

## TIntroduktion til psykologien og sundhedspsykologiens formål

**Kultur:** defineret som det mønster af opførsel, overbevisning/tro og værdier der deles af en gruppe af mennesker.

**Etnisk identitet:** Referere til hver persons følelse af at høre til et bestemt etnisk gruppe og at dele denne gruppes overbevisninger, interesser mv.

---

### Læring og adaptation

**”at lære”:** Processen hvorved oplevelser/erfaringer producerer en relativt enduring ændring i en organismens opførsel eller evner.

#### **Læringsformer:**

- **Tilvænning/habitation:** involverer en ændring i opførsel der opstår som konsekvens af at man gentagne gange udsættes for en bestemt stimulus.
- **Conditioning - Betingning:** involverer associering (sammenkædning) mellem begivenheder
- **Klassisk conditioning - Betingning:** Sker når to stimuli bliver associeret. Fx en særlig begivenhed udløser et særligt respons der for personen er knyttet til. (fx god musik – rar fornemmelse)
- **Unconditioned stimulus (UCS):** Et stimulus der udløser en ”refleks” (respons uden forudgående læring). Fx, en hund begynder at savle når den præsenteres for mad. Savlet er da et unconditioned stimulus fordi den foregår det uden forudgående læring (som en refleks).
- **Conditioned stimulus (CS):** Er et stimulus der, gennem association med en UCS, frembringer et conditioneret respons (der minder om/er magen til det originale respons knyttet til UCS). Fx hvis en tone og mad kombineres – så vil hunden lære (efter gentagne gange) at associerer tonen (CS) med maden (UCS) og dermed begynder at savle (respons) udelukkende når den hører tonen. Tonen er herved blevet et conditioneret stimulus, og at hunden nu savler benævnes et Conditioneret respons (CR), fordi dette respons er udløst som reaktionen på en conditioneret stimuli. NB! bemærk at UCR og CR ikke er magen til hinanden idet CR kræver forudgående læring. Jo stærkere stimuli er desto færre gange må ”forsøget” gentages.
- **Spontan recovery:** Lyder tonen alene, men præsenteres ingen mad – vil hunden med tiden stoppe med at savle (extinction) – dog kan man se, at hvis man efter en længere periode, uden at hunden i mellemtiden har været udsat for læringsforsøg, igen spiller tonen, vil hunden savle (hunden husker pludseligt den tidligere uddøde CR).
- **Stimulus generalisering:** Alle stimuli der minder (meget) om den originale CS vil udløse det tilknyttede CR (fx vil alle toner der minder meget om den der er knyttet til mad-givning udløse at hunden savler).

- **The law of affect:** fastslår at, i en given situation vil det være mere sandsynligt at et respons fuldt af en tilfredsstillende konsekvens vil opstå, i forhold til et respons efterfulgt af en irriterende/ubehagelig konsekvens. Simplethen fordi enhver organisme søger at have det bedst muligt – derfor søger de at tilpasse deres responser så de opnår det mest positive udfald for dem selv.
- **Operant conditioning – instrumentel læring:** Er når man lærer at associerer sine responser med specifikke konsekvenser. Fx det gør ondt hvis man rører en varm kogeplade – så det gør jeg ikke. Eller omvendt dette respons udløser en favorabel konsekvens – så det vil jeg gøre igen.

**Reinforcement:** fx ved ens respons udløser en form for belønning, vil sandsynligheden for at man gentager responset øges. Uanset om denne reinforcement er negativ eller positiv, vil reinforcement altid forstærke et respons. Forskellige skematiske reinforcement (fixed ratio etc. p 211-213)

- **Positiv reinforcement:** optræder når et respons styrkes af den forudgående stimulus der bliver præsenteret. (man ønsker mere)
- **Primær positiv reinforcement:** er stimuli så som mad og vand – biologiske nødvendigheder der er tilfredsstillende (og nødvendige) for vores organisme.
- **Sekundær positiv reinforcement:** fx penge.
- **Negativ reinforcement:** et respons forstærkes for at forsøge at fjerne en ”aversive” stimulus. Fx tage hovedpinepiller når man har hovedpine (hovedpine er den aversive stimulus).

**Escape/avoidance conditionering:** stammer fra negativ reinforcement – fjernelse af den ubehagelige stimulus, motiverer escape og avoidance, som derved negativt forstærkes via reduktion/fjernelse af frygt.

**Punishment:** efterfølges ens respons af en straf, vil sandsynligheden (frekvensen) af at man gentager responset falde. Et respons vil altså svækkes af den efterfølgende stimulus – fx at lave unoder og få skæld ud eller røre en kogeplade og brænder sig.

**Respons cost:** enten positiv (man får noget, en stimulus, ved at give et bestemt respons) – fx ros. Eller negativ (man mister noget, en stimulus, ved at give et bestemt respons).

**Observational learning:** hvor en person efteraber en ”rolle”models opførsel. Fx børn kigger på deres forældre.

**Habituation:** er nedgang i styrken af et respons til en repeteret stimulus (fx man vender sig til støj). – adaptation.

**Sensivering:** Man reagerer mere og mere (med stærke respons) på samme stimulus – fx ved meget ubehagelige eller høje lyde.

**Arousal:** Grad af vågenhed, modtagelighed for sanseindtryk. Centralnervesystemets og ANS (autonom) aktivering. Skærping af sanserne. Fx nogle banker i bordet og man kigger op og er opmærksom på hvor lyden kommer fra. Stimuli skal være intense, nye og er af særlig betydning for personen. (orienterings respons).

**Startle respons:** respons der udløses ved pludselige intens stimulation (fx lyd). ”sammenfaren” i form af blandt andet muskelkontraktion i arme og ben samt blinke reflekser.

**Fight or flight:** alarm reaktion der sikre overlevelse gennem kamp eller flugt.

**Freezing:** immobilisering i faretruende situationer. Et respons der givetvis er udviklet samtidig med fight og flight responsen, men som er forskellige for denne.

**PERCEPTION:** hjernens fortolkning af hvad vi ser. Fx ved synsbedrag (det der faktisk er på papiret er ikke det vi ser, fordi hjernen fortolker et anderledes).

**Sensoriske processer** modificeres af **strukturerende processer** i hjernen (der i princippet forvrænger de sensoriske processer).

- **Top-down:** synsbedrag – man ser det ene billede (fx vasen – hvis dette er konteksten – fx til en vaseudstilling), mens man ser til ansigter – hvis dette falder bedre sammen med den kontekst man ser billedet i.

**Skemaer:** er ”funktionelle strukturer” (bestående) af relativt vedvarende repræsentationer af tidligere viden og oplevelser. Disse kognitive strukturer er styrende for ”screening”, indkodning, organisering, lagring og genfremdragelse af information. Stimuli, der er i overensstemmelse med eksisterende skemaer forarbejdes og indkodes, mens inkonsistent eller irrelevant information ignoreres eller glemmes.

**Kognitiv dissonans:** oplevet mangetydighed og modsigelser – ubehageligt.

**Begreber:** den abstrakte egenskab eller relation der kendetegner og afgrænser en klasse af fænomener. Et begreb er et fællestræk. Der findes logiske begreber og uklare (uklart afgrænsende) begreber (fuzzy constructs). Vi systematiserer verdenen med vores begreber – dette gør det fx muligt at kommunikerer sammen, og være bevidst om at vi er fokuseret på samme område. Man kan ikke danne begreber uden at have konstrueret sine forudgående skemaer.

---

## **Memory – Hukommelse/Erindring**

**Hukommelse (memory):** refererer til den proces der tillader os at ”optage”, ”lagre” og senere ”hente” oplevelser og informationer

**Indkodning:** omformering af oplevelser, erfaringer og informationer til en neural kode (nervesystem), der tillader hjernen at forarbejde/bearbejde indtrykket.

**Lagring:** involverer at bibeholde informationen over tid.

**Indhentning:** referere til processen der genindhenter og tillader adgang til den lagrede information.

**Sensorisk hukommelse:** Holder kortvarigt indkommende sensoriske informationer.

**Korttidshukommelse:** en hukommelse der midlertidigt holder en begrænset mængde af information. Også defineret som **working-memory:** en hukommelse med en begrænset lagringskapacitet der oplagre og bearbejder informationer. **Oversigt p. 246!!**

**Langtidshukommelse:** er vores ”bibliotek” af mere ”varigt lagret hukommelse”. Inddeles i to kategorier:

**1. Declarative memory:** involverer faktisk viden og inkluderer to underkategorier.

- **Episodisk hukommelse:** er vores lager af viden der omhandler personlige oplevelser, hvornår, hvor og hvad skete i episoder af vores liv.
- **Semantisk (betydningsmæssige) hukommelse:** repræsenterer generel faktisk viden omkring verden og sprog, inklusiv hukommelse for ord og koncepter.

**2. Procedural (non-declarative) hukommelse:** vises i ”kunnen” og ”gøren”.

- Motorisk og tankemæssig kunnen: Fx at køre på cykel og tænke.
- Klassisk conditionerings effekter:

Langtidshukommelse inddeles yderligere i

- **Explicit hukommelse:** involverer bevidst eller intuitiv erindrings indhentning.
- **Implicit hukommelse:** sker når hukommelse/erindring har indflydelse på/påvirker vores opførelse uden at vi er bevidste om det.

**Amygdala:** en struktur i hjernen der hjælper med at indkode de emotionelle (følelsesmæssige) aspekter af oplevelser, til længerevarende erindringer.

**Hippocampus:** struktur i hjernen der hjælper med at omdanne korttidshukommelse til langtidshukommelse.

**Kontekst-afhængig hukommelse:** tankerne kommer frem når man befinder sig i samme situation, som man oprindeligt oplevede situationen da den første gang blev indkodet. Fx ved traumatiske oplevelser kan man få flashbacks når man oplever eller befinder sig i en situationen der minder om den, som man var udsat for under den traumatiske oplevelse.

## FORGLEMMELSE – DET AT GLEMME

**Amnesia:** refererer til hukommelsestab der skyldes særlige omstændigheder fx hjerneskade, sygdom, traumer mv. dog findes også

- **Retrograd amnesia:** repræsenterer hukommelsestab for begivenheder der fandt sted engang før ”udbruddet” af amnesia. Fx man ikke kan huske ting lige før man blev slået i gulvet.
- **Anterograd amnesia:** repræsenterer hukommelsestab for begivenheder der ligger efter ”udbruddet” af amnesia. Man kan ikke huske noget nyt efter en eller anden skade/episode.

**Demens:** refererer til hukommelsesmæssige og kognitive vanskeligheder der er knyttet til nedbrud af hjernen/nervesystemet der ”blander sig” med menneskets normale funktion. Fx ”normal demens” eller ”alzheimers”. Disse sygdomme påvirker ofte både retrograd (fortid) og anterograd (nutid/fremtid) hukommelse.

### **Interference:**

- **Proaktiv interference:** gammel information blokerer for indhentning af nylært materiale.
- **Retroaktiv interference:** ny information blokerer for indhentning af gammelt materiale.

**Motiveret forglemmelse:** fx fortrængning – har formentlig til formål at beskytte os mod at huske og tænke på angst-fremkaldende minder. Fx kan man have undertrykt episoder i barndommen, der så i en lignende kontekst senere i livet viser sig som en overvældende genkaldelse af den pågældende episode.

---

## **Thinking and language**

**Kognition:** hvordan informationer processeres/bearbejdes og manipuleres i processerne ”huske”, ”vide” og ”tænke”.

**Tænke:** involverer manipulering af information som når vi danner koncepter, løser problemer, tænker kritisk, drager fornufts slutninger (vurderer, tænke, overveje, ræsonnerer mv.), og foretager beslutninger.

**Koncepter:** er mentale kategorier (formet ud fra skemaer og kategorier) der tillader os at grupperer og karakteriserer verden omkring os. Koncepter tillader os fx at generaliserer (ellers ville enhver oplevelse være unik for os) og Associerer (fodbold og ishockey er begge sportsgrene)

**Kritisk tænkning, ræsonnere og beslutningsproces:** højere mentale processer der er nødvendige for at danne koncepter og løse problemer.

**kritisk tænkning:** tænke reflektivt og produktivt og evaluerer beviserne.

**Ræsonnerer:** mental proces der benyttes til at nå en konklusion ved at omdanne informationer. Indeles i to typer

**Inductive reasoning:** involverer at ræsonnerer fra det specifikke til det generelle.

**Deductive reasoning:** involverer at ræsonnerer fra det generelle til det specifikke.

**Beslutningstagen:** involverer evaluering af alternativer og at vælge i blandt dem.

---

**Problemløsning og beslutningsproces:** om at ræsonnere, drage slutninger.

- **Algoritmer:** forskrifter der præcist skridt for skridt angiver løsningsmetode på et problem. (vejviser, tekstsøgning, computerprogram). Systematik.
- **Heuristikker:** erfaringsbaserede, men ikke nødvendigvis rationelt begrundede strategier til løsning af et problem. (en undersøgende tilgang til problemet; opstilling af løsningsforslag som efterprøves) – intuition. Dette er denne måde vores hjernen løser problemer på (generelt).

### **Problemer i problemløsning og beslutningsproces.**

- **Fiksering:** ukritisk brug af tidligere løsningsstrategier.
- **Funktionel fiksering:** man kan ikke se nye aspekter ved fænomener fordi man er ”blændet” af dets funktion (aspekt-blindhed)

- **Belief perseveration:** tendensen til at fastholde vore overbevisninger trods deres falsificering (det modsatte bevises).
  - **Overconfidence bias:** tendens til at fastholde vores vurdering og konklusion trods de faktisk præmisser. Vi tillægger vore egne vurderinger mere vægt end den faktiske empiri (fx statistik vs. intuition).
  - **Confirmation bias:** selektere information der bekræfter vores overbevisninger,
  - **Hindsight bias:** tendens til fejlagtigt at vurdere at vi korrekt forudsagde en hændelse, efter den er indtruffet (bagklogskab)
  - **Bias:** er en vrangvridning/skævhed – til fordel for det ene frem for det andet – dvs. ikke total objektivitet.
- 

### Sensation and perception

**Det sensoriske system og sentation** (sanser, almene og specialiserede) leverer det råmateriale, hvorfra oplevelser formes. Sanserne udvælger ikke (**non-selektivt**) hvad vi er opmærksomme på eller hvordan vi tolker indtrykket – de transmitterer alt den information de kan gennem de sensoriske nervebaner.

**Perception:** Først i hjernen; tankeprocesser, kreativitet, vurderinger, selektivitet mv. afgøres hvordan vi (vælger at) opfatter det indtryk som sanserne har leveret informationer til at skabe – derfor oplever vi heller ikke de samme sensoriske indtryk ens. Selve den kreative, aktive proces hvor informationer fra sanserne bearbejdes til registrerbare indtryk benævnes **perception**. Perception er således også en selektiv proces, hvor kunne visse sensoriske informationer fanger ens opmærksomhed, mens andre blot registreres men ikke fanger vores opmærksomhed.

**Shadowing:** Ignorering af visse sensoriske indtryk benævnes **shadowing** (tildækkelse) - indtrykkene registreres i nervesystemet men omdannes ikke umiddelbart til indtryk, med mindre vores fokus flyttes til dette.

Karakteristika ved stimulus som intensitet, bevægelse, kontrast, nye ting fanger ofte vores opmærksomhed – mens vores personlighed og interesser fungerer som et selektivt filter.

Perception er ikke altid i overensstemmelse med virkeligheden i det vi søger efter den fortolkning der giver mest mening for os (fx baseret på idligere erfaringer).

**Ved perception benytter hjernen to typer af bearbejdning.**

1. **bottom-up processing:** hvor systemet tager de individuelle elementer af en stimulus og samler dem til en integreret perception. Fx synssansen – alle de små dele kombineres til et samlet billede. Hvert bogstav analyseres og komineres til et ord.
  2. **top-down processing:** sensorisk information fortolkes set i lyset af tidlige erhvervet viden, koncepter, kultur, og forventninger. Fx når vi fortolker ordene i en sætning – man ved på forhånd hvad ordene betyder og samler derved ordene til en meningsfuld sætning.
-

## Motivation and Emotion

**Motivation:** er en proces der påvirker kursen, varigheden og kraften/energien af målrettet opførsel/handling. **Motivation** er tilskyndelse, bevægegrunde. Menneskets handlinger er drivkræfter, styring. To basale måder at anskue motivation på:

- 1) en afgørende kraft, den tilstrækkelige og nødvendige årsag til handling.
- 2) En grund som giver handlingen mening.

**Instinkt - fikseret handlingsmønster:** Er en nedarvet (genetisk) karakteristisk der er ens for alle medlemmer af samme art og som automatisk udløser et bestemt respons som reaktion på en særlig stimulus (instinktet). Man kan ofte undertrykke instinktet – men som regel aldrig fjerne det helt, idet det ligger så dybt i os, og ofte er forbundet med det autonome nervesystem. Instinkter er ofte reaktioner der sikrer vores overlevelse, eller som ”forsøder” vores tilværelse. Instinkterne hjælper også med at opretholde homeostase – man ryster når man fryser og sveder når det er varmt, for at opnå den ideelle (homeostatisk) kropstemperatur.

**At have ”drive”:** defineres som et stadie af intern ”spænding” der motiverer organismen til at opføre sig på en måde der reducerer denne ”spænding”

**Motivationsteorier:** (inde og ydre motiver)

- 1) homeostase: genoprette/opretholde balance
- 2) hedonistisk incitaments teorier: opnå lyst og undgå ulyst
- 3) præstations motiver: udvikling og mestring vs. frygt for at fejle
- 4) aktivitets-motivations teorier: aktivitet er i sig selv et behov
- 5) integrative teorier: kombination af ovenstående

### **adfærdsregulerende systemer**

- 1) behavioural inhibition system: forventet fare, hæmning
- 2) Behavioural activation system: tilknytning, tilnærmelse
- 3) Fight/flight: alarm-reaktion, kamp-flugt.

**Behavioral activation system - BAS:** aktiveres, når der er en potentiel belønning og positiv nødvendighed ”gratification”. Man tilrettelægger altså sin opførsel for at øge sandsynligheden for at man opnår ”det som er godt for én”. Følelserne knyttet hertil er fx glæde, forventning og håb. Alt i alt **nydelses-øgende system.**

**Behavioral inhibition system - BIS:** reagerer på stimuli der signalerer potentiel smerte, sorg og straf. BIS producerer frygt, inhibitiv opførsel (fx når man ikke kan bevæge sig pga. frygt) og desuden flygtende og undgående opførsel. Alt i alt **smerte-minimaliserende system.**

**Ydre motivation:** man gør noget bestemt for at opnå en ekstern belønning eller undgå en ydre straf

**Indre motivation:** man gør noget bestemt for handlingens egen skyld – fordi man synes det er rart eller udfordrende.

### **Motivations konflikter**

- **Approach-approach konflikt:** opstår når man står over for to attraktive alternative, men at vælge den ene er ensbetydende med at miste den anden.
- **Avoidance-avoidance konflikt:** opstår når vi må vælge mellem to uattraktive alternativer
- **Approach-avoidance konflikt:** involvere at være både tiltrukket af og frastødt af samme mål

**Maslow's behovstrekant:** fysiologiske nødvendigheder må opfyldes før vi kan søge andre mål. Etc. den fra TPK – se evt. p 200!

**SELF-DETERMINATION THEORY:** tre grundlæggende behov skal opfyldes, for at mennesket kan føle sig tilfredse.

**forskning viser at opfyldes disse 3 behov, medfører det øget velbefindende, glæde, tilfredsstillelse, positive sociale relationer, og følelse af mening.**

- 1) **kompetence:** at kunne mestre nye udfordringer og udvikle og forbedre allerede erhvervede kompetencer
- 2) **autonomi:** kontrol, frihed, selvbestemmelse – man skal selv være i kontrol, frem for at det er ydre kræfter der kontrollerer en selv. Autonomi medfører bedre selv-integration, følelser af personlig kontrol (NB mennesket har et naturligt behov for at have kontrol).
- 3) **relationer:** at høre til nogen, at udvikle meningsfuld samhørighed. Er ikke modsætning til autonomi. Egentlig autonomi opnås først når samhørighed er udviklet – man kan først meningsfulde relationer er dannet, føler folk sig generelt friere til at være ”dem selv”. Relationer er nødvendige for at
  - opnå positiv stimulation
  - modtage emotionel og praktisk støtte
  - for at opnå opmærksomhed
  - for at, tillade social sammenligning (sammenligne følelser, overbevisninger og opførsel) og samvær.

### Emotions - følelser

**Emotion:** sindsbevægelse.

**En emotion/følelse:**

- er en akut ændret tilstand, som har sin oprindelse i en psykologisk situation.
- Som sætter begivenheder i relation til det der er vigtigt for os.
- Som får os til at handle, og giver en struktur for vores omgang med andre personer.
- Som giver sig til kende dels i vores egen oplevelse dels i kropslige ændringer (mimik, nonverbal adfærd).
- Emotioner: er følelses- (eller affekt) stadier, negative, ”neutrale” eller positive, der involvere et mønster af kognitive, psykologiske og handlingsmæssige reaktioner på oplevelser.

**Emotionelle udløsende faktorer:** Følelser udløses af en ekstern eller intern ”udløsnings-stimulus”

**Følelsesmæssige responser:** Stammer fra vores vurdering af disse stimuli, som giver situationen dens ”erkendte” mening og betydning.

- Vores kroppe reagerer fysisk på vores vurdering – vi føler vrede, glæde, depression, lykke.
- Følelser involverer handlings-tendenser. Visse er **ekspressive handlinger** /smiler når man er glad, eller græde ved sorg). Andre er **instrumentale handlinger** – dvs. måder at gøre noget ved



den pågældende stimulus som udløste følelsen (selvforsvar ved angreb, kysse sin kæreste og sige ”jeg elsker dig”).

**Kognition og emotion:** Ideen om at følelsesmæssige reaktioner er udløst af kognitive (tanker, billeder, idealer, erindringer/minder, personlige fortolkninger) – altså at den mentale proces bidrager til og afgøre det følelsesmæssige respons – forklarer hvorfor forskellige mennesker oplever forskellige følelsesmæssige reaktioner på samme objekt, situation eller personen.

#### **Respons veje:**

- **Low road:** stimulus → hypothalamus → amygdale → reaktion på stimulus. Dvs. før cortex har haft tid/mulighed for faktisk at fortolke det stimulus der udløser reaktionen. Disse reaktionen vil ofte have overlevelses betydning – dette tillader fx en organisme i at reagerer med høj hastighed – fx ser man noget man tror er en trussel flygter man – også selvom senere (cortex) analyser viser at truslen blot var en træstamme. I en anden situation vil træstammen måske faktisk være en krokodille og dermed sikre det hurtig-reagerende individs overlevelse.
- **High-road:** stimulus → hypothalamus → cortex → reaktion på stimulus: Ofte mere velovervejet, tager derfor også længere tid at generere et respons (NB! den længere tid kan være forskellen mellem liv og død – derfor findes low-road; se ovenstående).

**Fight-or-flight respons:** det autonome system påvirker direkte de nødvendige organer (vejrtrækning, hjerterytme, muskler, pupiller, reduceret fordøjelse mv.), mens det endokrine system udskiller (nor)-adrenalin, cortisol og andre stress-hormoner til blodbanen – hvilket udløser effekter, svarende til dem genereret af det autonome nervesystem, men med en længerevarende effekt.

**DEN SOMATISKE JAMES-LANGE TEORI VDR. FØLELSER:** Disse to mænd mente, at **vores kropslige (somatiske) reaktioner bestemmer hvordan vi føler.** Dvs. vi ved vi er bange fordi vores krops reaktioner fortæller os at vi er bange. Dvs. stimulus – autonom påvirkning, reaktion – bevidst følelse

**CANNON-BARD TEORI:** Mener at **vi genererer de kropslige responser som reaktionen på vores følelser.** Dog medfører reaktionen ikke direkte det kropslige respons (individuelle stimuli). Dvs. stimulus → hjerneaktivitet. hjerneaktiviteten genererer simultant: autonom påvirkning og bevidsthedsfølelse.

---

### Personlighed

**Personlighed:** Et menneskes personlighed afgøres af den unikke måde på hvordan et individ tænker, føler og handler som reaktion på livets stimuli og situationer.

**Personlige egenskaber** karakteriserer en persons generelle måde at gebærde sig på.

**Freud:** mener at vores personlighed og reaktioner bundes i ubevidste ”drives” og konflikter.

**Phenomenology:** Mener at vores opførelse skyldes responser på vores umiddelbare bevidste erfaring af "sig selv" og miljøet/samfundet.

**Roger's – the Self theory:** the "self" er et organiseret og konsistent (vedvarende) sæt af tanker (perceptioner) og overbevisninger omkring én selv. Når "jeg'et" er dannet spiller det en stor rolle i guiding af vores tanker og dirigerer vores handlinger/adfærd. Jeg'et består af to dele: et objekt af tanker (the self concept) og et indre væsen/eksistens der dirigerer vores adfærd. Herunder:

- **Self-consistency:** et fravær af konflikter mellem tanker om sig selv.
- **Congruence:** konsistens mellem tanker om sig selv og de oplevelser man har. Er der ikke overensstemmelse mellem hvordan vi opfatter os selv, og de oplevelser vi udsættes for – kan det udløse en "trussel" mod vores overbevisninger. Vi er normalt i stand til enten at modificerer vores "self-concept" så oplevelser stemmer overens med ens overbevisninger om "sig selv" – eller man kan vælge at benægte eller fordreje de oplevelser man udsættes for, så de bedre harmonerer med ens (uændrede) self-concept. Vi tolker situationer på en "self-concept-bevarende" facon, og vi opfører os også på en sådan måde at andre mennesker reagerer på os, på en måde der for os er "self-confirming" (hvis man opfatter sig selv som genert, vil man med alt sandsynlighed også opføre sig genert – og selv om man i det pågældende situation ikke lige er det – simpelthen for at bekræfte ens egen opfattelse, og at andre også skal se at det er sådan man er).
- **The level of adjustment:** heraf følger, at jo mere rigid og ufleksibel man er i sit "self-concept" desto mindre åben er man overfor oplevelser, og desto dårligere tilpasset vil man med tiden blive.
- **Self-verification:** behovet for at bekræfte/få bekræftet sit "self-concept"
- **Self-enhancement:** en stærk og vedvarende tendens til at opnå og fastholde et positivt "self-image".
- **Positive regard:** vi er født med et behov for at opleve accept, sympati og kærlighed fra andre (iflg. Rogers er disse faktorer nødvendigt for sund udvikling og eksistens). **unconditional positive regard:** man er værdig til at opleve disse 3 faktorer udanset hvordan man opfører sig eller hvad man opnår i livet (fx forældre elsker deres børn ubetinget). **Conditional positive regard:** afhænger derimod af hvordan man opfører sig (ekstrem – fx hvis forældre kun elsker deres børn når de opfører sig som forældrene ønsker). **Positive self-regard:** er ønsket om at have det godt med den man er – **conditions of worth:** dikterer under hvilke omstændigheder vi har det godt vs. ikke har det godt med os selv.
- **Fully functioning persons:** individer der er tæt på at opnå self-actualization. Dvs. de har en følelse af indre frihed, kan opføre sig spontant og frit, kan accepterer indre og ydre oplevelser uden at modificerer disse oplevelser på en forsvars-orienteret måde for at få det til at passe med et rigtigt self-concept.

**Selvværd:** hvor positivt eller negativt vi føler omkring os selv. Er vigtigt for personligt velbefindende – generelt: jo bedre man føler omkring/har det med sig selv, desto mere tilfreds menneske vil man være.

**Trait theorist:** personlighedstræk er relativt stabile kognitive, emotionelle og handlingsmæssige karakteristika af mennesker der hjælper med at etablerer deres individuelle identitet og derved tjener til at skelne dem fra andre mennesker.

### **Personlighed og sygdom – psykiske egenskaber som risikofaktorer:**

**De psykosociale faktorer:** kan have indflydelse på opståen af sygdom, men det er ikke nødvendigvis de samme faktorer der har betydning for forløbet af en sygdom når den først er opstået. Fx kan stress udløse en sygdom, mens depression kan spille en væsentlig rolle under sygdommens forløb.

**Personlighed:** involverer de psykiske egenskaber, som er relativt situationsafhængige, og derfor viser sig i mange forskellige situationer og på forskellige tidspunkter. **Teorier om sammenhæng mellem personlighed og helbred** antager at visse ”indre” psykiske egenskaber medfører en øget risiko for at udvikle bestemte lidelser.

**En forudsætning for at undersøge om en personlighedsfaktor er en helbredsmæssig risikofaktor,** er at man er i stand til at beskrive variationen i en befolkning mht. personlighed og helbred. Man må derudover kunne undersøge om en given personlighedsfaktor er resultatet af sygdom eller er en medvirkende årsag til af en sygdoms opståen. For at undersøge om der er sammenhæng mellem udvikling af sygdom og personlighedstræk, er det således nødvendigt at undersøge personlighedstrækkene inden sygdommen opstår (således at personlighedstrækkene ikke er et resultat af sygdommen), og dette er ofte ikke muligt idet, man ofte først undersøger folk efter sygdommen er opstået.

Personlighed kan således være påvirket af sygdommen og dens konsekvenser, og desuden kan selve hjernen og dens funktion også.

**Personlighedstræk, definition:** Dimensions of individual differences in tendencies to show consistent patterns of thoughts, feelings and actions.

**Mangler ved personlighedstest:** manglende præcision, fordi resultaterne sædvanligvis ikke kun afhænger af individets varige psykiske egenskaber, men også af individets aktuelle situationsbestemte tilstand (fx hvis individets tilstand er påvirket af den sygdom som personligheden undersøges mht. evt. sammenhæng.).

- 1) **sammenhæng mellem personlighed og symptom-/sygdomsadfærd:** det antages, at der i virkeligheden ikke er sammenhæng mellem personlighed og kroppens fysiske tilstand. Det er snarere sådan at personligheden har betydning for individets opfattelse af kropslige fornemmelse og tilbøjelighed til at opfatte, tolke og rapporterer symptomer.
- 2) **Sammenhæng mellem personlighed og sundhedsrelateret adfærd:** der er en indirekte sammenhæng mellem personlighed og kroppens fysiske tilstand. Der er en sammenhæng mellem personlighed og individets adfærd, herunder adfærd der fysisk påvirker kroppens helbredstilstand (fx kost, motion, tobak/alkohol etc.)
- 3) **Sammenhæng mellem personlighed og individets forarbejdning af stressende begivenheder og påvirkninger:** det antages at personligheden har betydning for både individets oplevelse af belastende påvirkninger og for de coping-strategier som typisk anvendes.
- 4) **Sammenhæng mellem personlighed og art eller omfang af belastninger:** det antages at visse persontyper har tilbøjelighed til at fremkalde eller udsætte sig for belastende oplevelser.

- 5) **Sammenhæng mellem personlighed og konstitutionelle dispositioner:** de antages af genetiske faktorer eller tidlige påvirkninger disponerer til særlige fysiologiske reaktionsmønstre, og at disse reaktionsmønstre disponerer individet til både at udvikle bestemte sygdomme og en særlig personlighedstype. Det skønnes at genetiske faktorer kan forklare 30-50 % af variationen i overordnede personlighedsdimensioner.

## **FEM-FAKTOR MODELLEN – SE EVT. P 261 og skema p. 263**

**5-faktor modellen:** normalt skelner man mellem personlighedstræk og specifikke vaner (fx rygning, kost, motion). Personlighedstræk beskriver generelle tendenser til at føle og handle på karakteristiske måder. De kan i midlertidigt både beskrive forholdsvist konkrete følelser eller handletendenser og beskrive overordnede brede personlighedsdimensioner som sammenfatter en række konkrete træk. 5 brede overordnede personlighedsdimensioner beskriver personlighedens struktur; neuroticisme, introversion-extroversion, samvittighedsfuldged, fjendtlighed-venlighed og intelligens.

- 1) **Neuroticisme:** beskrives om ”mangel på følelsesmæssig stabilitet”. Høj neuroticisme beskrives som ængstelig, deprimeret, anspændt, plaget af skyldfølelse, lavt selvværd, humørsvingninger. De vigtigste komponenter i neuroticisme er angst og depressiv indstilling (det skelnes mellem angst og depression som akut klinisk tilstand og angst og depression som varige, men normale individegenskaber). Neuroticisme er muligvis og associeret med stærkere stress-relationer på belalatsninger og mindre hensigtsmæssige coping-strategier (i forhold til folk med lav neuroticisme).
- 2) **Extroversion:** det extroverte individ beskrives som varm, social, livlig og spontan, mens det introverte individ beskrives som indadvendt, hæmmet og tilbageholdende.
- 3) **Samvittighedsfuldhed:** individer med høj samvittighedsfuldhed beskrives som ansvarlige, omhyggelige, selv-disiplinerede og pligtopfyldende.
- 4) **Fjendtlighed-venlighed:** (hostility vs. agreeableness), typisk fjendtlig = type A: aggressiv, utålmodig, vredladet. Type B: fuldstændig modsat af type A.
- 5) **Intelligens:** intellektuel åbenhed og funktion: nysgerrig, original, fantasifuld, åben

Helbred, personlighed og risikofaktorer: jo flere såkaldte ”negative faktorer” hos en og samme person, desto større risiko for individet (og dennes helbred).

**Personlighedens stabilitet:** visse aspekter kan vise stor stabilitet livet igennem (fx tendensen til om man tænker optimistisk eller pessimistisk) – men de fleste påvirke/formes i større eller mindre grad af de oplevelser som individet udsættes for.

**Evolutionær tilgang til personlighed:** mener at de personlighedstræk vi besidder grunder i de krav som der stilles til os i naturen og gennem evolutionen. Det menes at mennesket er udstyret med et generelt adfærdsmønster, mens miljøet er med til at påvirke den præcise udformning af disse personlighedstræk.

**Personlighed og gener:** Tvillinge-studier indikerer at hen ved 40-50% af vores personlighedstræk skyldes vores unikke nedarvede kombination af gener. Miljø og de unikke oplevelser man udsættes for, former de nedarvede træk, og bidrager til de sidste 50 %.

**Eysenck's two factor model:** forskellige kombinationer af de to store dimensioner af personlighed kan kombineres og danne de mere specifikke personlighedstræk. **Super oversigt p. 268!**

Extraversion (social, udadvendt mv) vs. intraversion (passiv, stille, tænkssom)

Stabil vs. ustabil – analog til **neuroticism!**

Ifølge Eysenck er ekstremt introverte personer kronisk overstimulerede (over-aroused) i hjernen som følge af for mange elektriske signaler – de søger derfor at dæmpe stimulationen ved at reducere "arousal" (fx være alene, og stille). Omvendt med ekstremt extroverte – de er kronisk understimulerede og søger derfor stimulationer (sociale, udadvendte).

Det generelle niveau af "arousal" afspejles altså i extrovert vs. introvert. Stabilitet vs. instabilitet afspejler derimod "pludseligheden" hvormed skift i "arousal" indtræder. Ustabile mennesker har meget pludselige skift i arousal-niveau (risiko for emotionelle problemer), mens stabile mennesker har mindre og mere gradvise skift i arousal-niveau.

**Temperament:** refererer til individers forskelligheder i emotionel og handlingsmæssig opførsel der udtrykkes så tidligt i livet at de synes at have en biologisk basis. Faktorer vdr. temperament anses ikke som et egentlig personlighedstræk, men derimod som biologiske byggeklodser der påvirker den senere udvikling af personlighed.

1. **hæmmede personer:** generte, tilbageholdene i deres opførsel, undergår eller føler sig presset af nye/ukendte oplevelser og personer. Synes desuden at have tendens til fysiologisk "over-arousal" og øget mængde stress-hormoner, både i vante og i særlig grad i nye situationer.
2. **uhæmmede personer:** reagerer positivt på nye/ukendte situationer og personer. Trives med det som er "nyt".

**Social-cognitive theories:** Kombinerer opførsel/adfærd og kognitive perspektiver til en tilnærmelse til personlighed der understreger interaktionen mellem et tænkende menneske med et socialt miljø der forsyner personen med lærerige oplevelser. De mener med **reciprocal determinism** at personen og miljøet ikke kan adskilles – dvs. at personens opførsel og miljøet personen befinder sig i påvirker hinanden gensidigt og dermed begge bidrager til at forme personens unikke personlighed.

**Oversigt af skema p. 270!**

Julian Rotter: opstillede en model for den sandsynlighed der er for at et menneske vil udvise en specifik adfærd i en specifik situationen. Han fandt at det var påvirket af to faktorer:

- **Expectancy** (forventning): vores ide om sandsynligheden for et givent sæt konsekvenser (positive eller negative) der affødes hvis vi opfører os på en given måde i en given situation.
- **Reinforcement value:** er hvor meget vi ønsker eller frygter den/de virkninger som vores opførsel vil resultere i.

**LOCUS OF CONTROL (Rotter):** en forventning der omhandler den grad af personlig kontrol vi har (føler vi har) i/over vores liv.

- **Intern locus:** mener at the "outcomes" i livet i høj grad er under personlig kontrol og påvirkning, og i høj grad afhænger af ens egen adfærd. Intern locus er ofte knyttet til bedre selvtillid og følelsen af personlig effektivitet (man giver sig selv credit for de gode ting man

opnår). Desuden har de tendes til at håndterer (coping) stress og andre belastninger på en mere aktiv og problemfokuseret måde, idet de mener de jo selv kan påvirke udfaldet.

- **Ekstern locus:** mener at deres skæbne har langt mindre at gøre med deres egne tiltag, men i langt højere grad er knyttet til held, skæbne, sandsynlighed og ”magtfulde andre” (mennesker, guder mv.). har en højere risiko for at opleve depression og angst (skyldes formentlig følelsen af den manglende kontrol over begivenheders gang).

### **Albert Bandura:**

**Self-efficacy** (ens egen virkningsfuldhed): vores tro på vores egne evner til at udfører noget som er nødvendigt for at opnå et ønsket resultat. Folk der har en høj ”self-efficacy” har tillid til og stoler på deres egne evner, når den gælder om at gøre hvad der kræves for at overkommer forhindringer og opnå sine mål i livet. 4 faktorer påvirker graden af ”self-efficacy beliefs”. Det er vigtigt at understrege at ”self-efficacy” er **situationsbestemt** således at man i nogle situationer har lav og i andre høj ”self-efficacy”

- Performance experiences: tidligere succeser og fiaskoer i lignende situationer.
- Observational learning (instrumentel læring): observation af (eller erindring om) andres (gerne folk der minder om en selv/har evner der svarer til ens egne) adfærd og deraf følgende konsekvenser, i situationer der minder om den man udsættes for.
- Emotional arousal: arousal der kan fortolkes som entusiasme eller nervøsitet
- Verbal persuasion: opmuntrende eller demotiverende beskeder man modtager fra andre – støttes og bakkes man op eller demotiveres og nedgøres man.

**Cognitive-affective personality system, CAPS** (Mischel and Shoda): et organiseret system af 5 variable der konstant interagerer med hinanden og med miljøet, og derved genererer de specifikke mønstre af adfærd der er karakteristiske for den pågældende person.

- **Encodings and personal constructs:** ens egne tanker om og fortolkninger af en given situation
- **Expectancies and beliefs:** vurdering af hvilke konsekvenser (positive og negative) forskellig adfærd i samme situation vil resultere i.
- **Goals and values:** dækker over en persons motivation (ens forskellige mål resulterer i forskellig motivation for at indfri disse mål).
- **Affects (emotions):** alt der har/vil få vigtige konsekvenser for os (gode eller dårlige) kan udløse et emotionelt respons. Når man først er ”aroused”, vil følelserne påvirke vores tanker og dermed have indflydelse på vores adfærd.
- **Competencies and self-regulatory processes:** vurdering af ens egne evner (kompetencer) og hvad man skal gøre i situationen (regulering af ens adfærd)

Ifølge CAPS er personligheden relativt stabil (kan dog påvirkes og modificeres af oplevelser). Adfærden derimod behøver ikke være stabil – adfærden afhænger af mange faktorer: selve situationen og de fem ovennævnte faktorer. Generelt vil det derfor være sådan at adfærd varierer, men vil minde meget om hinanden, i de situationer der for den pågældende person, udviser mange af de samme karakteristika. Sidstnævnte (ens adfærd i ens situationer) benævnes **behavioral signatures:** konstante måder at reagere på i specifikke typer af situationer.

**Personlighed og miljø:** Miljøet vi befinder os i påvirker og former vores (biologisk bestemte) personlighed. Miljøet inkluderer fysiske omgivelser og den kultur (social kontekst, normer, værdier, vaner for adfærd) vi befinder os i – dette påvirker vores tanker, hvordan vi tænker, hvordan vi forholder os til os selv og andre og vores adfærd. En vigtig faktor er desuden om ens kultur er individualistisk (fx

vesten) eller kollektiv (østen), idet det i høj grad påvirker vores værdier og adfærd (fx tilfredsstillelse ved person succes vs. kollektiv succes)

**Køn og personlighed:** 1) stereotype adfærdsmønstre der forventes at indfris af et køn. 2) værdier 3) biologi

---

## Intelligens

**Intelligens definition:** evnen til at tilegne sig viden, til at tænke og vurdere/konkludere effektivt og til at tilpasse sig (adapterer til) miljøet man befinder sig i.

### **Intelligensens natur:**

- **The psychometric approach:** forsøger at kortlægge strukturen af intellekt og afdække den type af mentale kompetencer der ligger til grund for hvordan man klare sig. Psychometrics er det statistiske studie af psykologisk tests. Psychometric theories of intelligens er statiske sofistikerede måder at beskrive hvordan (men ikke hvorfor) folk er forskellige for hinanden (intelligensmæssigt)
- **The cognitive processes approach:** studerer den specifikke tankeproces der ligger til grund for mentale kompetencer. Opdeles i tre
  - **Meta-komponenter:** er de højere processer der benyttes til at planlægge og regulerer ydeevne – identificerer problemer, formulerer hypoteser og strategier.
  - **Performance-komponenter:** de faktiske mentale processer der benyttes til at udfører en opgave. Inkluderer tænkning, forarbejdning, indhente korrekt viden fra langtidshukommelsen og generere svar.
  - **Knowlegde acquisition komponenter:** tillader os at lære ud fra vores erfaringer, lagre information i hukommelsen, og kombinerer nye oplevelser/situationer med tidligere erhvervet information.

**Spearman:** mente at intelligens er bestemt af specifikke kognitive evner og af en generel intelligens benævnt **g-faktor** der udgør kernen af intelligensen.

**Thurstone:** så intelligensen som et sæt af specifikke evner.

### **Cattel and Horn: 2 intelligenser:**

- **Krystalliseret intelligens:** evne til at behandle problemer ud fra tidligere viden (langtidshukommelse). Med tiden (som vi ældes) benytter vi mere og mere vores erfaringer (visdom) til at behandle problemer.
- **Flydende intelligens:** evnen til at løse problemer uden at anvendelsen af tidligere erfaringer tilvejebringer til en løsning. Dette kræver evner til at resonerer abstrakt, tænke logisk og håndterer information i korttidshukommelse så nye problemer kan løses.'

### **Sternberg: 3 typer intelligenser**

- **Analytisk intelligens:** akademisk orienteret problem-løsning

- **Pratisk intelligens:** refererer til evner der er nødvendige for at overkomme dagligdagens udfordringer for at klare sig selv.
- **Kreativ intelligens:** indeholder de mentale evner der er nødvendige for at klare sig på en adapterende måde med det miljø man befinder sig i.

**John B. Carrol's model of intellect:** three-stratum model. Havde g-faktoren toppen, men dertil kommer højt specificerede kognitive og ”opfattelses” evner som udgør grundstenene. Måske den mest præcise model. oversigt p. 296!

**The theory of emotional intelligence:** Refererer til folks evne til at aflæse og respondere korrekt/passende til andres følelser, til at motiverer sig selv og til at være opmærksom på og i stand til at kontrollere egne følelser.

**Intelligenstests:** De fleste intelligenstests er en kombination af disse to test-former.

- **Achievement tests:** måler hvad vi (allerede) har lært i tilværelsen.
- **Aptitude tests:** har til formål at mål potentiale for fremtidig læring (man udsættes ofr opgaver man aldrig har set før, og ens evne til alligevel at løse dem vurderes).

**The Flynn effect:** referere til at vi skal være blevet klogere over de sidste par århundrede. Dette skyldes måske (en kombination af) bedre levestandard, mere og bedre skolegang eller mere komplekse omgivelser/miljø.

**Intelligens – miljø og gener:** mellem 50-70 % af intelligensen menes at være genetisk bestemt. Resten menes at være bestemt og formet af miljøet (adgang til skoler, opmuntring til læring, personlig drive og interesser for viden og udfordringer).

Det tænkes desuden at der findes intelligens knyttet til køn, hvor mænd scorer højere på grov-motorisk, matematisk logik, mens kvinder scorer højest på fin-motorisk, matematisk beregning, sproglig samt den hstighed hvormed opgaver udføres (korrekt). Dette kan tillægges såvel urmenneske roller, samt de roller og forventninger der findes i samfundet nu om dage

## Stress

**Seley's general adaptation syndrom (GAS):** 3 stadier.

**Alarm:** (mobilisering mhb. på at udsættes for og modstå en stressor) → **resistance:** (cope og modstå stressor) → **exhaustion:** (hvis modstand og coping ikke overvinder stressor). Modellen antyder at individet reagerer passivt og automatisk på den eksterne verdenen. Denne model benyttes derfor reelt set ikke, men har været vigtig som grundlæggende stress-teori.

**Moos and Swindel – short-term or ongoing stress:** fastslår at en stressor kan have enten akut karakter (fx eksamen) eller nærmere kronisk karakter (fx kronisk sygdom). Stressor's inddelt efter klasser: fysiske (Medicinsk tilstande, inklusiv sygdom); hjem og nærmiljø; finansielle; arbejdsrelaterede (stort pres, andre problemer); partner (fx emotionelle problemer), børn; familie;



venner. De mente at en stressor skal ses i forhold til individets sociale kontekst: ressourcer vs. belastninger (stressors)

**Lazarus – THE ROLE OF APPRAISAL (VURDERING):** stress udløses hvis individets vurderer (appraise) en ekstern stressor som faktisk værende stressende.

- **Primær vurdering:** måden individet vurderer selve situationen på. 4 måder (1) irrelevant (2) ufarlig og positiv (3) en trussel og skadelig (4) skadelige og en udfordring. Den primære vurdering er altså individets vurdering af ”verden omkring” dem.
- **Sekundær vurdering:** individet vurderer fordele og ulemper ved sine coping-strategier. Den sekundære vurdering er altså individets vurdering af sig selv. ”kan jeg klare det her – og hvordan gør jeg det bedst”.

**Resultatet** af den primære og sekundære vurdering er afgørende for om individet viser et stress respons eller ej. Responset kan tage form som: 1) gøre ingenting, 2) søge information, 3) direkte handling, 4) udvikle/justerer forskellige coping strategier. Lazarus’s model indikerer at individet ikke passivt reagerer til den eksterne verdenen, men i stedet interagerer med den.

**Lazarus: selvkontrol og stress – faktorer der kan reducerer risikoen for stress**

1. **selv-efficacy:** referere til individet selvtillid om at kunne udføre en ønsket handling: ”jeg tror på at jeg kan klare det” – der giver altså individet troen på at de kan kontrollere deres adfærd og dermed også (delvist) begivenhedernes gang
2. **hardiness:** beskrives som at reflektere **a)** personlig kontrol over følelser, **b)** et ønske om at acceptere udfordringer og **c)** engagement. Følelsen af at have kontrol over tingene og se situationer som potentielle udfordringer i stedet for trusler, samt en engageret indstilling til at håndterer omgaven.
3. **Mastery:** individets kontrol over deres stress respons

**Summa summarum:** stress-responser afhænger af om vi overhoved vurderer en situation/ting som potentiel stressende (primær vurdering), og om vi føler os i stand til at cope med den (sekundær vurdering). Psykiske faktorer er således en central komponent i et stress-respons, men foreløber samtidig med fysiologiske ændringer.

**fysiologiske ændringer og stress:**

- 1) **sympatisk aktivering:** det sympatiske nervesystem aktiveres når et individ har identificeret en situation som stressende. Adrenalin + noradrenalin frigives, og fører til øget blodtryk, øget hjerterytme og slagkraft, øget sved-tendens, dilatation af pupiller – alle disse faktorer bidrager til følelsen af en ”arousal”
- 2) hypothalamus-pituitary-adrenocortical (hypothalamus, hypofyse og binyrebark) (**HPA**) **aktivering:** Fx øget cortisol udskillelse (stress hormon, medfører desuden nedsat immunforsvar ved længere tids påvirkning), samt andre stress-relaterede hormoner og peptider (fx enkaphalin og endorphiner)

**Stress reactivity - Størrelsen af fysiologisk påvirkning som følge af stress:** Størrelsen af det fysiologiske respons der opstår når man udsættes for en stressende situation varierer betydeligt fra person til person – dette skyldes fx fysiologiske forskelle, men også hvordan vi betragter situationen (hvor stressende er det), samt grad og virkning af coping.

**Allotase:** tiden (det tager) for hvor kroppen vender tilbage til udgangspunktet (baseline) efter en stressende situation – fx normalisering af blodtryk og hjerterytme som følge af reduceret sympatisk og HPA aktivitet. Hvor hurtigt man vender tilbage til udgangspunktet (fx hvis det tager lang eller kort tid at returnerer blodtrykket til normal værdi) er vigtigt for sammenhængen mellem stress og sygdom, idet kroppen i en kortere/længere periode vil udsættes for intern (fysiologisk) belastning. Også fx cortisol – jo hurtigere tilbage til baseline, desto kortere tid påvirkes immunforsvaret i negativ retning.

**Allotisk belastning:** udsættes man gentagne gange for stress, vil kroppen langsommere og langsommere returnere til baseline – slutteligt vil kroppen konstant (hvis organismen udsættes for stressors konstant) befinde sig uden for ”normalområdet”. Udsættelse for endnu en ny stressor (uden kroppen er returneret til baseline), vil derfor øge risikoen for sygdom.

**Stress recovery:** HPA og fysiologiske responser returnerer til ”baseline”. Tidsperspektivet varierer med graden af forudgående stress, individuelle forskelle og coping.

**Stress resistance:** evnen til at forblive upåvirket (raske) når man udsættes for en stressor. Involverer fx (adaptive) coping-strategier, personlighedstræk og støtte fra omgivelserne.

---

### Stress and illness

**Den kroniske stress proces:** stress leder til sygdom (illness eller disease) pga. længerevarende interaktion mellem fysiologiske, handlingsmæssige og psykiske faktorer (psykisk og fysisk belastning af organismen i en periode på + 6 måneder)

**Den akutte stress proces:** akut, voldsom belastning kan have samme effekter som den længerevarende kroniske stress proces. For at udløse et tilsvarende respons (svarende til ”skaderne” der opstår ved kronisk stress, set over tid) skal den akutte denne belastning dog være af voldsommere karakter (fx en ”katastrofe”) end den kroniske (idet den kroniske ofte er små ting, eller blot én længerevarende moderat stressor, der hver for sig bidrager til at belaste individet).

**Humør, stress og immunforsvar:** en positiv indstilling og humor øger effektiviteten af immunforsvaret, mens negativt indstilling forringer det (større risiko for alvorlige fysiologiske responser).

**Overbevisning:** et positivt og optimistisk syn på livet, frem for negativt og pessimistisk, synes at øge påvirke immunforsvaret i positiv retning.

**Udtrykkelse af følelser:** er vigtigt, fx for coping og for at gøre andre opmærksom på at man har brug for støtte.

### Coping:

**LAZARUS' DEFINITION AF COPING:** defineres som processen bag håndtering af stressors (der af individet er blevet vurderet til enten at være lige så stor som eller faktisk overskride individets ressourcer) og som individets anstrengelser for at håndtere miljømæssige (eksterne) og interne krav.

Coping afspejler altså individets forsøg på og måde at interagere med en stressor og af denne vej forsøge at returnere sin organisme til ”normalt” fungerende

### **LAZARUS’ DEFINITION AF COPING’ENS MÅL:**

- reducerer stressende miljømæssige tilstande og maksimere sandsynligheden for ”at komme sig”
- tilpasse sig eller tolerere negative begivenheder
- fastholde en positiv opfattelse af sig selv
- fastholde en følelsesmæssig ligevægt
- fortsætte tilfredsstillende forhold med andre mennesker

### **Coping strategier:**

- **Approach vs. avoidance:** approach – konfronterer problemet, søge information og tage direkte handling. **Avoidance:** ignorerer eller minimerer vigtigheden/betydningen af problemet.
- **Problem (instrumental) vs. emotionel fokuseret coping:** er ikke modsættende strategier da de ofte kombineres. Problem-fokuseret: involverer at handle for enten at reducerer stressors eller at øge ens egne ressourcer. Emotionel 1) Opførsel: fx tale med folk, ryge eller drikke. 2) kognitiv: fx at tænke positivt eller forsøge at negligere problemet.

**Problemfokuseret coping, bruges typisk når:** man er barn/ynge, ved arbejdsrelaterede problemer, når man føler at situationen er kontrollerbar og man derfor mener at man selv kan gøre en forskel ved at gøre noget aktivt rettet mod problemer.,

**Emotionelfokuseret coping bruges typisk når:** man er teenager og voksen/ældre, når man er kvinde, når man føler situationen er ukontrollerbar, ved problemer vdr. helbred og forhold, ved begrænsede ressourcer (pga. følelsen af mindre kontrol).

### **Måling af coping:**

Aktiv coping: take action

Planning: udvikle strategier

Positive reframing: look on the bright side life

Self-distraction: gøre noget der fjerner focus fra problemet

Using emotional support: støtte fra familie/venner

Substance use: brug af cigaretter, stoffer, alkohol, medicin til at håndtere problemet.

Behavioural disengagement: give op

Denial: benægte problemet

Self-control: gøre/ikke gøre dit og dat

Distancing: fx jeg nægter at tænke for meget på det

Escape/avoidance: jeg ville ønske mit problem forsvandt

### **Coping’ens to formål:**

- 1) Reducerer intensiteten og varigheden af en stressor.
- 2) Reducerer risikoen for at stress vil lede til sygdom (generelt: minimerer negative outcomes)

**Effektiv coping:** terminaliserer, minimerer og forkorter/mindsker (varigheden/konsekvensen af) en stressor

**Social support:** Benyttes generelt til at referere til den selvtillid, hjælp, følelsen af behag og det at blive sørget (godt) for af andre, som et individ modtager fra andre mennesker/samfundet. Mangel på social støtte kan være en stressor i sig selv (main effect). Desuden fungerer den sociale støtte som en slags buffer, der hjælper individet med at cope/håndtere stressors bedre

### **Personlighed og stress/sygdom:**

#### **Type A**

Konkurrence minded (selvkritisk, jaget, krævende til sig selv og andre)

Uopsættelighed (alt skal gøre NU, irriteret over forsinkelser, utålmodig)

Vrede/fjendtlighed (bliver nemt sur, selv om de ikke giver udtryk for det)

Aggressiv. Udviser energi, årvågenhed, tiltro, højt og hurtigt talende, kraft, (samt mangel på tillid/negativ indstilling til andre og egocentreret), afbrydende, ofte brug af ordet ”aldrig” og ”absolut”.

#### **Type B**

Lav konkurrence mindedness, uopsættelighed og fjendtlighed (diametral modsætning til A): hold inde og nyd dagen.

#### **Type C**

Sociale søde mennesker som undertrykker negative emotioner (fornuftsorienteret). Muligvis øget kræftisiko og mindre overlevelse. (ikke bekræftet), samvittighedsfuldhed. Giver efter over for andre (mennesker, sociale normer, konflikter)

#### **Type D (distressed)**

1. **karakteristiske træk:** irritation, uro, tristhed, pessimisme (neuroticisme), oplever at have ringe social støtte (introvert). sortsyn, bekymrer sig meget, Neuroticisme, indelukket, stille,
2. **typisk adfærd:** taler nødigt om følelser, holder andre på afstand, spinkelt netværk,
3. **typisk psykomotorisk fremtræden:** kronisk anspændt
4. **sygdomsmønster:** kardiovaskulær, 3. dobbelt risiko for depression.

### **Kontrol:**

#### **Kontrol: typer af**

1) behavioural (fx avoidance).

2) kognitiv (fx (re)vurdering af coping strategier)

3) beslutningskontrol (mulighed for at bestemme/have indflydelse på det mulige resultat)

4) informationskontrol (evnen og muligheden for at søge information omkring stressoren)

5) retrospectiv kontrol (fx ”kunne jeg have forhindre situationen i at ske/ende som den gjorde).

**Kontrol og (præventiv) adfærd:** Kontrol og mangel på samme, har stor indflydelse på hvor alvorligt en stressor opfattes – føler vi at vi har kontrol over tingene, kan stressorens ”alvorlighed” reduceres allerede fra start af (eller man undgår helt at vurderer en situation/ting som potentiel stressende) eller under forløbet. Omvendt betyder mangel på kontrol at stressorens alvorlighed øges (man føler sig magtesløs, bliver opgivende mv – dette øger fx mængden af cortisol). Desuden er en ting som om man kan forudsige en stressor eller et resultat også vigtigt - man bliver ikke helt så bange/forskrækket for hunden bag hækken, hvis man ved at den er der og vil gå af en. I andre situationer, der vitterligt er ukontrollerbare (fx under et flystyrt) er følelsen af lav kontrol mere hensigtsmæssig!

**Kontrol og adfærdsændringer:** Følelsen af kontrol er også vigtig for at ændre sin adfærd når man først er syg/stresset – føler man at man kan påvirke eller har kontrol over sit liv, øges sandsynligheden for succes i de adfærds-ændringer man udfører (og sandsynligheden for at man indledes adfærdsændringer).

**Kontrol og personligt ansvar:** har man følelsen af at man kan påvirke/kontrollere tingenes gang, føler man ofte et større personligt ansvar for, så rent faktisk også at gøre nogetb(aktivt) ved det.

---

## Udviklingspsykologi

**Udviklingspsykologi:** undersøger biologiske, fysiske, psykiske ændringer samt de ændringer i opførsel der opstår i løbet af vores liv.

- 1) **Genetisk arv vs. miljø:** hvor stor og hvilken indflydelse har hhv. arv (gener) og miljø og hvordan påvirker de hinanden.
- 2) **Kritiske og sensitive perioder: kritisk periode:** Er en aldersperiode hvor man må udsættes for visse visse oplevelser og gøre sig visse erfaringer for at personens udvikling blive normal/følger en specifik rute (teori: fx man udvikler aldrig visse færdigheder hvis man ikke lærer det/udsættes for de nødvendige oplevelser indenfor en specifik aldersperiode). **En sensitive** periode kan defineres på samme måde, men dog mere som den **optimale** periode at udvikle visse færdigheder på (de kan således godt udvikles på andre tidspunkter – men lærdommen vil være optimal hvis den udvikles i den sensitive periode).
- 3) **Kontinuerlig vs. diskontinuerlig:** er udviklingen gradvis og kontinuér (som et træ der vokser) eller er den diskontinuerlig og gennemgår specifikke adskilte stadier (som en sommerfuglelarve der bliver til en sommerfugl).
- 4) **Stabilitet vs. ustabilitet:** forbliver vores karakteristika stabile/uforanderlige gennem livet.

## Kognitiv og anden (fx social og emotionel) udvikling

### babyer/børn.

1. **assimilation:** er processen hvorved nye oplevelser/erfaringer inkoopereres i allerede eksisterende skemaer (organiserede mønstre af tanker og handlinger). Fx ved at sutte på ting, fordi babyer ved at der kan suttes på objekter.
2. **accomodation:** er processen hvorved nye oplevelser/erfaringer medfører ændringer i allerede eksisterende skemaer. Man må altså reviderer sine opfattelser, og får således flere og mere komplekse skemaer

**summa sumarum:** babyer/børn bliver mere komplekse med alderen, idet hjernen og nervesystemet udvikler sig bliver de i stand til at håndterer flere dimensioner, og udvikles således til mere komplekse

individer, med langt flere såvel personlige, moralske, etiske som sociale facetter. Studie har vist at baby-alderen ikke er en decideret kritisk periode, men en endog meget følsom sensitiv periode – kompetencer der ikke læres i den korrekte periode af barndommen, kan læres senere, men har tendens til at være underudviklede eller ”anderledes” (hence, sensitiv periode).

**JEAN PIAGET’S STAGE MODEL:** teori om hvordan tankeprocesser hos børn udvikles.

- **Sensomotorisk stadie** (0-2 år): individet forstår verdenen gennem sensoriske og motoriske oplevelser (ved at gøre sig erfaringer via sansning og motorik)
- **Præoperationel stadie** (2-7): individet bruger symbolsk tænkning i form af ord og billeder til at repræsenterer objekter og oplevelser/erfaringer. Giver barnet mulighed for at deltage i ”fantasi-lege”. Skaber desuden egocentrisme (ikke nødvendigvis negativt – barnet kan ikke se verden fra andres perspektiv) og centrering (kan kun/vil kun håndterer at fokuserer på ét eller få aspekter af gangen).
- **Konkrete operationel stadie** (7-12): individet kan tænke logisk mht. konkrete begivenheder og objekter.
- **Formel operationel stadie** (12→): individet er i stand til at tænke logisk og systematisk både mht. konkrete og abstrakte problemer/situationer/objekter. Processen rafineres gennem resten af livet.

**Close-up af Piaget:** undersøgelser har vist at: den generelle kognitive udvikling foregår i samme rækkefølge fra kultur til kultur. Individet tilegner sig hurtigere og flere kognitive færdigheder end Piaget troede. Den kognitive udvikling inden for hvert stadie synes at foregå inkonsistens (man kan måske ikke alt fra stadie 3, men alligevel besidde man visse af færdighederne fra stadie 4). Sidst men ikke mindst: kognitiv udvikling er langt mere kompleks end Piaget præsenterede det som.

**The zone of proximal development:** forskellen på hvad et individ er i stand til at udføre på egen hånd og under assistance fra mere avancerede individer (fx barn og forældre)

**Metacognition:** jo ældre man bliver desto mere opmærksom bliver man på sine egne kognitive processer – dette gør barnet i stand til at vurdere, om de selv magter opgaven eller har brug for hjælp (relevant inde for coping og håndtering af problemer/sygdom?).

**Hæmmede vs. uhæmmede børn:**

- Hæmmede: reagerer med frygt/nervøsitet/angst mod nye ting, er stille
- Uhæmmede reagerer positivt på nye ting, er nysgerrig, taler/pludre meget og er spontane.

Undersøgelser viser at tendens i baby-alderen ofte fastholdes senere i livet (hæmmede: generte, stille og uhæmmede: sociale og udadvendte).

**ERIKSON’S PSYKOSOCIALE TEORI:** mente at personlighed udvikles gennem konfrontation med en serie af 8 store **psykosociale stadier**, der hver især **indeholder en konflikt mht. hvordan vi opfatter os selv i relation til andre mennesker og verdenen**. Hver krise findes hele tiden gennem livet, men er særlig vigtigt (kritisk/sensitiv periode) – 4 af disse stadier finder sted i barndommen!

1. **Basal tillid vs. basal mistillid:** afhængig af hvor godt vores behov mødes og hvor meget kærlighed og opmærksom vi modtager de første par leveår, vil individet udvikle en basal tillid (meget kærlighed/opmærksom og opfyldte behov) eller en basal mistillid (manglende kærlighed/opmærksomhed og ikke opfyldte behov) til verdenen og andre mennesker.

2. **Autonomi vs. skam og tvivl:** gennem de næste 2 leveår bliver barn klar til at udøve deres individualitet. Hvis forældre konstant sætter begrænsninger for barnet eller stiller store krav (fx renlighed) kan barnet udvikle skam og tvivl mht. deres evner, hvilket senere kan vise sig som mangel på mod til at være selvstændig.
3. **Initiativ vs. skyld:** fra 3-5 år viser børn stor nysgerrighed for verdenen. Hvis de tillades frihed til at udforske verdenen, modtage input og svar på deres spørgsmål vil de udvikle en sans for initiativ (og fortsat nysgerrighed). Hvis de holdes tilbage eller straffes vil de udvikle skyld mht. deres lyster/ønsker og deres nysgerrighed vil derfor undertrykkes.
4. **Industry vs. inferiority** (mestring vs. underkastelse): fra 6-pubertet. Børn der oplever stolthed og opfordring til ”mestring” udvikler ”industry” (at stræbe efter at opnå). Gentagne nedture og mangel på ros fører til ”inferiority”

**Attachment and imprinting:** Imprinting defineres som en pludselig, biologisk bestemt form for ”attachment” (knytte sig til nogen eller noget). Dette involverer en kritisk periode (biologisk set) idet man knytter sig til det/de første mennesker man møder. Attachment: refererer til det stærke emotionelle bånd der udvikles mellem børn og deres primære forsørgere (forældre) – dette er ikke en kritisk periode, men de første par leveår anses som en sensitiv periode hvor kontakt mellem forsøger og barn er nødvendig (det er i denne periode bånd nemmest formes og er mest stabile – senere bånd kan dog dannes men der er sværere, fx ved adaptivbørn).

- 1) **Indiskriminerende attachment:** baby smiler og griner mod alle – dette resulterer i forsørgelse.
  - 2) **diskriminerende attachment:** ca. 3 måneder: baby dirigerer deres attachment-opførsel mod velkendte forsørgere
  - 3) **specifik attachment:** 7-8 måneder: baby udvikler meningsfulde bånd med specifikke (primære) forsørgere, der fungerer som den sikre base hvorfra barnet kan søge ud og udforske verdenen.
- NB!** mangel på meningsfuld, varug og stabil attachment afføder langvarig social svækkelse/forningelse og problemer.

Baby/barndom ses altså som en sensitiv periode for at danne ”attachment” til forsørgere (idet de her formes lettest) og derved kan faciliterer fremtidig udvikling.

**Barn-voksen interaktion:** er bi-direktionel (forældres opførsel, temperament og opdragelse påvirker barnet – NB også rollemodel)

**Moralsk og etisk udvikling - Kohlberg:** 3 hovedstadier i moralsk vurdering

- **Preconventional morality:** baseres på faktiske eller forventede belønninger eller straf mere end egne reelle værdier (fx overholde regler og undgå straf – good vs. bad!).
- **Conventional morality:** man tilegne sig andre folks værdier, man henholder sig til sine sociale kontekst forventninger (fx love og regler i samfundet).
- **Postconventional morality:** morale principper er blevet en integreret del af ens egen overbevisning og opfattelse af værdi/normer/samvittighed.

**Ungdom:**

**Ungdom:** Perioden af udvikling og gradvis overgang/forvandling mellem barn og voksen. Er en social defineret periode.

**Pubertet:** er forskellig fra ungdom i det puberteten er en periode med hurtig modning der gør en person i stand til at seksuelt reproducerer sig selv. (dvs. biologisk defineret periode, der dog overlapper ungdommen).

**Udvikling:** gradvis, men dog markant udvikling af hjerne og nervesystem, specielt det limbiske system (følelser) og de frontale lapper af cerebrum's cortex (koordinering, planlægning, højere/abstrakt tænkning og lærdom) og generel udvikling af hukommelse (langtids såvel som korttids) og mulighed for at fokuserer, vurderer og fremføre og håndtere hypoteser.

**Ungdoms-egocentreret:** en selvoptaget og forstyrret opfattelse af ens egen vigtighed og særlighed (at være unik) mht. til følelser og oplevelser.

**ERIKSON'S PSYKOSOCIALE STADIE: identitetsproblemet: identity vs. role confusion:** hvem er jeg? Er jeg god nok? Skal jeg være anderledes? Det er således også konflikten mellem identitet og forvirring der er særligt kendetegnende for teenageårene. (re)vurdering af identitet, værdier, personlige egenskaber, moral/etik, mål i livet mv. Ud over den unge selv, spiller omgivelserne (sociale miljø) en vigtig rolle i denne identitetsskabelse.

**Marcia – stadier i identitetsdannelse:**

- **Identity diffusion:** individet har endnu ikke gennemgået identitetskrise – virker ubekymrede omkring dette.
- **Foreclosure:** individet har endnu ikke gennemgået identitetskrise, men dette skyldes at de har knyttet sig til en identitet og et værdisæt før krisen opstod (fx vennegruppens værdier)
- **Moratorium:** individet, der befinder sig i krisen, ønsker at skabe en klar identitet, men har endnu ikke løst sit identitetsproblem
- **Identity achievement;** individet har gennemgået identitetskrisen og succesfuldt løst problemet.

**Voksenliv og alderdommens kognitive udvikling:**

Vurdering af hvornår man er voksen varierer meget fra person til person og kultur til kultur (biologisk: fx menstruation eller psykisk: fx ansvarlig og selvstændigt individ).

**Hjernens udvikling:** det menes at fx som følge af nedsatte sanser (der leverer de informationer som hjernen skal processerer) mindskes "intelligensens", dvs. simpelthen fordi de informationer der skal benyttes til tankeprocessen mindskes. Det ses desuden at korttids og langtidshukommelse har en kraftigt tendens til at reduceres. Desuden har undersøgelser hvis at hjernens masse langsom men støt mindskes – remember: Use it or lose it!! Desuden viser undersøgelser at evnen til at lære nyt (fx mormor på computer) også reduceres kraftigt med alderen

Særlige tilfælde som demens og alzheimers er et sygeligt nedbrud af hjernen og nervesystemet. Senil Demens (demens udvikles, gradvist, efter man er fuldt 65 år) rammer rigtig mange, men i så forskellig grad at de mildest ramte blot vil blive anset som "ældre der er ved at falde lidt af på den" – dvs. fuldstændigt som den naturlige proces man forventer" – man bliver lidt forvirret og langsom i optrækket når man ældes.

Dog siges ældre ofte at være "vise" – idet deres store livserfaring gør dem i stand til at rådgive og forudsige ting på baggrund af deres erfaringer.



## ERIKSONS PSYKOSOCIALE STADIER:

- **Nærhed/intimitet vs. isolation:** Tidlig voksenliv (20-40): Gifter man sig og holder mange venner, eller isolerer man sig (og hvad har man af muligheder – isolation er ikke altid komplet selvvalgt). Herunder findes den karrieremæssige **establishment phase**: man får et job og skifter måske job flere gange, under dette forløb (videre)udvikler man dermed også sin identitet.
- **Fornyelse/skabelse vs. stagnering:** Midt voksenliv (40-65): Gør man noget eller lader man stå til. Herunder findes den karrieremæssige **maintenance stage** hvor man ofte videreudvikler og ”bibeholder” den identitet man dannede i det tidlige voksenliv.
- **Helhed/integritet vs. forfald/opgivelse:** Alderdom (+65): Er man glad og tilfreds med livet (det afspejles ofte også fysisk) eller utilfreds og ukomplet (vises også ofte fysisk). Desuden det arbejdsrelaterede **decline stage**: pension.

**Midlife crisis:** ofte omkring 40-45 - man begynder at indse sin dødelighed, ens egentlige mål (forhold, familie, karrierer) er måske nu uden for hvad man kan opnå/nå. Det er en tid med (interne) konflikter og kompromiser for individet. Dette påvirker dog ikke flertallet i overdreven grad.

### **Døden: typisk 5 stadier**

Benægtelse: jeg skal da ikke dø

Vrede: det ikke fair

Bøn/tigge: hjælp mig (gud)

Depression: sørge, hvorfor?

Accept: resigneret tegn på afslappethed/fred.

---

## Social thinking and behavior

**Social perception:** hvad vi tænker om vores sociale verden

**Social påvirkning:** hvordan andre mennesker påvirker vores sociale opførsel

**Sociale relationer:** vores forhold til (eller hvordan vi forholder os til) andre mennesker

**Attribution** (tillægge, fx tillægge noget/nogen en egenskab): vurdering af årsagerne af vores egne og andre menneskers opførsel og de efterfølgende konsekvenser.

**Personlig (intern) attribution:** drager den konklusion/antyder at folks karakteristika er årsag til måden de opfører sig på. Man klarede sig godt til eksamen fordi man er dygtig.

**Situations (ekstern) attribution:** drager den konklusion/antyder at aspekter ved en given situation medfører en (dertilhørende) opførsel. Man klarede sig godt ved eksamen fordi prøven var nem.

**Consistency, distinctiveness and consensus:** benyttes i vores vurdering af typen af attribution. Se skema p. 422 i lætrebog.

**Fundamental attribution error:** vi undervurderer situationens indflydelse og overvurderer de personlige faktoreres indflydelse, når vi forsøger at forklarer andre menneskers opførsel.

**Self-serving bias:** tendens til at foretage personlige attributions for succes og situations attributions for fiaskoer (når det går en godt, er det fordi man besidder visse egenskaber, mens når det går skidt er det situationens skyld: jeg bestod eksamen fordi jeg var dygtig vs. jeg dumpede eksamen fordi den var sindssyg svær).

**Første indtryk:** kan være svær at ændre, idet man har indført eller sammenkædet en given person/situation med et skema i sit hoved. Man skal således være opmærksom på **primacy effect:** tendens til at tillægge større vigtighed til de primære informationer vi modtager om en person, end senere informationer (fx når vi lære personen at kende)

**Selvopfyldende profeti:** finder sted når folks fejlagtige forventninger, driver dem mod at opfører sig på en bestemt måde (eller opfatte noget på en bestemt måde), der tjener til at bekræfte deres originale indtryk/opfattelse (eller det de har fået at vide at de kan forvente at opleve).

**Stereotyper:** en generaliseret opfattelse/syn på en gruppe eller en kategori af mennesker (manglende hensyntagen til variationer mellem de enkelte individer i gruppen). Dette er et meget stærkt skema, som vanskeligt kan brydes.

**Attitude:** en positiv eller negativ evaluerende reaktion på en stimulus, som fx en person, et objekt, et koncept eller en situation. Vores attitude har stor indflydelse på vores opførelse, og har tendens til at have størst indflydelse når faktorer omkring en situation ikke er modstridende med vores attitude. Vi har også størst tendens til at engagerer os i noget, når vi har en positiv attitude mht. situationen.

**Theory of cognitive dissonance:** folk stræber mod sammenhæng/overensstemmelse i deres tanker. Har man lige løjet, men anser sig selv som en troværdig og ærlig person er der kognitive dissonans. Ofte vil vi forsøge at retfærdiggøre fx vores løgn eller vores opførelse, for på den måde at genetablerer overensstemmelse. Er der ikke overensstemmelse mellem ens attitude og opførelse (fx at lyve og have en opfattelse af, at være en ærlig person) kaldes det: **kontra-attitude opførelse**. Det gælder altså, at vi kan ændrer vores attitude for at få den til at stemme overens med vores opførelse.

**Overtalelse:** taleren, indholdet, publikummets egenskaber påvirker effektiviteten ved overtalelse. Pålidelighed er højest hvis taleren vurderes som en ekspert og som troværdig.

- **Den centrale vej til overtalelse** opstår når folk tænker omhyggeligt omkring beskeden og påvirkes af denne fordi de finder argumenterne tiltrækkende.
- **Den perifere rute til overtalelse** opstår når folk ikke ”nærlæser” beskeden men mere influeres af andre faktorer så som talerens egenskaber eller beskeden virker emotionelt tiltrækkende.

## **Social påvirkning**

**Social facilitering:** en øget tendens til at udføre vores dominante respons'er (dvs. mest typiske respons) til specifikke situationer, ved tilstedeværelse af andre mennesker.

**Sociale normer:** er almene opfattelser af og forventninger til hvordan folk bør tænke, føle og opføre sig. **Den sociale rolle** består af et sæt normer der karakteriserer hvordan folk i en given situation bør opføre sig – hver rolle er knyttet til hver deres sæt forventninger. Normer påvirker således vores opførelse både (jeg bør opføre mig pænt til middagen) bevidst og ubevidst (man tænker ikke over det). Sociale normer er det der binder samfundet sammen, men normer kan kun påvirke vores opførelse hvis vi bekender os til disse ”regler”.

**Bekendelse til normer** sker generelt af 2 årsager. **1)** vi følger normer eller andres meninger fordi vi mener at de besidder den ”korrekte” viden og at de ”gør det som er rigtigt”. **2)** idet man ser en fordel i at blive accepteret af andre mennesker ved at følge normerne (normer opdages generelt ikke i verdenen – først når de bliver brudt indser vi at de eksisterer).

”**gruppepres, usikkerhed mm.**”: det med at bekende sig til noget (andres overbevisning) selvom man inderst inde godt ved det ikke er rigtigt (og man ville havde reagerer/svaret anderledes i en situation hvor man var alene) kan evt. grunde i frygten for at blive ”udstødt” eller afvist fordi man ikke deler gruppens/gruppens leders synspunkter. generelt synes at gælde, at jo mere usikker en person man er (stoler ikke på egne holdninger mv.) desto nemmere vil man give efter for andres meninger.

**Obedience:** uden lydighed vil samfundet være et stort kaos. Lydighed (blindt at følge ordre uden overvejelser om retfærdighed og konsekvenser) kan dog også være en negativ ting. Blind lydighed med negative følger vil vi ofte forsøge at retfærdiggøre, fx ved at fralægge os ansvaret eller legitimerer ens handlinger/adfærd (eg Strøm-straf forsøg: en autoritet havde ansvaret). Strøm-straf forsøget tegner også til at illustrerer at man i en særlig social kontekst under de rette omstændigheder kan få mennesker til at gøre ting de aldrig havde troet de var i stand til/ville drømme om at gøre.

### **Compliance teknikker:**

- **Norm of reciprocity:** involverer forventningen om at når andre behandler os godt, må vi være venlige over for dem – dvs. hvis man vil have nogen overtalt til noget/udtrykke enighed med en, bør man behandle dem godt for at øge chancerne herfor.
- **The door-in-the-face teknik:** udsæt en person for en stor forespørgsel og du vil blive afvist. Udsæt herefter samme person for en langt mindre forespørgsel og de vil acceptere.
- **The foot-in-the-door teknik:** en person for dig til at acceptere en lille forespørgsel først, og senere udsætter personen dig for en større forespørgsel, som du derfor er langt mere tilbøjelig til at acceptere – i forhold til hvis du kun var blevet udsat for den store forespørgsel.
- **Lowballing teknik:** en person for dig til at involverer dig i en handling, og så før du faktisk udfører/deltager i handlingen, vil denne person forøge ”bekostninger” for den samme handling. Fx få tilbudt en bil til 1000 kr, men lidt senere få at vide at den faktisk koster 1500 kr (sælgeren kom desværre til at lave en fejl). På dette tidspunkt er man mere villig til at købe bilen, i forhold til hvis man fra start af havde fået at vide at den kostede 1500 kr.

### **Adfærd i grupper:**

**Social loafing:** folk har tendens til at yde en mindre indsats (end de er i stand til) når de arbejder i en gruppe, i forhold til hvis de arbejder alene på samme opgave. De gælder specielt hvis ens arbejdsindsats i gruppen ikke registreres, at man er umotiveret eller målet/gruppe er af mindre betydning for personen.

**Social compensation:** er det omvendte af social loafing – man arbejder hårdere i en gruppe – fx for at kompensere for andre medlemmer af gruppens mindre arbejder (osm følge af loafing). Kendes i høj grad fra meget gruppe-orienterede kulturer (ikke individualister) som fx japan.

**Gruppe polarisering:** når medlemmer af en gruppe deler de samme overbevisninger vil gruppens endelige beslutning tenderer at være mere ekstrem i forhold til hver af de individuelle medlemmers oprindelige overbevisning

**Gruppe teknik:** tendens til at undlade at være kritisk fordi man ønsker at gruppe som helhed skal blive enige. Er specielt udtalt ved højt stress (deadline ligger lige om hjørnet), hvis man har en karismatisk

leder der fremfører en personlig agenda, eller hvis gruppe generelt arbejder (for) godt sammen. Man ønsker simpelthen at være loyal, så man forkaster sin egen kritiske vurdering

**De-individualisering:** tabet af individualitet der ledes til uforhindret (man bliver ikke påvirket af sin opførsel) opførsel. Specielt det faktum at man kan være anonym i en gruppe (fx en leder igangsætter mobning og de andre følger bare med – så vil det formentlig kun være lederen der vil ”genkendes” eller udtalelser som ”alle andre gjorde det også”)

### Sociale relationer

**Attraktion:** attraktionen øges generelt når man udsættes gentagne gange for samme stimulus (så længe stimulus ikke er direkte skadelig) – dette benævnes **mere exposure effect**. Desuden tiltrækkes man ofte af ting der ligner (personer der ligner en selv, ting der ligner ting man i forvejen kan lide) – dette benævnes **the role of similarity**.

**Social exchange theory:** foreslår at forhold handler om ”noget for noget”. Et forhold vogtes af de belønninger (samværd, emotionel støtte, tilfredsstillelse mv.) og omkostninger (skænderier, tidsforbrug på at pleje forholdet mv.) som partnerne oplever. Det totale udfald kan enten være positivt eller negativt.

### **Kærlighed:**

**Passioneret kærlighed:** involverer intens følelse, arousal og længsel efter ens partner.

**Companionate kærlighed:** involverer affektion og dyb ”caring” mht. ens ’partners velbefindende.

**The triangular theory of love:** Kærlighed involverer 3 vigtige komponenter: **passion** (fysisk og seksuel tiltrækning), **intimitet** (nærhed og det at sætte pris på sin partner) og **”commitment”** (beslutning om at blive i og kæmpe for forholdet). Er alle disse 3 faktorer tilstede kaldes det **consummate love**.

**Prejudice:** Dømme nogen negativt på forhånd fx i forhold til deres tilhørsforhold til en gruppe (køn, religion, etnisk gruppe, seksuel overbevisning etc.) – dette kan være både bevidst og ubevidst – og dømmer altså folk på deres ”gruppe tilhørsforhold” i stedet for deres individuelle egenskaber.

**Diskrimination:** referere til åbenlys opførsel der involverer at behandle folk unfair baseret på den gruppe de tilhøre (fx racisme, sexism etc).

**Explicit prejudice:** hvor folk udtrykker sine holdninger i offentligheden eller til andre.

**Implicit prejudice:** hvor folk holder deres negative mening for sig selv (eller kun i trygge omgivelser, fx når de ved at den gruppe de befinder sig i deler den holdning man selv har).

**In-gruop favoritism:** foretrække og være mere positiv overfor ”medlemmer af gruppen” og tildele dem mere positive træk, i forhold til ”ikke medlemmer”. Fx hvide mennesker foretrækker hvide mennesker. ”os” vs. ”de andre”.

**Out of gruop derogation:** tillægge ”andre” (ikke-medlemmer) flere negative træk end ”os” (medlemmer)

**Out-gruop homogeneity bias:** tendensen til at vurdere ”ikke-gruppemedlemmer” som værende mere ens (de er alle sammen de samme), i forhold til medlemmer af ens egen gruppe (vi har være vores forskellige egenskaber) og udseende. Denne tendens afføder ofte **stereotype opfattelser** af folk, samt tendensen til at dømme folk på forhånd, baseret på hvilken (sub)gruppe de kan katagoriseres under og ikke baseret på det enkelte individs unikke personlige egenskaber og adfærd.

**Social identity theory:** ifølge denne teori bunder tendens til at dømme andre folk på forhånd i behovet for at styrke vores egen selvtillid. **NB!** ens identitet består både af en **personlig identitet** og af en **gruppe identitet**

**The stereotype threat:** p. 451.

**Equal status contact:** prejuidice mellem mennesker reduceres mest sandsynligt når: 1) de fastholdes i tæt kontakt med hinanden 2) har samme status 3) arbejder mod at opnå samme mål, og at dette kræver samarbejde 4) støttes af bredere sociale normer (dvs. positive gruppe . er i tæt kontakt

### **Det at hjælpe andre:**

**Egoistiske mål:** involverer det at hjælpe andre, for at forbedre ens egen situation (fx bedre selvfølelse)

**Altruism:** referere til uselvskhed, og det at hjælpe andre udelukkende med det formål at forbedre en anden persons situation. Det menes at altruism er et resultat af følelsen af **empati**

**Empati:** evnen til at sætte sig selv i andres sted og dele denne persons oplevelser.

**Reciprocal altruism:** hjælper vi andre øger vi sandsynligheden for at dem vi hjalp vil hjælpe os når vi selv står overfor en svær eller kritisk situation/periode.

**The norm of reciprocity:** vi er opdraget til at behandle andre godt (hjælpe) hvis de behandler os godt.

**The norm of social responsibility:** vi er opdraget til at drage et ansvar overfor andre menneskers velbefindende (hjælpe dem).

**Hvem hjælper vi:** tætte relation (familie, der deler vores gener, specielt vores børn – dem der skal føre vores gener videre), folk der minde om os selv. Desuden er vores ”retfærdighedssands” afgørende – er det uretfærdigt det der skal for en person – hvis vi synes det er uretfærdigt øges sandsynligheden for at vi hjælper (fx ved naturkatastrofer).

**Aggression:** beror på gener, opdragelse, omgivelser/situationer, personlige egenskaber.

---

## **Introduktion til sundhedspsykologi.**

**Den biomedicinske sygdomsmodel:** sygdom skyldes en udefrakommende eller intern ”stimulus” der medfører fysiske ændringer (sygdom), derfor er mennesker ikke ansvarlige for egen sygdom, men derimod ofre. Behandling beror på de klassiske medicinske metoder (vaccination, operation, medicin) og udføres af medicinsk uddannede fagfolk. Ifølge modellen er man enten rask eller syg (intet indimellem).

I denne model er krop og sind/psyke helt adskilte og fungerer uafhængigt af hinanden og uden indflydelse på hinanden. Kroppen ses som fysiske substanser (hud, knogler, muskler), mens psyken er abstrakt og relaterer sig til følelser og tanker. Ifølge modellen kan sygdom have psykologiske konsekvenser, men ikke psykologiske årsager!

**Psykosomatisk medicin:** antydende at soma og psyke interagerede med hinanden.

**Behavioural health:** bestemmelse af individs helbred ud fra integration af krop og psyke.

**Behavioural medicine:** inkluderer psykologien i studiet af helbred – og fokuserer også på forebyggelse af sygdom og ikke kun helbredelse.

**Sundhedspsykologi:** den psykologiske videnskab inddrages i bibeholdelse af helbred og forbedring og behandling af sygdomme

**Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel:** Ifølge sundhedspsykologien konstrueres den **bio-psyko-sociale sygdomsmodel** (konstrueret af Engel i 1977): mennesker må ses som komplekse systemer og sygdom skyldes flere faktorer – sygdom kan altså skyldes en kombination af biologiske (pathogener eller genom), psykiske (overbevisning og adfærd) og sociale (fx familie og arbejde) faktorer.

Den biologiske del inkluderer gener, virus, bakterier, og ”strukturelle defekter” i kroppen. Det psykiske aspekt af sundhed og sygdom beskrives i form af kognition: tanker, forventninger, emotioner (fx frygt og glæde), og opførsel (rygning, diæt, motion, alkohol etc). Det sociale aspekt blev beskrevet i form af sociale normer for opførsel, pres imod at ændre opførsel, gruppepres og forventninger, sociale værdier, social klasse og ”etnisk” oprindelse/tilhørsforhold.

**Dette medfører:** at individet nu ikke længere er passiv i forhold til sundhed og sygdom (individet kan gøres ansvarlig). Behandling består i behandling af hele personen (adfærdsændringer, fysiske ændringer, psykisk behandling, coping strategier etc.) – derfor må patienten (udover medicinerepsykologer) også selv deltage aktivt i behandling. I denne model findes masser af intermediære stadier mellem ”rask” og ”syg”. Kroppen og psyken interagerer og påvirker hinanden gensidigt (psyke og krop kategoriseres dog som adskilte dele, dvs. ikke totalt holistisk syn). Modellen anser at sygdom kan såvel have psykiske konsekvenser, men også kan være den udløsende faktor for sygdom (såvel fysisk som psykisk sygdom)

**Sundhedspsykologiens mål:** understreger psykologiens rolle i faktorer i ”årsag”, ”forløb/udvikling” og ”konsekvenser” af sundhed og sygdom. Målene inddeles i 1) forståelse, forklaring, udvikling og test af teorier 2) forsøge at undersøge disse teorier i praksis.

- a) evaluerer vores levevis/opførsel/handlingsmønsters rolle i forhold til sundhed og sygdom
- b) forudsige usund opførsel
- c) evaluerer interaktionen mellem fysiologi og psykologi (fx fysiske symptomer og stress)
- d) forstå psykologiens rolle i oplevelsen af sygdom
- e) evaluerer psykologiens rolle i behandling af sygdom
- f) Desuden forebyggelse af sygdom og at fremme sund adfærd..

**En professionel sundhedspsykolog:** er en person med kompetencer på følgende områder: forskning, det at lære og konsulterer (råde/hjælpe via dialog med patienten – dvs. at kunne ”praktiserer”).

**Sundhedspsykologien** fokuserer på den indirekte vej/forbindelse mellem psykologi og sundhed og understreger den rolle som tro og opførsel har på sundhed og sygdom. Sundhedspsykologien forkuserer også den direkte vej/forbindelse mellem psykologi og sundhed

## Health beliefs

### **Definitioner:**

- **Sundheds opførsel:** en opførsel der sigter mod at forebygge sygdom
- **Sygdoms opførsel:** en opførsel der sigter mod at søge hjælp eller remedier der kan reducerer ens sygdomsfølelse (fx gå til lægen)
- **Syge-rolle opførsel:** er en hver aktivitet der stræber mod at få personen til at blive rask igen.
- **Sundheds nedbrydende opførsel:** ”opførsels patogener” fx rygning
- **Sundheds opretholdende opførsel:** ”opførsels immunogener” fx gå til helbredscheck, børste tænder.

**Kommunikation omkring helbred:** ifølge såkaldte ”lay theories” er seriøs og virkningsfuld kommunikation mellem en patient og sundhedsfagligt personale en umulighed hvis patienten har overbevisninger om deres helbred der er i modstrid med den overbevisning som det sundhedsfaglige personale har.

### **Faktorer der formentlig kan benytte stil at forudsige helbredsrelateret adfærd:**

- **Sociale faktorer:** fx viden og sociale normer
- **Gener:** genetisk tendens til fx alkoholisme
- **Emotionelle faktorer:** fx angst, stress, spænding, frygt
- **Opfattede symptomer:** reelle eller urelle - fx åndenød, hjertebanken, smerte
- **Patientens overbevisninger**
- **Sundhedspersonlaets overbevisninger**

**tilnærmelse til helbredsoverbevisninger inkluderer:** attribution theory (tillæggelses/egenskabs), the health locus of control, urealistisk optimisme og stadierne af ”change model” (ændringsmodel).

**Attribution theory:** individer er motiverede til at se deres sociale verden som forudsigelig og kontrollerbar – dvs. man har et behov for at kunne forstå årsagssammenhæng. Årsagssammenhæng struktureres ud fra et skema bestående af:

- **Distinctiveness:** den tillagte egenskab omkring at en årsag til en given opførsel er specifik for netop det individ som udfører handlingen.
- **Konsensus:** den tillagte egenskab at årsagen til en given opførsel deles af andre.
- **Consistency over time:** Denne samme tillæggelse af egenskab omkring en specifik årsag, vil også kunne konkluderes på et andet tidspunkt.
- **Consistency over modality:** Den samme tillagte egenskab kan drages i forskellige situationer.
- **Intern vs. extern:** jeg dumpede eksamen fordi jeg var dum vs. jeg dumpede fordi eksamen var svær.
- **Stabil vs. ustabil:** jeg dumper alle eksaminer vs. det er kun denne her ene eksamen jeg dumper (den specifikke situation)
- **Global vs. specifik:** årsagen til at jeg dumpede eksamen påvirker hele mit liv vs. årsagen påvirker kun netop denne eksamen.
- **Kontrollerbar vs. ukontrollerbar:** jeg kunne selv have kontrolleret om jeg ville dumpe eksamen eller ej (eg. Bedre forberedelse) vs. lige meget hvor meget jeg havde forberedt mig ville jeg alligevel være dumpet.

**Denne tillæggelse af egenskab er vigtig i sundhedsadfærd:** fx hvis man er overbevidst om at sygdom og sundhed er ukontrollerbar, vil man ikke lægge nogen indsats for dagen for at forsøge at ændre det.

**Health locus og control:**

- **Intern locus:** man mener at man selv kan/har mulighed for at kontrollere (eller i hvert fald påvirke) begivenheders gang. Fx hvis jeg ikke ryger, nedsætter jeg min risiko for lungecancer. Eller – ”jeg er direkte ansvarlig for mit helbred”.
- **Ekstern locus of kontrol:** man mener ikke at man selv kan/har mulighed for at kontrollere (eller påvirke) begivenheders gang. Fx det er skæbnen der råder ”lige meget hvad jeg gør, er alt et spørgsmål om skæbne eller held” eller styres af andre magtfulde mennesker ”jeg kan kun gøre hvad min læge fortæller mig”.

**Health locus of control er vigtigt for at folk ændrer deres opførsel:** høj/højere sandsynlighed ved intern locus og lav/lavere sandsynlighed ved ekstern locus.

**Problemer ved Locus konceptet:**

- 1) Er health locus et karaktertræk eller et ”stadie” (Er man altid enten intern eller ekstern)
- 2) kan man være både ekstern og intern (og evt. på samme tid)
- 3) er det at gå til lægen en ekstern handling (helbred styres af andre magtfulde personer, lægen) eller intern (jeg tager ansvar for mit helbred ved at gå til lægen for at blive tjekket eller søge råd)

**Urealistisk optimisme:** at en person fortsætter med at praktiserer en usund adfærd kan skyldes at de

- 1) enten ikke mener de er modtagelige (for sygdom)
- 2) har en fejlagtig opfattelse af risiko

man mener altså at man har en lavere risiko end andre mennesker der ellers er sammenlignelige med en selv, eller at man ingen risiko har (på trods af statistikker). 1) er problemet ikke opstået endnu, gør det det heller ikke senere (derfor kan jeg fortsætte min adfærd). 2) problemet er sjældent – og sandsynligheden for at det rammer mig er derfor ikke til stede/særlig høj. 3) mangel på personlig erfaring med problemet. 4) ideen om at det er muligt at forhindre problemet via personlige handlinger.

Folk har tendens til at nedvurderer deres risiko-øgende adfærd (fx jeg dyrker næsten altid sikker sex), men fokuserer på deres risiko-nedsættende adfærd (men jeg tager aldrig stoffer).

**Stadierne i ”the change model”:** det er ikke altid at man kommer igennem alle stadier, og man kan sagten svinge fremme og tilbage (fx når man er ved at stoppe med at ryge, er det ikke sikkert at det lykkes første gang). Særligt vigtigt ved hver stadie er personens vurdering af ”cost/benefit” ved situationen/ændringen, selvtillid samt succes/fiasco med tidligere ændringer.

- 1) **Precontemplation:** ingen planer om en ændring
- 2) **Contemplation:** overvejer en ændring
- 3) **Preparation:** foretager små ændringer
- 4) **Action:** aktivt engagerer sig i en ny adfærd
- 5) **Maintenance:** fastholde ændringen set over tid.

Der findes også forskellige kritiskpunkter af denne model. Se evt. p. 484 i lærebog.

**Health belief models:** er en integration af de ovenstående teorier og deres forskellige aspekter. Dette har givet ophav til forskellige modeller, der behandles herunder.



**Cognition models:** alle vores handlinger er resultatet af vores opvejning mellem cost og bennefits for den pågældende handling. Kognitive modeller beskriver opførsel som et resultat af rationel bearbejdning af information og understreger individuelle tanker (og ikke den sociale kontekst af disse tanker).

**The health-belief model, HBM** (Rosenstock, Becker mf): benyttes nu til at forudsige en lang række sundhedsrelateret opførsel og adfærdstyper: modellen bygge på at vores opførsel af et produkt af vores kerneværdier (som dog ændres/ med tiden).

- 1) **risiko for sygdom:** hvor stor er risikoen for at jeg bliver syg
- 2) **sygdommens alvorlighed:** hvor alvorligt er det for personen at få cancer
- 3) **"cost" ved at udføre en handling:** hvis jeg ikke ryger bliver jeg irriteret og stresset
- 4) **"bennefits" ved at udføre en handling:** mit helbred bliver bedre og jeg spare penge ved at stoppe med at ryge.
- 5) **Årsag til handling:** intern (fx vejtrækningsbesvær) eller ekstern (information om risikoen, pres for omgivelser).

Samles disse kerne værdier og analyseres for den enkelte person, vil det være muligt (til en hvis grad) at forudsige *sandsynligheden for at der vil ske en adfærdsændring* for den pågældende person. Som ved de andre modeller findes både kritik og tiltro til modellen – se evt. p. 486-488 i lærebog.

**Protection motivation theory, PMT:** mener at sundhedsrelateret adfærd er et produkt af 5 komponenter idet disse komponenter forudsiger **adfærdsmæssige hensigter**. PMT adderede derfor følgende faktorer til HMB.

- 1) Vurdering af ens egen risiko for sygdom
- 2) Hvor alvorlig er sygdommen for mig
- 3) Effektivitet af givent respons:
- 4) Selvtillid/selvverd: jeg tror på det nok skal lykkes mig.
- 5) Evt. frygt: truslen ved sygdom.

Disse 4/5 faktorer forudsiger adfærdsmæssige hensigter (har man intentioner om ændrer man adfærd eller ej).

**punkt 1,2 og 5** = Vurdering af trussel (ekstern). **Punkt 3 og 4:** Vurdering af coping (vurdering af sine egne egenskaber, intern).

Kritik og support, se p. 491 i lærebog.

**Sociale Kognitions modeller:** Undersøger faktorer der forudsiger adfærd og eller adfærds-intentioner, desuden undersøges hvorfor individer ikke er i stand til at fastholde en adfærd de er engageret i. teorien er udviklet af **Albert Bandura**, der foreslog at vores adfærd er styret af forventninger, drive/opmuntring og sociale tanker.

- 1) **situation outcome expectancies:** forventning om at en adfærd kan være farlig
- 2) **outcome expectancies:** forventningen om at en handling kan reducerer skaden på helbredet
- 3) **self-efficacy expectancies:** troen på at individet kan udfører den ønskede handling.

**Drive/opmuntring:** foreslår at vores handlinger er styret af konsekvenser (positive og negative)

**Sociale tanker:** denne model inkluderer (modsat de tidligere omtalte) individets repræsentation af deres sociale verden – fx folk som betyder noget for mig synes jeg skal stoppe med at ryge.

## THE THEORY OF REASONED ACTION (TRA)

TRA placerer individet i en social kontekst i form af subjektive normer (individets opfattelse mht. deres sociale verden) og inkluderer både overbevisninger og evalueringerne af disse overbevisninger. Det nye ved modellen er, at den placerer individet i en social kontekst samt at den foreslog at forskellige værdier (som følge af den sociale kontekst) havde indflydelse på individets adfærd.

## THEORY OF PLANNED BEHAVIOUR, (TPB)

TRB: repræsenterer en progression fra TRA. Modellen understreger **adfærdsmæssige intentioner** som det samlede resultat af en kombination af flere overbevisninger. Modellen foreslår at intentioner kan opfattes som ”planer om handling i stræben efter mål”, og er et resultat af de følgende overbevisninger.

- **Attitude mod adfærd/handling:** består af både negative og positive evalueringer af en specifik handling, og forventninger om resultatet – alt i alt cost-benefit vurdering!
- **Subjektiv norm:** tanker om sociale normer, pres mod at foretage en handling og evaluering om individet er motiveret til at ”accepterer” presset og derfor udføre handlingen. (fx dem jeg holder af synes jeg skal stoppe med at ryge, og hvis jeg gør det vinder jeg deres accept)
- **Perceived behavioural control:** troen på at individet kan udføre handlingen ud fra en vurdering af interne (personlige egenskaber) og eksterne (muligheder) kontrol-faktorer, der begge relaterer sig til tidligere adfærd.

Kritisk og support p. 494 i lærebog

**The health action process approach (HAPA):** forsøger både at forudsige både intentioner om handlinger og faktisk handling. Den skelner således mellem beslutnings/motivations-stadie (skal jeg eller skal jeg ikke) og udførsel/fastholdelses-stadie (gør jeg det faktisk og hvor længe).

**Motivations-stadie** er opbygget af

- **Selvtillid:** jeg kan!
- **Outcome expectancies:** vil resultatet være positivt? Og underpunktet: **social outcome expectancies:** andre synes jeg skal, og hvis jeg gør det, vinder jeg deres accept.
- **Trussels vurdering:** opbygget af komponenter som ide som ”alvorlighed” og forventninger om individuel ”skrøbelighed”.

**Udførselsstadie** er opbygget af:

- **Kognitive (frivillig) faktorer, situations- og adfærdsfaktorer.** Kombination af disse er afgørende for at en adfærd indledes og fastholdes via selvregulerende processer.

Kritik og support, p. 496 i lærebog.

**PROBLEMER VED ALLE MODELLER:** anser mennesket som bevidste omkring bearbejdning af information samt enten helt mangler eller kun delvist medtager (og i så fald kun individets tanker omkring det) sociale og miljømæssige faktorer rolle. Se evt. p. 497-502 i lærebog hvis behov.

---

## Illness cognitions – tanker om sygdom

**WHO:** Sundhed er et stadie af komplet fysisk, psykisk og social velbefindende.

**Medicinsk definition:** fravær af sygdom og fysisk velbefindende.

**Definition af sygdomsrelaterede tanker - Leventhal et al:** definerede sygdoms-tanker som patientens egen implicite ”sund fornuft” overbevisninger omkring deres sygdom. De foreslog at disse tanker dannede et stillads eller skema for patienten der gjorde dem i stand til at cope med og forstå deres sygdom. Forskerne identificerede 5 kognitive dimensioner af disse overbevisninger. De fandt ud af, at bliver patienter bedt om at beskrive deres seneste sygdom, er det disse kategorier der indgår i besvarelsen.

- **Identitet:** medicinsk diagnose og oplevede symptomer
- **Den tænkelige årsag til sygdom:** biologisk, psykisk, socialt
- **Tidsperspektiv:** patientens opfattelse af hvor lang tid sygdommen vil vare
- **Konsekvenser:** patientens opfattelse af hvordan sygdomme vil påvirke deres liv (nu og i fremtiden) – såvel psykisk som fysisk og socialt
- **Helbredsmulighed og kontrollerbarhed:** patienternes opfattelse af om det er muligt at helbrede deres sygdom, og i hvilken grad de mener at de selv eller andre (fx læger) har kontrol over situationens ”outcome”

**The self-regulatory model of illness behaviour/cognitions - Leventhal:** individets kognitive repræsentation af deres sygdom og deres efterfølgende coping-adfærd.

- 1) **fortolkning:** give problemet mening/få forståelse for problemet
- 2) **coping:** håndterer problemet med det formål at genvinde følelsen af ”ligevægt”
- 3) **vurdering:** vurderer hvor succesfuld ens coping har været

disse 3. stadier fortsætter indtil ens coping-strategi vurderes som succesfuld, og indtil ”ligevægtsstadiet” er genvundet/genetableret. Hvis sundhed er det normale (ligevægtsstadiet) vil en hver form for sygdom blive kategoriseret som et problem og individet vil blive motiveret til at genetablere deres helbred. **Herunder gennemgås hver stadi grundigt.**

**STADIE 1) – FOLTOLKNING: tanker om sygdom:** konfrontation med problemet enten via

- **selvoplevede symptomer** (fx oplevelsen af smerte)
- **socialt budskab** (fx diagnose hos lægen, eller andre fortæller en at der er noget galt)

disse vil føre til motivation af genetablering af helbred og udvikling af tanker som sygdom (med de følgende dimensioner): identitet, årsag, konsekvenser, tidsperspektiv, helbredelse/kontrol. Med dette taget i betragtning kan individet nu udvikle en coping-strategi. Coping-strategien er både relateret til emotioner (fx angst, nervøsitet og symptomer eller socialt budskab) og de overnævnte sygdoms-tanker.

**NB! stadi 1)** vurdering af problemer er meget individuelt – hvad der er symptomer for et individ og fortolkes som sygdom, er måske symptomer for en anden der ikke fortolkes som sygdom. Generelt siges det at folk der er meget fokuseret på deres interne forhold har tendens til at overvurdere fx ændringer i hjerterytme, i forhold til folk der er mere eksternt fokuserede.

**Vurdering og fortolkning af symptomer i stadi 1** påvirkes i høj grad af humør og tanker (vigtigt i forhold til fx placebo-effekt) og miljø.

- **Humør:** bliver man angst bliver det ofte værre (øget intern fokusering på ændringer)
- **Tanker:** ser man et sår og det ser slemt ud, gør det mere ondt. Har man tid til at fokuserer på symptomer (keder man sig fx, bliver man mere OBS på forandring)
- **Miljø:** hvad er man opdraget til, ”de medicin-studerendes hypochondri – føler sig syge når man læser om sygdom”

- **Social kontekst:** hvad er man opdraget til, den sociale kontekst man befinder sig påvirker ens opfattelse af sygdom, sundhed og symptomer.

### **STADIE 2) – COPING:** udvikling og identifikation af passende coping-strategier.

Fx approach coping (tage piller, ændre adfærd, gå til læge, tale med venner om følelser mv)

Fx avoidance coping: (benægtelse, ønsketænkning).

### **Coping med en diagnose: 3 stadier.**

- 1) **Chok:** ofte efterfulgt af ”automatisk” (intuition, reflekser) adfærd. Især hvis diagnosen kommer uventet (man har ikke haft mulighed for at overveje coping-strategier)
- 2) **”sammenstøds-reaktion”:** karakteriseret ved uorganiserede tanker, følelsen af tab, sorg, håbløshed
- 3) **Tilbagetrækning:** karakteriseret ved benægtelse af problemet og intern tilbagetrækning.

Efter disse 3 stadier kan individet gradvist begynde at se virkeligheden ved deres diagnose, reorientering og at man kan ”face the problem” og indledes en konfrontation med det

**Coping med kriser mht. sygdom.** Fysisk sygdom (krise fordi det påvirke individet og ødelægger ”ligevægten”) medfører de følgende stadier.

- Ændringer i identitet: fx fra karrierer til patient.
- Ændring i lokalisation: sygdom kan medfører at man skifter til et nyt miljø – fx hospitalet.
- Ændringer i rolle: fx fra selvstændig til passiv og afhængig
- Ændringer i social støtte: fx skaber isolation.
- Ændringer i fremtid: fx usikkerhed mht. fremtidig liv

### **Desuden forværres diagnosen hvis:**

- 1) den kommer uventet
- 2) information omkring sygdommen er uklare: fx helbredelse, konsekvenser og forløb
- 3) behov for hurtige beslutninger: såvel ved behandling, som ved ens daglige liv.
- 4) Flertydig betydning: usikkerhed omkring hvad der skal ske/ender med at ske, betydning af sygdom (er det alvorligt, hvor lang tid vare det etc.)
- 5) Begrænset tidligere erfaring: vi er raske det meste af tiden derfor mangler vi erfaring med (alvorlig) sygdom, og derfor mangler vi erfaring med udvikling af effektive coping-strategier i forbindelse hermed.

### **Coping processen:**

- 1) **kognitiv vurdering:** et stadie af uligevægt udløst af sygdom. Individets vurdering af alvorlighed og betydning. Faktorer som vores viden, tidligere erfaring og social støtte kan/vil påvirke vores vurdering
- 2) **adaptive handlinger:** opdeles i to kategorier

#### **sygdomsrelaterede opgaver:**

- håndterer smerte og andre symptomer
- håndterer procedurer ved indlæggelse og behandlings
- udvikle og fastholde forhold med sundhedsfagligt personale

#### **generelle opgaver:**

- bibeholde en emotionel balance – fx kompenserer for de negative tanker og følelser omkring sygdom.

- bibeholde selvopfattelse, kompetence og ”duelighed”
- fastholde forhold til venner og familiee
- forberedelse på en usikker/ukendt fremtid.

**Vurderings-fokuseret coping:** involverer forsøget på at forstå sygdommen og repræsenterer en søgen efter mening. 3 typer:

- 1) **logisk analyse og mental forbederelse:** opdanne en situation man ikke kan klare til en situation man kan klare.
- 2) **Kognitiv omdefinering:** involverer at accepterer virkeligheden og omdefinerer det på en positiv og acceptabel måde.
- 3) **Kognitiv undgåelse og benægtelse:** minimerer alvorligheden.

**Problemfokuseret coping:** involverer at konfronterer problemet og omdanne det til ”håndterbar”. 3 typer:

- 1) **Søger information og støtte:** opbygge viden ved at søge tilgængelig information.
- 2) **Indlede problem-løsende handling:** lærer procedurer og adfærd (fx tage medicin, begynde at motionerer, ændre kost, stoppe med at ryge)
- 3) **Identificerer alternative belønninger:** udvikle mål der kan fungerer som tilfredsstillelse på kort sigt.

**Emotionsfokuseret coping:** involverer at håndterer følelser og opretholde sin emotionelle ligevægt. 3 typer af emotionelfokuseret coping er beskrevet

- 1) **Affektion:** involverer at opretholde håb.
- 2) **Emotional distancering:** skabe et afløb for følelser som vrede og håbløshed
- 3) **Resigneret accept:** accepterer tingene som de er.

**Faktorer der påvirker coping og valg af coping-strategier.**

- **Dermografi:** hvor bor du, køn, religiøs overbevisning, alder, social klasse.
- **Personlighed:** intern/ekstern locus, **5-faktor-model** (er man aggressiv, udadvendt, glad mv.)
- **Fysiske og social/miljø faktorer:** tilgængelighed til social støtte, netværk, fysiske omgivelser.
- **Sygdomsrelaterede faktorer:** fx resulterende smerte, fysiske ændringer (amputation mv, reduceret mulighed for fysisk eller psykisk aktivitet – generelt begrænsninger).

**Der findes både korttids- og langtids-orienterede coping-strategier.**

**Tilpasning til fysisk sygdom og teorien bag kognitiv adaptation:** skabelsen af ”illusioner” der leder til dannelsen af kognitiv adaptation. 3 stadier.

- 1) **Søgen efter mening.** Hvorfor? Hvad betyder det? Hvad nu? Som menneske har vi et behov for at forstå hvorfor noget sker (dermed forsøge at få kontrol over det og tillægge det en mening) og hvilken betydning det får.
- 2) **Søgen efter ”duelighed” (mastery):** hvordan kan jeg undgå at det sker igen? Hvad kan jeg gøre ved det nu? Først når man efter stadie 1 har identificeret årsagen til/meningen med sygdommen kan den forsøges kontrolleret. Mange skaber en ”illusion” omkring at situationen er kontrollerbar (fysisk og psykisk) – kaldet **the role of illusions**.
- 3) **Øge selvtillid via self-enhancement:** fx ved at sammenligne sig selv med nogen der har det værre/klarede sig dårligere end en selv.

**STADIE 3) – VURDERING:** Vurdering af coping-strategiens effektivitet, og beslutningsproces mht. om man fortsætter med samme model, eller må skifte til en alternativ (for at genetablerer ligevægt)

**KONKLUSION:** Tanker/overbevisninger omkring sygdom synes at følge et mønster der inkluderer:

- 1) **identitet:** diagnose og symptomer
- 2) **konsekvenser:** tanker omkring seriøsitet – hvor alvorlig er sygdommen
- 3) **tidsperspektiv:** hvor lang tid vil sygdommen vare
- 4) **årsag:** tanker om og vurdering af årsagen til sygdom
- 5) **helbredelse/kontrol:** kræver fx medicinering og coping.

---

## Smerte

**Akut smerte:** varer mindre end 6 måneder. **Kronisk smerte:** varer over 6 måneder. Stor såvel fysisk som psykisk aspekt.

**Biologiske (klassiske) smerte teori:** smertereceptor → hjernen → smertefortolkning. Automatisk respons på ekstern (noget gør ondt i/på kroppen) stimuli. I den klassiske model inddrages psyken ikke.

**Modificeret model:** psyken må have indflydelse fordi folk oplever samme grad af vævsødelæggelse som forskellige grad af smerte. Phantomsmerter (manglende lemmer gør ondt), placebo (uvirksomme stoffer virker smertelindrende)

### Smerteporten – the gate control of pain.

#### **Input-kilder til porten:**

- Sensoriske signaler fra perifere nervefibre
- Information om organismens psykologiske tilstand fra hjernen – dette kan påvirke adfærd (fx fokus på smerten) og emotioner (nervøsitet over smerte, genkendelse af smerte etc.)
- Store og små nervefibre: bidrag til det fysiske input

**Output fra porten:** porten integrerer ovenstående kilder og danner et samlet output, der sender besked til et ”action-system” der resulterer i bevidsthed/overvejelse/tænkning om smerten.

#### **Forskelle fra andre modeller:**

- Smerte er en tæknings (perception) og sensoriske oplevelse og ikke kun en passiv sansning.
- Individet er aktivt – dvs. individet aktivt (ikke passivt) responderer på smerten, ved at fortolker og vurderer den sensoriske oplevelse
- Variation i smerte forklares med hvor åben eller lukket individets smerteport er.
- Mange faktorer er involveret i smerte (psyke og fysisk)
- Interaktion mellem krop (soma) og psyke.

**Åbning af porten:** jo mere åben, desto større smerte-oplevelse. Interaktion og gensidig påvirkning mellem:

- **Fysiske faktorer:** sensoriske tråde stimuleres/påvirkes.
- **Emotionelle faktorer:** nervøsitet, angst, depression
- **Adfærd:** fokusering på smerten, kedsomhed

**Lukning af porten:** reducerer smerte-følelse. Interaktion og gensidig påvirkning mellem:

- **Fysiske faktorer:** medicin, stimulation (fx gnide på det ømme stede)
- **Emotionelle faktorer:** glæde, optimisme, afslapning
- **Adfærd: koncentration:** distraktion eller deltagelse i andre aktiviteter.

**Angst og nervøsitet:** (Kronisk) smerte -følelse øges pga. angst/nervøsitet – fx fordi smertebehandling ikke har nogen eller kun ringe effekt. Distraktion og lav nervøsitet reducerer smerte-følelsen

**Frygt:** frygt for øget smerte eller genopstået smerte kan fx resulterer i immobilisering af patienten, fordi de frygter hvad der kan ske. Patienter beskriver det ikke som frygt men mere som ”det kan jeg ikke gøre længere” – hvilket resulterer i en undgåelse af hvad der udløser frygten.

**NB! OBS** på om personen i smerte har ”second gains” (fx opmærksomhed, medlidenhed) ved at opleve smerte.

**Catastrophizing - katastrofeteori:** indeholder 3 komponenter. Sammenkædes både med udløsning af smerte og længerevarende problemer med smerte.

- **Rumination (overvejelse):** fokus på truende intern og ekstern information (fx jeg føler smerte)
- **Magnification:** Overdrivelse af truslen (truslens størrelse og dens konsekvenser overdrives)
- **Hjælpeløshed:** undervurdering af personlige ressourcer

**Den psykologiske rolle i smerte-behandling** (primært kronisk): øget fokus på

- Forbedre fysisk livsstil og adfærd: sundere og stærkere krop, øge selvværd og selvtillid, reduktion af kedsomhed og sidegevinster
- Mindske behov for smertestillende medicin og hjælp: mindske afhængighed af andre, øge egenomsorg, reducerer ”syge-rolle”.
- Øge social støtte og familieliv: øge optimisme, reducerer kedsomhed, nervøsitet, angst mv.

**Metoder:**

- **Respons metode / Selvregulering:** fx biofeedback, meditation, hypnose
- **Kognitive metoder:** modificerer tankerne omkring smerte: positive tanker, reducerer fokus på smerten
- **Adfærds metoder:** fx motion

**COGNITIVE BEHAVIOURAL THEORY, CBT:** benyttes til kroniske smerte-patienter. Fokuserer på at smerten består af 4 komponenter:

**kognitive kilder** (betydning af smerten)

**emotionelle kilder** (fx angst/nervøsitet)

**fysiske kilder** (smerte-adfærd og den sensoriske oplevelse)

**adfærdsmæssige kilder:** fokus på dårlig og god smerteadfærd (fx ikke at motionere vs. at motionere ).

CBT søger at få folk til ikke at praktiserer uhjælpesom adfærd, og få dem til at praktiserer en adfærd der i stedet hjælper dem og af denne vej reducerer smerteoplevelsen.

## Placebo og interaktion mellem overbevisning, adfærd og helbred

**Definition på placebo:** en uvirksom substans der medfører lindring af symptomer uden nogen direkte farmakologisk virkning eller som følge af operation (fx sukker eller kalk-pille eller hovedpine der forsvinder efter knæoperation).

**Non-interaktive teorier:** faktorer undersøges hver for sig

- Forhold ved behandling. Jo mere dramatisk og alvorlig, jo bedre virkning (fx stærkt farvede piller virker bedre en en hvid og injektioner, sprøjter, er endnu bedre en piller).
- Forhold ved behandleren. Jo mere status, autoritet og empati, jo bedre virkning
- Forhold ved patienten. Særlig let påvirkelig?

**Interaktive teorier:** undersøgelse af interaktion mellem faktorer.

- **Forsøgsholds bias:** ved de hvilke patienter eller om patienter får placebo kan de komme til at påvirke patienterne – derfor bruges i forsøg ”dobbeltblindhed” hvor hverken patienten eller personer i kontakt med patienten ved om de får placebo (forskerholdet ved et via en strekkode). Lægen er nemlig i stand til at påvirke patienten – tror han det virker, øges chancen for at patienten får en effekt – lægen formidler så og sige sine forventninger til patienten.
- **Patientens forventninger:** husk at tro kan flytte bjerge! Patienten kan være motiveret for en ændring i symptomer (eg. Enhver ændring tolkes som symptom ændring) eller de kan have en forventning om at få symptom ændringer (troen på at det nok skal virke).
- **Reporting error:** fordi patienterne ”forventes” at være i bedring efter behandling, kan nogen have tendens til at rapporterer lindring af symptomer uden de faktisk har oplevet det, for ikke at skuffe læger. Ligeledes med læger – forventer de at se bedring, kan de have tendens til at overvurderer eller fejlfortolke små ændringer. Hverken læge eller patienter er nødvendigvis bevidste om det!

**Conditionerings effekter:** patienter associerer fx hospitaler, piller og læger med ”bedring i helbred” og danner derved selv deres placebo effekt. Fjernes det virkningsfulde stof (uconditioneret stimulus) – og man kun har læger og hospital og uvirksom medicin, fungerer det som en conditioneret stimulus, der udløser et conditioneret respons (lindring) der svarer til det uconditionerede respons som den uconditionerede stimulus ville have udløst.

**Reduktion af angst:** i relation til smerteport – nedsat nervøsitet reducerer følelsen af smerte. Placebo har for mange effekt, idet det fx giver dem opfattelsen af at de har kontrol over smerten, dette reducerer deres angst/nervøsitet og dermed smerten.

**Fysiologiske teorier:** placebo kan faktisk medfører (eg. Tro flytter bjerge) frigivelse af fx endorphiner der reducerer smertefølelse.

**Bivirkninger:** findes også ved placebo og svarer ofte til dem der er knyttet til den virkelige aktive udgave af stoffet. Ligeledes er tidsperspektivet for ændringer (lindring eller bivirkning) ofte mangel til den aktive udgave af stoffet.

**Placebo menes altså at virke fordi såvel sundhedsfagligt personale som patienten forventer at de virker.**



**KOGNITIV DISSONANS THEORY OG PLACEBO: God oversigt p. 569!** Uvirksomme stoffer virker fordi de koster penge, er ubehagelige, kræver involvering, smerte eller tid (fx alternative behandlere mv). disse er faktorer der gør at individet bliver nødt til at argumenterer/overbevise sig selv om at stoffet virker, når de nu har ofret deres tid, penge eller lign.

Virker stoffet ikke vil der **dissonans** (uoverensstemmelse) mellem individets overbevisning og effekten (eller mangel på samme) – dette undgå individet ved faktisk at få det til at ”virke”, og på den måde retfærdiggøre deres involvering. Ved **lav dissonans** (sammenhæng mellem individets personlige investering og opnået effekt) kommer individet til at følge sig rationel og at have kontrol over begivenheder – dette mistes ved den lave dissonans, der således er endnu en faktorer der medfører at individet må sørge for at det virker (for at undgå at virke urationel eller følelse af at miste kontrol). Om det er psyken der påvirker fysikken, eller om psyken igangsætter ubevidste regulerende mekanismer, eller hvordan og hvorledes er svært at redegøre for.

Teorien her kan forklare placebo effekter (både smerte og andre), men der findes også en del kritisk af teorien (fx hvad er det for ubevidste regulerende mekanismer, og kritik af faktorer som angst, og penge s. evt. p: 570-571)

**Tanker om helbred og placebo:** for at placebo kan virke må individet tro på at det virker (fx alternative behandling eller urter – man må tro på det før det virker). Effekten kan både være direkte (fysisk) eller indirekte (ændring af livsstil/adfærd).

**Tanker om sygdom og placebo:** individet må tro på at deres lidelse skyldes en medicinsk årsag, og at medikamenter vil kunne helbrede dette. Hvis de tror at deres sygdom skyldes deres livsstil, vil fx en pille sandsynligvis ikke virke.

**Lægens tanker må også være positive** jf. overførsel af overbevisning mellem læge og patient.

**Stress og placebo:** placebo kan give individet opfattelsen af at de er i kontrol – dette kan reducerer stress.

---

### **Managemnt of chronic illness**

**Self-management:** referere til at patienten involverer sig i alle aspekter af en kronisk sygdom og dens komplikationer, inklusiv håndtering af medicin, ændringer i sociale og faglige rolle, samt coping.

**Livskvalitet:** inkluderer flere aspekter, så som fysisk funktion, psykosocial status, social funktion, og sygdoms- eller behandlingsmæssige symptomer (eg. Hvor meget behandling og sygdom påvirker ens dagligdagsaktiviteter så som mad, personlig hygiejne søvn, job, fritid).

**Akutte patienter:** sygdom og behandling forstyrrer det daglige liv i en kortere periode (der er uligevægt der forstyrrer forskellige aspekter af patienten og dennes liv).

**Kroniske patienter:** Umiddelbart efter diagnose opstår uligevægt, der forstyrrer patienten og forskellige aspekter af dennes liv. På længere sigt må sygdom og behandling (patientrollen) må integreres permanent (eller over meget lang tid) i deres liv så patienten adapterer til den nye tilstand (sygdommen).

## kategorier i forbindelse med emotionelle responser på kronisk sygdom:

- **benægtelse** (umiddelbart efter diagnose – kan beskytte patienten i og med at benægtelse af alvorlighed kan sikre dem mod at skulle håndtere det hele på en og samme gang – benægtelse kan maskere frygten associeret med sygdom og behandling og følgende konsekvenser). Dog kan ”overdreven” benægtelse medføre lav compliance og adherence, med deraf følgende dårligere coping og adaptation til ny tilstand.
- **angst/nervøsitet:** ofte som følge af at patienter bliver overvældet med de potentielle ændringer deres nye tilstand medfører (evt. død). Enhver følelse af ændring udløser en frygt og angst. Øges når pt. Venter på diagnoser, behandling, er afhængige af andre, mangler informationer, oplever bivirkninger. Angst/nervøsitet medfører endvidere ofte dårligere coping og livskvalitet, og bidrager dermed også negativt til sygdommens tidsperspektiv og ens livskvalitet under forløbet.
- **depression:** kommer ofte senere i forløbet (når den nye situation går op for patienten, (dvs. efter at den akutte fase er overstået og der er bedring tid til at tænke over og forstå tingene). Stor (og ofte længerevarende) påvirkning såvel fysisk som psykisk. Depression foringer patienters adherence/compliance og motivation, og nedsætter endvidere deres evne til at kunne adaptere til skiftende omstændigheder. Desuden ses dårligere overlevelsesprognoser hos deprimerede patienter, og et generelt længere sygdomsforløb.

**Self-concept:** et sæt af stabile overbevisninger om ens kvaliteter og egenskaber. Den generelle vurdering af disse faktorer benævnes selvtillid/selvværd (god eller dårlig). Kroniske sygdomme påvirker ofte selvværdet i høj grad (midlertidigt eller permanent).

**Body-image:** tanker og evalueringen af ens egen fysiske funktion og fremtoning. Påvirkes også ofte kraftigt under kronisk sygdom (og også akut sygdom) – det er dog ikke kun den påvirkede del af kroppen (hvor sygdomme er) der evalueres mere negativt, men ofte kroppen som helhed. Dette kan medføre depression og angst/nervøsitet.

**The achieving self:** opnåelse (fagligt og ikke-fagligt) er en vigtig del af self-concept og selvværd – der sikrer tilfredsstillelse. Påvirkes ofte (mere eller mindre) under sygdom – kan evt. (hvis muligt) bruges som ressource under coping med sygdom.

**The social self:** kronisk sygdom er ofte knyttet til frygten om ikke at kunne hjælpes. Desuden medfører kronisk sygdom ofte at man selv (og andre) vurderer en anderledes i social kontekst (fx mere skrøbelig mm).

**The private self:** ofte bliver man afhængig af andre ved kronisk sygdom – hvorved følelsen af selvstændighed og privatliv forsvinder/mindskes. Dele af patientens identitet: mål, værdier, ønsker, fremtid påvirkes og ændres ofte også i høj grad.

**Coping med kronisk sygdom:** Metoderne ikke specielt anderledes fra tidligere omtale coping-metoder. Dog er der en tendens til at kronisk syge patienter er mindre tilbøjelige til at have **færre ”aktive coping metoder”**, som planlægning, problemløsning, konfrontation. De har derimod **flere ”passive coping metoder”** så som positiv fokusering, flugt/undvigelse. Dette kan evt. forklares med at kronisk sygdom medfører mange **ukontrollerbare** bekymringer som aktive coping strategier ikke kan benyttes ved.

**Dårlig indkøping med ny tilstand:** kan medføre dårlige coping, dårlige compliance/adherence, og ”forkert” livsstil og dermed gøre sygdomssituationen værre.

Desuden er det vigtigt at patienten kender den sande natur og sygdommen – bare fordi man ikke lige kan mærke det, er det ikke ensbetydende med at det er væk og at man droppe medicinen.

**Tanker om sygdommens opståen:** ofte ses selvbekendelse (både begrundet og ubegrundet) hos kronisk syge patienter. Selvbekendelse kan medføre depression og dårlig selvtillid – men også medfører at patienten føler at de så også må have kontrol over sygdommen (når de nu selv er skyld i den) og dermed kan påvirke den /kurere den ved fx at ændre livsstil.

**Kontrol:** følelsen af kontrol kan ofte medfører bedring justering, compliance/adherence til kronisk sygdom.

**Fysiske problemer:** genoptræning, lære nye metoder, hjælpemidler (eller lign.) der øger patientens selvtillid, og gør dem mindre afhængige af andre, har generel set positive effekter på patientens selvværd (man genvinder sin selvstændighed).

**Sociale problemer:** patienter har problemer med at genskabe eller fastholde sociale interaktioner. Negative responser fra andre (fx pga. stereotyp opfattelse af en type af kronisk sygdom), eller fordi de folk som er meget tæt på den syge, også selv bliver meget følelsesmæssigt og psykisk (evt. fysisk) påvirkede. Nogle pårørende er ude af stand til at yde støtte, fordi de selv mangler støtte (fx fordi de må klare alt praktisk, er følelsesmæssigt påvirkede eller lign.). skilsmisseraten øges ikke (men ofte er der store vanskeligheder der må overkommes – af voksne og eventuelle børn), og nogle gange bliver familien endog mere tæt knyttet sammen, når kronisk sygdom rammer et nært familiemedlem. Man skal dog være opmærksom på det store pres der kommer til at falde på familiemedlemmer, når de må tage sig af kronisk syge familiemedlemmer (kan føre til stress, depression, forringet helbred mv.). desuden kan mangel på taknemmelighed fra den syge, medfører at forholdet mellem ”caregiver” og den syge bliver anspændt. Desuden kan ses tendens til at kronisk syge bliver (mere) indadvendte og isolerer sig.

**Andre påvirkede forhold:** fx sexliv

**Positive outcomes:** fx ”jeg er undsluppet døden”, ”jeg skal leve her og nu”, ændrede prioriteter, sætter større pris på livet og hver eneste dag, tættere forhold til familie, religiøs tilknytning etc. Alle disse faktorer kan bidrage positivt til coping og livskvalitet, og fx forkorte sygdomsperioden eller have anden positiv effekt (fx cancerpatienters overlevelseseffekt).

### **Når børn er kronisk syge:**

**Problemer:** manglende forståelse (sygdom, Behandling, forløb, konsekvenser). Familien må yde større støtte, idet barnet ikke selv er i stand til at håndtere situationen (risiko for anspændthed mellem barn og forældre). Risiko for at barnet isolerer sig, adfærdsproblemer, lavt selvværd, dårligere copingstrategier, dårlige adherence, fysiske reaktioner (fx sengevædning).

**Vigtige faktorer:** støtte fra forældre (skal ikke være stressede, bange, men i stedet udvise kontrol og trøst). Barnet må opfordres til ”self-care” og ”self-management” i så vid udstrækning som muligt og desuden arbejde med bevarelsen af emotionel kontrol.

**Hjælp til kroniske patienter**

- **Medicinske (farmakologiske) præparater:** kan reducerer fysisk og psykisk (angst, depression mv.) ubehag
- **Individuel terapi:** kontinuerligt eller når der opstår kriser (fx forværring af sygdom). NB behandler må have viden og sygdommen og behandlingen, og respekterer individets forsvarsmekanismer (da de måske bruges til coping) i stedet for at nedbryde dem. Lade dem vide at det er ok, at have det og føle som de gør.
- **Gruppeterapi og støttegrupper:** kan virke angstdæmpende (andre har det som mig) og fungere som støtte både for den syge og for familiemedlemmer), man kan lære af andre (coping-strategier, at kende sin krop mv.)
- **Patient uddannelse:** lære patienter om coping, genkende signaler fra kroppen, viden om sygdom og behandling. Desuden coping, compliance/adherence.
- **Internettet:** fuld af information, støttegrupper etc.
- **Udtrykke sine følelser og tanker:** På skrift eller oralt – kan virke ”lettende”
- **Motion, afslapning og stress-håndtering:** kan øge fysisk og psykisk velvære og forbedre eller evt. kurere sygdomssituation
- **Social støtte:** familie og samfund. Emotionel såvel som praktisk støtte.

### Patient-Behandler forholdet

**Compliance definition:** i hvilken graden patients opførsel stemmer overens med medicinske eller helbredsmæssige råd. Er vigtigt idet det (som regel) er essentielt for at patientens helbredelse. Compliance afhænger af forskellige faktorer beskrevet herunder (udviklet af Ley).

- **Patient satisfaction:** patientens tilfredshed med de affektive aspekter (emotionel og forståelse), adfærdsmæssige aspekter (forklaring, recepter, begrundelse) og den sundhedsfaglige persons kompetence. Patienter ønsker generelt så meget information (godt og skidt) som muligt om deres sygdom og situation. Desuden ønsker de at samtalen personaliseres: DU risikerer bivirkninger, DU vil få et bedre helbred hvis du ændrer kost etc (dette medfører øget tilfredshed, mens upersonlig rådgivning – fx nogle få bivirkninger – resulterer i lavere ”MIT helbred er i fare rater”). Det er vigtigt at der er ”sharing” mellem behandler og patient – en interaktion hvor patienten føler sig inddraget, forstået og respekteret. Mange foretrækker dog en mere autoritær faglig person – ”gør det og det, fordi at...”
- **Patient forståelse:** forstår patienten budskabet og indholdet. Forståelse af diagnose og årsag. Forståelse af behandling, metoder og hvorfor man skal gøre dit og dat og undgå dit og dat. Forståelse af realistisk vurdering af prognose.
- **Erindring:** nervøsitet, medicinsk viden, intellektuelt stadie, primær effekt, gentagelser (gentages ting flere gange lagres de tydeligere i hukommelsen – både negative og positive oplevelser).

**Øget compliance:** kan opnås via fx:

- **Information:** øget information (mht. patientens begrænsninger) øger compliance. Information bør gives såvel mundtligt som skriftligt, med gentagelse og understregelse af og fokus på de vigtigste aspekter. Det er også vigtigt at følge op på information (fx præ og postoperativt eller ved senere konsultationer).

- instruktioner og informationer der vedrører følelser (hvofor har du det sådan, og hvordan håndterer du det),
- informationer om procedurer (hvad gør man fx under operationen, hvordan og hvorfor),
- coping-strategier (uddanne patienter til coping)
- adfærdsmæssige instruktioner (lære folk at håndterer eller ændre adfærd)

**Adherence:** modellen foreslår at kommunikation fra den sundhedsfaglige person resulterer i en bedre viden, tilfredsstillelse og adherence (følger råd på den rigtige måde). Modellen er næsten magen til ”compliance”, men fokuserer mere på patienten overbevisninger, locus of control mm. – og fokuserer således på en interaktion mellem behandler og patient. I compliance opfattedes patienten som ”dum” der blot blindt fuldt lægens råd. **I adherence-modellen ses patienten som aktiv medspiller.**

**NB!** i både compliance og adherence-modellerne opfattes læger som objektive, og kun besiddende professionelle synspunkter (ingen personlige holdninger)! **Thats just not the way it is:** sundhedsfagligt personales holdninger påvirkes såvel af deres ”udannelse”, iodligere erfaringer, egne værdier og holdninger både til sygdomme, behandling og patienten.

**En model for problemløsning (Newell and Simon):** deres model antyder at det at løse et problem involverer flere stadier der resulterer i en løsning på et givent problem.

1. **understanding the nature of the problem and develop an internal representation:** involverer at skabe sit eget billede a fog forståelse af problemet. Processen består i at forstå problemets mål, evaluerer omstændighederne og tilegne sig tilgængelig viden.
2. **develop a plan of action for solving the problem:** der findes to former af planer:
  - Algoritmer: et regelsæt der udstyrer en med en korrekt løsning hvis reglerne benyttes korrekt.
  - Heuristics: den form der mest benyttes af mennesker. Er en slags tommelfingerregler der skaber en slags guideline. Fx tidligere erfaringer med lignende problemer.
3. **apply heuristics:** når planen først er udviklet benyttes den på den given situation
4. **determine whether heuristics have been fruitful:** har ens plan være en succes i forsøget på at løse problemet. Hvis planen vurderes som ikke-succesfuld må individet udvikle en ny plan.
5. **determine whether an acceptable solution has been obtain.**
6. **finish and verify the solution:** involverer at individet beslutter om en acceptabel løsningen på problemet er opnået, og at denne løsning giver et passende resultat.

Modellen foreslår at individet under hvert punkt benytter meninger og analyser, hvorved de afprøver deres hypotese. På baggrund af dette enten accepteres eller kasseres hypotesen.

**Klinisk beslutningsproces:** lægen udvikler ligeledes en hypotese om hvad patienten fejler (udfra samtalen med patienten) – dette benævnes **hypothetico-deductive model of decision making**. Ud fra denne hypotese fremkommer lægen med en mulig behandling. For at prøve sine teorier, stilles patienten spørgsmål der kan bekræfte eller afkræfte lægens hypotese. Med hypotesen i hovedet, kan lægerne have et **hypotese ”bias”** hvor de søger at bekræfte deres hypotese, i stedet for at have et ligeligt forhold mellem bekræftelse og afkræftelse (risiko for at ignorere de udtalelse fra patienten der ikke stemmer overens med ens hypotese).

**Afføder mulig forklaring på hvorfor læger ikke kan anses som objektive:** Forskelle på læger kan derfor også forklares ved: forskellig viden og adgang til information, forskellige hypoteser, forskellige

måde at søge deres hypotese på (be eller afkræfte), har forskellige bias for hypotesen, og alt i alt tager læger derfor forskellige beslutninger.

**Overførsel af overbevisninger til patienten:** den måde som lægen formulerer sig på (information om årsager til sygdom, sygdomme generelt, sygdomsforløb, helbredelse, RISIKO for dit og dat mv.), påvirker i høj grad patienten og dennes beslutningsprocessor (jv. hvorfor man fx ofte laver dobbeltblindhed ved forsøg – så lægens viden om placebo eller viktigningsfuld medicin, ikke kan påvirke patienten).

**Patient-centreret approach:** Involverer at lægen respekterer patienten (samt **patient autonomi** – ret til selvbestemmelse og indsigt), se sygdommen/tilstande fra patientens side, involverer patienten i beslutningsproces og planlægning af behandling og forløb, fokus på patientens følelser. Dvs. interaktion mellem behandler og patient.

---

### Det psykiske traume og den akutte krise

**Psykisk krise tilstand:** Man siges at befinde sig i en **psykisk krisetilstand**, når man er kommet i en sådan livssituation, at ens tidligere erfaringer og indlærte reaktionsmåder ikke er tilstrækkelige til at man kan beherske den akutte situation. Krise defineres egentlig som afgørende forandringer (negativt ladet). 2 slags kriser adskilles definitions-mæssigt skarpt fra hinanden.

- **Traumatisk krise:** kan defineres som individets psykiske situation i forbindelse med en ydre hændelse, der har en sådan karakter, at den pågældende oplever en alvorlig trussel mod sin fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller andre livsmål.
- **Udviklingskrise:** krisetilstande kan også udløses af ydre begivenheder, som må siges at være en del af det normale liv, men som i visse tilfælde alligevel bliver for overvældende.

**Faktorer der kan udløse en traumatisk krise:** den traumatiske krise kan principielt udløses af tre forskellige slags begivenhed:

- **Tab:** at blive udsat for et tab (eller trussel om tab). Angår noget i omgivelserne, noget konkret eller abstrakt, som er ladet med psykisk energi og som har værdi for den pågældende. Desuden kan trussel om tab også udløse krisetilstand (fx nærtstående menneske, der skal gennemgå operation)
- **Krænkelser:** at blive udsat for en krænkelser (eller trussel om krænkelser). Er individuelt fra person til person. Kan fx være fiasko, skandalisering mv. der findes i princippet ikke nogen skarp grænse mellem tab og krænkelser.
- **Katastrofe:** at gennemleve en katastrofe. fx naturkatastrofer, bilulykker (selv være udsat for det eller være vidne)

**Krisereaktionen:** bestemmes naturligvis af den grad af skade som traumatet indebærer.

**Overdeterminering:** reaktionens styrke kan ikke forklares alene ud fra den udløsende årsag. Fx kan krisen have udløst tidligere fortrængte eller undertrykte behov eller erindringer, som derfor forstærker den følelses-mæssige reaktion.

- 1) **Akut fase:** ved uventede og intense og dramatiske begivenheder ses undertiden et ”chok-stadie”, hvor personen må bruge alt sin psykiske energi på at orientere sig i tilværelsen (evt. upåvirket udadtil, men total kaos inde i personen).
- 2) **Reaktionsfase:** mindre kaotisk. Den fase hvor smerten som hændelsen har forårsaget bryder frem i sin styrke (kan vare dage, uger, måneder), karakteriseret ved søvnløshed, manglende appetit, fysiske reaktioner, angst mv.
- 3) **Bearbejdningsfase:** varierer i længde
- 4) **Nyorienteringsfase:** smerten er borte eller helt under kontrol.

Psykosomatiske mekanismer kan forekomme både i den akutte krise og i det komplicerede efterforløb. Evt. sker en forøgelse af det sympatiske nervesystem i hviletilstand (øget puls, muskelspænding mv.). desuden kan det hormonelle system (hypothalamus, hypofyse og binyrebark-systemet) øges i aktivitet. Ved langvarigt stress kan aktiveringsgraden falde til under normal (medfører fx træthed, nedtrykthed).

**Krise-interventionen:** hvordan man forholder sig til menneske der oplever en krise.

- **Akut fase:** respekter personens ønsker (tale eller ikke tale om følelser). Evt. ses aggressioner fra den kriseramtes side. Opbyg et netværk omkring den kriseramte (praktisk såvel som følelsesmæssig støtte) – støt evt. personen til at tage i mod hjælpen.

### Børns forståelse af sygdom

Børn opfatter verden på forskellige måder, når de befinder sig på forskellige kognitive stadier i deres udvikling. Børn konstruerer deres verden på en sådan måde at de er i stand til at ”cope” med tilværelsen. Det er svært/umuligt at presse børn i deres udvikling – de kan ikke lære ting som en 15-årig forstår hvis de kun er 4. forståelsen af sygdom følger som helhed barnets generelle kognitive og personlige udvikling. Forståelse af sygdom som en kompleks og multifaktoriel proces begynder hos børn omkring 12-årsalderen.

### Børns kognitive stadie og perception (tanker om) af sygdom og smerte

**Aldersafhængige stadier vdr. Børns opfattelse og forståelse af sygdom**

- **Præ-operationel (2-7 år), phenomenism:** årsagen til sygdom tænkes at være et eksternt konkret fænomen der optræder samtidig med sygdommen. **Contagion:** ”magisk” sammenhæng mellem årsag til sygdom og sygdom. Årsagen til sygdom findes i objekter eller personer tæt på barnet (men uden at røre barnet).
- **Konkret operationel (7-11 år): contamination:** årsagen til sygdom findes i person, objekt eller adfærd der er eksternt for barnet. **Internalisation:** sygdommen findes inde i kroppen (selvom årsagen til sygdom er lokaliseret eksternt).
- **Formel operationel: physiological:** sygdommen beskrives som ufunktionelt eller dårligt fungerende organ. Sygdom kan beskrives som en serie af begivenheder. **Psycho-physiological:** forstå af psykisk adfærd kan påvirke helbredet. Sygdom beskrives som interne fysiske processer, med viden om psykologiske faktorer.

## **Aldersafhængige stadier vdr. Børns opfattelse og forståelse af smerte:**

Børn udtrykker deres smerte i sammenhæng med deres alder, fx grimasser, gråd, røre ved maven. Mindre børn er ikke altid i stand til at lokalisere smerten.

- **Præ-operationel (2-7 år):** skal have forsikring om at smerte ikke er en straf. Kan evt. hade sygeplejersker (fx hvis de har fået en vaccination) fordi de ikke kender sammenhæng mellem årsag og effekt (de tror det er sygeplejersken som er ved dem).
- **Konkret operationel (7-11 år):** har brug for forsikring om frygt for "body annihilation". Har brug for ordentlig forklaring mellem smerte og behandling.
- **Formel operationel (12 år og op efter):** har behov for mulighed for at diskutere frygt. Har behov for information vdr. Deres sygdom og behandling.

---

## **Smerter hos børn**

### **Børns smertetilstande kan inddeles i 4 kategorier:**

- Smerte associeret med sygdomstilstand, fx børne-leddegigt (kronisk smerte)
- Smerte associeret med en fysisk skade (akut smerte)
- Smerte der ikke er associeret med en veldefineret sygdom eller identificerbar skade, fx tilbagevendende mavepine eller spændingshovedpine (intermitterende smerte).
- Smerte associeret med medicinske eller dentale procedurer (tandlæge, vaccinationer mv.)

**Smertemåling:** kan være kompliceret idet børn (både af personlige, men også aldersmæssige årsager) opfatter og kommunikerer smerte på forskellige måder. I smertevurdering hos børn bør derfor inddrages: barnets udviklingsniveau, barnets omgivelser, barnets motivationelle faktorer  
Se evt. p. 54 i kompendium.

### **Mestring (coping) af smerter:** se tidligere notater.

- **Problemfokuseret:** rettet imod at påvirke eller ændre ved de objektive forhold (fx smertelindring)
- **Emotionsfokuseret:** rettet i mod at regulere de følelsesmæssige konsekvenser af den stressende relation uden at ændre ved de objektive forhold (fx omdefinerer smerte, tænke positivt).

### **Disse to coping-strategier kan igen hver underinddeles i**

- **Tilnærmende (approach):** er adfærdsmæssige, kognitive eller emotionelle aktiviteter rettet mod problemet.
- **Undgående (avoidance):** er adfærdsmæssige, kognitive eller emotionelle aktiviteter rettet væk fra problemet.

### **Hos børn er valg af coping påvirket af:**

- personspecifikke variable: alder, køn, tidligere erfaringer, temperament
- situationsspecifikke variable: fx i hvilken grad smerten kan kontrolleres
- karakteristika ved omgivelserne: fx forældre og behandleres indflydelse.

---

## **Neurotiske tilstande**



Neuroser inddeles traditionelt i 3 hovedformer:

- **angst-neuroser:** fx fobier, hvor angstsymptomer dominerer
- **tvangneuroser:** med tvangshandlinger og tvangstanker
- **hysterisk neurose/konversions-hysteri:** hvor psykiske konflikter forvandles – konverteres – til tilsyneladende fysisk lidelser (fx lammelser)

**hjernes betydning for frygt og angst:** der skelnes undertiden mellem frygt og angst i psykologien. Frygt er realistisk og rettet mod en genstand/person eller situation, mens angstens årsag er mere uklar. Angstens genstand er ”intet”. Frygt knytter sig til et delvist medfødt alarmsystem, der i konkrete, aktuelle faresituationer skal mobiliserer organismens energiforråd til øjeblikkelig handling over for truslen (fx fight og flight). Angst er derimod en mere diffus følelse knyttet til forventninger om fremtidige ubehagelige begivenheder som man er (eller føler sig) ude af stand til at mestre nævner kontrollere.

**Panik angst, symptomer:** hjertebanken, sveden mm. Primært symptomer knyttet til det sympatiske nervesystem – disse symptomer er ca. de samme som man oplever ved frygt. Dvs ”her og nu” reaktion.

**Vedvarende forventningsangst, symptomer:** man bliver fysisk og psykisk anspejndt – fx søvnbesvær, muskelspændinger mm.

**Angsttilstande:**

- **agorafobi:** frygt for store forsamlinger af mennesker. Normalt defineret som angst for at være væk fra sikre steder (fx hjemmet) – hvor man ellers normalt føler sig tryk.
- **Socialfobi:** består i angst for samvær med andre, særligt i situationer hvor man er genstand for opmærksomhed (fx taler). Angst for andres dom over en (eller ens præstation). Præstations og eksamensangst hører under denne kategori. Generelt er en meget let udgave af socialfobi.
- **Enkel-fobi:** er frygten knyttet til helt bestemte genstande eller begivenheder (fx edderkopper). For at det diagnosticeres som en egentlig klinisk tilstand må frygten være til væsentlig gene og ubehag for den pågældende person.
- **Tvangstilstande:** er kendetegnet ved tilbagevendende tvangs tanker og eller tvangshandlinger. Tvangstanker er normalt forbundet med svær angst eller ubehag, mens tvangshandlingerne er rituel adfærd, som skal neutraliserer angsten (fx tvangstanke = bage for bakterier, Tvangshandling: rengøring/håndvask – fjerner bakterier og neutraliserer dermed angsten).
- **Krisereaktion/belastningsreaktion:** opstår efter udsættelsen for en ekstrem belastende begivenhed (traumer). Fx post-traumatisk stress-syndrom, og akut angstbelastning (fx total isolation/fravær efter vidne til bilulykke eller være udsat for røveri lignende).

**Psykoanalysens teori:**

- **Primærgevinsten:** spiller den væsentligste rolle i symptomdannelsen. Den består først og fremmest i at symptomet dæmper angsten ved at fortrænge angstens egentlige årsag.
- **Sekundærgevinsten:** opstår i kraft af at patienten senere opdager nogle fordele ved symptomerne fx i form af mere opmærksomhed/omsorg mm.

**Generaliseret angst:** angst uden nogen egentlig grund (ekstrem udgave af overbeskyttende mor fx).

**Indlæringsteorien:** neurotiske symptomer er et resultat af personens indlæringserfaringer. Man skelner mellem klassisk og instrumentel indlæring (betigning/conditionering)

- **Klassisk betingning:** er en form for passiv indlæring, der automatisk opstår i forbindelse med sammenkobling af forskellige begivenheder. Klassisk betingning vedrører således adfærd der ikke er under viljemæssig kontrol (fx en hund savler når den får mad), herunder reaktioner som hjertebanken, rødmen mm.
- **Instrumentel/operant betingning:** fordrer derimod en aktiv indsats, der belønnes eller forstærkes. Instrumentel betingning fordrer særlige målrettede handlinger der spontant frembringes af personen (eller dyret).

### Mowrer's teori om angstindlæring: to-faktor model for angst.

- 1) **At frygtoplevelsen** og de autonome kropslige reaktioner indlæres gennem klassisk betingning ved at organismen bliver udsat for en ubehagelig begivenhed.
- 2) **At undgåelsesadfærden**, der handler om, hvad organismen aktivt gør for at undgå at komme i kontakt med den ubehagelige begivenhed, indlæres gennem instrumentel betingning. Undgåelsesadfærden belønnes eller forstærkes af, at man slipper for angsten. (operationel/instrumentiel betingning).

**Udvikling af fobier:** den mest direkte form for indlæring sker i kraft af selvoplevede ubehagelige begivenheder. Frygt kan brede sig eller generaliseres (**generaliseret frygt**) til andre situationer end den der først var årsag til frygten. Frygten kan desuden også indlæres kognitiv (gennem personens tanker) – man kan således udvikle frygt for nogen man ikke selv har oplevet (men som andre fx har oplevet – dette kaldes stedfortrædende indlæring: vi lære ved at se, hvordan det går andre mennesker når de gør dit og dat). Desuden kan frygt læres ved at læse eller høre om farlige begivenheder (vi lærer af den information vi modtager). Mennesker menes desuden at være udstyret med ”frygtprogrammer” der sikrer at vi hurtigt er i stand til at indlære ny frygt der kan beskytte os.

Traumer/oplevelser i barndommen: kan spille en vigtig rolle i udviklingen af angstlidelser.

**Panikangst:** starter med et voldsomt uventet frygtanfald (man reagerer på trusler med frygt – biologisk reaktion). Falsk alarm er når frygtreaktionen er/viser sig at være ubegrundet. Kan senere blive en indlært angst – således at den ”falske alarm” udvikler sig til et decideret forbi. Ydre/indre stimulus → tolkes som trussel (tanker/følelser) → bekymrende tanker → kropslige reaktioner → og så starter det forfra (cirkel)

### Strukturel analyse af social adfærd (SASB)

SASB er en cirkumpleks model til beskrivelse af interpersonelle relationer. En cirkumpleks model er en model, hvor de enkelte dele/items er specifikke kombinationer af to underliggende dimensioner. Modellen afbildes ofte som en cirkel i et koordinatsystem. Hvor items udgør punkter på cirklen, og hvor x- og y-akser i koordinatsystem udgør dimensioner.

### Psykosomatik og somatisering

**Det psykofysiske problem:** vedrører forholdet mellem sjæl og legeme

**Psykosomatiske lidelser:** psykiske faktorer der forudsager somatiske sygdomme

**Somatopsykiske lidelser:** somatiske lidelser der forudsager psykiske sygdomme

Biologiske såvel som psykiske faktorer/tilstande (personlighedstræk, intelligens, adfærd etc.) indgår sammen (stort set på lige fod) i et multi-kausalt netværk.

**Somatoforme symptomer:** legemlige symptomer uden fysisk forklaring. Enten helt manglende fysisk årsag eller at tilstedeværelsen af en legemlig sygdom ikke kan forklare sværhedsgraden, omfanget, varigheden af de somatoforme symptomer.

**Somatoforme tilstande:** præget af optagethed af og vedvarende klager over somatoforme symptomer uden at der kan findes nogen fysisk forklaring.

**Hypokonder tilstand:** frygten for sygdom.

**Hysteri:** bruges som betegnelse for overdrevne følelsesmæssige reaktioner

**Dissociative tilstande:** tilstande som karakteriseres ved ”fraspaltning”, det vil sige tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sansoplevelser, og beherskelsen af den legemlige motorik (hvor ét af disse områder fraspaltes, så det for en tid bliver utilgængelig for bevidstheden)

**Simulation:** bevidst frembringelse eller efterligning af symptomer med klar ydre motivation, fx for at få medlidenhed, undgå straf mv.

**Somatisering:** i gældende terminologi henviser ”somatisering” til fysiske symptomer der ikke skyldes en somatisk sygdom. Det samme som somatoforme symptomer.

---

### **Generelt om psyke, sygdom og kræft – seks relationer mellem psyke og sygdom**

**Sundhedspsykologi og psykosomatik:** handler om psykologiske faktorer betydning for sygdommens opståen (og forløb)

**Biologisk psykiatri og neurologi:** beskæftiger sig med forstyrrelser i hjernen, som årsag til fremkomsten af psykologiske lidelser.

**Der findes (kort sagt) 4 direkte forbindelseslinier mellem det psykiske og det kropslige** (dermed mellem psyken og vore sygdomme). Se fig. P. 80 i kompendium

**Psykosomatiske forbindelser – fra psyke til soma:**

- **Indre/direkte fysiologisk forbindelser:** beror på at psykiske tilstande forstået som en række komplicerede hjerneprocesser kan medfører ændringer i de dele af nervesystemet, der styrer de kropslige processer, således at der kan opstå forskellige fysiologiske forandringer i kroppen
- **Ydre/indirekte vej:** relaterer sig til vores adfærd.

NB! psykisk tilstand kan påvirke individets adfærd – fx rygning og nervøsitet.

NB! adfærd kan påvirke psykisk tilstand

### **Somatopsykiske forbindelser – fra soma til psyke:**

- **Indre/direkte forbindelse:** drejer sig om ar sygdomstilstande eller fysiologiske forstyrrelser, der direkte fysiologisk påvirker hjerneprocesserne, således at der opstår en forandret (evt. pibefuld) psykisk tilstand.
- **Ydre/indirekte vej:** drejer sig om psykiske reaktioner på oplevelsen af sygdommen og dens følger. Fx frygt for sygdommens konsekvenser, frustrationer eller ærgelser over sygdommen (og dens forstyrrelse), psykiske reaktioner på sygdommens fysiske virkninger (smerte, kvalme, feber etc.) og den eventuelt efterfølgende behandling, psykiske reaktioner på sygdommens sociale konsekvenser (isolation fx).

### **To yderligere Mulige indirekte forbindelser:**

arvelige forbindelser, gener  
miljø, påvirkning