

Nøgleord - Medicinsk psykologi og sundhedspsykologi

Nedenstående liste består af en række ”nøgleord” som supplement til fagets målbeskrivelser. Listen er lavet på opfordring af flere studerende og fremhæver nogle af fagets centrale teorier, modeller og begreber. Der er *ikke tale om en udtømmende og dækkende liste for fagets målområder (her henvises der til læsevejledningen)*, men om centrale ord, der kan være med til at give fokus og dermed struktur ved tilegnelsen af stoffet. Nøgleordene er opdelt efter undervisningsemne og kan derfor optræde flere gange i forskellig sammenhæng. Listen vil ligeledes kunne bruges, hvis man er usikker på, om den litteratur, man baserer sin læsning på, i tilstrækkelig grad er dækkende for det pågældende undervisningselement.

Man skal dog være opmærksom på, at et givet nøgleord og de dertil knyttede teorier og modeller ikke nødvendigvis bliver gennemgået i undervisningen, selvom det er beskrevet i den foreslåede litteratur og er en del af pensum.

Introduktion, samt perception og tænkning

Sansning – perception: *Matching af ny stimulus med internal store of knowledge → Giver det en mening → opleves som peception.*

I psykologi

Sensation: Er stimuli detektion, der sender nerveimpulser til hjernen.

Perception: Aktiv processing af stimulus input og give det mening.

Sensation ---- → Perception

Sensorisk tærskel (absolute threshold)

Den laveste intensitet ved hvilken et stimuli kan detekteres 50 % af gangene.

Subliminal stimulation

Stimulus, der er så svag eller kortvarig, at selvom den er modtaget af sanserne kan den ikke senses (perceived) bevidst. Kan til en vis grad påvirke dit underbevidste.

Eks. Coca-cola og popcorn flash I biografen.

Sensorisk adaptation

Sensoriske neuroner mindsker stimulus aktiviteten ved konstant stimulus → mindsket sensitivitet til en uændret situation → sensorisk adaptation. Vi får altså kun input, når tilstande ændres.

Habituering, sensitivering

Habituering: En decrease i styrken af et respons til et gentaget stimuli.

Sensitivering: Et increase i styrken af et respons til et gentaget stimuli.

Arousal

Opmærksomhed

”Top-down” og ”bottom-up” processing

Bottom-up processing: Systemet modtager individuelle elementer af stimulus og kombinerer dem til en forenet perception.

Top-down processing: Sensorisk information er fortolket I lyset af eksisterende viden, begreber, ideer og forventninger.

Perceptuelt skema (engelsk “schema”)

Når man genkender et billede kræver det, at vi har et perceptuelt skema: en mental repræsentation eller billede indeholdende kristisk og distinctive træk af en person, objekt, begivenhed eller andre perceptuelle fænomener. For eksempel: Forestil dig at en person kalder dit navn, hvem er denne

person? Hvis stimuli passer dit interne skema for din bedste ven, identificerer du personen som din bedste ven. (McAdams and Drake).

Illusioner

Illusioner er perceptioner, der virker ægte, men ikke er det.

Begreber (structure of concepts)

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

Der er to modeller:

Den klassiske model: *Alle instanser af et begreb deler samme egenskaber. For eksempel begrebet en trekant kræver, at en geometrisk form har tre sider og vinkelsummen er 180 grader.*

Den prototypiske model: *Tydeliggør at mennesker bestemmer om en ting reflekterer et begreb ved at sammenligne med den mest typiske ting i den kategori.*

Se side 142

Problemløsning, induktion og deduktion

Et forsøg på at finde en måde at nå et mål på, når det ikke kan opnås med det samme. Der er 4 trin i processen:

- 1) *Finde og ramme problemer ind.*
- 2) *Udvikle gode problem-løsende strategier*
- 3) *Evaluere løsninger*
- 4) *Rethink og redefiner problemer og løsninger over tiden.*

Induktion: Ræsonnering fra det specifikke til det generelle.

Deduktion: Ræsonnering fra det generelle til det specifikke.

“Bias” (dvs. ”vrangrydning/skævhed”) ved beslutningstagen.

Bias: Der findes forskellige former for Bias ved beslutningstagen:

Confirmation Bias: Tendensen til at søge efter og bruge informationer, der støtter vores ideer i stedet for informationer der ikke støtter vores ideer.

Overconfidence bias: Tendensen til at have mere selvtillid i vurderinger og beslutninger end vi bør baseret på sandsynlighed og tidligere hændelser.

Hindsight bias: Tendensen til at rapportere falsk, efter at vi har forudsagt en rigtig hændelse.

Motivation og emotion

Homøostase

- er stjålet fra medicinsk fagsprog, og har samme betydning. – den tilstand kroppen prøver at opretholde for at alle dens processer kan fungere. Balance.

Kan sættes i relief til Alostase (der er at kunne bevare stabilitet på forskellige niveauer altr efter situationens krav, en form for DYNAMISK TILPASSELSE)

Instinkt, drift (drives), incitamenter (incentives)

- instinktiv drift er når en konditioneret indlæring bliver overført til et instinkt. En rotte der har lært at trykke på en knap for at få mad, vil begynde at bide knappen fordi det er det den gør med mad.

- et instinkt er når man reagerer på en bestemt måde over for en ting selvom man aldrig har oplevet den før ”væremåden ligger i generne”

- drifter er dem kroppen får for at opretholde homeostase på de punkter der er under pres.

Intrinsik og ekstrinsik motivation

- intrinsik: yde en handling fordi man godt kan lide den, altså for dens egen skyld

- ekstrinsik: yde en handling for at opnå en ydre belønning eller for at undgå straf.

Spiseforstyrrelser

- tidligere age of onset i dag end før i tiden flere drenge får også denne sygdom, dette skyldes samfundet og kan forklares samfundsvidenskabeligt ikke biologisk. (se side 245)

Behavioural Inhibition System (BIS)

- Oplevelse der får folk til at undgå en bestemt handling, fordi man forventer smerte.

Behavioral Activation System (BAS)

- oplevelse der får folk til at fremme en bestemt handling, fordi man forventer glæde/nydelse

Maslows behovspyramide

- behov er grupperet efter vigtighed, (se side 236) eksempel ens udseende er ikke vigtigt hvis man ikke kan få mad på bordet.

Self determination theory

- der er kun 3 basale behov og jo mere disse er opfyldt jo bedre har man det. Behovene er competence, autonomy, og relatedness. (se side 236+237)

Achievement (præstations) motivation

- er baseret på BIS og BAS (eller se side 254)

Emotionernes komponenter

- består af en fysiologisk, kognitiv og opførselsmæssig component (s. 262-268)

LeDoux' "high" and "low" road

- der er to fortskellige veje når man behandler frygt i hjernen, en hurtig og en langsom.

- fra thalamus til amygdala eller fra thalamus til amygdala igennem den sensoriske cortex. Derfor kan du stikke af fra noget farligt selvom du ikke ved hvad det er endnu. Du kan også blive bange for et langt spidst objekt der så senere viser sig at være en harmløs pind

Fundamentale (primære) emotioner

- de helt basale følelser som alle andre er en sammensætning af, man er ikke helt enige om hvilke følelser der er de primære. (de kan ses på side 269)

James-Langes teori, autonom feedback & Cannon-Bards teori

- Det bedste er at se billedet side 273 kaldet figur 11.28

Schachters kognitive teori

- intensiteten af vores fysiologiske respons fortæller os hvor stærkt vi føler noget, hvorimod "cures" i situationen fortæller os hvad vi føler.

Lazarus' appraisal (vurdering) teori

- alle følelser skal vurderes om ikke andet på et underbevidst plan (begge to på side 275)

Indlæring og hukommelse

Klassisk betingning:

Associeret et stimulus med et andet. F.eks. hundeforsøget af Pavlov.

Ubetinget stimulus, ubetinget respons, betinget stimulus, betinget respons.

Ubetinget stimulus: Et stimuli, der udløser en refleks eller medfødt respons uden tidligere læring.

Ubetinget respons: En reflektiv eller medfødt respons, der er udløst af et stimuli uden tidligere læring.

Betinget stimulus: Et Stimuli, der gennem association med et ubetinget stimuli kommer til respons, der minder om den oprindelige ubetinget respons.

Betinget respons: En respons udløst af betinget stimuli.

Udslukning (ekstinktion) og spontant genoptræden (spontaneous recovery)

Udslukning: En process hvor den betinget stimuli er repræsenteret ved manglen på det ubetingede stimuli, hvilket medfører en svækkelse og senere uddøen af den betingede respons. Se side 38-40.

Spontant genoptræden: Genopståen af en tidligere betinget respons efter en hvile periode uden ny former for forsøg.

Systematisk desensivering (systematic desensitization)

Forventningskvalme (anticipatory nausea)

Bliver kvalmende og kan brække sig en hver tid fra minutter til timer før en behandlingssession. F.eks. ved kemoterapi.

Operant betingning

Er en type af indlæring, hvor opførsel er influeret af de konsekvenser, den medfører (skinner).

Forskelle mellem klassisk og operant betingning side 49.

Positiv forstærkning (positive reinforcement)

Foregår når en response er styrket af presentationen af en anden stimuli.

Negativ forstærkning (negative reinforcement)

Foregår når en response er styrket af fjernelsen eller undgåelsen af anden stimuli.

Partiel (intermitterende) forstærkning

Kun en portion af en respons af en bestemt type er styrket.

Modelindlæring (observational learning)

Indlæring, der foregår ved at observere adfærd af en model.

Herunder Banduras Social-Cognitive Theory:

Bandura kigger på modellering som en fire-trins process, der inkluderer flere forskellige faktorer.

- 1) Attention: Vi må holde øje med, hvordan modellen opfører sig.*
- 2) Retention: Vi må tilbageholde informationen i hukommelsen (huske den) så den kan blive genkaldt, når vi har brug for det.*
- 3) Reproduction: Vi må være fysisk i stand til at reproducere modellens opførsel eller noget der ligner den.*
- 4) Motivation: Vi må være motiveret til at opføre os således.*

Hukommelsesstrukturer, hukommelsesprocesser

Der er en tre-trins model udviklet af Atkinson og Shiffrin:

Se side 88.

Arbejdshukommelse, langtidshukommelse

Arbejdshukommelse: Et hukommelseslager, der midlertidigt lagre og bearbejder information.

Langtidshukommelse: Vores hukommelsesbibliotek, af mere vedholdende, langvarige minder.

Indkodning

Vores langtidshukommelse må have minder indkodet og organiseret, jo mere effektivt, desto lettere er det at huske dem, når vi har brug for det.

Bearbejdningssniveauer (Levels of processing)

Jo dybere vi får processeret information desto bedre vil vi kunne huske den. (Craik and Lockheart)

Struktural: 43 % er korrekt husket.

Phonemic: 65 % er korrekt husket.

Semantic: 90 % er korrekt husket.

Se eksempler side 94.

Skema effekt på hukommelse (skemaers effekt eller skemaeffekt)

Skemaer er et mentalt rammeværk – et organiseret mønster af tanker – om nogle aspekter af verden. (Bartlett, 1932; Koriat et al., 2000).

For at opnå en vis ekspertise udvikles skemaer, der hjælper med at indkode information i meningsfulde mønstre.

Chase og Simon (1973) lavede et forsøg med skak. Se side 98.

Deklarativ, procedural, episodisk og semantisk hukommelse

Deklarativ: Faktuel viden.

Procedural: (non-deklarativ) Hukommelse: reflekteret i kunnen og handlinger.

Episodisk: Hukommelse vedrørende personlige oplevelser: hvem, hvad og hvor i episoder i vores liv.

Semantisk: Generelt faktuel viden om verden og sprog, inklusiv hukommelse for ord og begreber.

Se skema side 102.

Genkaldelse

Sker ved stimulering med enten eksterne eller interne retrieval cues, der fremkalder lagret information fra langtidshukommelsen.

Indkodningsspecificitet (Encoding specificity)

Vi genkalder information bedre, når vi befinder os under samme forhold, som da indkodningen skete.

Kontekstafhængighed (context dependent memory)

Hvis vi er i samme kontekst (f.eks. geografisk lokalisation) som under indkodning.

Tilstandsafhængighed (state dependent memory)

Hvis vi befinder os i samme tilstand (f.eks. fysisk aktive → aroused) kan vi bedre genkalde information.

Glemsel

Der er flere grunde til glemsel:

- *encoding failure: Information bliver ikke ordentligt indkodet i langtidshukommelsen og kan derfor ikke genkaldes.*
- *Forfald: Det neurale cue til information "visner" væk over tid.*
- *Interferens: Andre enheder i langtidshukommelsen blokerer for det vi ønsker at huske.*
- *Motiveret glemsel: Nogle minder er så traumatiske for individet, at det er nødvendigt aktivt at glemme dem = repression.*

Amnesi : Henviser til hukommelses tab under specielle forhold.

Konstruktiv hukommelse:

Tendens til at se verden m. Lyserøde briller.

Hukommelses distortion

Skemata → organiserer, men forvrænger minder-

Misinformationseffekt:

Forvrængning af et minde pga. misledende post-event information.

- betydning af ordbrug.

Kildeforvirring:

Tendensen til at genkende noget eller genkende det, men glemme hvorfra.

Thorndike's lov af effekt:

Stress

Stress, stressorer

- den biologiske proces der sker når ens udfordringer i en længere periode overstiger ens ressourcer.

- en stressor er den ting/person/oplevelse der gør dig stresset.

Stressens fysiologi, allostatic load

- den fysiologiske konsekvens af at være udsat for kronisk stress i en længere periode. Resulterer i adrenalin og kortisol udskillelse. Hvoraf den sidste svækker immunforsvaret.

Akut (kortvarig) og kronisk (langvarig) stress

- sjovt nok over en forholdsvis kort og lang periode, akut stress kan opstå ved en krise situation, hvorimod kronisk stress kan lede til udbrændthed.

Cannons fight-flight (kamp-flugt) model

- når man udsættes for stress reagerer man ved fight-flight mekanismen.

Selyes Generelle Adaptations-Syndrom (GAS)

- Dette er en model over hvad der sker når man bliver eksponeret for stress. Først er man i alarm-fasen, derefter i modstands-fasen og til sidst i udmattelses-fasen. (se figur 10-1 side 532)

Life events

- listen med en pointraiting (fra 1 til 100) over forskellige hændelser i ens liv, og hvor stressende de er. Jul er mindre stressende end at ens barn flytter hjemmefra, og svigerforældrerne er mindre stressende end en ægtefælles død.

Transaktionsmodellen for stress (Lazarus og Folkmann)

- alle situationer har en primær (og muligvis sekundær vurdering)

- 1. hvad er det?

Irrelevant (bliver ignoreret)

Godartet (positivt)

Stressende (udfordring/skadeligt)

- 2. Hvad kan jeg gøre ved det? (billede 10-2 side 536)

Primary and secondary appraisal (primær-sekundær vurdering)

- efter sekundær vurdering kan copingen starte

Coping, Control, Self-efficacy, Hardiness, Mastery

- coping kan være problemfokuseret eller emotionel. De er begge relevante på forskellige tidspunkter henholdsvis når man kan og når man ikke kan gøre noget ved stressoren.

- self-efficacy er ens egen overbevisning om man kan klare en udfordring, hvis man er overbevist om at man sagtens kan bestå eksamenen er selve oplevelsen af eksamenen mindre stressende.

Lazarus

- Hardiness: har tre betydninger, følelse af personlig kontrol, et gå-på-mod ved nye udfordringer, samt evnen til at comitte sig (sorry kunne ikke huske det danske ord) Kobasa's

- Mastery er betegnelsen for ens kontrol over en egen stressrespons. Denne er ifølge Krasek forbundet med selve responsen.

Stress og sygdom

- sundhedsadfærden er forskellig for forskellige personlighedstyper. Beskriv hvad der sker fysiologisk under stress (se tidligere).

- brug den bio-psyko-sociale model, i bio-delen kan man snakke om biologiske tredje variable (hæftet siden 18), under det psykosociale kan man snakke om Antonovskys sense of coherence, der forklarer hvorfor nogle stressede bliver syge og hvorfor andre ikke gør (ressourcer)

A) fysiologiske og biokemiske forhold

B) materielle forhold

C) Kognitive og emotionelle forhold

D) Interpersonelle forhold

- Brug dog også figuren 11-4 på side 565

Individuelle forskelle

- er som det lyder, nogle mennesker har nemmere ved at blive stresset grundet deres personlighed, her er tale og folk der er mere neurotiske (indrag 5 faktor-modellen), og se gerne side 17 i hæftet.

Psykoneuroimmunologi

- immunsystemet effekt er direkte forbundet med psykologiske faktorer via nervesystemet. Dette kan påvirkes via klassisk konditionering, hvis mus fodres med sukkerholdigt vand der indeholder

immunosupressorer vil de til sidst bare de udsættes for sukker vand selv svække deres immunforsvar.

- mere uddybende i noter 2007 om sundhedspsykologi

Job stress; job demand –job control (krav- kontrol) model

- se side 562 & 563 i bogen

Relationship stress (parforhold)

Moderering af stress responsen

- disse to er forklaret udførligt på side 562-564 af bogen

Social støtte

- Sarasons definitioner:

esteem support

andre øger ens selvværd

informational support

folk er villige til at komme med råd

social companionship

hjælp via aktiviteter andre tilbyder

instrumental support

fysisk hjælp

Personlighed og stress

- er forklaret tidligere her under stress

Udviklingspsykologi

Tværsnits- og længdesnitsdesign

(Cross-sectional and longitudinal designs)

Arv – miljø, indlæring – modning

Perceptuel kapacitet

Kritiske perioder, sensitive perioder, udviklingsfaser

Theory of Mind

Piagets teori om kognitiv udvikling

Emotionel kompetence

Bowlbys tilknytningsteori (attachment theory)

Ainsworths tilknytningsstile (attachment styles)

Strange Situations Test (Fremmedsituation-testen)

Separationsangst

Deprivation

Temperament

Adolescens-pubertet

Identitet

Socialisation

Eriksons psykosociale model

Marcias ”identitets-status”

Forældre stile

Kognitive færdigheder hos ældre

Døden og den døende (Kübler-Ross)

Personlighed

Psykiske egenskaber

Personlighedstræk

Psykometri

Reliabilitet og validitet

Korrelationskoefficient

Træk og tilstande

Selv- og observatør rapportering
 Projektive tests
 Hierarkisk personlighedsmodel
 Extroversion, Neuroticisme, Samvittighedsfuldhed, Venlighed, Åbenhed
 Psykoticisme
 Personlighedstyper
 Personlighedsudvikling
 Temperament
 Heritabilitet
 Tvillinge- og adoptionsstudier
 Psykiske egenskabers stabilitet
 Kønsforskelle

Intelligens

Korrelationskoefficient
 Faktoranalyse
 Reliabilitet og validitet
 Intelligensdefinition
 Spearmans teori
 Hierarkisk intelligensmodel
 Krystalliseret og flydende intelligens
 Alternativ intelligens
 Emotionel intelligens
 Intelligenskvotient
 Wechslers tests (WAIS), WAIS delprøver
 Standardisering
 Normalfordeling
 Ekstrem intelligens
 Intelligensudvikling
 Intelligensens stabilitet
 Heritabilitet
 Tvillinge- og adoptionsstudier
 Kønsforskelle
 Grøppeforskelle
 Kulturfaktorer

Psykiske egenskaber og sygdoms- og sundhedsadfærd

Fem-faktor modellen og sygdoms- og sundhedsadfærd
 Neuroticisme, Ekstroversion, Åbenhed, Venlighed, Samvittighedsfuldhed
 Type D

Psykiske egenskaber som risikofaktorer

Risikofaktorer
 Biofysiske risikofaktorer
 Psykosomatiske risikofaktorer
 Psykosomatisk/somatopsykisk
 Psykofysiologisk/adfærdsmæssig
 Objektivt/subjektivt helbred

Udvikling/forløb af sygdomme
 Retrospektive/prospektive undersøgelser
 Modeller for personlighed og helbred
 Type A, B, C, og D
 Fjendtlighed/hostility
 Depression
 Neuroticisme
 Samvittighedsfuldhed
 Intelligens og helbred

Socialpsykologi/patient-behandler forholdet

Normer, roller
 Stereotyper, fordomme
 Holdninger
 Konformitet og lydighed
 Grupper
 Skemata
 Personperception
 Attribuering
 Fundamental attribution error
 Social indflydelse
 Prosocial adfærd
 Kognitiv dissonans teori
 Selvopfyldende profeti
 Compliance, adherence
 Hypothetical-deductive models of decision making
 Overtalelseteknikker

Introduktion til sundhedspsykologi

Psykologi
 Sundhedsrelateret psykologi
 Sundhedspsykologi
 Psykosomatisk teori
 Psykosocial/adfærdsmedicin
 Biomedicinsk model
 Biopsykosocial model
 Det psykofysiske problem
 Det psykosomatiske problem
 Ogdens model
 Thomas Nielsens model
 Biofysiske risikofaktorer
 Psykosomatiske risikofaktorer

Sundhedsadfærd og sygdomsperception

Sundhedsadfærd
 Sundhedsrelateret adfærd
 Sygdomsadfærd
 Socialkognitive modeller

Sundhedsvaner
 Health locus of control
 Urealistisk optimisme
 Stages of change
 Health belief model
 Theory of planned behavior
 Helbredstrusler og fear appeals
 Attituder og subjektive normer
 Adfærdskontrol og self-efficacy
 Intentioner
 Dimensioner i sygdoms- og sundhedsopfattelser
 Sygdomskognitioner
 Self-regulatory model
 Sygdom som krise
 Coping med sygdom
 - se side 565 til 569

Kognitiv udvikling

Skema som udviklingspsykologisk begreb
 Assimilation og akkomodation
 Piagets forskellige stadier (sensomotoriske-, præoperationelle-, konkret operationelle-, og formelt operationelle stadie)
 Zonen for nærmeste udvikling
 Børns forståelse af årsags-virkningsforhold ifm. sygdom (Fænomenisme, Kontamination, Fysiologi)
 Børns forståelse af årsags-virkningsforhold ifm. smerter
 Kritiske versus sensitive perioder
 Tværsnits- versus prospektiv- (longitudinal) undersøgelse
 Ændringer i informationsbearbejdning i voksenalderen
 Ændringer i intelligens i voksenalderen
 Theory of mind

Psykosomatik, somatisering og smerte

Begrebet "psykosomatisk sygdom"
 Psykosomatiske og somatopsykiske forbindelser (Thomas Nielsen)
 Psykofysiologiske mekanismer
 Somatisering, somatoforme og dissociative tilstande
 Funktionelle lidelser
 Hypokondri
 Salkovskis kognitive model for hypokondri
 Børn og somatisering
 Smertetærskel, smertetolerance
 Børn og smerter
 Gate Control Theory of Pain
 Three Process Model
 Akutte og kroniske smerter
 Behandling af kroniske smerter
 Non-interaktive og interaktive teorier om placebo
 Totmans kognitive dissonansteori.

Kognition og angst

Angstsymptomer
 Frygt, forventningsangst
 Kamp-flugt systemet
 Det adfærdshæmmende system (Behavioural Inhibition System; BIS)
 Angsttilstande (ICD-10; International Classification of Diseases)
 Psykoanalytisk teori
 Indlæringsteori
 Angstindlæring
 Klassisk og operant betingning
 Mowrers-to-faktormodel
 Kognitiv teori (vidensstrukturer)
 Medfødte frygtprogrammer
 Panikangstens onde cirkel (Clarks model)
 Falske og indlærte alarmer

Kriser, forsvar, coping

Transaktionsmodellen for stress
 Primær vurdering (primary appraisal), Sekundær vurdering (secondary appraisal)
 Coping, coping-stil, coping-strategi, coping-opgaver
 Coping og stress-sygdomsforbindelsen
 Emotionel coping og forsvarsmekanismer
 Den traumatiske krises faser
 Udløsende faktorer
 Overdeterminerede kriser

Kronisk sygdomKronisk sygdom (definition):

Definition efter Erik Friis-Hasché:

”En kronisk sygdom kan defineres som en tilstand, der kræver vedvarende professionel behandling eller indebærer en diagnosticeret irreversibel svækkelse af psykisk eller somatisk karakter, som ikke kan tilskrives en normal ældning. ... For smertefulde tilstande defineres smerter som værende kroniske, hvis de har varet mere end seks måneder.”

Livskvalitet

I mange år var livskvalitet kun målt på varighed af overlevelse og tegn på forekomst af sygdom, uden at tage de psykosociale konsekvenser af sygdommen og behandlingen i betragtning.

Flere studier viser, at selvom lægerne tror pt.'s livskvalitet er steget, betyder det ikke, at hverken pt eller slægtninge har samme opfattelse. Se bl.a. s. 684 for referencer til diverse studier.

Ydermere har undersøgelser vist manglende korrelation imellem sygdomsgrad (målt objektivt) og patientens oplevelse af livskvalitet og psykisk velbefindende. Peger på vigtigheden af at se på pt's oplevelsesverden for at forstå, hvorledes pt reagerer på og lever med sin kroniske sygdom. (fra Gitte Bak powerpoint – direkte skrevet af)

Definition:

Bogen:

Livskvalitet indebærer flere elementer såsom hvor meget man kan fysisk, psykosocial status, hvor meget man kan socialt og sygdoms- eller behandlingsrelateret ”symptomatology”. (Kahn & Juster, 2002; S. T. Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee, 1983; Power, Bullinger, Harper & The World Health Organization Quality of Life Group, 1999).

Livskvalitet hos kroniske syge fokuserer meget på, hvorledes sygdommen og/eller behandlingen “blander sig” i pt's daglig liv. Essentielt måler livskvalitetsvurderinger i hvilket omfang en patients normale livs aktiviteter, der er kompromitterede af sygdommen og behandlingen.

Powerpoint af Gitte Bak:

”Den værdi, som mennesket oplever, at tilværelsen har for dem, lige fra fysisk og psykisk velbefindende til evnen at foretage sig meningsfulde aktiviteter. Der skelnes mellem ydre objektiv livskvalitet, fx fysisk rørlighed, arbejde, social situation og bolig (vilkår for livskvalitet) og indre subjektiv oplevelse af livsmening og livsglæde (udtrykt livskvalitet).” (fra bogen Klinisk sundhedspsykologi, red. af Erik Friis-Haché, Thomas Nielsen og Peter Elsass)

For fem grunde til at forske i livskvalitet se s. 685

Måling af livskvalitet fra powerpoint af Gitte Bak:

Kan have følgende parametre:

1. fysiske (rørlighed, almentilstand, aktivitetsniveau, velbefindende)
 2. Følelsesmæssige (stemningsleje, spænding, stress, angst, depression og velbefindende)
 3. Kognitive (opmærksomhed, bedømmelseevne, kommunikation og koncentration)
 4. Sociale (kontakt med andre, seksualliv og fritidsaktiviteter)
 5. Sundhedstilstand (generel livstilfredshed og forekomst af gener, smerte, handicap og sygdomssymptomer)
- (fra samme bog som definitionen)

Krisemodeller, traumatisk og eksistentiel

Definition af krise:

”Reaktionen på en livssituation, hvor tidligere erfaringer og indlærte reaktionsmåder ikke er tilstrækkelige til, at man kan forstå og psykisk beherske den aktuelle situation.(Johan Cullberg – skriver på et psykodynamisk grundlag)” (fra powerpoint af Eva Gall)

”En hændelse eller situation, hvor den selv- og verdensopfattelse man indtil da har haft, bryder sammen, fordi den er utilstrækkelig til at forstå det skete (Berliner)” (fra powerpoint af Gitta Wörtwein)

Der skelnes mellem to kriser – den traumatiske og den eksistentielle

Den traumatiske:

Johan Cullberg har udformet teori omkring den traumatiske krise.

Definition af traumatisk krise:

”Individets psykiske situation i forbindelse med en ydre hændelse, der har en sådan karakter, at den pågældende oplever en alvorlig trussel imod sin fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller andre livsmål.” (fra kompendiet s. 34 under *Det psykiske traume og den akutte krise*)

Powerpoint fra Eva Gall tilføjer til sin definition at det kan være ydre hændelser der fører til

Tab (fysisk/psykisk)

Krænkelser

Katastrofer

eller trusler derom!!!

Traumatiske kriser udløses af hændelser som udfordrer vores grundantagelser

Livet er:

Forudsigeligt – Forståeligt – Retfærdigt

Kan medføre ændret:

Selvopfattelse – Social adfærd – Kropslige reaktioner

For mere detaljerede beskrivelser se kompendiet side 34-43!

Johan Cullberg lavede en teori om faserne i den traumatiske krise (et hjælpemiddel til at orientere sig i en krises forløb).

Fase 1: Chokfasen – Kaos, desorientering, følelseløshed, kognitive forstyrrelser. Minutter til dage

Fase 2: Reaktionsfasen – Angst og forsvarsmekanismer. Uger til måneder

Fase 3: Bearbejdningsfasen – Mere realistisk billede af situationen og sig selv, bliver mere konstruktiv. Halve år

Fase 4: Nyorienteringsfasen – Traumatet er under kontrol, nye interesser i et nyt liv, ikke en afslutning: krisen bliver en del af personens selvopfattelse

Eksistentiel krise

”Kronisk sygdom er et livsvilkår, som rammer vor eksistens og ”ryster selvet”. Krisen er mere fundamental, omfattende og langvarig end det, den traumatiske kriseteori lægger op til. Processen forløber mere cirkulært. Ved kronisk sygdom har vi behov for at udvide med en eksistentiel kriseteori. Den eksistentielle krise vækkes til live af sygdommen, og sygdommen tvinger personen til at forholde sig til de centrale eksistentielle dilemmaer og finde nye løsninger til at håndtere de eksistentielle grundvilkår. (Marianne Bache og Bente Østerberg)” (fra Gitte Baks powerpoint)

De 4 eksistentielle grundvilkår iflg. Yalom:

- Døden
- Aleneheden
- Meningsløsheden
- Friheden

(fra samme powerpoint)

Udviklingskriser

Kan udløses af ydre begivenheder, som må siges at være en del af det normale liv, men som i visse tilfælde alligevel bliver for overvældende. (fra kompendiet s. 34 spalte 2)

Det er en overgang til en ny livsfase fx at flytte hjemmefra eller blive pensionist.

Udviklingskriser er mere ”bløde” og kan være større eller mindre. Dog er der variation i, hvordan mennesker mærker til dem! For nogen kan det være meget svært at skulle acceptere pensionisttilværelsen eksempelvis!

Sorg og tab ifm. kronisk sygdom

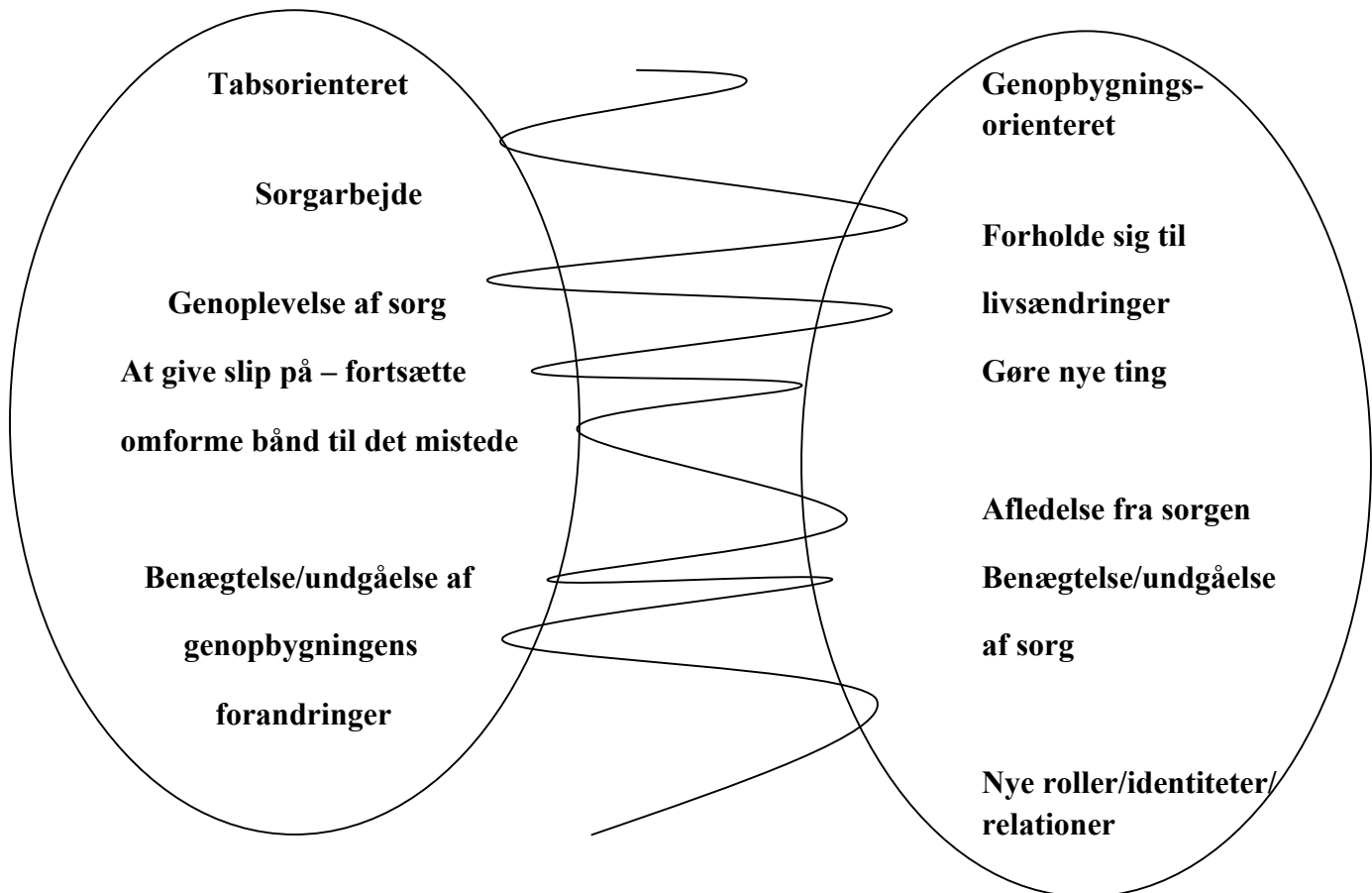
”Ved kronisk sygdom vil der ofte være tale om en længerevarende sorgproces, som er både forståelig og ”normal” (fra Gitte Baks powerpoint).”

Det normale sorgforløb/sorgarbejdet kan karakteriseres ved flg. ”opgaver”:

- At erkende det, der er mistet
- At mærke og gennemleve følelser af smerte, ked-af-det-hed og vrede
- At forandre sig ved at lære nye færdigheder
- At adskille sig fra det mistede og reinvestere sin energi i nyt liv
(Davidsen-Nielsen og Leick) (fra samme powerpoint som ovenstående)

Stroebe og Schut's 2-spors-sorgmodel:

Nyere sorgteorier ser sorgprocessen som en stadig svingning imellem to typer af ”opgaver” – to spor:



(Marianne Bache & Preben Engelbrekt)

Angst og depression

Angst (anxiety s. 687 i bogen)

Efter en diagnose med kronisk sygdom er angst forekommende. Angst er særlig høj når individer venter på test-resultater, få diagnose(r), afventer invasive medicinske procedurer og afventer/forventer eller oplever ”adverse” bivirkninger af behandlingen. Angst er også høj når folk forventer væsentlige livsstilsændringer, som resultat af en sygdom eller dens behandling, når de føler sig afhængige af professionelt sundhedspersonale, når de bekymres over gentagelse(r) og de mangler information omkring sygdommen og dens behandling. Angst er mest prævalent hos mennesker med astma og pulmonale lidelser.

Selvom angst direkte kan henføres til at sygdommen (disease) kan falde over tid, kan angst for mulige komplikationer, sygdommens implikationer for fremtiden, og dens indvirkning på arbejde og fritidsaktiviteter faktisk stige med tiden. Således kan både vurdering og behandling af angst blive relevant, da det ikke overraskende forringer livskvaliteten.

Depression (side 687-688 i bogen)

Op mod en tredjedel af alle medicinske ”inpatients” med kronisk sygdom rapporterer om minimum moderate symptomer på depression, og op til en fjerdedel lider af svær depression. (L. Moody, McCormick & Williams, 1990; G. Rodin & Voshart, 1986)

Selvom der er evidens for at depression kan forekomme noget senere i ”adjustment process”en end fornægtelse eller svær angst, kan den også forekomme periodisk. Depression er nogle gange en forsinket reaktion på kronisk sygdom, fordi det ofte tager patienten tid at forstå de fulde konsekvenser af deres tilstand. Modsat angst, som har ebbe og flod i løbet af den kroniske sygdom, kan depression være en langsigtet reaktion.

Depression komplicerer behandlingstilslutningen (treatment adherence) og medicinsk beslutningstagen. Den forstyrrer patientens adoptering af ”comanagerial role”, og giver forhøjet risiko for dødelighed fra en bred ”array” af kroniske sygdomme. Depression kan forværre symptomerne og komplicere behandlingen af større kroniske sygdomme inkl. diabetes, cancer, koronar hjertesygdomme og hypertension.

Depression er en potent risikofaktor for død hos kroniske syge. (Herrmann et al., 1998; Wulsin, Vaillant, & Wells, 1999) Depression stiger med sværhedsgraden af sygdommen. Oplevelsen af smerte og handicap, især, fører til depression, som til gengæld forøger smerten og handicapet.

Vurdering af depression hos kroniske syge kan være problematisk. Mange af de fysiske symptomer på depression kan også være symptomer af sygdommen eller bivirkninger af behandlingen. Hvis depressive symptomer henføres som tilhørende sygdommen eller behandlingen, kan deres signifikans være mindre synlig og som følge deraf kan en depression overses og ikke blive behandlet.

Behandling af depression kan ikke blot lindre psykiske lidelser, men også forbedre ”functioning” (evt. omgangsevne) ved at reducere symptomer forbundet med sygdommen.

Døende patienter, Kübler-Ross' stadieteori*

*se under udviklingspsykologi

Selvopfattelse/self-concept, identitet* og selvværd

*se under udviklingspsykologi

Self-concept:

Definition – repræsentationen af os selv. (side 466 i bogen)

At have indsigt i vores self-concept er vigtig i forståelsen af, hvorledes vi former indtryk af andre.

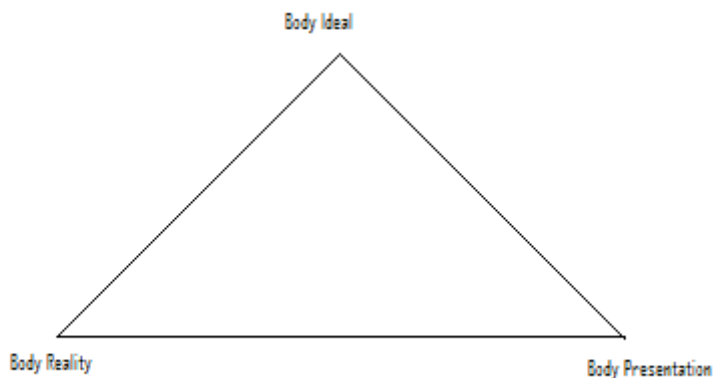
Der er flere aspekter af self-concept og selvværd. I bogen beskrives det fysiske jeg (the physical self), det opnående jeg (the achieving self), det sociale jeg (the social self) og det private jeg (the private self)

For detaljer se bogen side 690-691.

Uddybning af the physical self i næste afsnit omkring body image.

Bodyimage (kropsbillede) - Bob Prices model

Bob Price har lavet en body image model som ses nedenfor



Hvor,

Body Ideal: kropsidealet, ønsketænkning

Body Reality: den nøgne sandhed, faktum, fysisk krop

Body Presentation: præsentationen af krop og stil, fremtoning, hår- og tøjstil

Body image er perceptionen og evalueringen af ens egen fysiske fremtoning og rørlighed.

For akutsyge patienter forandres deres body image kortvarigt, hvor det for kroniske syge patienter kan den negative evaluering være ved.

Af flere grunde er kropsbillede vigtigt indblandet i kronisk sygdom.

For det første – et fattigt/dårligt body image er relateret til lavt selvværd og en forøget sandsynlighed for depression og angst.

For det andet – body image kan influere hvor adherent en person er i løbet af behandlingen og hvor villig vedkommende er til at adoptere en co-management rolle.

Til sidst – body image er vigtigt fordi det kan forbedres ved psykologiske og uddannelsesmæssige indsatser.

Body image kan forbedres ved at stresse andre aspekter af fremtoning og sundhed. Forskere har til tider noteret spontan øgning i fysisk aktivitet og forbedring af andre aspekter af fysisk fremtoning og sundhed som en reaktion på sygdom. (S. E. Taylor, Wood & Lichtman, 1983).

Patienter med vansirede eller arrede ansigter opnår muligvis aldrig at acceptere deres ændrede udseende fuldt ud. Der forekommer to grunde til det kronisk ændrede body image:

1. Ansigtet er ofte associeret med personlighed. Når ansigtet er deformt kan både patient og andre muligvis opfatte individets hele natur/person som ”pletet”.
2. Ansigtsvansiring kan ikke maskeres: de er synlige for alle forbipasserende, som måske vil reagere med ufrivillig tilbagetrækning eller væmmelse.

Alt fra afsnittet kan findes i bogen s. 689-690

Rehabilitering og langtidstilpasning

Illness cognitions, Leventhal et al's model

Leventhal et al. Definerede illness cognitions som:

”en patients egen iboende sunde fornufts tro omkring vedkommendes sygdom.”

De foreslog at disse kognitioner/erkendelser giver patienter en ramme/skema for coping med og forståelse af deres sygdom, og fortæller dem hvad de skal se sig for for, hvis de bliver syge.

Leventahl et al. identificerede fem dimensioner: (side 616-617)

- *Identitet* – den etiket og de symptomer som personen tilskriver sygdommen
- *Årsag* – de forklaringer, som personen har på sygdommens opståen og udvikling. Personens opfattelse af hvad sygdommen drejer sig om.
- *Tidslinjen* – den tanker, personen har om sygdommens tidsmæssige udvikling: er den akut, kronisk eller cyklisk.
- *Konsekvenser* – personens opfattelse af, hvor alvorlig sygdommen er i form af, hvilke konsekvenser den har.
- *Helbredelse/kontrol* – personens opfattelse af de muligheder for helbredelse eller kontrol af sygdommen eller dens symptomer, dels egen mulighed for at øve indflydelse, dels behandlingens effektivitet. Self-efficacy.

Leventhal et al. model af self-regulatory model of illness behaviour kan ses på side 620!

Coping modeller, Moos & Schaefer samt Taylor et al.

Shontz (1975) beskrev tre stadier af coping, som personer ofte gennemgik, efter en diagnose med kronisk sygdom:

- Chok
 - Encounter reaction
 - Retreat
- (side 628 i bogen)

Ifølge vores SAU-lærer i kronisk sygdom kan man groft godt sammenligne denne copingmodel med Johan Cullbergs faser i den traumatiske krise.

Moos & Schaefer

De argumenterede for at en fysisk sygdom kan ses som en krise(situation). De foreslog at fysisk sygdom forårsager ændringer, der kan begrebsliggøres som en krise(situation). (se disse på side 629-630)

De beskrev yderligere tre processer, der udgør coping processen.

1. proces: **kognitiv vurdering** – individet vurderer alvoren og signifikansen af sygdommen. Der er muligt at integrere Leventhal's illness cognitions i denne fase af coping processen, da sådanne sygdoms beliefs er relateret til hvordan en sygdom vurderes
2. proces: **adaptive opgaver** – her beskrives syv adaptive opgaver som anvendes som en del af coping processen. De kan inddeles i tre sygdoms"tasks" og fire generelle "tasks".
3. proces: **coping skills** - ifølge Moos & Schaefer er der tre coping former: appraisal-focused, problem-focused og emotion-focused (se side 632)

se coping with the crisis of illness model på side 631.

Taylor et al.

De foreslog at coping med truende begivenheder (inkl. sygdom) består af tre faser/processer:

1. *a search for meaning* – hvorfor skete det? Hvilken effekt har det haft på mit liv?
2. *a search for mastery* – spørgsmål som hvordan forhindrer jeg at en sådan situation opstår igen? hvad kan jeg gøre for at kontrollere eventet næste gang? Folk kan både ved fysisk at ændre fx diæt eller søge information eller ved psykisk at ændre til fx en positiv attitude eller meditation få en fornemmelse af at have opnået "mastery"
3. *a process of self-enhancement* – ved nedadrettede (downwards) sammenligninger forøges selvværdet, altså en øgelse i selvværd grundet self-enhancement.

(se side 634-636)

På side 691 står der at kroniske syge bruger mere passive coping strategier i stedet for aktive strategier.

Self efficacy*

*se under stress

Påvirkning af pårørende til kronisk syge

Behandlerens rolle