	Unknowingly placing an unpleasant memory or thought in the unconscious	Not remembering a traumatic incident in which you witnessed a crime
Regression	Reverting back to immature behavior from an earlier stage of development	Throwing temper tantrums as an adult when you don't get your way
Displacement	Redirecting unacceptable feelings from the original source to a safer, substitute target	Taking your anger toward your boss out on your spouse or children by yelling at them and not your boss
Sublimation	Replacing socially unacceptable impulses with socially acceptable behavior	Channeling aggressive drives into playing football or inappropriate sexual desires into art
Reaction formation	Acting in exactly the opposite way to one's unacceptable impulses	Being overprotective of and lavishing attention on an unwanted child
Projection	Attributing one's own unacceptable feelings and thoughts to others and not yourself	Accusing your boyfriend of cheating on you because you have felt like cheating on him
Rationalization	Creating false excuses for one's unacceptable feelings, thoughts, or behavior	Justifying cheating on an exam by saying that everyone else cheats

COPING (Mål / opgaver)

- Reducer stress påvirkning
- Frem chancen for at "komme sig", genvinde homeostase
- Tilpasning, øger tolerance for stress påvirkningen
- Opretholde et positivt selv billede
- Bibeholde emotionel stabilitet
- Fortsætte gode forhold til andre

COPING (Faktor der har betydning i valg af coping strategi) – mere i med komp

- **Problemets art: arbejde vs. helbred og forhold**
 - 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 aldre anvender problem fokuseret mere.
- **Køn**
 - Kvinder anvender emotions fokuseret mere, hvor mænd anvender problem fokuseret.
- **Kontrollabilitet (opfattet)**
 - **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

- Man prøver at reducere stresspåvirkningen
- Fremmer chancen for at komme sig, og vinde den her homeostase igen.
- Man prøver at tilpasse sig, og øge ens tolerance overfor stressen.
- Man prøver at opretholde et positivt selv billede, bibeholde ens emotionelle stabilitet og fortsætte ens gode forhold til andre.

Case:

Henrik føler sig ekstremt stresset på arbejde lige nu fordi han har fire vigtige opgaver – som alle skal løses inden for nærværende uge. For at cope med det stress han føler laver han en liste af prioriteter for hver opgave, underopdeler dem i mindre del-opgaver, og laver en tids-linie for at færdiggøre hvert del-opgave inden ugens udgang.

Hvilken generel type af coping strategi bruger Henrik?

- Han er problemfokuseret, da han omvurderer truslen til en udfordring og dermed ændrer situationen.

Case:

Claras læge har lige fortalt hende at hun har brystkræft. Da hun forlader lægens konsultation (efter at høre diagnosen, behandlings muligheder, prognose, osv.) føler hun sig utrolig stresset. Hun sætter sig på en bænk og bruger 5 minutter på vejtræknings øvelser og meditation for at hjælpe sig med at cope med nyheden.

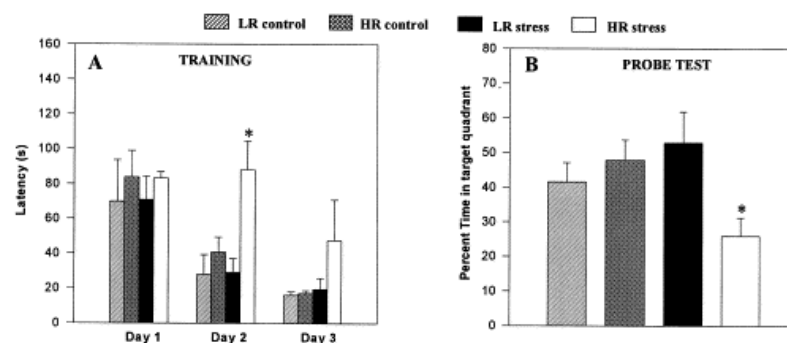
Hvilken generel type af coping strategi bruger Clara?

Svar:

- Clara er emotionsforkuseret. Hun anvender manøvre som afleder hende fra truslen såsom meditation og får hende på andre tanker. Dernæst fokuserer hun på sin vejtrækning, så hun får slappet af.

Stress effekt på hjernen

- Delt op efter lav (LR) og høj (HR) respons på nye omgivelser
- Kronisk social stress
- Indlæring og hukommelse testet efter stress



Effekt af stress og kortisol i ældre mennesker:

Målt døgn-cortisol i 51 raske ældre over 5-6 år, en gang om året

Fandt tre mønster:

1. "increasing/high cortisol"
2. "increasing/moderate cortisol"
3. "decreasing/moderate cortisol"

Dette korrelerede med det rapporterede stress niveau

Stress og livsforandringer:

- Adskillige undersøgelser har vist statistiske sammenhænge mellem livsforandringer og sygdomsrisiko
- Sammenhængen er dog ikke éntydig og modificeres af mange forhold.

Hvad gør en stressfaktor stressende

- Traumatisk
- Høje krav
- Oplevet kontrol
- Forudsigelighed
- Indre konflikter
- Væsentlige ændringer i livet: ægtefælles død, skilsmisse, separation, alvorlig sygdom/ulykke osv. Famileforøgelse, flytning, graviditet.
- **Vi bliver nemmere forkølet når vi er under stress**

Stress modererende faktorer:

- **Se også kompendium for flere eksempler.**

Personlighedsfaktorer:

- Attributions stil
- Type A eller Type B personlighed
- Hardiness (de 3 c'er)
- Social støtte (forsøg er lavet, hvor man respondere mindre på stress, hvis man ikke er alene, men har en ven med ift. hvis man er alene). **Jo mere social støtte man har desto bedre, kan man håndtere stress.**
- Mening

- Coping stil (problem, emotions fokseret osv.)
- **Motion - motion er med til at reducere stress.**

Type A personlighed:

- **Konkurrence minded:** man er selvkritisk, man er jaget, man er krævende til sig selv men også til andre.
- **Uopsættelighed:** alt skal gøres nu, og man er irriteret over forsinkelser.
- **Vrede/fjendelighed:** man bliver nemt sur, selv om de ikke giver udtryk for det.

Type B personlighed:

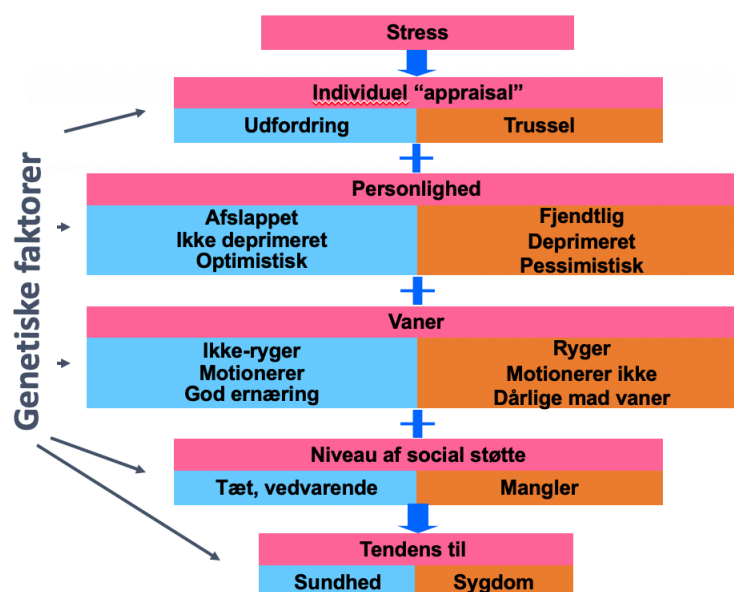
- Lav konkurrence minded, uopsættelighed, og fjendelighed.

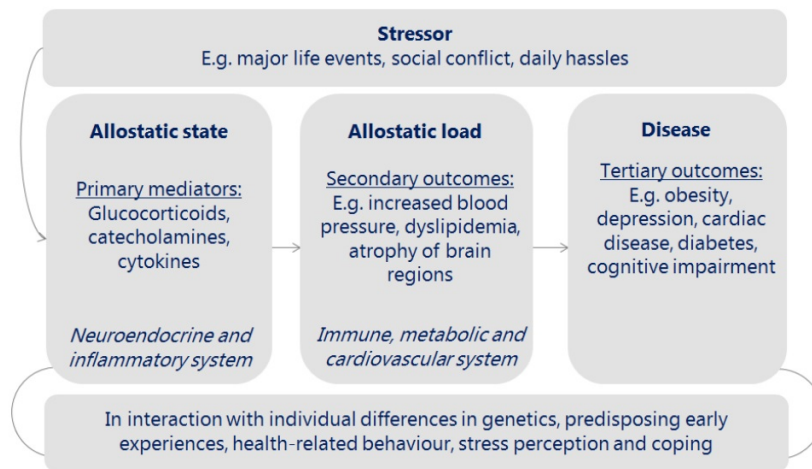
Hardiness (de 3 c'er)

En person der udviser "hardiness" oplever kontrol over situationen, engagerer sig i den, og ser den som en udfordring

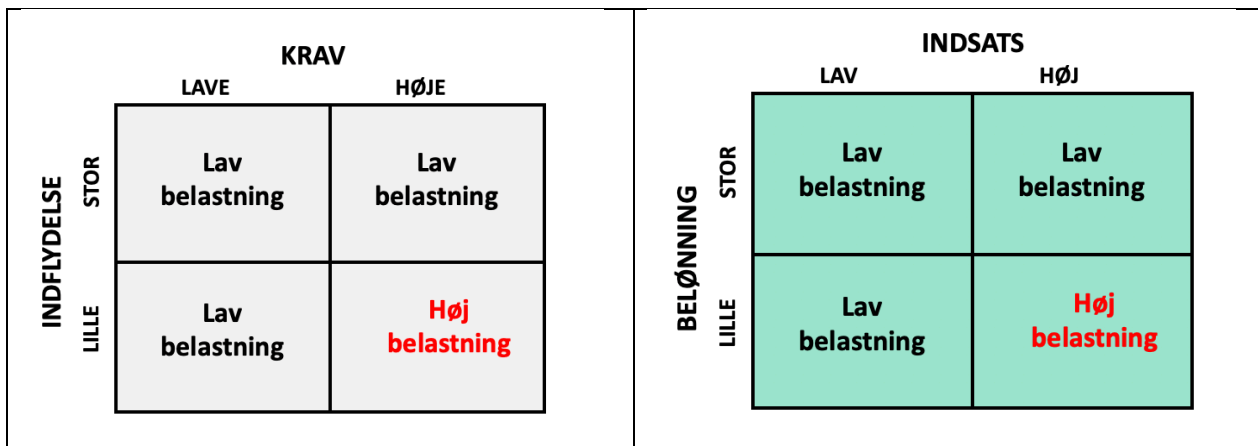
- **Commitment**
- **Control** - Føler man at man har mindre kontrol over situationen fører det til mere stress. Især hvis man prøver at kontrollere en ukontrollerbar situation.
- **Challenge**
- Coherence, (kan tilføjes) livet er overkommelig, forståelig og meningsfuld)

STRESSSS:



The allostatic process:**Stress i arbejdslivet:**

- Et job med høje krav fører hurtigt til belastning og stress. Se kompendium den sidste side med husmødre og arbejdende kvinder.

Stress i arbejdslivet er en balancegang**Helbredsmæssige følelser:**

- Høj job-strain (Høje krav – lav indflydelse) forbundet med 2.2 gange højere dødelighed som følge af hjerte-karsygdom
- Lav indsats-belønning balance forbundet med 2.4 gange højere dødelighed som følge af hjerte-karsygdom

Stress i arbejdslivet:

Høje krav, Ingen kontrol, Lidt tilfredshed = Hjerterkar sygdom

Andre faktorer: Dårlige kollegaer (Role ambiguity)

Stress ved arbejde i sundhedssektoren: Udbændheds-Syndromet (Maslach)

Symptomer:

- **Følelsesmæssig udmattelse**
 - Tab af følelsesmæssige ressourcer
 - manglende engagement i personlige relationer
 - vedvarende træthed
- **Depersonalisering**
 - Kynisme
 - Følelseskulde
 - Negative holdninger overfor andre
- **Nedsat præstationsevne**
 - Negativt selvbillede
 - Slår ikke til i fht egne krav/forventninger
 - Hjælpeløshed/håbløshed

Risiko for udbændthed ved arbejde med mennesker, resultater fra en undersøgelse af sundhedssektoren:

- **Forhold, der fremmer risiko for udbændthed**
 - Når risiko for ”fiasko” er stor (eks. ved dårlig prognose)
 - Arbejde med døende
 - Arbejde med frastødende og skræmmende lidelser
- **Patienter og klienters reaktioner**
 - Vrede, angst, utålmodighed, urimelighed
 - Fejlfortolkninger m.v.
- **Manglende kontrol**
 - Manglende mulighed for at kontrollere, eller
 - Forudsige resultater af indgreb/behandling
 - Gentagne fiaskoer øger følelser af hjælpeløshed
- **Ambivalens**

- Rolleusikkerhed,
- Uklarhed mht. grænser mellem faggrupper
- hvad der forventes af mig
- hvad andre forventer af mig (manglende feedback)
- **Copingstrategier**
 - Trækken sig tilbage (øger risiko)
 - Vende sig mod andre/søge støtte (mindsker risiko)

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. (TAGET FRA EN ANDEN STUD)

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 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**.

Problemets art:

- er det arbejde eller helbred og forhold.
- Arbejde fører til en mere probem-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 aldrende 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.

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 hjertefrekvens 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.

SMERTER OG PLACEBO

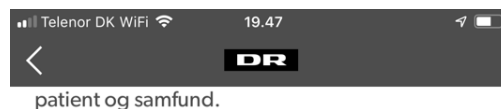
Smerter

- ***An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage***
- Smerter har en funktion
- De giver feedback på hvordan vi står, går sover osv.
- Det er et advarselstegn på at der er noget galt.
- De hjælper os med at undgå farlige og skadelig adfærd
- Udløser hjælp søgning osv.

Noiception vs. Smerte

- Noiception er den mekaniske, kemiske og termiske energi som påvirker specialiserede nervender, som aktiverer A-delta og C fibre, som signaliserer til nervesystemet at skadelige ting er ved at ske.
- Noiception kan observeres og måles som aktivitet i disse nervefibre.
- Smerter kan opfattes som konsekvensen af denne her nerveaktivitet. Men smerter kan også opfattes uden denne nerve aktivitet.
- Noiception kan optræde uden at der opfattes smerte.
- **Nogle smerter har ingen funktion - de bliver bare ved selvom udløseren af smerten er gået over. Disse slags smerter er med til at hæmme ens livskvalitet**
- Psykologiske faktorer spiller ind ved sådanne smerter
- **Akut smerte** er smerte under 3-6 måneder, diskret årsag og behandles med smertestillende medicin
- **Kronisk smerte** er smerte der varer i over 3-6 måneder, benign eller proressive.

Kroniske smerter:



Syv former for kroniske smerter

Omkring 825.000 danskere lider af kroniske smerter. Nu er kroniske smerter blevet anerkendt som en sygdom af WHO. Det træder i kraft i januar 2022.

På listen bliver kroniske smerter delt op i syv kategorier:

- Primære smerter, hvor der ikke er en anden årsag.
- Smerter relateret til kræft.
- Neuropatiske smerter, der skyldes en nerveskade fx fantomsmerter.
- Muskel- og skelet smerter som fx lændesmerter, der er den mest udbredte kroniske smerte i Danmark.
- Smerter i mave-tarm systemet.
- Hovedpine og ansigtssmerter.
- Smerter efter operation og traumer fx brandsår.

Kilde: Nanna Brix Finnerup, Aarhus Universitet og [Foreningen af Kroniske Smertepatienter](#).

- Kroniske smerter koster samfundet mange penge, fordi patienter kan miste tilknytningen til arbejdsmarkedet og ende på

De tidlige smerteteorier

- Smerter som en sansning, smerter som et respons på en smertefuld stimulus.
- Psykologi har noget med smerter **konsekvenser** at gøre og ikke deres årsag
 - Specificity theory (von frey)
 - Patteren thery (Goldschneider)
- Der skelnes mellem **psychogene smerter (all in the mind)** og **organiske smerter (Real pain with organic base)**

Nye observationer:

- Smertestillende medicin virker ofte ikke så godt på kroniske smerter
- Lignede kvæstelser kan resultere i meget forskelligt behov for smertestillende behandling (soldater vs. civilister)

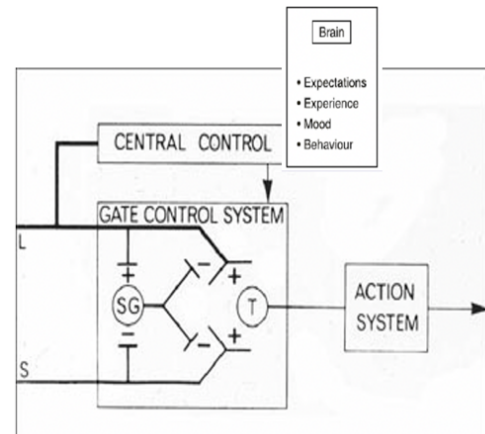
Phantom limb pain ->> denne variabilitet tyder på at andre faktorer end simpel receptor stimulation spiller en rolle.

Sådan foregår det når smerte opstår

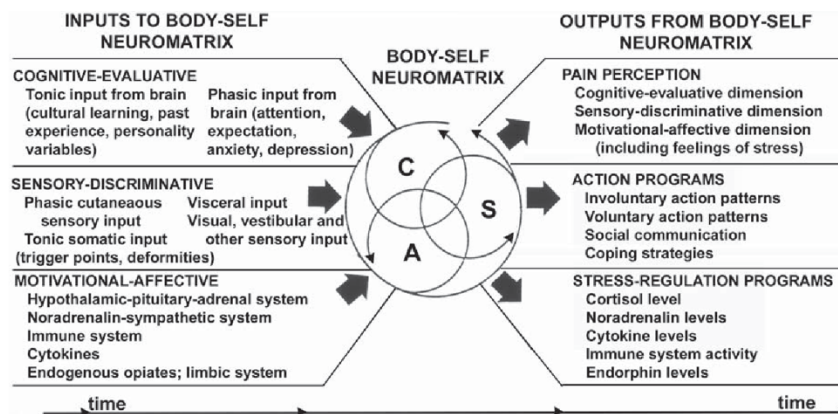
- Stimulation af periaqueductal grå substans aktiverer neuroner som frisætter [enkephalin](#) i raphe nuclei.
- Raphe neuronerne frisætter 5-HT ([serotonin](#)) på inhibitoriske interneuroner i rygmarkens dorsal horn (Laminae II, [substantia gelatinosa](#)) som dermed bliver aktiveret.
- Disse interneuroner frisætter så enkephalin eller dynorphin (endogene opioid neurotransmitter) som binder til mu opioid receptorer på aksoner fra indkommende C og A-delta fibre.
- Disse fibre bærer smerte signaler fra noiceptorer i perifere væv.
- Aktivering af disse mu-opioid receptorer hæmmer frisættelse af substance P fra disse indkommende første ordens neuroner.
- Dette forhindrer aktivering af anden ordens neuroner som ellers ville føre smerte signalerne op igennem den spinothalamiske trakt til ventroposteriolateral nucleus (VPL) i thalamus.
- Dermed forhindres det nociceptive signal i at nå kortikale områder som interpreterer signalet som "smerte" (sådan som anterior cingulate gyrus).

Hvad er det nye ved Gate control teorien? (s.97 med komp)

- Smerte er en perception, ikke en sansning
- Individet er aktiv og ikke passiv
- Forklarer individuel variabilitet
- Der altid flere årsager det er en interaktion mellem krop og sind.
- Men der må være en organisk årsag for smerten - der skal et input til før at smerten kan udløse sig.
- Den er stadig dualistisk: fysiologiske processer kan påvirkes af psykologiske processer. Men de er adskilte

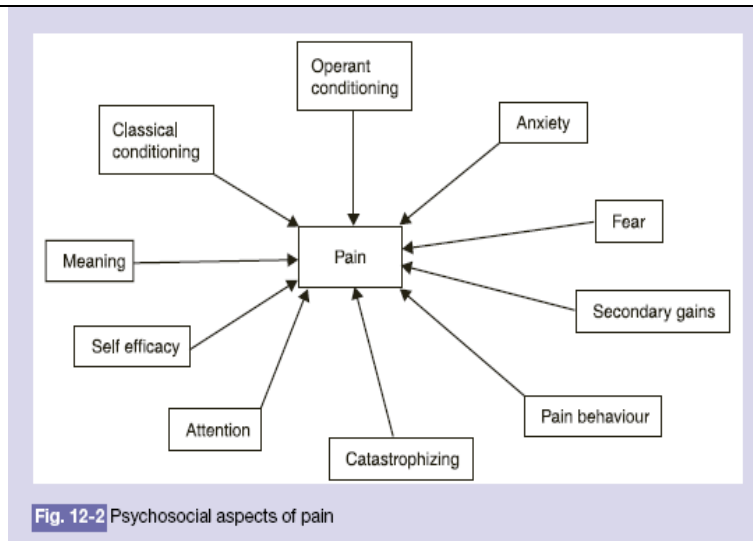


NEUROMATRIX TEORI



Tre-process modellen (s.99 med komp)

- Smerter skal forstås som resultatet af 3 processer:
 - Fysiologiske processer
 - Subjektive affektiv kognitive processer
 - Adfærds processer



Disse kan bl.a. være frygt, angst, klasisk betingning, operant betingning osv;

PSYKOLOGISKE FAKTORER: INDLÆRING OG EMOTIONER

Indlæring:

- **Klassisk konditionering:** tidligere erfaringer og associationer kan gøre smerter værre (f.eks. Tilbage til tandlægen efter en dårlig oplevelse)
- **Operant konditionering:** Forstærkning kan forværre smerter (f.eks. Få opmærksomhed, blive sygemeldt)

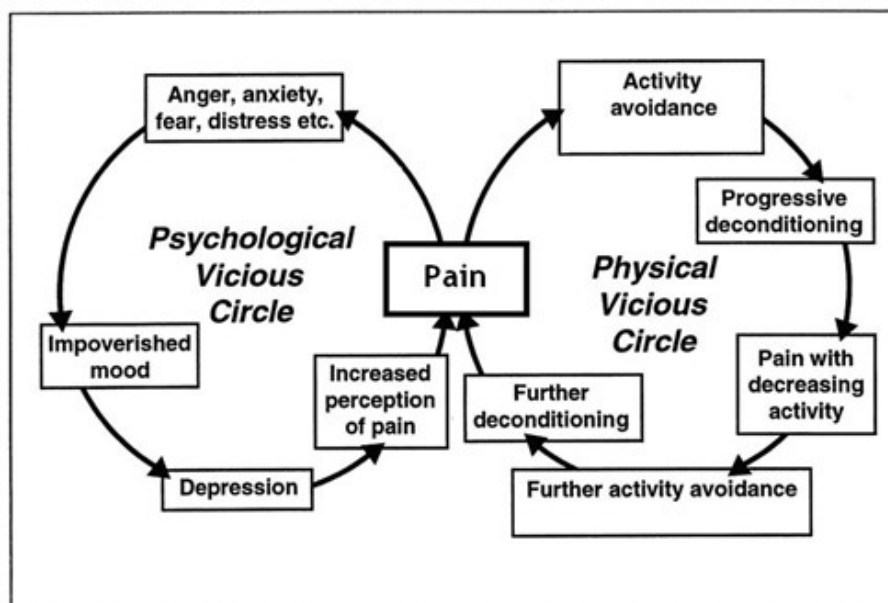
Emotioner:

- **ængstelse:** bekymring gør smerte værre
- **frygt:** frygt og *antagelser om undgåelse af frygt* (det kommer til at gøre ondt hvis jeg står op, derfor lader jeg være med at stå op) kan gøre smerter værre og forudsiger overgangen fra akut til kronisk smerte

PSYKOLOGISKE FAKTORER; TANKEMØNSTRE:

- **Katastrofe tænkning:** grublen (Jeg kan føle mit knæ knirke), forstørrelse (Jeg bliver lam), hjælpeløshed (Jeg kan ikke holde det ud mere. Jeg kan ikke gøre noget ved det.) forudsiger smerte intensitet
- **Betydning:** positive betydning (f.eks. fødsel) kan reducere smerte mens negativ betydning (f.eks. alvorlig sygdom) kan øge smerte
- **Kontrol oplevelse:** en følelse af kontrol over situationen kan føre til færre smerter

The vicious cycle of back-pain

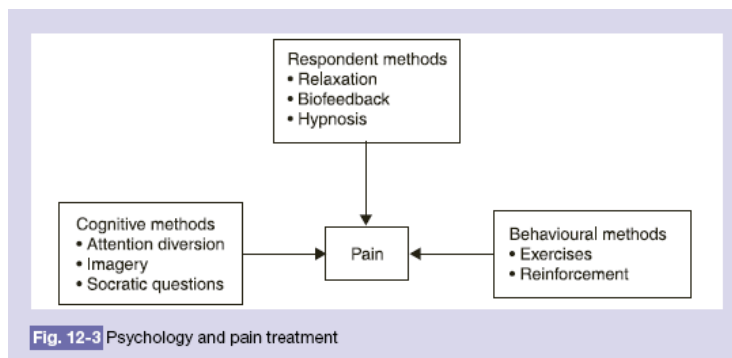


Kroniske smerter i tandlægeverden

- TMJD - temporomandibular joint disorder.
- Burning mouth syndrome
- Atypical facial pain
- Atypical odontalgia

Psykolgoiske Metoder til smerte behandling

- Respondent metoder - afslapper patient
- Kognitive metoder - fjerne fokus fra noget bestemt, sokratiske spørgsmål
- Adfærds metoder – øvelser



Hvad kan vi gøre, når vi har med en smerte patient at gøre?

- Informer patienten om smerter natur (hurt versus harm)
- Let, normal aktivitet er OK
- Undgå unødvendige undersøgelser og behandlingsforsøg (frustrerer pt., håbløshed)
- Vær' opmærksom på de psykologiske aspekter af symptom præsentationen (følelser, overbevisninger)
- Overvej henvisning til multidisciplinær evaluering hvis patienten viser advarsels tegn eller ikke får det bedre
- Tidlig intervention er vigtig

Advarsels tegn – Klinisk evaluering af potentielle kandidater for kroniske smerter

- Main et al. (1995) anbefaler vurdering af :
- Generel lidelses niveau (inkl. angst og depression)
- Overbevisninger og frygt angående smerter og rehabilitering
- Coping strategier
- Frygt af fysisk aktivitet
- Socioøkonomiske implikationer af fortsat arbejdes udygtighed
- Tilfredshed med arbejdet

Måling af smerte

- Selfrapport - spørgeskema.
- Observer rating
- Fysiologiske målemetoder

Placebo**Hvad er placebo?**

- Inerte stoffer, som forårsager symptom relief (f.eks. min hovedpine gik væk efter jeg tog en sukker pille)
- Behandlinger, der forårsager symptom ændring som ikke kan henføres til en reel effekt af behandling (f.eks. min hovedpine gik væk efter min hofteoperation)
- Enhver behandling, der anvendes for dets ikke specifikke virkninger (f.eks. Jeg tog et bad og min hovedpine gik væk)

Problemer med definitionen af placebo

- Hvad er reelle vs. ikke reelle effekter?
- Hvad er specifikke vs. nonspecifikke virkninger (er psykologiske virkninger altid nonspecifikke)?

- Er der placebo effekter i psykologiske behandlinger? (Jeg gik til adfærdsterapi for min fobi og følte mig mindre trætte.)
- Er det bare noget der skal kontrolleres for i forskning?

Hvordan virker placebo

Patient karakteristika

- Følelsesmæssig afhængighed.

Karakteristika af behandlingen

- Mere alvorlige indgreb resulterer i større placebo effekter
- Kirugi > injektion > stor pille > lillepille

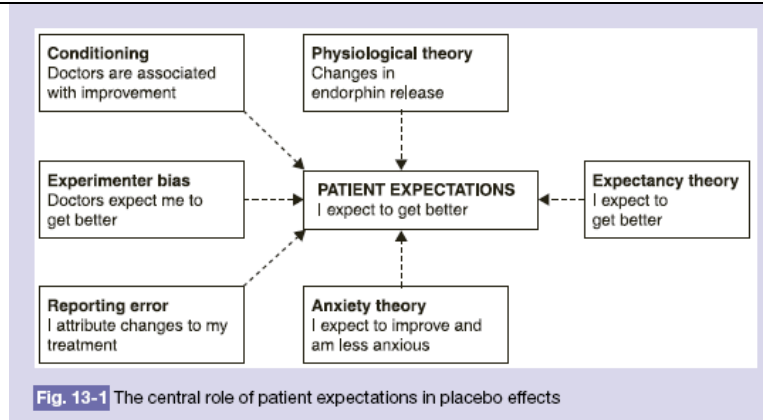
Karakteristika af behandleren

- En højere status af behandlerne og højere involvering.

Interaktive teorier

- **Eksperimentator bias:**
 - hvis den sundhedsprofessionelle forventer at patienterne får det bedre, så gør de det også.
- **Patientens forventninger,**
 - hvis patienten forventer at få et bedre og er motiveret, så er de også mere tilbøjelige til at gøre det.
- **Konditionerings effekter:**
 - hospital, hvid kittel kan udløse konditioneret respons,
- **angst reduktion:**
 - enhver behandling beroliger patienten og reducerer angsten samt symptomerne.

*** Patientens forventninger er centrale:



Kognitive dissonance teori (s. 110 med komp).

- Fatih healing findes stadig - fordi det virker
- Placebo kræver en investering af patienten hvad enten det er penge, tid besvær eller rejser
- Fordi investeringerne er det centrale for placeboeffekten.

Investering:

- Folk skal retfærdiggøre adfærd
- Folk skal føle sig rationelt og i kontrol

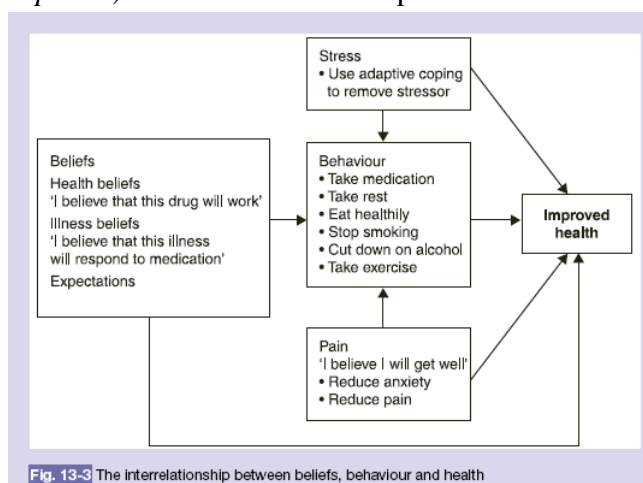
Lav dissonans: disse to behov er i overensstemmelse (Jeg brugte penge på en behandling og det virkede)

Høj dissonans: der er konflikt (Jeg brugte penge på en behandling og jeg har det stadig dårligt)

Ubevidste regulerende mekanismer sættes i gang for at fjerne høj dissonans og skabe forandringer i (*rapporteret / oplevet*) sundhedstilstand => placebo-effekt

Mange faktorer i genesen af

placeboeffekt:



ANGST**Hvad er angst**

- Patonomisk
- Angst er upatonomisk
- Angst er normal – det gør at vi tænker normalt.
- En psykopath der dræber osv. Uden at have angst er ikke normal!

De forskellige typer af angst**Normal angst**

- Noget alle mennesker og mange dyr oplever
- Livopretholdende funktion

Klinisk angst

- Angsten når op på et niveau hvor den er ude af proportioner ift. til hvad man er præsenteret for.
- Ude af proportioner med den reelle fare
- Funktionsnedsættende
- Står op over længere tid
- Diagnosekriterier (ICD-10/DSM v)
- Forekomst -350.000-400.00 danskere vil i løbet af et år opleve symptomer der svarer til kriterier for angst.
- Ca. dobbelt så mange kvinder som mænd rammes.
- Angst debuterer normalt tidligt. I barndommen eller ungdomsårene.

Hvem er mest ramt?

Kvinder er mest ramt, men det har vist sig, at mænd arver angst fra moderen. Da mange mødre har angst gener på x kromosomet – det fragile x.

- Mænd har jo et x og et y kromosom. Det x kromosom de får er fra moderen.

** Mange får **benzodiazapiner** for angst – catranaliner – det er første valget.

- Det kan også danne misbrug.

Almindelige former for angst

- Børn/forældre kommer til skade

- Forskellige dyr
- Tale foran gruppe
- Eksamener
- Ydmygelse
- Bekymringer om udseende – krop, hår osv. Der er rigtig meget angst i god nok.

Undgåelsescirkel

- 12 undgåelse
- 3 lettelse
- 9 forventetningsangst
- 18 vedligeholdelse

Undgåelse til lettelse – dopaminer aktivitet.

- De giver en nice føling – lettelse.

Angst årsager, altså hvad der fører til angst.

- En arvelig sårbarhed – 20-30% kan sandsynligvis forklares ud fra arv
- Belastninger under opvæksten – fx misbrug, vold eller mobning
- Belastninger senere i livet – fx stress, depression eller dødsfald, skilsmisser etc.
- Mennesker med et særligt følsomt nervesystem er mere tilbøjelige til at udvikle angst. Et følsomt nervesystem kan bl.a. hænge sammen med ubalancer i hjernens signalstoffer.

Hvilke former for angst har vi/ Diagnostik

- Agorafobi
- Enkeltfobi
- Social fobi
- Panikangst
- Generaliseret angst
- Tvangstilstande (OCD)
- Belastningsreaktioner
 - Akut belastningsreaktion
 - Tilpasningsreaktion

- PTSD

Panikangst

- **A: Mindst 4 panikanfald** indenfor en fire-ugers periode med mindst 4 af følgende - A symptomer
- **B: ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning**
- **C: ikke forårsaget af fysisk eller anden psykisk lidelse.**

1. Hjerterbanken
2. Sveden
3. Rysten
4. Mundtørhed
5. Åndedrætsbesvær
6. Kvælningfølelse
7. Smerter eller trykken i brystet
8. Kvalme eller maveuro
9. Svimmelhed
10. Uvirkelighedsfølelse
11. Frygt for at miste selvkontrollen
12. Dødsangst
13. Kuldegysninger eller hedeure
14. Dødhedsfølelse eller prikkende fornemmelse i huden

PTSD – diagnostik

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)
- B. 1. tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt eller
2. stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt der minder om traumet
- D. 1. delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
2. vedvarende symptomer på fysisk overfølsomhed eller alarmberedskab med mindst 2 af følgende symptomer:
 - (a) ind- eller gennemsovningsbesvær
 - (b) irritabilitet eller vredesudbrud
 - (c) koncentrationsbesvær
 - (d) hypervigilant
 - (e) tilbøjelighed til sammenfaren
- E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse.

Indlæring og vedligeholdelse af angst

- **Mowers to-faktormodel for angstindlæring (1939)(Indlæring!)**
 - indlæring gennem klassisk betingning
 - Vedligeholdes gennem operant betingning

Angst og indlæring

- **Klassisk betingning (pavlovs hunde)** en stimulus til at handle om et andet stimuli. Eks. Airroters lyd alene er ikke skræmmende men med smerte involveret vil det fremover skræmme en, fordi man så forbinder den lyd med smerte.
- **Operant betingning (skinner og thorndike)** – et respons, hvor man får straf eller belønning.
- Positiv forstærkning: Tilføje noget positivt for at øge adfærd
- Negativ forstærkning: Fratage noget negativt for at øge adfærd
- Udslukke adfærd:
 - Tilføje noget for at udslukke adfærd – afstraffelse
 - Fjerne noget positivt for udslukke adfærd – ”negativ” straf
- **Delvis betingning – eks.** Slik til ens børn man giver dem det kun nogle gange. Så de ved de får det nogle gange.

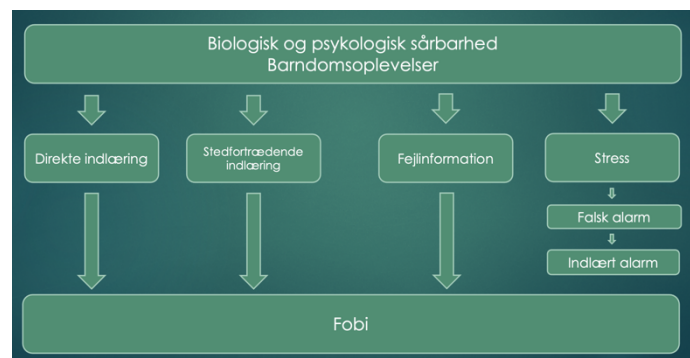
Angstens udvikling – panikangst – Clarke

- Oplevet trussel
- Ængstelige forventninger
- Kropslige symptomer
- Katastrofetanker om reaktionen.

Angstens udvikling – fobi Esben

hougaard.

- Udvikling af tandlægeskræk.
- **Biologisk og psykologisk sårbarhed** – barndomsoplevelse
- **Direkte indlæring** – en direkte oplevelse
- **Stedfortrædende indlæring** – man hører andres oplevelser, og får en fobi for det. Eks. Forældre der fortæller børn noget, og kan give det videre.
- **Fejlinformation** -man får fejl information så man opfatter at det er værre.
- **Stress** – falsk alarm, indlært alarm



Behandling af angst

- Kognitiv adfærdsterapi (Kat')
- Antidepressive SSRI – her kan benzodiazepiner os anvendes.

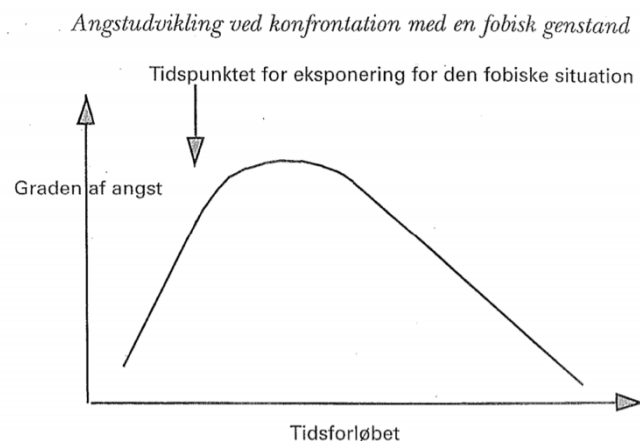
- Kombination af Kat og antidepressive
- Antidepressive kan bidrage til øget effekt af psykoterapi.

Eksempel på behandling af angst:

- Mulig effekt af antidepressive ved behandling af panik med agorafobi
 1. Direkte blokering af panikanfald (Kamp/flugt-systemet)
 2. Reduktion af depressiv stemning
 - Fald i negative tanker
 - Tør opsøge frygtede situationer
 - Øge følelse af selvkompetence
- Antidepressive kan bidrage til øget effekt af psykoterapi

Eksponering

- Graden af angst kan dale over tid.
- Eks. Med tænder – i længere tid vi kan holde patienten inde i lokalet, jo mere falder deres angst. Nogle patienter tør næste ikke komme ind i klinikken til at starte med.

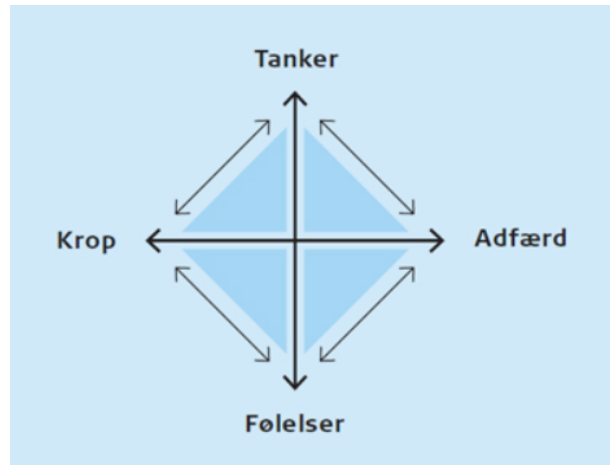


Kognitive diamant

- Ændrer man på adfærden vil man kunne ændre på det kropslige, tanker og følelserne.

Karakteristika ved KAT

- Samarbejdende empirisme
- Psykoedukation
- Sokratiske spørgsmål
- Problemfokuseret
- Omstrukturering
- Hypoteseafprøvning
- Eksponering
- Fokuseret korttidsbehandling (5-20 gange)



Sikkerhedsadfærd:

Sikkerhedsadfærd ved panikangst og agorafobi

Tage pulsen
Støtte sig til cykel eller rækværk
Medbringe benzodiazepin
Medbringe mobiltelefon
Blive i nærheden af et (kendt) hospital
Have et andet menneske med sig

Sikkerhedsadfærd ved socialfobi

Være tavs
Skjule hals med rullekrave
Drikke alkohol
Klovne
Sætte sig bagest i lokalet
Ryge
Undlade at gå gennem et lokale

Samspillet mellem følelse, krop, tanke og adfærd:

Diagnose	Følelse	Krop	Tanke	Adfærd U: undgåelse S: sikkerhedsadfærd
Panikangst	Angst	Hjertebanken Åndenød Svimmelhed	Jeg får et hjerteslag. Jeg dør	U: Anstrengelse, mange situationer S: Tager puls, monitorerer krop
Agorafobi	Angst	Hjertebanken Svimmelhed Åndenød	Jeg kan ikke klare det. Jeg kan ikke komme ud/ få hjælp	U: At gå hjemmefra alene S: Mobiltelefon, benzodiazepin, ledsager
Socialfobi	Angst Nervøsitet	Rødmen Rysten Uvirkelig hedsfølelse	Andre synes jeg er mærkelig/forkert/ikke god nok. De kan se, at jeg rødmer/ryster	U: Socialt samvær S: Tier, holder sig i baggrunden
GAD	Ængstelse Bekymring	Rysten Svedudbrud Hjertebanken	Der er sket noget frygteligt med min mand/datter/mor	U: Varierende S: Kontrollerer
OCD	Ubefrag	Varierende	Hvis ikke jeg tjekker/vasker/ordner, sker der en ulykke	U: Varierende S: Tjekker/vasker/ordner

Alternativ tænkning:

Katastrofetænkning	Alternativ tænkning
Jeg får et hjerteslag	Jeg har bare lidt hjertebanken, det er normalt
Jeg dør	Man dør ikke af angst
Jeg kan ikke klare det	Jeg skal bare tage det roligt
Jeg kan ikke komme ud, jeg bliver kvalt	Jeg bliver her, der er rigeligt med luft
De andre synes, jeg er mærkelig	Andre mennesker er ikke optaget af mig
De kan se, at jeg rødmer	Det er muligt de kan se, at jeg rødmer, men det betyder ikke noget negativt for andre

Gradueret eksponering - agorafobi

Mål	Købe ind i supermarked når som helst	Startdato	Gennemført antal gange
Trin 1	Købe 2 varer på et fredeligt tidspunkt		
Trin 2	Købe 3 varer på et tidspunkt med flere kunder		
Trin 3	Købe 5 varer – også nogle fra bageste ende af forretningen		
Trin 4	Købe 7 varer på et travlt tidspunkt, vælge lang kø		

Andre psykoterapeutiske behandlinger:

- Mindfulness-baseret kognitiv terapi
- Acceptance and Commitment therapy
- Prolonged Exposure (PTSD)
- Psykodynamisk korttidsterapi
- Complex PTSD; neuroaffektiv psykoterapi