

AGENDA (ARBEIDSPLAN)

(© 2000 Psykologspesialist Ole Johan Hovland, dr. philos.)

Første sesjon

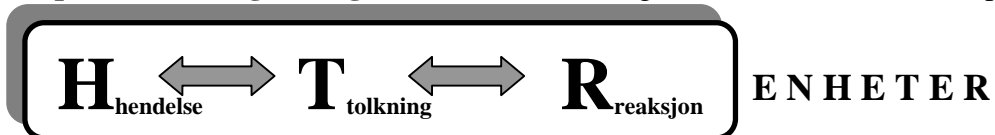
1. Innledende kommentarer.

- Pasientens egen oppfatning av problemene han/hun ønsker hjelp med.

2. Agenda:

- Terapeuten presenterer seg selv og sin arbeidsform (kognitivt-orientert atferdsterapi)

Mediasjons-
modell:



Interaksjonsmodell:



- Poengterer **terapeut som lærer/veileder**
Klient som **aktiv og ansvarlig bidragsyter til sin egen «bedring»**
Sosialisering i tankegangen til kognitiv terapi.
- Terapeuten blir **enig med klienten** om hvordan resten av denne **timen skal brukes**.

3a. Samle informasjon om klientens problemer (eks. 1):

- Hva vil du skal være annerledes og hvordan skal dette være annerledes etter terapien er gjennomført ?

På grunnlag av dette anskueliggjøre hvert enkelt problem i forhold til hvilken situasjon problemet oppstår i, hvilke uønskede følelser (sansninger, etc.) som kjennetegner det, og hvilke tanker (visuelle bilder, selv-verbaliseringer/-instruksjoner) klienten kan identifisere i forhold situasjon, problem og følelsesmessige reaksjoner.

H - Beskriv situasjonen (kona kjefter når jeg er sen)

R - Beskriv følelsene (jeg blir motløs og føler meg deprimert/lettelse, føler meg oppløftet)



T - Beskriv tolkningen/«tankene» (eks., hun er ikke glad i meg lenger, vil nok forlate meg, jeg blir alene og det kommer jeg nok til å fortsette med inntil jeg dør/»glimt av at hun går ut døren»/).

3b. Valg av problem (eks. 2):

- Hva er det mest fornuftig å begynne med ?
- Det mest konkrete ?
- Det tilsynelatende mest avgrensede og letteste ?

Pasienten får selv velge det problemet han/hun først vil arbeide med. Det er mest fornuftig å velge det mest avgrensede og letteste problemet først fremfor det mest presserende. Husk at det dreier seg om å lære klienten en teknikk han/hun selv skal kunne bruke i fremtiden (motivasjon). Det er derfor viktig å starte der klienten har mest å lære og hvor det lettest kan oppnås positive resultater.

Ulike kognitive, emosjonelle og atferdsmessige teknikker til rådighet for bearbeidelse av psykologiske problem:

KOGNITIVE STRATEGIER

- 1. JAKTE PÅ IDIOSYNKRATISK MENING:** Finne frem til den enkelte klientens bestemte meningsinnhold i de sentrale begrepene han/hun bruker (angst/depresjon/miste kontrollen, etc.).
- 2. STILLE SPØRSMÅL VED BEVISMATERIALET:** Pasientene benytter ulikt "bevismateriale" for å begrunne og opprettholde sine oppfatninger og ideer. Det er av avgjørende betydning å lære pasientene å stille spørsmål ved dette bevismaterialet.
- 3. REATTRIBUERING:** Terapeuten må hjelpe pasienten til å fordele ansvar mellom de berørte parter, spesielt i forbindelse med skyldfølelsesproblematikk.
- 4. UTFORSKE MULIGHETER OG ALTERNATIV:** Hjelpe pasientene til å utforske eksisterende og skape nye muligheter og alternativ.
- 5. AVDRAMATISERING:** I forbindelse med katastrofetenkning brukes "hva (er det verste som) vil hende/skje dersom". Denne innbefatter å hjelpe klientene til å se at de overdriver sine bekymringer og katastrofale forventninger i en situasjon ("Hva så?", Hva er det verste som kan hende?", eller "Og hvis dette skulle hende, hva er det da som ville gjøre det så katastrofalt?").
- 6. FANTASERTE KONSEKVENSER:** "Guided imagery". Her skaper pasienten situasjonen i fantasien og beskriver sine bekymringer. Dette muliggjør at pasienten tar med seg inn i terapitimen bilder av hendelse, situasjoner eller samspill med andre som har hendt eller som de bekymrer seg over skal skje i fremtiden. Terapeuten kan dermed arbeide med informasjon som oppleves her og nå.
- 7. FORDELER OG ULEMPER:** Pasienten lister opp fordeler og ulemper med spesielle irrasjonelle verdioppfatninger, etc. Hjelper klienten til å skape distanse og perspektiv på de problemene han/hun sliter med. Kan også betraktes som en skaleringsteknikk der en lærer pasienten å nyansere, gradere sine opplevelser/oppfatninger.
- 8. SNU MOTGANG/ULYKKER TIL FORDELER:** Hjelpe pasientene til å se positive muligheter i hendelser som i utgangspunktet synes fullstendig meningsløse (tap av jobb, tap av ektefelle, etc.). "På hvilke andre måter forandrer dette livet ditt, kan du nå foreta deg noe som du har hatt lyst til, men som du aldri har sett deg mulighet til?"
- 9. SETTE NAVN PÅ SINE KOGNITIVE OPERASJONER:** Ved å sette spesielle navn på sine kognitive operasjoner hjelper ofte en person seg selv til lettere å kontrollere disse. ("Nå slår spørsmannen til igjen!").
- 10. SEKVENSIELL ASSOSIERING:** Denne tar utgangspunkt i noe pasienten forteller og forfølger dette med "hva skjer så" spørsmål slik at klienten følges gjennom de forskjellige nivåer med resonnering/antakelser/forventninger/oppfatninger (jeg er dårlig datter fordi jeg ikke vil ta kontakt med min mor - vil det bli bråk og kaos igjen - jeg vil føle meg helt ubrukelig og hjelpeløs - jeg vil begynne å tenke på å ta livet mitt igjen).
- 11. BENYTT PARADOKSER OG OVERDRIVELSER:** Føre ideer til ekstremene kan skape ny innsikt hos pasientene. Vær forsiktig med å latterliggjøre, bagatellisere og dumme ut pasientene (Humoren er ofte en viktig ingrediens i dette, derfor vær forsiktig).
- 12. SKALERING/GRADERING:** Hjelper pasientene til å nyansere sin alt-intet tankegang. Ser opplevelsene mer som et kontinuum. Også viktig for å få kjennskap til opplevd endring/måloppnåelse.
- 13. UTSKIFTNINGSFANTASIER:** Hjelper klientene til å finne/trene alternative mestringsstrategier gjennom ledet fantasiaktivitet. Skape alternative fantasier til katastrofefantasiene (Holde foredrag med alternative "automatiske tanker").
- 14. EKSTERNALISERING AV TANKER:** Terapeuten representerer de dysfunksjonelle tankene for å gi pasienten en mulighet til å diskutere disse. Starter med at terapeuten modellerer adaptiv respons. Stadig økende vanskegrad.
- 15. KOGNITIV (FANTASILEDET) TRENING:** Visualiserer ulike situasjoner fremfor sitt "indre øye" og prøver ut/trener på bestemte handlinger/tanker/følelsesmessige reaksjoner. (jfr. idrettsmenn tørrtrener på øvelsene de senere skal gjøre).

ATFERDSMESSIGE STRATEGIER

Benyttes ut i fra to hovedhensyn:

- a. som direkte intervensjon for å endre atferd.
- b. umiddelbar intervensjon som grunnlag for senere kognitiv endring

1. TIMEPLAN/DAGPLANER/PLANLEGGING AV DAGLIGE GJØREMÅL:

- (1) Benyttes for å evaluere pasientens måte å bruke tiden på. (2) Hjelp til å planlegge bedre og oppnå en mer produktiv bruk av tiden.
- (3) En opplæring/forberedelse av pasienten til tanken om bruk av hjemmeoppgaver.

2. GRADERING AV HVA/HVOR MYE EN MESTRER OG FINNER GLEDE I ULIKE GJØREMÅL: Gradering av hvor godt de selv føler de mestrer ulike ting og hvor mye glede de opplever ved å gjøre ulike ting. Begynner også å planlegge hvordan disse kan økes til det nivået de ønsker at de skal være.

3. DIREKTE ATFERDSTRENING: Benytte timen til direkte å trene på ønsket atferd; diskutere et problem med en bekjent, ens overordnede, eller en i familien. Terapeuten vil her fremtre som modell. Benyttes til å bygge opp nye ferdigheter eller prøve ut eksisterende ferdigheter.

4. SOSIAL FERDIGHETSTRENING: Ved svikt i sosiale ferdigheter må det først bringes på det rene om dette er manglende ferdigheter eller et motivasjonelt problem. En del av arbeidet vil bestå i å trene pasienten i sosiale ferdigheter som de har gått glipp av i løpet av utviklingen.

5. BIBLIOTERAPI: Bruk av litteratur som en del av opplæringstilbudet i terapien (jfr. diverse enkle hjelpebøker).

6. GRADERTE TRENINGSSOPPLEGG: Etablerer treningsopplegg ved stadig økende vanskegrad, for at klienten gradvis skal kunne øke sin mestrings henimot det ønskede mål. Indirekte-direkte. etc.

7. "IN VIVO" TRENING: Når det gjelder mange problemer så er den mest effektive måten å arbeide på å utsettes for direkte modellering i det virkelige livet. (jfr. agorafobikere).

8. AVSLAPNINGSØVELSER, MEDITASJON OG PUSTEØVELSER: Spesielt i forbindelse med angst kan opplæring i gradvis avslapning, etc. være en hjelp i å konsentrere seg om noe annet enn selve angsten og dermed få en følelse av kontroll over den. Hyperventilering kan brukes som en måte å demonstrere konsekvensene av det å drive akselerert pusting over lengre tid (overbreathing).

9. SKAM-MOTVIRKENDE ØVELSER: Pasientene utfører direkte de aktivitetene de er redde for å teste ut katastrofetankene i forbindelse med hva andre tenker om dem (rope for å stoppe buss, heis, etc.) for å oppleve at ingen reagerer. Kan også benyttes for å hjelpe dem til å se at det betyr lite hva andre måtte tenke om dem.

4. Oppsummering:

- Gjennomgå hva som er blitt gjort i sesjonen. Dette er viktig for både å sikre seg mot misforståelser og for å fokusere på arbeidsmåten, slik at klienten lettere kan lære den.
- Hva opplevde klienten som positivt ?
- Hva om noe opplevde klienten som negativt ?

5. Hjemmelekse:

- Sette av tid til å avtale hva klienten skal gjøre til neste gang (fylle ut skjema, lese noe, gjennomgå øvelser, etc.)
-