

**KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI FOR TRANSDIAGNOSTISKE KOMPLICEREDE
SORGREAKTIONER**

**Paul A. Boelen
Maja O'Connor**

April 2025

Indhold

Introduktion til KATsorg i individuelt format	3
Introduktion	5
SESSION 1 TIL 5: Eksponeringsterapi	6
<i>SESSION 1</i>	<i>10</i>
<i>SESSION 2</i>	<i>14</i>
<i>SESSION 3, 4 og 5</i>	<i>16</i>
<i>SUBMANUAL A: EKSPONERING FOR TABETS REALITET</i>	<i>17</i>
<i>SUBMANUAL B: IMAGINÆR EKSPONERING</i>	<i>22</i>
<i>SUBMANUAL C: STIMULUS EKSPONERING</i>	<i>24</i>
<i>SUBMANUAL D: REDUCERING AF KOMPULSIV SØRGEADFÆRD</i>	<i>26</i>
SESSION 6 TIL 10: Kognitiv terapi	28
<i>SESSION 6</i>	<i>31</i>
<i>SESSION 7</i>	<i>35</i>
<i>SESSION 8</i>	<i>39</i>
<i>SESSION 9</i>	<i>42</i>
<i>SESSION 10</i>	<i>45</i>
SESSION 11	48
SESSION 12	52
Referenceliste	55
Relevant litteratur	55
Appendiks A	58
Appendiks B	61
Appendiks C	62
Appendiks D	64
Appendiks E	68
Appendiks F	71
Bilag – skemaer og øvelser	73

Introduktion til KATsorg i individuelt format

Kære Læser,

Denne manual er beregnet til individuel behandling af forlænget sorglidelse (på engelsk 'Prolonged Grief Disorder') og andre former for komplicerede sorgreaktioner, det vil sige psykiske lidelser der opstår efter et tab, og som af den efterladte knyttes til tabet. Forlænget sorglidelse og tabsrelateret depression eller PTSD er de mest hyppige former for komplicerede sorgreaktioner og der er ofte stor grad af samtidighed af disse lidelser (Komischke-Konnerup et al., 2021). Kognitiv adfærdsterapi har vist sig at have god effekt på forlænget sorglidelse (Boelen et al., 2007), men også på andre former for komplicerede sorgreaktioner (Komischke-Konnerup et al., 2024).

Der skal screenes for symptomer for forlænget sorglidelse og gerne også depression og PTSD før og gerne efter et KATsorg forløb. I udgangspunktet bør behandling kun tilbydes efterladte med klinisk relevante symptomer på en eller flere af disse lidelser. Der bør være gået en tid siden tabet – i udgangspunktet mindst seks måneder, men opstart ved tre-fire måneder efter tabet er også muligt hvis det vurderes klinisk relevant. På engelsk kan The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+) anvendes (Lenferink et al., 2022). På dansk anbefales Aarhus PGDskala anvendes til screening for forlænget sorglidelse (O'Connor et al., 2023). A-PGDs er gratis tilgængelig i kort eller lang form på

<https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/enhed-for-sorgforskning/ressourcer-til-professionelle/spoergeskemaer-og-interviews>

Relevant uddannelse, et dybdegående kendskab til, klinisk erfaring med kognitiv adfærdsterapi samt klinisk erfaring med at arbejde med mennesker i sorg er en forudsætning for at anvende denne manual. Uanset erfaringsniveau anbefales det kraftigt at modtage løbende supervision fra en supervisor med erfaring med KATsorg samt at sørge for muligheden for kollegial sparring i dagligdagen.

Forløbet i denne manual foregår over 12 sessioner af ca. 50 minutters varighed. Alle potentielle klienter starter med en individuel forsamtale hvor der screenes for tilstedeværelse og omfang af symptomer på de forskellige former for komplicerede sorgreaktioner (FSL, tabsrelateret depression, PTSD, evt. angst) samt introduceres til behandlingsforløbet. (se nedenfor)

Problemstillinger, der kan blive adresseret i forsamtalen er:

I hvilken grad føler klienten sig i stand til at konfrontere tabets realitet og tillade tilstedeværelsen af medfølgende tristhed og smerte?

Har klienten problemer med at genvinde tiltroen til sig selv, til andre mennesker i det omkringliggende miljø, livet eller fremtiden?

Er klienten i stand til at engagere sig i hjælpsomme og potentielt behagelige aktiviteter, som kan hjælpe ham/hende med at tilpasse sig den nye situation uden den, han/hun har mistet?

Herudover bliver behandlingsindholdet forklaret og sat i forbindelse med de tre centrale opgaver i KATsorg:

At konfrontere tabet og den medfølgende smerte

At genvinde tiltro til sig selv, andre, livet og fremtiden

At engagere sig i hjælpsomme aktiviteter, der fremmer tilpasning til den nye livssituation

Med ordet 'opgaver' (eng. Tasks) menes der det stykke psykologiske arbejde, som den efterladte gør i terapien for at håndtere sorgen. Der er derved tale om løbende opgaver, som den efterladte gentagende gange skal forholde sig til og arbejde med i forløbet (Boelen et al., 2006; Boelen & Eisma, 2022). Disse opgaver kan også ses som måder at være i sorgen på, som adaptivt fremmer tilpasningen til den nye hverdag uden afdøde.

Nedenfor er et forslag til, hvordan de tre opgaver kan præsenteres. Der vil manualen igennem være forslag til hvordan de forskellige elementer i KATsorg kan præsenteres, men terapeuten er altid velkommen til, at bruge sine egne ord.

"I denne behandling vil vi forsøge at opnå dit behandlingsmål ved at arbejde med de tre opgaver, jeg lige har nævnt. I den første del af behandlingen (session 1-5) vil jeg hjælpe dig med at arbejde med opgave 1: At konfrontere tabet og den medfølgende smerte. Det gør vi ved at bruge eksponering. Eksponering er et andet ord for "at være i kontakt med". Vi arbejder med den første opgave ved at hjælpe dig med at eksponere dig selv for realiteten og konsekvenserne af tabet samt følelserne forbundet med tabet. I session 6 til 10 arbejder vi med Opgave 2. Her bruger vi kognitiv terapi. Kognition er et andet ord for tanker. Vi arbejder med den anden opgave ved at bruge kognitiv terapi til at hjælpe dig med at opdage og ændre negative tanker om dig selv, andre, livet og fremtiden til mere positive og realistiske tanker. I den tredje del af behandlingen (session 11 og 12) vil vi arbejde med Opgave 3. Her vil vi udforske aktiviteter, som du plejede at engagere dig i før tabet skete, og undersøge hvilke aktiviteter du gradvist kan engagere dig i igen med henblik på at hjælpe dig med at tilpasse dig tabet og vende dig mere mod fremtiden".

Til hver af de tre hoveddele af terapien følger en generel introduktion til denne del. Derefter følger en vejledende dagsorden for hver enkel session. Terapeuten opfordres til at læse hele manualen grundigt før brug og siden genlæse generelle introduktioner og ofte genbesøge disse undervejs i terapien efter behov. Sidst i dokumentet forefindes appendiks med bilag og handouts. Disse læses også grundigt i starten og genbesøges efter behov.

Print manualen her ud inklusiv bilag og brug den direkte til styring af de enkelte sessioner og som opslagsværk undervejs. Det kan også være en god ide at tilføje egne noter og ideer løbende til sessionerne som du arbejder med manualen flere gange.

God fornøjelse med læsning og ikke mindst med arbejdet med klienter med komplicerede sorgreaktioner.

De bedste hilsener,

Paul A. Boelen og Maja O'Connor

Introduktion

Klienten er, hvis muligt, blevet bedt om at læse Appendiks A (At skulle tilpasse sig til tabet af en elsket: Tre opgaver) før den første session. Alternativt gives Appendiks A i 1. session. Appendiks A indeholder information om den kognitive model, der danner rammen for behandlingen. Information om modellen er i fokus i begyndelsen af 1. session.

Problemstillinger, der kan blive adresseret, er:

- I. I hvilken grad føler klienten sig i stand til at konfrontere tabets realitet og tillade tilstedeværelsen af medfølgende tristhed og smerte?
- II. Har klienten problemer med at genvinde tiltroen til sig selv, til andre mennesker i det omkringliggende miljø, livet eller fremtiden?
- III. Er klienten i stand til at engagere sig i hjælpsomme og potentielt behagelige aktiviteter, som kan hjælpe ham/hende med at tilpasse sig den nye situation uden den, han/hun har mistet?

Herudover bliver behandlingens indhold forklaret og sat i forbindelse med de tre opgaver:

- I. At konfrontere tabet og den medfølgende smerte
- II. At genvinde tiltro til sig selv, andre, livet og fremtiden
- III. At engagere sig i hjælpsomme aktiviteter, der fremmer tilpasning til den nye livssituation

"I denne behandling vil vi forsøge at opnå dine behandlingsmål ved at arbejde med de tre opgaver, vi lige har nævnt. I den første del af behandlingen (session 1-5) vil vi hjælpe dig med at opnå Opgave I. At konfrontere tabet og den medfølgende smerte. Det gør vi ved at bruge eksponering. Eksponering er et andet ord for "at være i kontakt med". Vi arbejder med den første opgave ved at hjælpe dig med at eksponere dig selv for realiteten og konsekvenserne af tabet samt følelserne forbundet med tabet. I session 6 til 10 arbejder vi med Opgave II. Her bruger vi kognitiv terapi. Kognition er et andet ord for tanker. Vi arbejder med den anden opgave ved at bruge kognitiv terapi til at hjælpe dig med at ændre negative tanker om dig selv, andre, livet og fremtiden til mere positive tanker. I den tredje del af behandlingen (session 11 og 12) vil vi arbejde med Opgave III. Her vil vi udforske aktiviteter, som du plejede at engagere dig i før tabet skete, og undersøge hvilke aktiviteter du gradvist kunne engagere dig i igen med henblik på at hjælpe dig med at tilpasse dig til tabet og vende dig mod fremtiden".

SESSION 1 TIL 5: Eksponeringsterapi

Introduktion

Det underliggende princip i eksponeringsterapi er, at *undgåelse* er centralt i udviklingen og vedligeholdelsen af forskellige former for komplicerede sorgreaktioner. I de fleste tilfælde relaterer undgåelse sig til *realiteten af tabet* og *følelser associeret med tabet*. Mennesker med komplicerede sorgreaktioner ved rationelt godt, at tabet er sket og at separationen er definitiv, men de har en tendens til at undgå dette faktum samt den betydning det har for dem selv, deres liv og deres fremtid. Denne undgåelsesadfærd bliver ofte styrket af frygt: klienter er i mange tilfælde bange for de følelser, de oplever, når de konfronterer konsekvenserne, irreversibiliteten og tabets smerte. Klienter frygter ofte, at oplevelsen af disse følelser vil 'gøre dem vanvittige' eller at de vil 'miste kontrollen'.

Undgåelse af tabet kan manifestere sig i forskellige typer af adfærd. Det kan eksempelvis være ikke at besøge gravstedet, ikke at tale om den afdøde, aktivt undertrykke eller benægte bestemte tanker, følelser eller erindringer samt undgå bestemte eksterne eller interne stimuli, som påmindelser om tabet. På den anden side kan klienter også have en tilbøjelighed til at engagere sig i adfærd, som har til formål at bevare en stærk forbindelse til den afdøde. Det kan resultere i adfærd såsom at besøge gravstedet dagligt, tale om den afdøde som om han/hun stadig er i live, nægte at tale om fremtiden, kun tale om fortiden eller stoppe med aktiviteter, der ikke er associeret med den afdøde (arbejde, hobbyer, sociale relationer). Alle disse typer af adfærd kan have det samme mål, nemlig at afholde sig fra at konfrontere og bearbejde realiteten af det faktum at personen er død og borte for altid og den medfølgende smerte.

I eksponeringssessionerne bruges forskellige midler og opgaver til at reducere undgåelsen af tabet og til at hjælpe klienter med gradvist (men bestemt) at konfrontere det faktum, at den afdøde aldrig vil komme tilbage igen, samt reflektere over de konsekvenser, som dette har for klienterne selv, deres liv, og deres fremtid. Målet er, at klienterne lærer og erfarer, at de er i stand til at håndtere deres følelser associeret med tabet (uden at blive vanvittige eller miste kontrollen), og at konfrontationen med tabet hjælper dem med at integrere tabet i deres liv samt at rette deres syn mod fremtiden uden den afdøde. I forhold til den kognitive model fokuserer eksponering primært på Opgave 1: At konfrontere tabet og den medfølgende smerte.

Trin i eksponeringsbehandlingen

Eksponeringsbehandlingen består af fire trin:

Trin 1: Undersøg rationale bag eksponeringen

Behandlingens rationale er, at undgåelse er en almindelig og forståelig reaktion. Men når undgåelsen bliver vedvarende og drevet af frygt, så stopper bearbejdningen af tabet. Ved at anvende en systematisk tilgang fremmes en reduktion af klientens undgåelse.

Trin 2: Find frem til hvad klienten specifikt undgår

Efter at have forklaret behandlingsrationalet formulerer terapeuten og klienten hypoteser om hvilken type af stimuli, som særligt bliver undgået. Der skelnes mellem fire kategorier af undgåelsesstrategier:

1. **Undgåelse af tabets realitet:** I mange tilfælde har klienter en generel tendens til at undgå interne eller eksterne stimuli, der minder dem om det faktum, at separationen fra deres elskede er uigenkaldelig. De undertrykker følelser og tanker om tabet. Eksempelvis fordi de er bange for, hvad der vil ske, hvis de tillader disse – eller fordi de simpelthen finder det for smertefuldt at reflektere over, hvad tabet betyder for dem.
2. **Undgåelse af specifikke stimuli, situationer, objekter eller personer:** Nogle klienter frygter og undgår meget specifikke stimuli såsom bestemte billeder eller filmmateriale af den afdøde, musik (f.eks. fra begravelsen) eller steder (f.eks. stedet hvor den afdøde gik bort). Denne undgåelse ligner fobisk undgåelsesadfærd (som ses ved simpel fobi eller social forbi).
3. **Undgåelse af erindringer:** Det sker, at efterladte undgår eller undertrykker deres erindringer eller billeder af bestemte tabsrelaterede begivenheder. Når en elsket for eksempel dør på grund af et trafikuheld, er der ofte forskellige former for smertefulde erindringer, som mennesker helst ikke vil tænke over. Dog kan det også være erindringer, som er meget triste eller smertefulde, der bliver gemt væk. Eksempelvis vil nogle mennesker helst ikke tænke på begravelsen/bisættelsen, fordi de vil opleve intense følelser af tristhed.
4. **Kompulsiv nærhedssøgning:** Det kan også være tilfældet, at den efterladte forsøger at bevare forbindelsen til den afdøde, som om intet var forandret, bruger overdreven meget tid på at forstille sig samvær med den afdøde eller engagerer sig i andre aktiviteter, som holder mindet om den afdøde i live. Denne adfærd kan være et udtryk for undgåelse af tabets realitet og smerte.

Trin 3: Udvælg specifikke eksponeringsinterventioner

Forskellige typer af interventioner kan blive brugt til gradvist at eksponere klienter for tanker, erindringer eller følelser, som er forbundet med tabets uigenkaldelighed. Nedenfor er der eksempler herpå.

1. Undgåelse af tabets realitet.

Intervention: Generel eksponering: Ved generel eksponering bruger terapeuten forskellige hjælpemidler til at fremme klientens erkendelse af, hvad det betyder, at tabet er uigenkaldeligt. Forskellige hjælpemidler kan blive brugt: tale om den afdøde (bruge hans/hendes navn og ved relevante steder bruge ord "... da Peter døde" eller "... at Peter er død"), mindes gamle dage, se på billeder, lytte til musik, tage ting med som er forbundet med den afdøde (f.eks. tøj), snakke med andre om den afdøde og tabet.

2. Undgåelse af specifikke situationer, objekter eller personer.

Intervention: Stimulieksponering: I stimuli eksponering bliver klienten hjulpet til gradvist at konfrontere stimuli, der frygtes (ligesom ved adfærdsbehandling af simpel forbi). Formålet med denne intervention er at vise klienterne, at de er i stand til at konfrontere det, de frygter, og at de intense følelser som kan opleves, når de konfronterer den frygtede stimulus, altid falder automatisk pga. habituation (en læringsform, hvor en instinktiv respons til en stimulus falder efter gentaget eller forlænget visning af denne stimulus).

3. Undgåelse af erindringer.

Intervention: Imaginær eksponering: I imaginær eksponering bliver klienten gentagne gange bedt om at genkalde erindringer (eller konstruere billeder) af specifikke situationer (f.eks. omstændigheder der har forårsaget dødsfaldet). Klienten skal forestille sig, at han/hun gennemlever disse øjeblikke og beskrive hvad han/hun opfatter, tænker, føler osv. Proceduren minder om "prolonged imaginal exposure", som bliver anvendt i behandlingen af posttraumatisk stress (PTSD).

4. Kompulsiv nærhedssøgning.

Intervention: Mindske den 'kompulsive sørgeadfærd': I denne intervention bliver klienter hjulpet til, på den ene side at mindske den tid de bruger på aktiviteter, som bliver udført for at bevare nærhed til den afdøde, og på den anden side at fremme aktiviteter, som ikke er relateret til tabet.

Trin 4: Opmærksomhedspunkter ved anvendelse af eksponeringsinterventionerne

Under selve eksponeringen bør terapeuten være opmærksom på flere punkter:

Forklar rationalet bag eksponeringen gentagne gange: Da eksponering kan fremme stærke følelser og klienterne bliver opfordret til at konfrontere stimuli, de helst vil undgå, er det hjælpsomt at være klar omkring rationalitet samt gentage det i løbet af behandlingssessionerne:

"Jeg ved, at det ikke er nemt at fokusere på tabets smertefulde realitet og føle smerten. Men som jeg tidligere nævnte, er det vigtigt for integrationen og bearbejdningen af tabet, at du gradvist fokuserer på, hvad tabet betyder for dig, og hvordan det føles, at din elskede aldrig kommer tilbage. Ved at gøre dette trin for trin vil det hjælpe dig".

Brug principper fra kognitiv adfærdsterapi under eksponeringen: Eksponering kan udtænkes som et adfærdseksperiment, hvor ængstelige kognitioner om konsekvenserne ved at konfrontere en bestemt stimulus bliver testet. Det er hjælpsomt at gøre disse kognitioner eksplicitte før den faktiske eksponering:

"Du er bange for at tage tilbage til det sted, hvor din mand døde. Kan du fortælle mig, hvad du forestiller dig, at der vil ske mere præcist, hvis du gik derhen? Hvad forventer du, at der vil komme til at ske?"

Det kan også være vigtigt at vende tilbage til disse kognitioner efter eksponeringen:

"Før frygtede du, at det ville fremme ekstremt smertefulde og ubærlige tanker og følelser, hvis du tog tilbage til det sted, hvor din mand døde. Nu har du været der, hvad har du lært? Skete der det, du frygtede?"

Giv klienten kontrol: Forklar klienterne, at de altid kan give et tegn, hvis de føler, at terapeuten bliver for konfronterende eller føler, at niveauet af stress bliver for højt.

"Jeg ved, at det at fokusere på tabet kan være meget smertefuldt. Men jeg vil selvfølgelig ikke forårsage dig for meget lidelse eller ubehag, og du skal aldrig føle dig forpint. Derfor har jeg tillid til, at du vil fortælle mig, hvis du føler, at jeg er for konfronterende eller hvis du ikke bryder dig om, at vi bliver ved med at fokusere på et bestemt emne".

TIP! Brug et stresstermometer (**SKEMA 1**, s. 74), som kan give klienten en fornemmelse af kontrol. Bed klienten om at indikere hans/hendes stressniveau på en skala fra 0-10 og gentag det med få minutters mellemrum. Gå et skridt tilbage hvis klienten oplever et for højt stressniveau (f.eks. 7 eller 8).

Skab en atmosfære af tryghed: Terapeuten er der for at støtte klienten og skabe et trygt miljø, hvor alt kan blive følt, sagt og delt. Til det formål bør terapeuten hele tiden have en empatisk og sensitiv indstilling, og konstant holde øje med klientens responser og engagement for at sikre, at de interventioner som han/hun bruger, ikke er for svære, udmattende eller barske. Hvis behandlingen forekommer for tung, hvis klienten ikke længere kan forstå vigtigheden af behandlingen, eller hvis klienten tænker på at stoppe behandlingen, bør terapeuten gå et skridt tilbage (f.ekved at tage fat på et mindre 'farligt' emne).

Vær opmærksom på den terapeutiske alliance: I tilfælde hvor den terapeutiske alliance ikke er fuldt etableret, kan det være, at klienten ikke har lyst til at gøre de ting, han/hun frygter. Derfor er det meget vigtigt, at terapeuten er opmærksom på den terapeutiske alliance. Så snart det er tydeligt, at klienten ikke er motiveret, aflyser møder eller nægter at udføre opgaver, skal dette italesættes og drøftes eksplicit. En del af den terapeutiske opgave inkluderer at spørge klienten, om der er noget, som *terapeuten* kan gøre anderledes eller bedre for at holde klienten mere engageret eller motiveret i terapien.

Opfordre klienten til at lave sit hjemmearbejde: Under bliver det gentagende gange understreget, at eksponeringsbehandling kræver, at klienten deltager aktivt. Meget af arbejdet bliver udført under sessionen med terapeuten, men det meste af arbejdet bliver gjort af klienterne selv mellem sessionerne.

TIP! Diskuter altid terapirelaterede problemer med dit team og supervisor.

SESSION 1

Psykoedukation om sorgreaktioner

Refleksion over psykoedukation om den kognitive model for forlænget sorglidelse

Introduktion til eksponering

Finde frem til hvad klienten undgår

Forklar behandlingsforløbet

Sorg og sorgreaktioner.

Til psykoedukation om sorg bruges toprocesmodellen som forklaringsmodel (se Appendiks B).

Terapeuten har en kopi af modellen på bordet foran sig eller tegner den på tavlen.



Toprosesmodellen oversat fra Stroebe og Schut, 2001

"Sorg er en naturlig menneskelig reaktion på det at miste en elsket person. Sorg kan siges at indebære to sæt af udfordringer. På den ene side drejer det sig om konfrontation med sorgen og at vænne sig til, at den man har mistet, er væk for altid, og på den anden side drejer det sig om at finde ud af, hvordan man nu skal leve sit liv uden sin elskede som en levende sparringspartner".

I den tabsorienterede proces forholder man sig til: "hvad sker der inde i mig, når jeg tænker på den, jeg har mistet". Man finder en måde at få skabt et bånd til den afdøde, der passer til, at han eller hun er død, og ikke længere er et levende menneske men et minde. I den tabsorienterede proces er man ofte i tæt kontakt med sorgens følelser, og det kan være opslidende i længden.

I den reetablerende proces forholder man sig til de ændringer og udfordringer i ens liv, som tabet har bevirket. Det kan være at tage sig af opgaver, som den afdøde før tog sig af (f.eks. regnskab, madlavning, olieskift på bilen osv.) eller at håndtere forandringer, der er en direkte konsekvens af tabet (f.eks. en ny økonomisk situation, hussalg, at bo alene). Det kan også være at gøre nye ting, man måske altid har drømt om eller tilegne sig nye roller.

Det kan være hårdt at tage sig af disse udfordringer, men det kan også give en tiltrængt pause fra sorgens følelser.

Tilpasning til tabet sker gennem en **vekselvirkning** mellem de to processer. Nogle gange er man overvældet af sorgen, nogle gange er man fuldt optaget af at klare livet og dagligdagen uden den, man har mistet. Man bestemmer sjældent selv, hvornår man er i hvilken proces.

Vekselvirkningen mellem de to processer er en slags "doseringsmekanisme", der gør, at man lidt efter lidt, og i passende portioner, kan komme overens med betydningen af det tab, man har lidt, så tabet efterhånden bliver en del af ens historie, og den person man nu er.

Komplicerede sorgreaktioner

Nogle gange bliver sorgprocessen fastlåst på en måde, der giver lidelse og står i vejen for, at man kan leve et tilfredsstillende liv. Det er den slags sorgreaktioner, vi arbejder med her. Der er 3 forskellige måder sorgen typisk kan være fastlåst på. De er beskrevet i Appendiks A.

Refleksion over psykoedukation om den kognitive model

Før den første session er klienten blevet bedt om at læse Appendiks A (At skulle tilpasse sig til tabet af en elsket: Tre opgaver), som inkluderer information om den kognitive model, der danner rammen for behandlingen. I begyndelsen af denne session er der fokus på denne model.

Problemstillinger, der kan blive adresseret, er:

- I. I hvilken grad føler klienten sig i stand til at konfrontere tabets realitet og tillade tilstedeværelsen af den medfølgende tristhed og smerte?
- II. Har klienten problemer med at genvinde en tiltro til sig selv, til andre mennesker i det omkringliggende miljø, livet eller fremtiden?
- III. Er klienten i stand til at engagere sig i hjælpsomme og potentielt behagelige aktiviteter, som kan hjælpe ham/hende med at tilpasse sig den nye situation uden den, han/hun har mistet?

Herudover bliver behandlingens indhold forklaret og sat i forbindelse med disse opgaver. En del af dette er muligvis allerede blevet gennemgået i en forsamtale. I så fald kan man resumere kort igen. Hvis ikke der har været en forsamtale gennemgået nedenstående med klienten og Appendiks A udleveres og læses til næste session:

"I denne behandling vil vi forsøge at opnå dine behandlingsmål ved at arbejde med de tre opgaver, som vi lige har nævnt. I den første del af behandlingen (session 1-5) vil vi hjælpe dig med at opnå Opgave I. Det gør vi ved at bruge eksponering. Eksponering er et andet ord for "at være i kontakt med". Vi arbejder med Opgave I ved at hjælpe dig med at eksponere dig selv for realiteten og konsekvenserne af tabet, samt følelserne forbundet med tabet. I session 6 til 10 arbejder vi med Opgave II. Her bruger vi kognitiv terapi. Kognition er et andet ord for tanker. Vi arbejder med Opgave II ved at bruge kognitiv terapi til at hjælpe dig med at ændre negative tanker om dig selv, andre, livet og fremtiden til mere positive tanker. I den tredje del af behandlingen (session 11 og 12) vil vi arbejde med Opgave III. Her vil vi udforske aktiviteter, som du plejede at engagere dig i før tabet skete, og undersøge hvilke aktiviteter du gradvist kunne engagere dig i igen med henblik på at hjælpe dig med at tilpasse dig til tabet og vende dig mod fremtiden".

Introduktion til eksponering

Eksponering kan blive introduceret således:

"I processen med at finde sig til rette med tabet er det meget vigtigt at konfrontere tabets realitet og den medfølgende smerte. Med andre ord: det er vigtigt, at man mentalt og følelsesmæssigt accepterer, at tabet er sket. Dette er centralt for Opgave I af de tre opgaver i den kognitive model. Men det sker, at man har svært ved dette, og derfor undgår man at vedkende sig følelser og tanker om tabet.

Dette er forståeligt. Følelser knyttet til et tab kan være så intense, at man bliver bange for følelserne. Konsekvenserne af et tab kan også være så smertefulde, at man helst ikke vil tænke på disse. Selvom sådanne undgåelsesreaktioner er forståelige, kan undgåelsen blive mere og mere

voldsom, og man kan blive mere og mere ængstelig i forhold til at konfrontere tabet og tillade tilstedeværelsen af følelser knyttet til tabet. Det kan resultere i, at bearbejdningen går i stå, hvilket kan føre til, at tabets smerte bliver ved med at være meget lidelsesfuld, og forstyrrende for at man kan fungere tilfredsstillende i forskellige dele af sit liv.

I de næste par sessioner skal vi undersøge i hvilken grad, du har en tilbøjelighed til at undgå tanker, følelser og minder knyttet til tabet af X. Herefter vil vi hjælpe dig med at konfrontere tabets realitet og reflektere over, hvad tabet betyder for dig. Herudover vil vi reflektere over følelserne knyttet til denne realitet. Alt dette gør vi for at hjælpe dig med at tilpasse dig til tabet og, i forhold til den kognitive model, for at opnå den første sorgopgave. Giver denne forklaring mening for dig?"

Find frem til hvad klienten undgår

Som det næste skal terapeuten og klienten forsøge at finde frem til undgåelsesadfærd og undgåelsesstrategier, som klienten benytter:

"Mennesker, som oplever komplicerede sorgreaktioner, undgår forskellige ting. **For det første** kan de undertrykke følelser og tanker om tabet, eksempelvis fordi de er bange for, hvad der vil ske, hvis de tillod tilstedeværelsen af disse tanker og følelser – eller fordi de simpelthen finder det for smertefuldt at tænke på og reflektere over, hvad tabet betyder for dem. **For det andet** kan nogle mennesker også undgå specifikke steder, såsom afdødes grav, eller ting, såsom fotografier af den afdøde. **For det tredje** kan nogle mennesker undertrykke minder eller billeder af bestemte begivenheder. For eksempel vil nogle mennesker helst ikke tænke på begravelsen/bisættelsen, fordi de vil opleve intense følelser af tristhed. Efter et traumatisk tab, dvs. tab forårsaget af ulykker, kan nogle mennesker undgå erindringer forbundet med de traumatiske omstændigheder ved tabet. **For det fjerde** kan nogle mennesker også blive så involveret i tabet, at de forsøger at bevare en nærhed til den afdøde. Eksempelvis besøger nogle mennesker graven hver dag, fordi de ikke tør at have afstand til den afdøde".

"I hvilke dele af disse eksempler kan du genkende dig selv? Hvilke af disse eksempler passer bedst til dine problemer? Kan du genkende dig selv i noget af dette? Er der følelser, steder eller erindringer, som du undgår? Eller bliver du opmærksom på, at du har vanskeligheder med at fokusere på andet end den afdøde? Eller har du flere vanskeligheder med at udtrykke din tristhed eller konfrontere tabets realitet?"

Del hypoteser om undgåelsesadfærd

For det meste har terapeuten nogle idéer om, hvad klienten undgår, baseret på informationen fra det klienten har fortalt ind til nu. Han/hun kan præsentere disse til klienten.

"Jeg får indtrykket af, at du ikke undgår specifikke situationer eller tanker om X, men at du har specielt svært ved at konfrontere den faktiske realitet af dødsfaldet. Det faktum at separationen er evig og ikke kan ændres. Sandheden rammer dig igen, hver gang du tænker på det faktum, at din søn ikke længere er her. Er det sandt, at du kæmper med at acceptere realiteten af tabet?"

"Jeg får indtrykket af, at du er meget optaget af tabet. Du fortalte mig, at du finder det svært at give slip på X. Du tænker, at du dagligt bør besøge gravstedet. Du har også forklaret mig, at du føler, at du efterlader X, hvis du er mindre optaget af ham, og fortsætter med dit eget liv. Er dette sandt?"

"Jeg kan huske, at du fortalte mig, at begravelsen/bisættelsen var særlig ubehagelig, og at du helst ikke vil tænke på det. På samme tid fortæller du mig, at du føler skyld over begravelsen/bisættelsen, og at du har mareridt om det. Kan det passe, at du undgår disse erindringer?"

TIP! Som terapeut er det vigtigt, at du har hypoteser om, hvad klienten undgår, men vær forsigtig når du præsenterer dine idéer for klienten (f.eks. "Du må endelig rette mig, hvis jeg tager fejl, men jeg får indtrykket af, at du har særligt svært ved at tænke på, hvad din søn oplevede i de sidste øjeblikke af hans liv, efter han blev ramt af ulykken. Det virker som om, du forsøger at undgå disse tanker og billeder. Er det sandt?")

Baseret på denne dialog skaber terapeuten og klienten en kort oversigt over, hvad klienten forsøger at undgå. Terapeuten skriver dette ned på tavlen. Undgåelsesadfærden bliver kategoriseret i fire typer:

1. Undgåelse af tabets realitet
2. Undgåelse af specifikke situationer, ting og mennesker
3. Undgåelse af billeder og erindringer af tabsrelaterede omstændigheder
4. Kompulsiv nærhedssøgning

Forklar behandlingsforløbet

"Vi har fundet ud af, at det er svært for dig at konfrontere forskellige former for stimuli, som er forbundet med tabet. Som et resultat af dette har det været svært at konfrontere tabet og den medfølgende smerte og at begynde at tilpasse dig til at leve med tabet. I de følgende 4 eller 5 sessioner vil vi adressere og fokusere på følelserne (tanker, steder, erindringer), som du helst vil undgå. Det kan være, du tænker, at dette er skræmmende, men vi gør det trin for trin. Vi vil altid stoppe, hvis du føler, at det bliver for stressende eller ubehageligt. Ved at gøre dette vil du opleve tre ting.

For det første vil du opleve, at du er i stand til at håndtere følelserne (tankerne, stederne, erindringer), som er forbundet med tabet. Du tænker sikkert nu, at du ikke er i stand til at håndtere smerten, når du tænker tilbage på den ulykke, som tog din søns liv (eller: smerte forbundet med det faktum, at du aldrig vil se din mand igen), men jeg forudser, at du vil opleve, at du godt kan håndtere dine følelser.

For det andet vil du gradvist opleve, at det at tale om de mest smertefulde aspekter af tabet vil lindre din smerte. Det lyder måske underligt, men i nogen grad vil du faktisk vænne dig til smerten. For det tredje vil det at fokusere på detaljer af tabet, og hvad tabet betyder for dig, hjælpe dig med at tænke på de trin, du kan tage for at integrere tabet i dit liv, at lave nye planer for fremtiden og gå i gang med alle mulige former for arbejdsrelaterede og sociale aktiviteter, som var meningsfulde og gav dig glæde før tabet".

Hjemmearbejde

Klienten bliver instrueret i at udfylde **SKEMA 2** (Ting jeg helst vil undgå) til næste session. Alternativt kan klienten udarbejde en tidslinje (**SKEMA 3**) for at danne sig et overblik over, hvilke tanker, følelser og handlinger der er relevante at arbejde med i terapien.

SESSION 2

Beslut hvilken undgåelsesreaktioner, der først skal adresseres

Vælg eksponeringsteknikker

Start eksponeringen

Gør oversigten over klientens undgåelsesadfærd færdig

Baseret på klientens hjemmearbejde (**SKEMA 2** eller **SKEMA 3**) udarbejder terapeuten og klienten igen en oversigt over, hvad klienten undgår. Terapeuten skriver dette ned på en tavle. Terapeuten bør forsøge at gøre det, der undgås, så specifikt som muligt i det nedskrevne. Dette vil gøre det lettere at udføre den faktiske eksponering senere i behandlingen. Det er også vigtigt, at undgåelsesadfærden bliver kategoriseret i de fire undgåelsesstrategier, som er blevet nævnt tidligere (1. Undgåelse af tabets realitet, 2. Undgåelse af specifikke situationer, ting og mennesker, 3. Undgåelse af billeder og erindringer af tabsrelaterede omstændigheder og 4. Kompulsiv nærhedssøgning).

Alt afhængigt af problemerne kan denne oversigt være mere eller mindre omfattende. Ved klienter, hvor de to vigtigste problemstillinger er 'oplever tvivl' og/eller 'har svært ved at acceptere tabet', kunne oversigten se således ud:

Ting som jeg helst vil undgå

Acceptere og udtrykke min tristhed

Forstå at den afdøde aldrig kommer tilbage igen

Ved klienter som undgår mange ting, kunne oversigten være mere omfattende:

Ting som jeg helst vil undgå

Gravstedet

Erindringer fra begravelsen/bisættelsen

Acceptere og udtrykke min tristhed

Se på billeder af den afdøde

Beslut hvilke undgåelsesreaktioner, der først skal adresseres

Som det næste bliver det besluttet, hvilken rækkefølge undgåelsesreaktionerne skal adresseres, og hvilken der skal adresseres først.

"Vi har fundet ud af, at der er flere ting, du undgår (nævn disse kort). Vi vil fokusere på disse ting, men først skal vi vælge, hvilken rækkefølge vi skal gøre det i. Vil du først fokusere på undgåelse af gravstedet eller undgåelse af bestemte minder?"

Hvis klienten ikke er sikker på rækkefølgen, forsøger terapeuten at finde ud af, hvilke stimuli klienten føler sig tilstrækkelig komfortabel med at adressere på dette stadie, og hvilke der er for stressende på nuværende tidspunkt.

"Lad os starten med at finde ud af, hvad der er det sværeste for dig. Hvad er stadigvæk for skræmmende for dig? Og hvilke dele af din undgåelse vil være okay at arbejde med på nuværende tidspunkt?"

Terapeuten opsummerer rækkefølgen for arbejdet med undgåelsesreaktionerne for de næste par sessioner:

"Opsummerende vil vi først arbejde med undgåelse af graven og herefter arbejde med undgåelse af erindringer om begravelsen/bisættelsen".

Vælg eksponeringsform

Terapeuten kan vælge én ud af fire eksponeringsformer til at arbejde med klientens undgåelse.

Klientens dominerende undgåelse?	Eksponeringsform?	Submanual
Undgåelse af tabets realitet	Eksponering for tabets realitet	A (s. 17)
Undgåelse af erindringer	Imaginær eksponering	B (s. 22)
Undgåelse af specifikke situationer, ting og mennesker	Stimulus eksponering	C (s. 24)
Kompulsiv nærhedssøgning	Reducere 'kompulsiv sørgedfærd'	D (s. 26)

Brug stressbarometeret regelmæssigt gennem hver session (**SKEMA 1**).

Hver af disse fire former bliver forklaret i en submanual (Submanual A, B, C og D nedenfor). I denne anden session begynder terapeuten allerede med én af disse submanualer.

TIP! Hvis klienten har svært ved at konfrontere tabet generelt, uden at undgå specifikke steder, ting eller erindringer, skal Submanual A (generel eksponering) bruges.

TIP! Diskuter i supervision og teammøder, hvis du ikke er sikker på hvilken eksponeringsbehandling, du skal vælge.

SESSION 3, 4 og 5

Drøft hjemmearbejdet fra sidste session
 Udfør en eksponeringsøvelse i sessionen
 Forklar den nye hjemmearbejdsopgave

I session 3, 4 og 5 vil en af de fire submanualer (beskrevet nedenfor) blive anvendt. Hver af disse sessioner har nogenlunde den samme struktur med følgende indhold:

Drøft hjemmearbejdet fra sidste session

Hver session starter med at drøfte hjemmearbejdet. Klienten bliver rost/anerkendt for sine anstrengelser. Det bliver også drøftet, hvis klienten kun udførte lidt af hjemmearbejdet eller slet ikke udførte noget.

TIP! Vær opmærksom på at terapien ikke er for pinefuld for klienten. Gå et skridt tilbage hvis klienten ikke kan klare at udføre hjemmearbejdet, eller hvis det ser ud til, at klientens tilstand forværres. Opfordre klienten til at få støtte fra sit sociale miljø.

Udfør en eksponeringsøvelse i sessionen

Submanual A, B, C eller D bliver anvendt i 20-30 minutter til at udføre eksponering. Dette gøres i hver session. I disse sessioner forsøger terapeuten at sikre sig en glidende overgang mellem de forskellige former for eksponering (beskrevet i submanualerne). Dette kan let gøres, fordi alle fire former for eksponering fokuserer på de samme mål:

- (i) At hjælpe og opfordre klienten til at konfrontere tabets realitet.
- (ii) At reducere uhjælpssom undgåelsesadfærd.
- (iii) At støtte klienten i at udtrykke følelser forbundet med tabet.
- (iv) At reducere graden af lidelse, som klienten oplever, når han/hun i detaljer tænker på konsekvenserne af tabet og det faktum at tabet er permanent og uigenkaldeligt.

Forklar den nye hjemmearbejdsopgave

Alle eksponeringsinterventioner indeholder hjemmearbejdsopgaver. En generel retningslinje er, at klienterne forventes at bruge 4 timer hver uge (maksimalt 30 minutter ad gangen) på deres hjemmearbejde.

TIP! Det er vigtigt at gentage de tre opgaver i adaptiv sorg fra tid til anden, samt understrege at disse første sessioner fokuserer på at opnå Opgave I. Det, at sætte eksponering i sammenhæng med den kognitive model, kan motivere klienten til at tage de nødvendige skridt i at konfrontere, reflektere og arbejde sig igennem tabets realitet og den medfølgende smerte.

SUBMANUAL A: EKSPONERING FOR TABETS REALITET

Målet med denne eksponering er at se det faktum i øjnene, at tabet er irreversibelt, at fokusere på konsekvenserne af denne realitet og at arbejde med de følelser, som er forbundet med denne erkendelse. Det klienter frygter mest, er ofte, at de ikke kan bære smerten forbundet med tabets realitet. Derfor er et yderligere mål med eksponeringen for tabets realitet, at klienterne oplever, at de kan bære smerten bedre, end hvad de forventede, samt at konfronteringen med tabets realitet og smerte faktisk kan give en lettelse.

Forklaring

"Det at tænke over tabets smertefulde realitet, og de følelser og tanker som er forbundet med tabets realitet, er måske noget af det sværeste i en sorgproces. Det er ikke mærkeligt, at du helst vil undgå dette. I de følgende sessioner vil vi gradvist bringe dig i kontakt med det, som du helst vil undgå, nemlig at reflektere over irreversibiliteten af dit tab og hvad det betyder for dig, dit liv og din fremtid. Vi vil også arbejde med følelser associeret med tabet. På dette tidspunkt kan det måske virke skræmmende at snakke om, hvad tabet i virkeligheden betyder, og at vedkende sig og udtrykke de følelser som er forbundet med denne virkelighed. Men du vil opleve, at det er mindre skræmmende, end du frygter. Det er muligvis ikke let at reflektere i detaljer over, hvad tabet betyder for dit nutidige liv og din fremtid, og at se den medfølgende smerte i øjnene. Til sidst vil du dog finde ud af, at du får mere og mere kontrol over dine tanker, følelser og erindringer. Du vil også finde ud af, at du vil være i stand til at bearbejde dine følelser af sorg bedre, hvis du arbejder med dem i stedet for at undgå dem."

TIP! Denne protokol refererer til "den afdøde" eller "X". I stedet for at bruge dette ord bruger terapeuten navnet på den afdøde. Terapeuten konfronterer herved klienten med tabets realitet gennem de ord, der anvendes.

Under eksponeringen

Terapeuten bruger følgende teknikker til at fremme eksponering for tabets realitet:

1. Zoom ind på omstændighederne ved tabet
2. Genfortælling af det sidste øjeblik med den afdøde
3. Tal om det, der savnes allermest
4. Arbejde med genstande og fotografier
5. Fokuser på fremtiden og det, der vil blive savnet

1. Zoom ind på omstændighederne ved tabet

'Zoom ind på omstændighederne ved tabet' er et virksomt redskab til at konfrontere følelser og tanker, der bliver undgået.

"Du har allerede fortalt mig flere ting om, da X døde. Men kan du fortælle mig igen, hvad der skete? Hvad skete der dagene inden hans død? Hvordan (på hvilke tidspunkt, på hvilken dag) døde han præcist? Hvordan fik du det at vide? Hvad skete der efterfølgende?"

Mens terapeuten lytter, forsøger han/hun at finde ud af, hvad de mest smertefulde elementer af X's død eller omstændigheder omkring dødsfaldet er. Det vil sige de elementer, som er mest

betydningsfulde og fremmer de mest intense følelser. Terapeuten bør formulere en hypotese om disse smertefulde elementer, tjekke disse hypoteser med klienten og sikre sig, at han/hun konfronterer klienten med disse elementer.

"Du fortalte mig, at du ikke nåede at ankomme til hospitalet, da X lå der, og at du ikke var der, da han døde. Det lyder til at være det mest smertefulde element af din historie. Har jeg ret i det? Kan du fortælle mig mere om "at ankomme for sent på hospitalet"? Hvordan hørte du, at han var død? Hvad følte du i det øjeblik? Hvordan har du det med dét nu?"

Klienter har ofte en tilbøjelighed til at undgå specifikke følelser forbundet med omstændighederne af tabet (tristhed, vrede, angst, følelser af skyld etc.) Det er vigtigt, at terapeuten forsøger at afklare disse specifikke følelser og opfordre klienten til at reflektere over disse:

"For mig ser det ud til, at du bliver vred, når du tænker på dagene efter dødsfaldet. Er det rigtigt observeret? Fortæl mig mere om det, mens du forsøger at holde fast i vreden."

Terapeuten fokuserer og responderer på klientens (non-verbale) følelsesmæssige reaktioner:

"Jeg lægger mærke til, at du pludselig bliver meget ked af det. Hvad er det, der gør dig ked af det? Forsøg at holde fast i tristheden."

TIP! Som terapeut er det vigtigt at formulere hypoteser om de mest smertefulde aspekter af tabet, som er de aspekter, der er mest betydningsfulde og fremmer de mest intense følelser. Det er disse aspekter, som terapeuten (gradvist) bør konfrontere klienten med.

2. Tal om det sidste øjeblik med den afdøde

Erindringer om øjeblikke omkring dødsfaldet kan være særligt følelsesmæssige og konfronterende:

"Tænk tilbage på det øjeblik, hvor du sidst talte med (den afdøde)... Beskriv hvordan det var... Hvad føler du, når du tænker tilbage på det øjeblik?"

TIP! Læs manualen for 'Imaginær Eksponering' i submanual B (s. 22) for inspiration til, når man genkalder erindringer

Terapeuten bør også spørge ind til erindringer, som er forbundet med smertefulde følelser eller tanker:

"Du fortalte mig, at du savner at snakke med hende. Kan du beskrive den sidste gang, hvor du snakkede med hende? Hvordan føles det, at du ikke kan snakke med hende igen?"

"Det, at du havde disse konflikter dagene inden din mand døde, plager dig stadig. På samme tid er det svært at tænke tilbage på de øjeblikke. Kan du beskrive et konkret eksempel på en konflikt, du havde i de sidste dage af hans liv?"

At genkalde erindringer inviterer klienten til at reflektere over de smertefulde aspekter af tabet. Ved at gøre dette vil klienten lære og erfare, at:

- (I) Han/hun ikke behøver at være bange for sine følelser.
- (II) Selvom følelserne og erindringer kan være smertefulde, kan klienten håndtere dem.
- (III) Han/hun kan have kontrol over sine følelser, i stedet for at følelserne kontrollerer ham/hende.

3. Tal om det der savnes allermest

At tale om hvad der savnes allermest, nu hvor ens elskede er død, er noget, som klienter generelt finder svært. Det er fordi, dette konfronterer dem mest kraftigt med irreversibiliteten af tabet og dets konsekvenser, men også fordi det vil fremme den mest intense længsel. At 'tale om det der savnes' er dog den mest vigtige og virkningsfulde komponent af eksponeringsbehandlingen.

At 'tale om det der savnes allermest' inkluderer to elementer:

- (A) Fremkalder positive tanker, følelser, og (milde, nænsomme, glædesfyldte) minder forbundet med specifikke kendetegn ved den afdøde person, meningsfulde hverdagsøjeblikke med ham/hende, og meningsfulde livsbegivenheder, som de har oplevet sammen.
- (B) Konfronterer det faktum, at han/hun aldrig bliver i stand til at nyde disse kendetegn eller hverdagsøjeblikke igen, og at han/hun aldrig bliver i stand til at dele det, de oplevede sammen, nu da X er død.

Eksempler med fokus på kendetegn ved den afdøde person:

"Vil du give en beskrivelse af X. Hvordan så han ud? Hvilket tøj plejede han at gå med? Hvad lavede han til daglig? Hvad elskede han? Hvad hadede han? Hvilke specifikke kendetegn havde han...?"

[Klienten får tid til at zoome ind; terapeuten stiller spørgsmål, der opfordrer klienten til at beskrive detaljer, særligt dem der virker til at være betydningsfulde og fremmer følelser af sorg.]

"Når du reflekterer over dette, kan du så fortælle mig, hvordan det føles at tænke på disse kendetegn ved din mand?"

"Når du tænker tilbage på dette, kan du så fortælle mig, hvordan det føles, når du bliver konfronteret med det faktum, at du aldrig kan opleve disse kendetegn igen?"

"Hvilke tidspunkter på dagen eller ugen savner du særligt disse kendetegn?"

Eksempler med fokus på hverdagsøjeblikke med den afdøde person:

"Kan du give mig nogle eksempler på typiske eller normale hverdagsøjeblikke, du delte med X? Hvad gjorde I, når I spiste sammen (hvad talte I typisk om, hvad spiste I, hvad kunne han/hun lide at spise?). Hvordan var det, når I gik en tur sammen? Du fortalte mig, at I ofte talte i telefon sammen. Hvordan foregik en almindelig samtale?"

[Klienten får tid til at zoome ind; terapeuten stiller spørgsmål, der opfordrer klienten til at beskrive detaljer på en måde, som giver terapeuten et klart billede af typiske, normale og alligevel betydningsfulde hverdagsøjeblikke. Terapeuten zoomer ind på de detaljer, der virker til at være betydningsfulde og fremmer følelser af sorg.]

"Og når du tænker på alt dette, hvad får det dig til at føle, når du kender det faktum, at du aldrig kan opleve disse nænsomme, glædesfyldte, typiske hverdagsøjeblikke igen?"

Eksempler med fokus på enestående kærlige øjeblikke med den afdøde person:

"Kan du give mig en beskrivelse af et typisk kærligt møde mellem dig og X? På hvilke måder udtrykte I kærlighed over for hinanden? Havde I specifikke ord, som kun I to forstod, eller bestemte vittigheder som I lavede sammen? Kan du give mig et eksempel på noget, et møde, eller en måde at skabe kontakt, som var helt specielt for jeres forhold? Beskriv gerne så mange detaljer som muligt."

[Klienten får tid til at zoome ind; terapeuten stiller spørgsmål, der opfordrer klienten til at beskrive detaljer, særligt dem der virker til at være betydningsfulde og fremmer følelser af længsel.]

"Og når du tænker på alt dette, hvad får det dig til at føle, når du erkender det faktum, at du aldrig kan opleve disse øjeblikke igen, disse øjeblikke som var helt særlige for det forhold, du havde til X?"

"Hvilke tidspunkter på dagen eller ugen savner du særligt disse kærlige øjeblikke?"

4. Arbejde med genstande og billeder

Mange klienter har bestemte genstande, som symboliserer deres forhold med den afdøde (f.eks. et stykke tøj, et brev, et smykke, musik eller billeder). Terapeuten spørger, hvorvidt klienten har sådanne symboler eller genstande, som han/hun enten undgår eller værner om:

"Mennesker som har mistet en elsket person, har ofte specifikke genstande, som har en speciel følelsesmæssig værdi for dem, og som symboliserer deres forhold til den afdøde. For nogle mennesker kan det være et billede og for andre kan det være et stykke tøj eller et bestemt stykke musik. Har du nogle objekter, musik eller billeder, som har en speciel følelsesmæssig værdi for dig?"

Terapeuten beder klienten om at tage genstanden (eller et stykke musik) med til næste session. De vil se på genstanden (eller høre musikken) og i detaljer drøfte, hvilken værdi det har for klienten og de følelser, som genstanden sætter gang i:

"Hvorfor har dette billede en særlig betydning for dig? Hvad minder billedet dig om? Hvilke følelser sættes i gang?"

Hvis klienten har svært ved at se på genstanden, opfordrer terapeuten klienten til at gøre det alligevel:

"Det er ikke let at se på billedet, fordi du ikke ved, hvad der vil ske. Forsøg at se på billedet og tillad de følelser som måtte komme frem."

TIP! Hvis klienten har meget svært ved at konfrontere billederne med det samme, kan det gøres gradvist. For det første kan man dække genstanden til og lade klienten bestemme den hastighed, hvormed genstanden kommer til syne. Flere tips om gradvis eksponering kan findes i submanual C om stimulus eksponering (s. 24).

Udover at undgå genstande kan nogle mennesker værne om kernesymboler. Hvis symbolet bliver værnet om, kan terapeuten spørge klienten om, hvordan det vil være at tage afstand til symbolet.

"Du har altid det bestemte billede af X i din lomme. Hvordan ville det være, hvis jeg spurgte, om du ville give billedet til mig resten af ugen? Hvad ville du tænkte om det? [...]. Hvad gør det, så svært for dig?"

"Du har altid det stykke tøj på, fordi det får dig til at føle, at du stadig er tæt på X. På samme tid ved du, at X er død og aldrig vil komme tilbage, og du ønsker at bearbejde dette. Forsøg at lægge det stykke tøj væk... Forsøg at gå et skridt væk fra det. Jeg ved, det er svært for dig, men hvis du vil videre i din sorgproces og igen komme til at trives i dit liv som det er nu, bliver du nødt til at acceptere, at X er død. Hun vil altid være med dig, men ikke på den samme måde som før..."

5. Fokuser på fremtiden og det der vil blive savnet

Ved klienter som har en særlig tilbøjelighed til at holde fast i fortiden, kan det at visualisere billeder af fremtiden være en virksom måde at sætte følelser i gang. Terapeuten beder klienten om at forstille sig, hvordan hans/hendes liv vil være i det næste halve år, og dvæle ved de øjeblikke hvor hun/han vil savne den afdøde allermest.

"Du må leve videre uden din mand. Det er ikke let... Hvilke tidspunkter vil du savne ham mest? Hvilke tidspunkter vil du blive konfronteret med det faktum, at han er død og aldrig kommer tilbage igen?"

"Det virker som om, at du føler stor angst, når du tænker på fremtiden uden X. Som om en katastrofe kunne ske når som helst, nu hvor du må leve videre uden X. Er dette rigtigt forstået? Kan du fortælle mig, hvad du er bange for?"

Hjemmearbejde: Afskedsbrev til den afdøde

Hjemmearbejdsopgaven er et løbende afskedsbrev til den afdøde. Klienten bliver instrueret til at arbejde på brevet i 30 minutter, mindst fire gange pr. uge. **SKEMA 4** (s. 78) kan bruges til inspiration for hjemmearbejdet.

"Jeg vil gerne bede dig om at bruge tid på at skrive et afskedsbrev til din afdøde partner. Mere præcist vil jeg bede dig om at bruge fire gange om ugen, hvor du bruger maksimalt 30 minutter til at skrive et brev til din partner. Det er vigtigt, at du adresserer de følgende emner i dit brev:

1. Hvordan går det, og hvordan har du det nu, hvor din partner er død?
2. Hvad er de vigtigste forandringer i din hverdag, fra før han/hun døde til nu?
3. I hvilke øjeblikke i de sidste par måneder har du savnet hende/ham?
4. I hvilke øjeblikke i din hverdag savner du ham/hende særligt?
5. Hvad vil du gerne sige til din elskede? Hvad vil du have, at han/hun aldrig glemmer?
6. Hvilke følelser og tanker kommer frem, når du tænker på det faktum, at du aldrig vil se, høre og føle hende/ham igen?

Du kan selv vælge hvilken rækkefølge, du adresserer spørgsmålene på, så længe du bruger noget tid på at reflektere over dem alle. Du skal ikke bekymre dig om stavning eller form. Hovedformålet med denne opgave er at reflektere over disse emner i maksimalt 30 minutter ad gangen. Det er ikke meningen, at det skal være perfekt skrevet, og jeg kommer ikke til at læse, hvad du skriver, medmindre du gerne vil have det."

Det bliver eksplicit aftalt, hvilket tidspunkt på dagen hjemmearbejdet udføres. Klienten bliver også instrueret til at begrænse tiden, der bruges, til kun en halv time. Dette er for at undgå, at opgaven bliver for stressende og for at opfordre klienten til at få kontrol over sine følelser.

Drøft hjemmearbejdet

I hver session diskuterer terapeuten og klienten hjemmearbejdet fra den tidligere uge: Har klienten formået at arbejde på det løbende afskedsbrev? Hvis ja, hvordan er det så gået? Hvilke følelser kom frem? Hvis ikke, hvad var forhindringerne for at kunne arbejde med brevet? Hvis opgaven blev for stressende, gives et alternativ: snak med en ven eller pårørende et antal gange (aftalt i forvejen) om X's død og de medfølgende følelser.

TIP! Opfordre klienten til at læse brevet op. Dette kan være en virksom måde at fremme eksponering. For at fremme interventionens kraft kan tilstedeværelsen af den afdøde symboliseres ved en tom stol eller et billede, mens klienten forsøger at læse brevet op.

SUBMANUAL B: IMAGINÆR EKSPONERING

Målet med imaginær eksponering (IE) er at bearbejde erindringer af specifikke traumatiserende begivenheder forbundet med tabet, eller andre meget smertefulde øjeblikke forbundet med dødsfaldet. Dette bliver gjort gentagne gange ved at genkalde og arbejde erindringerne af begivenheden igennem. Dette er særligt relevant, når symptomer på posttraumatisk stress er en fremtrædende del af symptombilledet. Her kan tidslinjen fra **SKEMA 3** (s. 77) eventuelt inddrages.

Forklaring

Forklaringen bliver tilpasset klientens situation og kan være således:

"Du har været vidne til den ulykke, hvor X døde. Det øjeblik var så overvældende, at du stadig har klare erindringer af det. Selvom du helst ikke vil mindes om ulykken, bliver erindringerne ved med at komme frem. Selvom det kan være smertefuldt, er det meget naturligt. Når man oplever en så traumatisk og voldsom begivenhed, bliver alle følelser, billeder og tanker forbundet med denne begivenhed gemt separat i ens hukommelse uden at danne en sammenhængende helhed. Så længe der ikke er en sammenhængende fortælling af disse erindringer, kan billederne og følelserne blive ved med at komme tilbage.

Vi vil bruge de følgende sessioner til at bearbejde de traumatiske erindringer om begivenhederne omkring X's død, skabe en sammenhæng og integrere de separate elementer til en sammenhængende fortælling. For at gøre dette vil vi se nærmere på detaljerne om, hvad der skete, og på dine følelser og tanker forbundet med disse detaljer. Dette vil vi gøre gradvist. Først vil vi fokusere på det generelle overblik over, hvad der skete, og gradvist bevæge os mod øjeblikket og de smertefulde detaljer af dette øjeblik. Vi vil undervejs være opmærksomme på dit stressniveau og tage pauser, hvis det bliver for intenst for dig.

Hvorfor er det vigtigt at zoome ind på dit tab? Til at starte med vil du opleve, at genkaldelsen af begivenheden ikke er så farlig, som du troede. Du vil også blive opmærksom på, at du gradvist bliver vant til frygten og angsten forbundet med disse erindringer. Men det vigtigste er, at du vil opleve, at genkaldelsen af disse erindringer vil hjælpe dig med at skabe en sammenhængende fortælling om omstændighederne, som har en klar begyndelse og en klarere slutning. Slutningen var naturligvis ikke en god slutning, fordi den har efterladt dig med den smertefulde udfordring at leve videre uden X. Men på et tidspunkt vil du opleve, at dele af de smertefulde erindringer ikke længere trænger ind i din bevidsthed, men at du får nogen kontrol over disse tanker og erindringer. Giver det mening for dig?"

Global rekonstruktion af det øjeblik der skal bearbejdes.

Før IE begynder, bliver klienten bedt om at give en overordnet beskrivelsen af begivenheden.

"Du fortalte mig, at du lider under billeder fra øjeblikket, da X døde. Før jeg beder dig om at genkalde dette øjeblik så livagtigt som muligt, vil jeg gerne bede dig om at give en overordnet beskrivelse af begivenheden. Kan du give mig en overordnet beskrivelse, fra øjeblikkene lige før ulykken skete til øjeblikkene efter ulykken? Du behøver ikke at gå i mange detaljer, men det er vigtigt, at jeg har en generel forståelse af, hvad der skete".

Udfør imaginær eksponering (IE)

Efter denne forklaring er det tydeligt, hvilke specifikke traumatiske øjeblikke klienten og terapeuten vil fokusere på. IE begynder.

- Bed klienten om at lukke sine øjne og genkalde sig erindringerne af øjeblikkene lige inden den traumatiske begivenhed.
- Opfordre klienten til at bruge nutid til at beskrive, hvad han/hun ser, føler og tænker. Klienten skal 'genopleve' begivenheden trin for trin.
- Stil spørgsmål, der fremmer 'genoplevelsen' af begivenheden. Bed om en detaljeret beskrivelse af situationen og de sensoriske oplevelser: "Hvad ser du? Hvad føler du? Hvad kan du høre? Hvad kan du lugte?"

De følgende teknikker kan bruges til at fremme genoplevelsen:

- Frys billedet: Klienten bliver bedt om at fokusere på et specifikt øjeblik af begivenheden og beskrive dette øjeblik i detaljer: "Du ser din partner ligge i kisten. Kan du beskrive alt, hvad du ser og hører?"
- Slowmotion teknik: Klienten bliver bedt om at genkalde et bestemt øjeblik af begivenheden i slowmotion: "Jeg vil gerne bede dig om at genkalde øjeblikket, da lægen fortalte dig, at X døde i nat. Gennemlev dette øjeblik meget langsomt, som om du så en film i slowmotion. Beskriv enhver detalje, som du ser, hører eller gør. Beskriv følelserne og tankerne, som går gennem dit hoved på dette øjeblik."
- Spol tilbage og genafspil: Klienten bliver bedt om at genkalde og beskrive specifikke øjeblikke af en begivenhed et par gange i træk, indtil disse specifikke scener fremmer mindre stress.

IE bliver udført, indtil begivenheden eller begivenhederne er arbejdet helt igennem, og øjeblikke af begivenheden fremmer færre følelsesmæssige reaktioner og ikke længere bliver undgået. Stresstermometeret (**SKEMA 1**, s. 74) kan bruges til at holde øje med stressniveauet. Denne del, hvor klienten verbaliserer øjeblikke af de traumatiske begivenheder, som IE fokuserer på, skal optages (f.eks. på et kassettebånd, CD eller mobiltelefon). Dette skyldes, at klienten bliver bedt om at lytte til optagelsen som hjemmearbejde.

Hjemmearbejde

Hjemmearbejdsopgaven er at lytte til optagelsen af sessionen mindst fire gange i løbet af ugen. Klienten får forklaret, at denne gentagne eksponering er virksom i forhold til at bearbejde de smertefulde erindringer forbundet med tabet, og vil lede til mindre intense følelser på grund af "habituation".

En alternativ opgave vil være en skriveopgave. I denne opgave bliver klienten instrueret i at skrive en detaljeret fortælling om de traumatiske omstændigheder af tabet (eller andre meget smertefulde øjeblikke forbundet med dødsfaldet) i en bestemt tidsperiode på 30 minutter mindst fire gange i løbet af ugen. Mængden af detaljer bliver gradvist forøget. Eksempelvis bliver klienten bedt om først at skrive en overordnet fortælling og gradvist tilføje flere detaljer og refleksioner over sine egne følelser, tanker og erindringer forbundet med tabshistorien. Denne skriveøvelse kan gives, hvis klienten ikke tør at lytte til optagelsen derhjemme (f.eks. fordi han frygter, at han vil blive overvældet af følelser) eller ikke er i stand til at bruge en smartphone til optagelse.

Varighed og kombination med andre eksponeringsinterventioner

IE slutter, når klienten føler, at han/hun er tilstrækkelig komfortabel med at tale om de mest smertefulde, lidelsesfulde og meningsfulde elementer af omstændighederne, der ledte til dødsfaldet, uden at opleve intense følelser, og når han/hun oplever at have mere kontrol over sine egne tanker, erindringer og følelser.

TIP! Gå altid tilbage til 'Eksponering for tabets realitet' (Submanual A, s. 17), hvis denne eksponeringsform ikke længere har nogen stærk effekt.

SUBMANUAL C: STIMULUS EKSPONERING

Målet med stimulus eksponering er at reducere (fobisk) undgåelse af specifikke eksterne stimuli (f.eks. objekter, steder) ved at opfordre klienten til gradvist at konfrontere disse stimuli.

Forklaring

"Vi har fundet ud af, at du frygter at besøge X's gravsted, fordi du er bange for at blive vanvittig af den tristhed, du vil opleve, hvis du besøger gravstedet. I de næste sessioner vil vi forsøge at reducere denne frygt og gradvist arbejde hen imod, at du får modet til at besøge gravstedet."

TIP! Stimulus eksponering kan blive kombineret med andre former for eksponering, hvis det viser sig, at klienten har en fobisk frygt for en specifik stimulus.

Skab et eksponeringshierarki

Eksponering bliver udført gradvist. Der udarbejdes et hierarki ved at bruge følgende instruktion:

"Målet er, at du med tiden vil føle dig tilstrækkeligt komfortabel med at besøge gravstedet. Lige nu kan det virke som en meget skræmmende ting at gøre. Men frygt er en følelse, der er underlagt, hvad der kaldes habituation. Det betyder, at når du besøger graven, vil du lægge mærke til, at du er ængstelig, men denne frygt vil naturligt falde efter et stykke tid. Du vil på en måde blive vant til frygten. Selvfølgelig skal du ikke selv gå til gravstedet med det samme, men vi vil gøre det trin for trin. Eksempelvis kan du først forstille dig, at du besøger gravstedet. Det næste trin kunne være at besøge gravstedet med en ven. Det sidste trin vil være at besøge gravstedet alene. Det lyder måske underligt, men det svarer til behandlingen af edderkoppefobi. For at behandle mennesker med edderkoppefobi er edderkoppen først placeret 50 meter væk fra dem, og så kommer edderkoppen tættere og tættere på trin for trin. Men dette gør man først, når man er blevet vant til frygten. Vi vil aldrig tvinge folk til at gå hen til edderkoppen med det samme. Kan du fortælle mig, hvilke trin du gerne vil tage for at nå det sidste trin: besøge gravstedet alene?"

Terapeuten skriver alle trin ned og placerer dem sammen med klienten i den rigtige rækkefølge. Hierarkiet behøver ikke at være omfattende.

Følgende er et eksempel på et kort eksponeringshierarki for klienter, der ikke tør at besøge deres afdøde partners gravsted:

Trin 1: Forstil dig, at du besøger gravstedet (imaginær eksponering).

Trin 2: Besøg gravstedet med en ven (eksponering in vivo).

Trin 3: Besøg gravstedet sammen med en ven, som venter på dig ved indgangen til kirkegården.

Trin 4: Besøg gravstedet alene.

Udfør stimuluseksponeringen

En god måde at starte eksponeringen på er ved 'imaginær eksponering' for den frygtede stimulus. Terapeuten beder klienten om at lukke sine øjne og forstille sig, så livagtig som muligt, at han er eksponeret for den frygtede stimulus:

"Luk dine øjne og forstil dig, at du går hen til kirkegården.

Hvad kan du høre, lugte og se? [...] Beskriv gravstedet. Hvordan ser det ud? [...]. Hvad føler du? Hvilke følelser kan du mærke? Hvilke minder kommer frem? Kunne du tænke dig at sige noget til [den afdøde]?"

Et godt næste skridt er eksponering in vivo for den frygtede stimulus med hjælp fra en ven eller pårørende.

Gennem stimuluseksponeringen forklarer terapeuten gentagne gange, hvorfor det er hjælpsomt at konfrontere stimuli, som man har en tendens til at frygte, og hvordan eksponeringen virker.

"Der vil ske to ting, når du udsætter dig selv for noget, du er bange for. For det første vil du opleve, at dine ængstelige forventninger ikke er helt korrekte. Du fortalte mig, at du har en tendens til at undgå at besøge kirkegården, fordi du føler, at du vil blive så ked af det, at du vil miste forstanden eller kontrollen. Ved gradvist at tilnærme dig kirkegården vil du få en mulighed for at opleve, at denne forventning ikke er helt korrekt. At besøge graven vil fremme følelser, men højst sandsynligt ikke føre til at du mister forstanden eller kontrollen. For det andet vil du opleve det, vi kalder for habituering. Habituering er et andet ord for en tilvænning i form af en automatisk nedgang i intense følelser. Når vi mennesker oplever en følelse som frygt eller tristhed, falder denne følelse automatisk, når vi bliver vant til at være i kontakt med følelsen. Du kan sammenligne det med, hvis du går ind i et rum, hvor der er en dårlig lugt. Du er opmærksom på lugten i starten, men efter nogle minutter bliver lugten mindre tydelig".

Hjemmearbejde

Hjemmearbejdet består af, at klienten eksponerer sig selv for den frygtede stimulus uden for behandlingssessionerne. Dette gøres selvfølgelig gradvist. **SKEMA 5** (monitorering af eksponering, s. 80) bliver brugt til denne opgave. Skemaet bliver brugt til at formulere opgaven og notere det oplevede stressniveau før, under og efter opgaven (på en skala fra 0-10, se eventuelt **SKEMA 1**, s. 74). Målet med at registrere stressniveauet er, at undersøge hvorvidt stressniveauet falder (som forventet) under og efter eksponeringen.

Varighed og kombination med andre eksponeringsinterventioner

Stimuluseksponering kan tage én session, men kan også tage op til fire sessioner. Målet er, at klienten føler sig tilstrækkelig tryk ved at eksponere sig selv for den frygtede stimulus, og på et tidspunkt bliver i stand til at gøre det uden at opleve intens frygt. Stimuluseksponering bliver ofte efterfulgt af en anden eksponeringsintervention. Når 'fobien' for en bestemt stimulus er behandlet, kan andre former for sorgadfærd komme til syne, hvilket andre interventioner kan bruges til at behandle. Terapeuten kan introducere overgangen til generel eksponering således:

"Vi har arbejdet med din frygt for billeder af X. Selvom du ikke frygter disse billeder mere og er i

TIP! Skift altid tilbage til 'Eksponering for tabets realitet' (Submanual A, s. 17), hvis denne eksponeringsform ikke længere har nogen effekt.

stand til at se på dem, virker det som om, du har besvær med at konfrontere tabet. Det er som om, du ikke helt kan forstå, at det faktisk er sket. Du har også fortalt, at du ofte bliver overvældet af intens tristhed. Skal vi bruge den næste session til at arbejde med det?"

SUBMANUAL D: REDUCERING AF KOMPULSIV SØRGEADFÆRD

At reducere kompulsiv sørgeadfærd er brugbart, når klienten udviser kompulsiv nærhedssøgningsadfærd med henblik på at holde den afdøde person i live og undgå realiteten af hendes/hans død.

Forklaring

"Jeg har lagt mærke til, at du er blevet meget opslugt af tanker om X's død. Du bruger lang tid på hans gravsted hver dag og ser på billeder af ham i flere timer. Det er forståeligt, at du har en trang til at bruge en del tid til at tænke på X og til at gøre ting, som gør, at du føler, at du stadig er forbundet med X. Men jeg tænker, at dit stærke engagement i disse aktiviteter, som gør, at du føler dig tæt på X, måske også kan være en måde at tage afstand fra tabets realitet. Så længe du holder dig beskæftiget med X, behøver du ikke at tænke på det faktum, at han er død. Det er som om, du har en tanke: "Hvis jeg ikke bruger tid på at tænke på ham hver dag, så mister jeg ham først rigtigt". Er det rigtig forstået, eller tager jeg fejl?"

"I de følgende sessioner vil vi forsøge at finde ud af, om der er andre måder, du kan bevare båndet med X og på samme tid have plads til at du kan vende dig mod fremtiden. Det betyder ikke, at du ikke længere må besøge graven eller se på billeder. Men for at du kan tilpasse dig det faktum, at X er død, og aldrig vender tilbage, er det afgørende at erkende, at han faktisk er død. Men også snakke om hvad dette betyder for dig, dit liv og din fremtid, og arbejde dig gennem sorgen og smerten som er forbundet med denne realitet. Det kan være, du tænker: "Jeg skal besøge graven dagligt og se på billeder af ham hver dag, for ellers vil jeg savne ham, svinge ham, eller jeg vil blive konfronteret med smerten". Det kan være skræmmende at gøre disse ting mindre ofte end man er vant til. Vi gør dette trin for trin, og du vil opdage, at det ikke er så skræmmende at springe en dag over en gang i mellem. Du vil også opdage, at du ikke glemmer eller svigter ham ved at have mindre nærhedssøgning, som vi kalder det. Faktisk kan det måske hjælpe dig med at integrere tabet ind i din livshistorie, og til gradvist at begynde på at lave nye planer for fremtiden eller gradvist begynde at udføre aktiviteter, som du før nød."

Forberedelse

Klienten bliver naturligvis ikke bedt om at stoppe med at sørge helt, men målet er at reducere sørgeadfærden trin for trin. De følgende spørgsmål kan blive brugt til at beslutte, hvordan dette bedst kan gøres:

1. Hvad er den nutidige sørgeadfærd?

"Kan du fortælle mig, hvad du normalt gør i løbet af en uge i forhold til dødsfaldet af X?"
[...]

"Okay, så du besøger gravstedet hver dag og bruger cirka to timer der. Derudover ser du på billeder af ham i en time hver aften. Er der andre ting, som du gør?"

2. Hvilken sørgeadfærd vil klienten gerne på sigt engagere sig i?

"Der er forskellige ting, som du gør for at bevare en stærk forbindelse til X. Hvor mange af disse ting vil du gerne gøre på længere sigt? Hvor ofte vil du eksempelvis gerne besøge gravstedet eller se på hans billeder om seks måneders tid?"

[...]

"Okay, hvis jeg forstår det korrekt, så vil du gerne besøge gravstedet en gang om ugen og ikke se på billeder af ham hver aften, men også kun en gang om ugen."

3. Hvad er de passende trin til at reducere sørgeadfærden?

Terapeuten og klienten begynder at drøfte hvilke trin, der kunne være til at mindske adfærden. Terapeuten kan også forslå følgende trin:

"Mit forslag er, at i stedet for at besøge gravstedet hver dag i næste uge så vil du springe to dage over, og at du vælger 3 dage, hvor du vil se på billeder af ham. Hvad tænker du om det...?"

TIP! Terapeuten 'sigter højt', fordi det er vigtigt, at klienten konfronterer tabets realitet hurtigst muligt.

Den reelle reduktion af kompulsiv sørgeadfærd

Efter det er blevet besluttet hvilke trin, der er nødvendige i reduktionen af sørgeadfærd, består behandlingen af at følge disse trin gradvist.

Denne intervention minder om eksponering og responsforebyggelse, som bliver anvendt i behandlingen af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Eksempelvis kan personer med frygt for sygdomme vaske deres hænder igen og igen med hensigten om, at de kan reducere den potentielle fare for at blive smittet men også deres frygt forbundet hermed. I behandlingen bliver disse personer hjulpet til at konfrontere den frygtede stimulus (f.eks. beskidte ting) uden at udføre deres kompulsive adfærd (vaske hænder). Dette gøres for, at de eksponerer dem selv for deres angst, således at de oplever, at deres angst gradvist, men helt bestemt, falder. Mennesker med komplicerede sorgreaktioner kan sommetider være 'kompulsivt' optaget af den afdøde i et forsøg på at holde sorgen på afstand. I terapien bliver klienter opfordret til at opgive denne kompulsive sørgeadfærd men også til at eksponere sig selv for tabets realitet og de medfølgende følelser. Dette er med henblik på at opdage, at disse følelser faktisk er udholdelige og vil blive mindre intense, smertefulde og lidelsesfulde.

Når klienten begynder at reducere sin kompulsive sørgeadfærd, vil han/hun automatisk blive konfronteret med tanker om betydningen og konsekvenserne af tabet og den medfølgende smerte. For at strømline denne proces kan klienten blive givet den åbne hjemmeopgave, som beskrevet i Submanual A (på s. 17).

Hjemmearbejde

Hjemmearbejdet inkluderer to opgaver.

1. Den første opgave er at reducere sørgeadfærd i forhold til de aftalte trin: "Vi aftalte, at du ikke ville besøge gravstedet hver dag i denne uge, og at du starter med at springe to dage over. Hvilke dage skal vi vælge?" (Se **SKEMA 5**, s. 80).
2. Den anden opgave er et "afskedsbrev til den afdøde", som beskrevet i Submanual A om generel eksponering (Se **SKEMA 4**, s. 78).

Varighed og kombination med andre eksponeringsinterventioner

At reducere kompulsiv sørgeadfærd kan tage én session, men kan også vare ved over fire sessioner. Målet er ikke at klienterne stopper med alle deres aktiviteter og adfærd, der giver en fornemmelse af en vedvarende forbindelse med den afdøde. Derimod er målet, at aktiviteterne og adfærden fylder mindre, og at klienterne føler sig tilstrækkeligt selvsikre til at tænke på tabets realitet og de konsekvenser tabet har, samt at arbejde med smerten og sorgen, der er forbundet med denne realitet.

TIP! Skift altid tilbage til 'Eksponering for tabets realitet' (Submanual A, s. 17), hvis denne eksponeringsform ikke længere har god effekt.

SESSION 6 TIL 10: Kognitiv terapi

Introduktion

En central antagelse i den kognitive tilgang til komplicerede sorgreaktioner er, at negative, uhjælpssomme (eller dysfunktionelle) kognitioner spiller en central rolle i vedligeholdelsen af vanskeligheder ved sorg. Følgelig er målene med sessionerne, der fokuserer på kognitiv terapi:

1. Identificering, udfordring og forandring af negative kognitioner, som vedligeholder vanskelighederne ved sorgen.
2. At undervise klienten i basale principper af kognitiv terapi, så klienten kan blive ved med identificere, udfordre og forandre negative kognitioner, selv efter terapien er sluttet.

De specifikke negative kognitioner, som er bagvedliggende for vanskeligheder i sorgen, varierer fra klient til klient. Oftest er disse kognitioner relaterede til en eller flere af temaerne i nedstående tabel.

Tema	Eksempler på negative kognitioner
Selvet	Siden _____ døde, tænker jeg, at jeg er værdiløs. Jeg ser mig selv som en svag person siden _____'s død. Jeg kan ikke håndtere tabet.
Fremtiden	Mine drømme går aldrig i opfyldelse. Jeg bliver aldrig glad igen.
Livet	Livet har intet at tilbyde mig mere. Mit liv er forbi, nu da _____ er død. Mit liv er helt meningsløst efter _____'s død.
Andre mennesker	Andre mennesker bekymrer sig ikke rigtig om mig. Jeg har ingen tiltro til andre mennesker. Der er ingen, der kan forstå mig. Jeg vil blive forladt af alle.
Skyld for dødsfaldet	Jeg har skylden for _____'s død. Jeg burde have forhindret _____'s død.
Bebrejdelse	Der er nogen, der er ansvarlige for hans/hendes død, og derfor skal de straffes. Jeg kan ikke slappe af, før den person, som er ansvarlig for _____'s død, bliver straffet.
Ens egne sorgreaktioner	Jeg sørger ikke på den måde, jeg burde gøre. Hvis jeg fuldt ud forstår, hvad _____'s død betyder, bliver jeg vanvittig. Jeg vil blive vanvittig, hvis jeg tænker på omstændighederne, der ledte til _____'s død.

De negative kognitioner, der er centrale i klientens vanskeligheder, kan også blive identificeret, når man undersøger hvilke følelser, der er mest fremstående i klientens problemer. Eksempler på bestemte følelser og associerede kognitioner er vist i nedstående tabel.

Transdiagnostiske komplicerede sorgreaktioner	
Følelser	Eksempler på negative kognitioner
Sorg/længsel	Jeg kan ikke bære at være i live, når han/hun er død. Mit liv er tomt/meningsløst uden ham/hende. Jeg svigter X, når jeg tænker mindre på ham/hende.
Depression	Jeg er intet værd for andre mennesker. Fremtiden er håbløs. Livet er meningsløst.
Angst	Verden er et farligt sted. Mine elskede og jeg er ikke i sikkerhed. Hvis jeg gør X (f.eks. besøge dødsstedet), vil katastrofen Y ske (f.eks. jeg vil blive sindssyg).
Vrede	Personen (spritbilist, uagtsom læge) er ansvarlig for dødsfaldet af _____, og derfor skal hun/han straffes. Mennesker omkring mig burde være mere støttende over for mig i denne periode.
Skyld	Jeg er skyld i hans/hendes død. Jeg skulle have forhindret _____'s død.
Skam	Andre mennesker ser mig i et negativt lys efter _____'s død.

TIP! The Grief Cognitions Questionnaire, som er inkluderet i Appendiks C (s. 62), er et hjælpsomt redskab, som klienterne kan blive bedt om at udfylde for at opnå viden om deres negative kognitioner.

De fire trin i kognitiv terapi

Kognitiv terapi består overordnet af de følgende fire trin:

Trin 1: Forklar behandlingsrationalet

Hovedprincipperne i kognitiv terapi er:

1. Situationer eller begivenheder er aldrig direkte forbundet til følelses- eller adfærdsmæssige problemer. Derimod er det kognitioner i og om disse situationer og begivenheder, der leder til og vedligeholder disse problemer.
2. Når mennesker oplever vedvarende lidelsesfulde og invaliderende følelses- eller adfærdsmæssige problemer, betyder det, at de har negative og uhjælpsomme (også betegnet maladaptive eller dysfunktionelle) kognitioner.
3. At identificere og forandre disse negative kognitioner forbedrer ens humør, mindsker intensiteten af negative følelser og fremmer hjælpsomme aktiviteter og hjælpsom adfærd.

Disse principper bliver forklaret og understreget flere gange i sessionerne.

Trin 2: Identificer negative og uhjælpsomme kognitioner

Et andet trin indebærer identifikationen af vigtige negative og uhjælpsomme kognitioner, som er centrale i klientens problemer. Udgangspunktet er specifikke "følelsesmæssige episoder"; øjeblikke klienten forbinder med intense, negative og invaliderende følelser.

TIP! Vær opmærksom på, at 'følelsesmæssige episoder' og 'hot spots' ikke er helt det samme. Følelsesmæssige episoder referer til specifikke, nylige øjeblikke, hvor klienten har følt sig intenst trist, deprimeret, ængstelig eller vred (eller negativ på en anden måde). Disse øjeblikke danner udgangspunktet for kognitiv terapi, som fokuserer på at identificere vigtige negative kognitioner. Hot spots er specifikke erindringer, som er lidelsesfulde.

Identifikationen af kognitioner bliver gjort ved brug af et kolonneskema (**SKEMA 6**, s. 82). Dette bliver forklaret nedenfor.

Trin 3: Udfordre og ændre negative kognitioner

Efter at centrale negative kognitioner er blevet identificeret, bliver disse udfordret. Det betyder, at terapeuten og klienten sammen reflekterer over og diskuterer validiteten (præcisionen, rationaliteten, sandheden, logikken) af de negative kognitioner. Det bliver gjort ved at bruge *sokratisk dialog*, gennem identifikationen af kognitive forvrængninger, med adfærdseksperimenter og ved at bruge *yderligere udfordringsteknikker* (forklaret i detalje nedenfor). Det vigtigste mål ved at udfordre de centrale negative kognitioner er, at rejse tvivl om brugbarheden og validiteten af bestemte kognitioner. Som det næste bliver negative og uhjælpsomme kognitioner forandret. Det betyder, at nye og alternative kognitioner bliver formuleret, hvilket leder til mindre intense negative følelser samt opfordrer og fremmer skridt mod konstruktive handlinger (handling og adfærd som hjælper én til at få det bedre og fremmer trivsel).

Trin 4: Identificer og udfordre maladaptive eller dysfunktionelle grundlæggende skemaer

Nogle gange lider klienter af generaliserede og fastgroede maladaptive kognitive skemaer. Disse er personlighedsrelaterede kognitioner med ekstreme overdrivelser eller ekstreme vurderinger af én selv ("Jeg er værdiløs", "Jeg er en svag person") eller andre mennesker ("Alle lader mig i stikken", "Man kan ikke stole på andre"). Når disse mere grundlæggende maladaptive kognitive skemaer er involveret i de nutidige vanskeligheder med komplicerede sorgreaktioner, bliver disse adresseret i tredje eller fjerde kognitive terapisesession. Konkrete hjælpemidler bliver diskuteret nedenfor.

SESSION 6

Forklar rationalet bag kognitiv terapi

Introducer 4-kolonne skemaet

Forklar strukturen i de kognitive terapisesessioner

Forklar rationalet bag kognitiv terapi

Den kognitive terapi kan blive forklaret således (forklaringen kan blive justeret til klientens specifikke situation og vanskeligheder):

"Vi har forklaret, at det at bevare tiltro til dig selv, andre mennesker, livet og fremtiden er en vigtig opgave i processen mod at tilpasse sig tabet. I kognitiv terapi for komplicerede sorgreaktioner arbejder vi hovedsageligt med Opgave II: genvinde tiltro til sig selv, andre, livet og fremtiden.

I de kognitive terapisesessioner går vi i dybden med at adressere denne opgave. Vi vil identificere de negative og uhjælpsomme tanker, som blokerer for tilpasningsprocesser, og som kan forårsage depression, angst, vrede og andre følelser. Som det næste trin vil vi diskutere disse, og vi vil forsøge at forandre dem til mere hjælpsomme tanker. Det er tanker, der indebærer mindre lidelse, tanker som kan hjælpe dig med at se dig selv, andre, livet og fremtiden med tiltro, og som yderligere kan motivere dig til at engagere dig i aktiviteter, der kan hjælpe dig med at komme videre i din sorgproces.

Dine følelser danner udgangspunktet for kognitiv terapi. Det kan være, at du har følt dig meget trist og ængstelig siden X døde. Selvom det kan virke som om, at disse følelser er helt og aldeles direkte forårsaget af tabet, er dette ikke tilfældet. Faktisk oplever alle personer, der er blevet konfronteret med et tab, ikke de samme følelser. Nogle mennesker er mere triste, deprimerede, ængstelige eller vrede end andre. Følelserne efter et tab er i høj grad bestemt af de tanker, du har, som er forbundet med tabet. Kognitioner er et formelt ord for tanker eller overbevisninger. Eksempelvis kan nogle mennesker have negative tanke/kognitioner om skyld såsom "Jeg skulle have forhindret hendes/hans død". Sådanne tanker kan lede til følelser af skyld. Mennesker kan også tænke negativt om fremtiden. Eksempelvis "Jeg bliver aldrig glad igen". Sådanne tanker kan forårsage tristhed og blokere for motivationen til at engagere sig i aktiviteter der ellers er forbundet med trivsel. Derfor vil vi referere til sådanne tanker som negative og uhjælpsomme.

Selvom vi ikke direkte kan ændre følelser, så kan vi forsøge at ændre tanker. Vi kan gøre dette ved forsigtigt at reflektere over, i hvilken grad dine negative tanker virkelig er sande og om de hjælper dig med at begribe dit tab. Derfor vil vi i de næste par sessioner se nærmere på de negative tanker, der er forbundet med de negative følelser, som du oftest er plaget af. Når vi har identificeret disse tanker, vil vi undersøge dem sammen. Hvis vi finder ud af, at dine negative tanker ikke er korrekte, vil vi forsøge at ændre dem til andre mindre negative tanker, der leder til mindre intense negative følelser, og som kan hjælpe dig med at tilpasse dig tabet. Kognitiv terapi, som vi skal til at arbejde med nu, hjælper dig med at opnå Opgave II: genvinde tiltro til sig selv, andre, livet og fremtiden."

Introduktion til 4-kolonne skemaet

Kolonneskemaet er et skema (eller analytisk rammeværk), som bruges i alle kognitive terapisesessioner. 4-kolonneskemaet ses i **SKEMA 6** (s. 82) og kan blive introduceret således:

"4-kolonneskemaet er et redskab til at finde frem til, opdele og analysere situationer eller begivenheder, hvor du har oplevet intense følelser af depression, angst, vrede eller andre følelser,

eller hvor du har en tendens til at engagere dig i adfærd, som ikke er hjælpsom, og hvor tanker spiller en central rolle. Der er følgende trin i at udfylde kolonneskemaet:

Trin 1) Når du udfylder 4-kolonneskemaet, skal du altid starte med spørgsmålet: I hvilken anledning (situation, begivenhed) i løbet af de sidste par dage følte du dig deprimeret, ængstelig, vred eller på andre måder dårligt tilpas? I kolonnen "Situation" giver du en kort beskrivelse af denne situation/begivenhed. Det skal være en faktisk beskrivelse (hvor var du, med hvem, hvad skete der), som om du beskrev et fotografi af situationen.

Trin 2) Det næste trin er at notere hvilke negative og lidelsesfulde følelser, du følte i situationen. Var du mest trist, bange, vred, deprimeret, ængstelig eller rasende? Eller følte du skyld? Eller skam? Skriv dette ned i kolonnen "emotioner/følelser". Du skal også give en rangering af intensiteten af følelserne på en skala fra 0 (følelsen var ikke til stede) til 10 (følelsen var meget stærk og optog mig fuldstændigt).

Trin 3) I dette trin skal du beskrive hvilke kognitioner eller tanker, du havde i den specifikke situation/begivenhed, som var knyttet til de nævnte følelser. Hvilke former for negative og uhjælpsomme tanker løb gennem dit hoved? Var det en af disse negative tanker, som vi har snakket om før? (se Appendiksdelen "Grief Cognitions Questionnaire"). Beskriv dine tanker så præcist som muligt i kolonnen "negative automatiske tanker" - gerne som klare udsagn. Dette er den vigtigste del af kolonneskemaet, hvorfor det skal være klart: "hvilke tanker fik mig til at opleve tristhed/frygt/vrede i den specifikke situation/begivenhed?"

Trin 4) I trin 4 arbejder vi sammen med, at finde frem til alternative tanker, der er mere hjælpsomme og mere realistiske. De skrives ned i kolonne 4. Senere vil du selv komme med bud på hjælpsomme alternative tanker derhjemme, men vi starter med at gøre det sammen.

TIP! Vær sikker på, at klienterne forstår 4-kolonne skemaet. Formatet og terminologien af 4-kolonne skemaet bliver brugt i alle kognitive sessioner. Målet for disse sessioner er ikke at fokusere på at korrigere alle de negative kognitioner, klienterne har, men derimod at **lære klienterne at analysere deres egne følelsesmæssige episoder, samt at identificere og ændre negative kognitioner.**

Yderligere forklaring af rationalet med eksempler

Forklaringen fortsætter med to eksempler, som terapeuten bruger til at vise, hvordan negative/uhjælpsomme kognitioner kan forårsage negative følelser. Det første eksempel er et generelt eksempel.

Eksempel 1

- T: Jørgen havde mistet sin kone til kræft for to år siden. Hver gang han tænker på hende, opstår tanken: "Jeg burde have taget mig bedre af hende, så ville hun stadig have været i live i dag". Hvad tror du, at denne mand føler i sådanne øjeblikke?
- K: Jeg tror, at han føler skyld, og måske er han vred på sig selv...
- T: Tror du, at det hjælper ham med at affinde sig med sit tab?
- K: Måske, men han vil sikkert blive ved med at føle skyld og tristhed i meget lang tid.
- T: Da Jørgen bebrejder sig selv for ikke at have taget sig bedre af sin kone, føler han skyld, og dette vil højst sandsynligt gøre det sværere for ham at håndtere tabet. Forstil dig følgende: Albert er i den samme situation som Jørgen. Nogle gange tænker han, at han skulle have gjort mere for sin kone, men på samme tid tænker han "der kommer ikke noget godt ud af at

bebrejde mig selv. På det tidspunkt gjorde jeg det bedste, jeg kunne". Hvad tror du, Albert føler i disse øjeblikke?

K: Måske trist, men ikke skyldig som Jørgen.

T: Vil han have sværere eller lettere ved at håndtere tabet end Jørgen?

K: Lettere, tror jeg.

Det andet eksempel tager udgangspunkt i en situation, klienten selv har oplevet.

Eksempel 2:

T: Du fortalte mig, at du nogle gange tænker, at du aldrig bliver i stand til at bearbejde tabet, og så føler du dig trist.

K: Ja, det er rigtigt. Nogle gange kan det blive lidt for meget for mig, og så tænker jeg, at jeg aldrig kommer over tabet, og at jeg aldrig bliver glad igen.

T: Hvad gør du så?

K: Jeg gør faktisk ikke noget, som betyder noget i hvert fald. Jeg bliver ved med at vente på, at jeg får det bedre.

T: Kan du beskrive en situation, hvor tristheden er mindre intens?

K: For nylig gik jeg i byen med en ven. Det var meget sjovt. Vi grinede endda. Jeg følte mig lidt trist om aftenen, men jeg var også glad for, at jeg var i stand til at tænke på noget andet i en stund. Et øjeblik tænkte jeg, at der stadig var ting, jeg kunne nyde.

T: Hvis vi ser på dine tanker og følelser, så kan vi se to ting. Det ene øjeblik ser du på fremtiden og har kognitionen; "Jeg vil aldrig blive i stand til at håndtere tabet, og jeg bliver aldrig glad igen". Dette gør dig trist og leder til, at du ikke gør noget. Det andet øjeblik, lige efter du gjorde noget behageligt, tænkte du; "Der er stadig ting, jeg kan nyde", og efter denne tanke synes et glimt af håb og positive tanker at komme frem. Er det rigtigt forstået? Hvad kan det fortælle os om forholdet mellem tanker og følelser?"

TIP! Ved gennemarbejdningen af de to eksempler: brug en tavle eller et stykke papir til at undersøge eksemplerne på samme måde som i 4-kolonne skemaet. Det er alt sammen hjælpsomt for klienten i forhold til at blive bekendt med metoden i 4-kolonne skemaet.

Forklar de kognitive sessioners struktur

Den efterfølgende struktur for de kognitive sessioner bliver forklaret som beskrevet nedenfor. Forklaringen skal tilpasses klientens følelsesmæssige problemer.

"Vi har set, at negative følelser ikke kommer ud af det blå. De er derimod et resultat af bestemte tanker, som kan dukke op i hovedet i bestemte situationer. Baseret på vores forskning og erfaringer ved vi, at mennesker, der kæmper med komplicerede sorgreaktioner, har mange negative og uhjælpsomme tanker. Det er tanker, som forårsager og forstærker negative følelser, og som forårsager og medvirker til uhjælpsom adfærd og uhjælpsomme handlinger. Eksempelvis, så tænker de; "Jeg kommer aldrig over dette tab" eller "Jeg bliver aldrig glad igen". Disse tanker kan øge nedtrykthed eller depression. Det kan også være, at de tænker, at de er bange for deres egne følelser, fordi de tænker "Jeg vil blive vanvittig, hvis jeg virkelig forstod, hvad tabet betyder for mig". Med tiden kan det blive en vane at tænke negativt, og som et resultat kan de negative følelser blive ved med at være stærke.

Hvad skal vi lave i de næste par sessioner? Først skal vi forsøge at identificere de specifikke negative og uhjælpsomme tanker, som du bliver plaget af. Som det næste vil vi forsøge at udfordre disse tanker. Det betyder, at vi vil beslutte, hvorvidt disse tanker er sande, eller hvorvidt der kan være andre måder at se tingene på. Som det sidste vil vi forsøge at formulere andre mere positive og hjælpsomme tanker, der er mere overensstemmende med virkeligheden, og som gør, at du har det mindre skidt, og som vil hjælpe dig til at engagere dig i adfærd og aktiviteter, der får dig til at føle dig mere tilpas og vil hjælpe dig med at bearbejde tabet.

Nu kan det være, at du undrer dig over, om målet er at se tabet i et positivt lys, eller om målet er slet ikke at føle tristhed. Det er naturligvis **ikke** målet med sessionerne. Det er helt forståeligt, at du sommetider føler dig trist, ængstelig eller irriteret, når man tænker over, hvad du har været igennem. Det er helt normale følelser, som ofte vil være til stede i en stund. Det, vi forsøger at opnå, er, at de mest ekstreme negative tanker, som du har, bliver mindre ekstreme, således at du gradvist begynder at tænke lidt anderledes om de ting, som lige nu virker meget negative. Vores mål er, at dine følelser bliver mindre intense og forårsager mindre lidelse, og at du gradvis bliver i stand til at fungere normalt i dit hverdagsliv, sådan som du gerne vil fungere.

TIP! Spørg klienten om hun/han forstod forklaringen. Lad ham/hende gentage forklaringen kort. Vær sikker på, at klienten ikke tror, at behandlingen leder til et mere positivt syn på tabet, og at han/hun ikke forventer, at sorgen vil forsvinde helt som et resultat af behandlingen. Målet med behandlingen er at reducere ekstreme sorgreaktioner til et "normalt omfang", således at klienten igen kan fungere i sit hverdagsliv.

Hjemmearbejde: færdiggør 4-kolonne skemaerne

Klienten bliver bedt om at lave mindst et 4-kolonne skema hver dag i løbet af den næste uge. Brug **SKEMA 6** (s. 82).

"Jeg vil gerne bede dig om at færdiggøre et 4-kolonne skema hver dag i løbet af den næste uge. Analyser øjeblikke, hvor du har følt dig dårligt tilpas. Disse øjeblikke er meget vigtige for behandlingen. Vent ikke for lang tid med at gøre skemaet færdigt, efter du har oplevet den ubehagelige følelse. Hvis du venter i for lang tid, bliver det sværere at huske præcist, hvilke negative tanker der gik gennem dit hoved og forårsagede de negative følelser".

TIP! Som terapeut er det vigtigt at understrege, at det at lave hjemmearbejdet er en meget vigtig del af terapien. "Fordi negative tanker og følelser kan være meget vedholdende, er det vigtigt, at vi ikke kun taler om dem i vores sessioner, men at du også aktivt arbejder med at identificere og udfordre dem mellem sessionerne".

SESSION 7

Diskuter spørgsmål og kommentarer

Identificer negative automatiske tanker/kognitioner ved at bruge 4-kolonne skemaet

Mulige misforståelser i udfyldningen af 4-kolonne skemaer (og løsninger)

Identificer negative kognitioner, som er centrale for klientens problemer

Hjemmearbejde

Diskuter spørgsmål og kommentarer

Har klienten nogle spørgsmål eller kommentarer i forhold til den sidste session? Er han/hun stadig motiveret? Hvis klienten synes demotiveret, så tjek hvorvidt det er rigtigt, og hvordan det kan være. Hvis klienten har misforståelser i forhold til kognitiv adfærdsterapi, så forsøg at rette dem.

Eksempler på misforståelser er: "Nu vil du have mig til at tænke positivt! Men hvordan er dette muligt, når min mand er død?", "Jeg synes, det er normalt at have det meget skidt, det er noget, som aldrig vil forandre sig".

Hvis klienten har lavet ingen eller kun et enkelt kolonneskema, så forsøg at finde ud af, hvordan det kan være. Forklar behandlingsrationalet igen, hvis klienten ikke kan se fordelene ved den kognitive tilgang. Brug eksempelvis kognitionen "Kognitiv adfærdsterapi vil ikke hjælpe mig", og forklar den indflydelse, som denne kognition har på følelser og adfærd. Hvis klienten ikke har lavet nogle 4-kolonne skemaer, bliver dette gjort på stedet baseret på situationer fra den foregående uge.

TIP! Gør det klart, at kognitiv adfærdsterapi ikke bare handler om positiv tænkning. Målet med kognitiv adfærdsterapi er ikke at formulere ekstremt positive kognitioner ("Livet er fantastisk"), men at formulere nuancerede og funktionelle tanker ("Livet er mindre meningsfuldt nu, men som tiden går, vil jeg blive i stand til at finde en form for mening").

Identificer negative kognitioner ved at bruge 4-kolonne skemaet

Denne session fokuserer på at analysere nutidige følelsesmæssige episoder. Målet er, at klienten bliver trænet i at identificere sine negative og uhjælpsomme kognitioner. De 4-kolonne skemaer, som klienten har fuldført, bliver brugt som en retningslinje for denne session. Den kognitive diamant i **Appendiks D** (s. 64) kan bruges i diskussionen af nylige følelsesmæssige episoder der er sket siden sidst som alternativ til 4-kolonneskemaet. Her spørger terapeuten klienten om følgende spørgsmål:

"Prøv at genkalde et øjeblik fra den sidste uge, hvor du følte dig dårligt til mode. Kan du komme i tanke om et øjeblik? [...] Hvad var den præcise følelse, du følte? Følte du dig trist, deprimeret, vred eller bange? [...] "Kan du give mig en kort beskrivelse af situationen, hvor du oplevede denne negative følelse? Beskriv situationen så objektivt som muligt, som om et kamera tog et billede af situationen".

Terapeuten opsummerer: "Så sidste onsdag aften lavede du mad, hvilket er situationsdelen af den kognitive diamant. Pludselig følte du dig meget trist. Dette er den del af diamanten som inkluderer dine følelser. Er det rigtigt forstået?" [...] "Forsøg nu at huske, hvilke negative tanker du havde i dette øjeblik. Hvad skete der i dit hoved på dette tidspunkt – midt i madlavningen blev du ramt af en stor tristhed? Bare tag dig tid".

TIP! Brug en kopi af et kolonneskema eller en kognitiv diamant til at skrive ned hvad klienten fortæller.

Terapeuten understreger gentagne gange et kort resume af **forbindelsen mellem klientens kognitioner og hans/hendes negative følelser:**

"Så hvis jeg forstår det ret, blev du i det øjeblik ramt af en enorm frygt, fordi du havde tanken; "Jeg er ikke i stand til at tage mig af mig selv, nu hvor X er død".

Eller: "Så du følte dig ekstremt skyldfuld og deprimeret på det tidspunkt, fordi du tænkte; "Jeg kunne og burde havde forhindret X's død!" Er det rigtigt forstået?"

Mulige misforståelser (og løsninger) i udfyldningen af 4-kolonneskemaet/Den kognitive diamant skemaet.

Terapeuten reflekterer over, hvad klienten har registreret i 4-kolonneskemaerne, og forsøger at udforske mulige misforståelser. Almindelige fejl/mangler i udfyldningen af skemaerne er følgende:

- a) **Klienten vælger en "passende" følelse som udgangspunkt:** Kognitiv adfærdsterapi fokuserer på overdrevne, 'ude af kontrol' og meget intense følelser. Normale følelser og sorgreaktioner skal ikke adresseres i skemaerne. Der er ingen grund til at forsøge at ændre "passende" følelser, såsom at savne personen man har mistet, øjeblikke med gråd og tristhed (medmindre disse følelser bliver til stærk lidelse og/eller har stået på i meget lang tid).
- b) **Beskrivelsen af situationen er præget af fortolkninger:** Hvis klienten skriver "Jeg så en nabo, og han ignorerede mig med vilje!" som situation, så er det ikke nødvendigvis sandt. Det skyldes, at "han ignorerede mig med vilje" er en fortolkning af det, der skete. En mere objektiv beskrivelse af situationen ville være: "Jeg så en nabo, og han responderede ikke tydeligt på mig". Opfattelsen "Han ignorerede mig med vilje" vil herefter blive placeret i kolonne 3 om negative automatiske tanker/kognitioner (**SKEMA 6**)/tankeboksen i Den kognitive diamant.

TIP! At spørge om en objektiv beskrivelse af situationen vil hjælpe klienten til at opdage, at de på automatisk vis har en tendens til at sammenblande fortolkninger og observationer af bestemte situationer.

- c) **Tankekolonnen/boksen indeholder minder snarere end negative tanker/kognitioner:** Et eksempel er, at klienten skriver; "Jeg tænkte tilbage på den dag X døde" i tankekolonnen og "skyld" i følelseskolonnen. Her mangler information om indholdet i negative/uhjælpsomme kognitioner. Mindet kunne have ledt til flere forskellige følelser. Kognitioner er de meninger eller fortolkninger, som er forbundet med mindet, der leder til skyld. I dette eksempel kan kognitionen være; "Det er så vanvittigt, at jeg forlod hospitalet. Jeg burde ikke havde gjort det. Fordi jeg forlod hospitalet, var jeg ikke sammen med X, da han døde, og jeg havde lovet ham, at jeg ville være ved ham, når han døde". Når minder er skrevet ned i stedet for kognitioner, kan terapeuten spørge: "Hvad var de negative tanker, som gik gennem dit hoved, da du havde disse minder?"
- d) **Klienten kunne slet ikke angive nogen negative kognitioner eller tanker:** Hvis klienten er i stand til at rapportere en situation og en følelse men er usikker på hvilken kognition, der ledte til følelsen, kan terapeuten gøre flere forskellige ting:
 - Terapeuten stiller spørgsmål om den implicite betydning af situationen: "Hvad betød situationen for dig? Hvad fortæller situationen dig om dig selv? Hvad mindede situationen dig om?"
 - Terapeuten kan give forslag til mulige kognitioner: "Du sagde, at du følte dig vred igen. Du fortalte mig før, at du føler, at nogle af de mennesker, som var ansvarlige for X's død, slipper afsted med de ting, de har gjort forkert. Havde de negative tanker i situationen noget at gøre med dette?"
 - Terapeuten kan bruge visualisering. Bed klienten om at genkalde situationen, hvor hun/han oplevede negative følelser, som om han/hun genoplever det lige nu og her. Stil herefter spørgsmål såsom: "Hvad går gennem dit hoved lige nu? Hvad tænker du på? Hvilke tanker får dig til at føle dig dårligt tilpas?"

- e) **Den dysfunktionelle kognition matcher ikke umiddelbart med følelsen:** Hvis kognitionen (f.eks. "jeg er skyldig") ikke umiddelbart passer med følelsen (f.eks. frygt), bør terapeuten forsøge at udforske dette og muligvis nuancere og finde frem til andre mulige tanker og følelser ved at stille spørgsmål såsom: "Der synes at være en uoverensstemmelse her: du havde tanken "Jeg er skyldig", men i stedet for at have følelser af skyld eller nedtrykthed, følte du frygt. Var der andre tanker i situationen, som kunne forårsage frygt? Eller havde du en følelse ud over frygt?"

TIP! Som terapeut kan du bruge din egen forestillingsevne til at vurdere, om de centrale negative og uhjælpsomme kognitioner er blevet identificeret. Du kan selv forsøge at visualisere, hvordan du ville reagere, hvis du var i den samme situation som klienten (den situation som er skrevet ned i 4-kolonne skemaet), og forsøge at tænke på, hvorvidt du ville have de samme følelser og kognitioner som klienten. Hvis ikke, så er alle kognitioner muligvis ikke blevet identificeret endnu.

Identificer negative kognitioner, som er centrale for klientens problemer

Allerede fra begyndelsen af de kognitive terapisesessioner forsøger terapeuten at identificere de negative og uhjælpsomme kognitioner, som er centrale for klientens problemer. Dette er de negative kognitioner, som dukker op i mange forskellige følelsesmæssige episoder og i flere forskellige kolonneskemaer. Nogle gange bliver centrale kognitioner hurtigt tydelige. Det kan være, at klienten ofte har kognitionen "Jeg bliver aldrig glad igen", og at denne pessimistiske kognition er central for klientens problematik.

Det er vigtigt, at terapeuten formulerer hypoteser om kognitioner, der muligvis er centrale for problematikken.

Terapeuten kan også bruge 'den nedadgående pils teknik' til at finde frem til centrale kognitioner. Med denne teknik stiller terapeuten spørgsmål for at identificere de centrale kognitioner, der forårsager de kognitioner, som klienten ofte er plaget af i hverdagslivet. Specifikke spørgsmål kan være: "Du har denne negative tanke. Hvad hvis denne tanke virkelig var sand, hvad ville det så betyde? Hvad ville være dårligt ved dette? Hvad ville det fortælle os om den person, du er?"

Eksempel 1

- T: Jeg hører dig tit sige, "Jeg vil ikke tænke på Johns død". Kan du fortælle mig, hvad der ville ske, hvis du gjorde det?
- K: Så ville jeg helt sikkert blive meget, meget trist...
- T: Og hvis du blev meget, meget trist, hvad ville der så ske...?
- K: Så vil jeg måske græde så intenst, at jeg bogstavelig talt vil blive vanvittig.
- T: Okay, og hvordan ville det være, hvis du rent faktisk blev vanvittig?
- K: Så ville jeg ikke være i stand til at fungere mere.
- T: Okay, lad os forstille os, at det var rigtigt, hvad ville der så ske?
- K: Det er svært. Jeg ville sikkert blive hjemme i sengen hele dagen, og ingen ville komme på besøg. Jeg ville sikkert ende helt alene.
- T: Jeg tror, at dét er vigtigt. Du har fortalt mig, at du ikke vil tænke på, hvad det betyder for dig, at John virkelig er væk for altid. Hvis vi graver lidt dybere, så virker det til, at du frygter, at du ville blive enormt emotionel, hvis du konfronterede realiteten af hans død. Faktisk forudsagde du, at du ville respondere på en sådan måde, at det til sidst vil resultere i, at du vil ende alene i dit eget hjem uden nogen til at passe på dig. Det virker til, at din kognition er: Hvis jeg virkelig konfronterer konsekvenserne og smerten af dette tab, så vil det ødelægge min evne til at fungere på en måde, som ville skræmme mine venner og familie, som ville gøre, at de til sidst vil forlade mig".

Eksempel 2

- T: I de forskellige 4-kolonne skemaer/Kognitive diamanter tyder det på, at du ofte tænker "Jeg kunne have forhindret dødsfaldet". Hvad betyder det egentligt for dig, at du – i din oplevelse – kunne have forhindret dødsfaldet?
- K: Det betyder, at jeg er skyldig eller ansvarlig for hans død.
- T: Kan du sætte lidt flere ord på det udsagn. Hvad betyder det, at du er skyldig?
- K: Altså, det betyder, at jeg minimum er delvist skyldig for de omstændigheder, der ledte til hans død. Jeg havde ikke forhindret alle disse ting i at ske...
- T: Okay, lad os grave lidt dybere. Forstil dig, at du virkelig troede: Jeg er delvist skyldig for hans død, fordi jeg ikke var i stand til at forhindre hans død. Hvad fortæller det os om dig?
- K: Altså, jeg føler mig som en dårlig person. Jeg må have været en forfærdelig ægtefælle, eftersom jeg ikke var i stand til at forhindre hans død...
- T: Jeg synes, at det er et vigtigt emne, som vi snakker om her. Hvis vi opsummerer, så er der en anden kognition, der ligger nedenunder: "Jeg er skyldig". Denne dybere kognition synes at være: "Eftersom jeg ikke var i stand til at forhindre hans død, er jeg en forfærdelig ægtefælle". Er det en korrekt refleksion, jeg gør her?

Hjemmearbejde

Hjemmearbejdet består igen i at lave 4-kolonne skemaer/Kognitive diamanter. Anbefal klienten at forsøge at lave mindst tre om ugen.

SESSION 8

Diskuter hjemmearbejdet

Forklar rationalet bag at udfordre negative kognitioner

Udfordrer en dysfunktionel kognition

Formuler en alternativ kognition

Hvis aktuelt kan målarbejdet begynde at blive introduceret herfra (se Session 11)

Hjemmearbejde: færdiggør 4-kolonne skemaer

Diskuter hjemmearbejdet

Tjek om klienten har færdiggjort sine kolonneskemaer/kognitive diamanter. Hvis klienten kun har lavet meget lidt, så spørg hvorfor. Understreg vigtigheden i en aktiv deltagelse i terapien. Behandlingen kan kun være effektiv, hvis klienten selvstændigt er i stand til at identificere negative og uhjælpsomme kognitioner. Gennemgå de skemaer, som klienten har lavet. Tjek hvorvidt klienten har færdiggjort de forskellige dele af skemaerne korrekt. Tjek ligeledes hvorvidt han/hun er lykkes med at identificere nogle af sine mest centrale negative kognitioner.

Forklar rationalet bag at udfordre negative kognitioner

Udfordringen af de negative kognitioner er rettet mod at undersøge validiteten (nøjagtigheden, fornuften, sandheden, logikken) og brugbarheden (effektiviteten, hjælpsomheden eller graden af adaptivitet) af de negative kognitioner. Det kan blive forklaret således:

"Vi har set, at negative følelser kan være et resultat af negative og uhjælpsomme tanker. Det betyder derfor, at du vil komme til at have det anderledes eller føle andre følelser, hvis du er i stand til at ændre dine negative tanker. Selvfølgelig sker dette ikke automatisk. Vi kan ikke bare trykke på en knap, og så tænker vi anderledes. Men ikke desto mindre er det muligt at udfordre de negative tanker. Det betyder, at vi vil arbejde med de negative tanker, du har, som antagelser, vi kan gennemgå og snakke om, snarere end sandheder og fakta der ikke kan ændres.

Eksempelvis kan du være vant til at tænke: "Jeg har ikke længere noget at tilbyde, nu hvor min partner er død". At udfordre denne tanke betyder, at vi vil tage et skridt tilbage, og overveje hvorvidt denne tanke virkelig er sand eller om antagelsen måske er for negativ, rigid og ikke særlig hjælpsom. Så det er det, vi vil arbejde med de næste par uger. Vi vil tjekke, hvorvidt disse negative tanker faktisk er sande, og hvorvidt disse tanker er hjælpsomme i din sorgproces. Målet er, at vi måske kan tilpasse eller nuancere dem, til tanker der leder til andre eller mindre intense følelser, som kan hjælpe dig med at affinde dig med tabet".

Eksempler på teknikker til at udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner

Terapeuten kan bruge forskellige teknikker til at udfordre kognitioner. Vi laver en generel skelnen mellem tre typer af teknikker: (I) sokratiske dialog; (II) identificering af kognitive forvrængninger, og (III) supplerende teknikker til at udfordre kognitioner. Disse teknikker er forklaret i Appendiks E.

At udfordre en negativ og uhjælpsom kognition

Efter at have forklaret formålet med at udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner diskuteres et eksempel. Ud fra de færdiggjorte kolonneskemaer/kognitive diamanter udvælges én af klientens kognitioner, som formodes at være central for klientens problemer. Terapeuten skriver denne kognition på tavlen og forslår en yderligere undersøgelse og gennemgang af kognitionen. Der lægges herved vægt på sokratiske spørgsmål, men de supplerende teknikker til at udfordre bruges også – hvis relevant.

Eksempel 1

- T: Du siger; "Jeg kan aldrig blive glad uden X". Det er forståeligt, at du føler dig deprimeret, hvis du er overbevist om, at du helt bestemt aldrig bliver glad igen. Men er denne tanke sand?
- K: Ja. Jeg kan ikke forestille mig, at jeg vil blive glad igen.
- T: Okay, så på nuværende tidspunkt kan du ikke forestille dig, at du bliver glad igen. Det er ikke overraskende, når man tænker på, at du er trist over din mands død. Men betyder det, at du kan lave forudsigelsen om, at du aldrig bliver glad igen? [...] Hvad sker der, hvis du bliver ved med at fortælle dig selv; "Jeg bliver aldrig glad igen"?

Eksempel 2

- T: Du sagde til mig, at du følte dig ekstremt ængstelig i denne uge, da du tænkte på X. Hvilke tanker gik igennem dit hoved, da du følte dig så ængstelig?
- K: Jeg har stadig svært ved at tænke på, hvad det betyder, at jeg aldrig, ja, aldrig vil se X igen.
- T: Fordi hvis du virkelig begyndte at reflektere indgående over de konsekvenser tabet har for den måde, du ser dig selv på, og hvad det betyder for dit liv og din fremtid, så...
- K: Så tror jeg, at jeg vil blive så trist, at jeg ikke vil kunne håndtere eller kontrollere mine følelser.
- T: Og hvad vil der så ske?
- K: Så vil jeg helt sikkert blive vanvittig!
- T: Hvis du tænker: "Hvis jeg tænker over konsekvenserne af tabet af X, så vil jeg blive så trist, at jeg vil blive skør", så kan jeg godt forstå, at du føler dig ængstelig og gerne vil undgå de erindringer. Men lad os undersøge denne specifikke tanke lidt mere. Hvad vil der kunne ske? Hvis du virkelig bliver vanvittig af tristhed, så hvad...? [Terapeuten anvender den supplerende teknik til at udfordre tanker "Forstil dig det værste".]

At formulere en alternativ kognition

Efter at klientens negative og uhjælpsomme kognitioner er blevet udfordret, bliver der formuleret en mere valid, mindre negativ og mere hjælpsom kognition. En kognition der ikke leder til så intense følelser, og som giver mod til, snarere end fjerner modet til, hjælpsomme handlinger.

"Vi har lige set, at tanken; "Jeg bliver aldrig glad igen", ikke er valid, særligt fordi det er en meget absolut forudsigelse, som du rent faktisk ikke har beviser for. Du føler dig måske ikke glad lige nu, men det betyder ikke, at du aldrig vil blive glad igen på et tidspunkt i fremtiden. Hvis du holder fast i den negative tanke om fremtiden, så er der en god chance for, at du bliver ved med at være deprimeret. Vi vil nu forsøge at formulere en alternativ tanke til denne meget negative tanke. Det vil sige, en tanke som passer bedre til virkeligheden, og som også gør dig mindre deprimeret."

Når man formulerer alternative tanker, er det vigtigt, at klienterne er motiverede for at finde på alternative tanker/kognitioner selv.

Eksempel

- T: Vi har undersøgt en central tanke, som har plaget dig. Tanken: "Jeg skulle have forhindret X's død!". Denne tanke har gjort dig hvileløs og giver dig en stærk følelse af skyld. Vi har omhyggeligt undersøgt tanken og konkluderet, at den er lidt for ekstrem. Hvad kunne en alternativ tanke være?
- K: Hm... Jeg ved det virkelig ikke.
- T: Okay, lad mig forsøge at hjælpe dig. Forstil dig, at jeg var i samme situation som dig, men at jeg ikke følte skyld. Hvordan ville jeg kunne være nået dertil?
- K: Måske ville du ikke fortælle dig selv, at du burde have forhindret dødsfaldet.
- T: Lige præcis, men hvad tænker du, at jeg ville sige til mig selv? Hvad ville min tanke være, som ikke ville forårsage alle disse følelser af skyld?

- K: Måske noget i retningen af; "jeg gjorde, hvad jeg kunne"...
- T: Ja, det ville være en tanke, jeg kunne have, hvis jeg var i samme situation, men ikke havde følelser af skyld, som du har. Hvis vi går tilbage til dig. Din første tanke var: "Jeg skulle have forhindret X's død!". Hvad ville være et muligt alternativ til den tanke?
- K: Noget i retningen af: "Jeg ville ønske, at jeg kunne have forhindret dødsfaldet, men det var umuligt. Jeg gjorde, hvad jeg kunne, men der var ingen mulighed for at forhindre det i at ske."
- T: Det lyder som en god alternativ tanke!

TIP! Målet med at formulere alternative kognitioner er ikke, at klienten skifter sine negative kognitioner ud med positive, og så er alt godt. Det er selvfølgelig noget vrøvl. Det handler mere om at tage et andet perspektiv på en situation, som er mindre negativt, mindre absolut og rigidt. Det er derfor, vi snakker om at forandre uhjælpsomme kognitioner til mere hjælpsomme, snarere end at forandre negative til positive kognitioner.

Man kan udfordre klientens forskellige negative kognitioner og formulere alternative kognitioner så længe man har tid til rådighed i den pågældende session. Dette bliver gjort med målet om, at klienten forstår princippet om at udfordre og forandre negative kognitioner.

Hjemmearbejde: færdiggør 4-kolonne skemaet/Den kognitive diamant

Klienten bliver bedt om at forsætte med at udfylde skemaet, herunder kolonnen/boksen med "Alternative tanker". Klienten bliver opfordret og motiveret til at færdiggøre mindst et helt skema hver dag, inklusiv delen med at udfordre tankerne.

SESSION 9

Gennemgå hjemmearbejdet med 4-kolonne skema/Den kognitive diamant skema

Forsæt med at udfordre negative kognitioner

Problemet: "Jeg ved det, men det føles ikke på den måde"

Design et adfærdseksperiment

Hvis aktuelt kan målarbejdet (se Session 11) påbegyndes herfra

Hjemmearbejde: færdiggør kolonneskemaer/kognitive diamant skemaer og udfør et adfærdseksperiment

Gennemgå hjemmearbejdet med 4-kolonne skemaet/Den kognitive diamant.

Terapeuten undersøger, om klienten har været i stand til at færdiggøre skemaerne. Når det er nødvendigt, giver terapeuten yderligere forklaringer. Hvis terapeuten mistænker, at klienten har identificeret overfladiske kognitioner, beder han/hun klienten om at identificere kognitioner, som er mere centrale for hans/hendes problem.

Fortsæt med at udfordre kognitioner

Ved gennemgangen af kolonneskemaer/kognitiv diamant skemaer sættes særligt fokus på at udfordre kognitionerne: Har klienten været i stand til at stille "udfordrende spørgsmål" til sine kognitioner? Hvad var effekten af det? Har klienten været i stand til at danne alternative og mere nuancerede kognitioner?

Terapeuten og klienten gennemgår skemaer, som omhandler nogle centrale følelsesmæssige episoder fra den sidste uge. Det er vigtigt, at terapeuten adresserer eksempler, hvor klienten var god til at analysere (og fremhæver de skemaer som er færdiggjort helt fint) for at grundfæste det, der er lært, samt belønne klienten for sit gode arbejde. Derudover fokuserer terapeuten på tilfælde, hvor klienten havde svært ved at identificere sine negative og uhjælpsomme kognitioner, for at hjælpe ham med at blive ved med at forbedre sine evner inden for kognitiv terapi.

Man skal være opmærksom på de følgende fem nøglepunkter, når man udfordrer kognitioner:

1. Hold øje med negative og uhjælpsomme kognitioner, som er centrale i klientens problemer (kognitioner som går igen i flere følelsesmæssige episoder).
2. Fokuser på kognitioner, som klienten selv har svært ved at udfordre (kognitioner som er rigide og sværere at falsificere)
3. Brug forskellige teknikker til at udfordre kognitioner (se eksempler i Appendiks E: Eksempler på teknikker til at udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner)
4. Brug tid på at formulere en alternativ, mindre negativ og mere hjælpsom kognition. Dette hjælper med at gøre alternative perspektiver på situationer/begivenheder mere troværdige.
5. Forsøg ikke at udfordre og forandre *alle* negative tanker/kognitioner. Det er bedre at gøre det fuldt ud og ordentligt ved én kognition end at gøre det halvt ved alle kognitioner.

Problemet: "Jeg ved det, men det føles ikke på den måde"

Klienter siger nogle gange, at de ved, at deres kognitioner er uhjælpsomme og ikke er sandheder, men de føler dog stadigvæk negativitet (f.eks. jeg ved, at jeg ikke er ansvarlig for hendes død, men jeg føler mig stadig skyldig", eller "Jeg ved, at mennesker ikke vil behandle mig dårligt nu, hvor jeg er alene, men jeg føler mig stadig ængstelig og anspændt, når jeg skal alene ud til sociale arrangementer"). Uoverensstemmelsen mellem kognitioner og følelser er ofte skabt, fordi klienten endnu ikke er overbevist om sine alternative kognitioner, og at de negative kognitioner stadig "vinder den indre dialog". Når klienter kommer med sådanne udtalelser, forklarer terapeuten, at det, at udfordre og ændre negative og uhjælpsomme kognitioner, er en aktiv proces, som tager tid. Negativ tænkning er blevet en vane, og ofte er det nødvendigt at udfordre negative tanker, som automatisk kommer, igen og igen. Følgende forklaring klargør ofte dette:

"Jeg kan forestille mig, at der finder en dialog sted i dit hoved: på den ene side tænker du: "Jeg er ansvarlig for X's død". På den anden side tænker du: "Med den viden jeg havde på daværende tidspunkt, kunne jeg ikke have forudset hans død". Er det rigtigt forstået? Jeg sammenligner det altid med, at man har en engel på den ene skulder og en djævel på den anden, som sidder og taler sammen. Djævelen bliver ved med at gentage de negative tanker. Englen er mere nuanceret og vil forsøge at overbevise dig om, at dine alternative og mere hjælpsomme tanker er sandheden. Men djævelen er stærk og magtfuld. Det er ikke så mærkeligt, da han har haft masser af plads til at overbevise dig om sine negative udsagn. Den mere positive engel er stadig ny, og hans stemme er ganske blid. Men fordi djævelen stadig er så magtfuld, vil han ofte vinde dialogerne. Men du vil opdage, at det snart vil forandre sig, så snart du giver mere plads til englen. Jo mere du lader englen tale, desto stærkere bliver den, og desto mere vil den vinde dialogen. På et tidspunkt vil englen blive så trænet, stærk og overbevisende, at djævelen vil forsvinde".

Design et adfærdseksperiment

Under denne session skal terapeuten og klienten designe et specifikt adfærdseksperiment, som klienten skal forsøge at udføre over de kommende dage. Adfærdseksperimenters mål er at undersøge, hvorvidt negative kognitioner er sande ved at udføre en specifik aktivitet. Et adfærdseksperiment indeholder følgende trin:

Trin 1: Identificer kognitionen, som skal udfordres. Bemærk: det skal være en specifik kognition, som kan blive transformeret til en specifik testbar eller falsificerbar udtalelse. Det skal helst være en negativ kognition, som er central i klientens problemer.

Trin 2: Omformuler kognitionen til en hypotese, som kan blive testet med en specifik handling eller aktivitet. Formuler denne hypotese som "hvis jeg gør X, så sker den negative konsekvens Y".

Trin 3: Formuler en alternativ hypotese, som reflekterer en mere positiv forudsigelse.

Eksempelvis: "Hvis jeg gør X, så sker den positive eller mindre negative konsekvens Z".

Trin 4: Beslut hvilken specifik aktivitet, som klienten skal gøre for at teste begge hypoteser. Dvs., beslut hvad X er i hypoteserne.

Trin 5: Efter klienten har fuldført disse handlinger eller aktiviteter, gennemgå da hans/hendes oplevelser og bestem graden, hvormed disse oplevelser støtter den negative forudsigelse og den alternative, mere positive forudsigelse.

TIP! Forklar **SKEMA 7** til klienten. Dette skema bliver brugt til at designe og evaluere adfærdsmæssige eksperimenter.

Adfærdseksperimenter til symptomer på depression: Når klienter oplever symptomer på depression, har de ofte negative forudsigelser om følgerne af at engagere sig i aktiviteter ("Jeg kan ikke nyde noget mere", "Der er ikke noget, som er underholdende"), om aktiviteternes gavn ("Det giver ikke mening at tage mig af mig selv mere"), eller om deres egne evner til at arrangere bestemte aktiviteter ("Jeg ved ikke, hvordan jeg skal planlægge noget"). Disse kognitioner kan lede til inaktivitet og blokere handlinger, der kunne hjælpe klienten med at tilpasse sig til tabet. Adfærdseksperimenter er et virksomt redskab til at teste sådanne forudsigelser og til at arbejde med inaktivitet. Kort sagt bliver klienten opfordret til at udføre en specifik aktivitet (f.eks. besøge venner), for at undersøge hvorvidt hans forventninger til aktiviteten ("Hvis jeg besøger disse venner, vil jeg ikke opleve nogen glæde") er sande.

Adfærdseksperimenter til symptomer på angst: Ved angstsymptomer opleves noget, der rationelt set ikke er faretruende, som en trussel, hvilket kan resultere i undgåelsesadfærd. En klient med social angst undgår sociale arrangementer, fordi han er bange for, at han vil 'fejle', eller at mennesker vil tænke, at han er mærkelig. Eller: Et eksempel på undgåelsesadfærd ifm. vedvarende sorgreaktion kan være, at en klient undgår at besøge graven, ofte fordi han er bange

for, at det vil gøre ham skør, eller at han vil miste kontrollen. Adfærdseksperimenter kan blive brugt til at undersøge sådanne forventninger. Klienten bliver opfordret til at engagere sig i en specifik handling (f.eks. tage til en fødselsdag eller besøge gravstedet), for at undersøge hvorvidt hans forventning (at 'fejle' eller blive skør) er sand.

I Appendiks F er der eksempler på følgende adfærdseksperimenter:

1. Adfærdseksperiment til én med negative forventninger om kontakt med andre mennesker.
2. Adfærdseksperiment til én, som er vred over den måde, som andre mennesker har håndteret konsekvenserne af den ulykke, hvor en bekendt døde.
3. Adfærdseksperiment til én, som oplever, at hans/hendes sorg er ubærlig.
4. Adfærdseksperiment til én med følelser af skyld over tabets omstændigheder.

Hjemmearbejde: færdiggør kolonneskemaer/kognitive diamant skemaer og udfør et adfærdseksperiment

Klienten bliver bedt om at blive ved med at udfylde kolonneskemaer/kognitive diamant skemaer. Derudover beslutter terapeuten og klienten et specifikt adfærdseksperiment sammen, som klienten skal lave. **SKEMA 7** kan blive brugt til at designe og evaluere adfærdseksperimentet.

SESSION 10

Gennemgå hjemmearbejdet

Udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner

Identificer maladaptive grundlæggende skemaer

Udfordre maladaptive grundlæggende skemaer

Ændre dysfunktionelle grundlæggende skemaer

Hjemmearbejde

Gennemgå hjemmearbejdet

Gennemgå kort de 4-kolonne skemaer/kognitiv diamant skemaer, som klienten har lavet. Terapeuten anerkender klienten for at blive ved med at identificere, udfordre og ændre sine negative kognitioner. I denne fase af behandlingen oplever klienterne typisk, at de har fået det bedre, og at deres depression, angst og andre negative følelser er blevet mindre intense. På dette tidspunkt kan naturlige sorgreaktioner blive lidt mere fremtrædende. Terapeuten normaliserer dette:

"Du sagde, at du overordnet set har fået det bedre. På samme tid er du blevet opmærksom på, at du ofte føler dig mere trist i forbindelse med X's død. Dette er ikke helt uventet. I de sidste par måneder har du været intenst optaget af tanker og spørgsmål om, hvad du kunne have gjort, og hvad du burde have gjort for at forhindre X's død. Du havde kun lidt plads til at sørge over det tab, du har lidt. Nu har du lært, og i højere grad accepteret, at du ikke på nogen måde kunne have forhindret X's død, og der er derfor mere plads til at føle sorgen nu. Dette kan være smertefuldt, men det er et godt tegn, fordi det viser dig, at der er mere plads til at affinde sig med tabet og tilpasse sig livet efter tabet".

Har klienten formået at udføre et adfærdseksperiment? Hvis ja, hvordan var hans/hendes oplevelser med dette? Hvad opdagede han/hun i forhold til de negative og positive hypoteser? Hvis klienten ikke havde positive oplevelser (f.eks. at besøge venner ikke var så glædefuldt, som håbet), så diskuter hvad der skete, og særligt, hvad klienten har lært af oplevelsen uanset resultatet. Beløn klienten for at have anstrengt sig!

TIP! Husk at adfærdseksperimentet aldrig kan gå galt. Selvom klienten ikke havde nogen positive oplevelser, kan der altid komme noget lærerigt ud af oplevelsen.

Hvis klienten ikke udførte adfærdseksperimentet, så find ud af, hvad grundene til dette var. Spørg ind til, hvad der skal ændres ved eksperimentet, for at klienten vil udføre det. Tilpas eksperimentet, og lad klienten udføre eksperimentet som hjemmearbejde.

Udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner

Ligesom i session 3 og 4 af de kognitive terapisesessioner, bruges den 5. session også på at udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner. Det er vigtigt at blive ved med at være opmærksom på de 5 nøglepunkter, når man udfordrer kognitioner:

1. Vær opmærksom på negative og uhjælpsomme kognitioner, som er centrale i klientens problemer (kognitioner som går igen i forskellige følelsesmæssige episoder).
2. Fokuser på de kognitioner, som klienten selv har svært ved at udfordre (kognitioner som er rigide og sværere at falsificere)
3. Brug forskellige teknikker til at udfordre kognitioner (f.eks. to-kolonne metoden, men opfordre også klienten til at søge efter mere information)
4. Brug tid på at formulere en alternativ, mindre negativ og mere hjælpsom kognition. Dette hjælper med at gøre alternative perspektiver på situationer/begivenheder mere troværdige.
5. Prøv ikke at udfordre og forandre *alle* negative kognitioner. Det er bedre at gøre det fuldt ud og ordentligt ved én kognition end at gøre det halvt ved alle kognitioner.

Identificer maladaptive grundlæggende skemaer

Det er muligt, at klienten er plaget af maladaptive grundlæggende skemaer. Sådanne skemaer er dybt forankrede antagelser og overbevisninger, som er særligt overdrevne eller ekstremt negative fortolkninger af personen selv ("Jeg er værdiløs", "Jeg er en svag person") eller i forbindelse med andre personer ("Alle forlader mig", "Man kan ikke stole på andre mennesker"). Hvordan kan vi vide, om sådanne grundlæggende skemaer er en del af klientens problemer? Et tegn, på at det forholder sig sådan, kan være, at klienten fortæller, at han/hun har haft svære følelsesmæssige og/eller interpersonelle, relationelle problemer tidligere i livet. Et andet tegn kan være, at den nutidige sorg, traumatiske stress eller de depressive symptomer er meget intense og funktionsnedsættende.

TIP! Kognitiv terapi fokuserer på at ændre kognitioner, der leder til følelsesmæssige problemer i nuet. Derfor er arbejdet med at tilpasse klientens grundlæggende skemaer kun relevant, hvis klienten lider under dem. Hvis der ikke er nogen maladaptive skemaer, der er tydelige, fortsætter behandlingen med at identificere og udfordre negative tabsrelaterede kognitioner som i de tidligere sessioner.

Hvis maladaptive grundlæggende skemaer er til stede, kommer disse ofte til syne, når man diskuterer følelsesmæssige episoder og gennemgår kolonneskemaer/kognitiv diamant skemaer. Hvis terapeuten har en mistanke om, at disse grundlæggende skemaer spiller en rolle, kan hun/han adressere det således: "Hvis vi opsummerer, hvad vi har talt om indtil videre, så tyder det på, at X's død har sat gang i en dybereliggende overbevisning hos dig i stil med; "Jeg er ikke noget værd." Kan du genkende det?"

Hvis klienten godkender terapeutens hypotese, kan terapeuten foreslå at se nærmere på det i den pågældende og følgende session: "Skal vi se nærmere på denne negative overbevisning i denne session og i den næste?"

Hvis terapeuten formoder, at der er maladaptive grundlæggende skemaer, men ikke helt ved, hvordan de skal formuleres, kan han/hun bruge 'den nedadgående pils-teknik', som er blevet forklaret tidligere. Andre hjælpsomme teknikker til at identificere maladaptive grundlæggende skemaer er:

1. **Identificer generelle temaer i klientens negative kognitioner:** Særlige temaer kan komme til syne i klientens kolonneskemaer/kognitive diamant skemaer, som afspejler et negativt selvbillede, såsom mindreværd, frygt for at blive afvist, altid at skulle fremstå stærk og perfektionisme. Terapeuten kan tjekke, om pågældende tilbagevendende temaer tyder på tilstedeværelsen af maladaptive skemaer.
2. **Reflektér over tidligere livsbegivenheder:** Terapeuten kan udforske, om negative livsbegivenheder spiller en rolle i, hvordan klienten på nuværende tidspunkt responderer på sit tab. Vigtige spørgsmål i forbindelse hermed er: "Har du nogensinde haft det på denne måde før i dit liv?", "Minder denne situation dig om noget fra din fortid?". Det er muligt, at klienten har draget konklusioner om sig selv på baggrund af tidligere negative livsbegivenheder. At adressere disse begivenheder og konklusioner kan muligvis hjælpe til at kaste lys over maladaptive skemaer (omsorgssvigt kan eksempelvis have ledt til skemaet "Jeg er værdiløs").
3. **Diskutér tilbagevendende kognitive forvrængninger:** Gentagne kognitive forvrængninger kan muligvis være tegn på maladaptive grundlæggende skemaer. F.eks. kan det, konstant at opstille krav til sig selv, muligvis indikere perfektionisme ("Jeg må altid gøre alting korrekt, ellers er jeg ikke noget værd"). En ekstrem grad af ansvarstagen, med henblik på at gøre andre tilfredse, kan også være udtryk for en kognitiv forvrængning. ("F.eks. Jeg må altid gøre mit bedste for at gøre andre tilfredse").

Udfordre maladaptive grundlæggende skemaer

Når maladaptive grundlæggende skemaer udfordres, kan teknikker beskrevet i Appendiks E blive benyttet. Adskillige tilsvarende teknikker er adresseret i korte træk i det følgende.

1. **Identificer fordele og ulemper ved det grundlæggende skema:** Ved vedvarende maladaptive grundlæggende skemaer kan det være hjælpsomt at skrive fordele og ulemper ved skemaet ned. Et vigtigt spørgsmål kan være, hvorvidt skemaet hjælper klienten med at opnå vigtige mål i nutiden og fremtiden. Ofte er det således, at skemaet hovedsageligt er associeret med ulemper, og at der faktisk ikke er nogle reelle fordele.
2. **Lave en 'bevis-for-og-imod-dagbog':** Her bliver klienten bedt om at skrive nogle beviser ned hver dag (eksempelvis i en uges tid), som argumenterer for og imod det negative skema: "Din grundlæggende overbevisning er; "Jeg er værdiløs". I den følgende uge skal du føre en dagbog, hvor du hver dag skriver beviser ned for og imod overbevisningen "Jeg er værdiløs". Vær også opmærksom på det, der sker, den kommende uge, som be- eller afkræfter denne overbevisning."
3. **Adfærdseksperimenter:** Adfærdseksperimenter er vigtige midler til at udfordre maladaptive grundlæggende skemaer.

Eksempel

En klient har en antagelse om, at han skal opfylde andres ønsker, ellers vil han blive afvist. I et adfærdseksperiment bliver antagelsen, "hvis jeg siger "nej" til andre, leder det til afvisning", testet. Klienten eksperimenterer med at afvise nogle invitationer til familiebesøg. Baseret på disse oplevelser bliver den originale negative antagelse reformuleret til: "Jeg behøver ikke altid at gøre, hvad andre mennesker forventer af mig, og som jeg ikke har lyst til at gøre. Andre vil ikke afvise mig med det samme, hvis jeg siger nej til en invitation. Hvis de gør, så er det irriterende, men jeg kan godt klare det".

4. **Diskuter kernebegivenheder, som er årsag til det grundlæggende skema:** Terapeuten kan sammen med klienten tale om hvilke specifikke erfaringer, der kan have ledt til det negative skema. Dét kan eksempelvis bidrage til at afklare, at antagelsen "Jeg er værdiløs" stammer fra, at klienten har oplevet følelsesmæssige afsavn i barndommen. Det kan også ske, at klienten har skemaet: "På et tidspunkt forlader alle mig" baseret på tidligere erfaringer med tab. At tale om de mulige forbindelser mellem antagelserne om én selv og andre, og tidligere livserfaringer med omsorgssvigt, misbrug eller at blive forladt, kan hjælpe klienten til at opdage, at skemaerne ikke er gyldige og hjælpsomme i nuet. En strategi såsom; "Jeg kan ikke vise mine følelser. Hvis jeg gør, vil jeg blive straffet", kan have været funktionel i klientens barndom. Måske fordi han/hun blev straffet af forældrene, hvis han/hun udtrykte følelser. Denne overbevisning er dog ikke længere valid her og nu.

Ændre maladaptive grundlæggende skemaer

Ligesom ved negative og uhjælpsomme kognitioner er det vigtigt at have fokus på at formulere alternative grundlæggende skemaer, som er mere valide og troværdige for klienten og mindre selvunderminerende. Eftersom at skemaer er meget vedholdende, og generelt er meget troværdige i klientens øjne, er det vigtigt, at det alternative skema bliver formuleret meget eksplicit. Når et alternativt skema er blevet formuleret, kan klienten skrive det ned på et kort sammen med argumenter, beviser og erfaringer, som argumenterer for validiteten af det nye skema. Klienten kan have kortet med sig og læse det, når negative følelser og tanker fra det oprindelige skema trænger sig på.

Hjemmearbejde

Klienten bliver bedt om at fortsætte med at udfylde kolonneskemaer. Hvis der har været fokus på et uhensigtsmæssigt grundlæggende skema, kan terapeuten give en opgave rettet mod at udfordre dette skema.

SESSION 11

Gennemgå hjemmearbejdet
 Forklar rationalet bag aktiverings- og målarbejdet
 Forklar forbindelsen mellem aktivitet og humør
 Forklar "Mål og trin" skemaet
 Formuler trin
 Forbered terapiens afslutning

Gennemgå hjemmearbejdet

Gennemgå 4-kolonne skemaer/kognitiv diamant skemaer og adfærdseksperimenter, som klienten har arbejdet med. Terapeuten adresserer også opgaver om udfordring af maladaptive grundlæggende skemaer, hvis klienten har lavet disse.

Forklar rationalet bag aktiverings- og målarbejdet

Aktiverings- og målarbejde kan blive introduceret således (forklaringen tilpasses til den specifikke situation og klientens vanskeligheder):

"I denne del af behandlingen fokuserer vi på Opgave III i den kognitive model (Appendiks A): 'At engagere sig i hjælpsomme aktiviteter, der fremmer tilpasning til den nye livssituation'. Lad mig forsøge at forklare det lidt nærmere. Det er helt forståeligt, at du er mindre aktiv efter X's død. Men at være passiv og lave meget lidt, hjælper dig ikke med at engagere dig i aktiviteter, der fremmer tilpasning til/mestring af den nye situation. Hvorfor er det ikke smart at foretage sig så lidt? For det første, hvis du ikke foretager dig så meget, så har du ikke mange muligheder for at opleve behagelige stunder. Selvom du ikke har lyst til at lave noget, kan du bagefter opleve at have fået noget godt ud af at have gjort det. For det andet, så giver det, ikke at foretage sig noget, dig meget tid til at ruminere og tænke på negative ting. Hvorimod det at engagere sig i aktiviteter kan hjælpe til at distrahere dig selv fra negative tanker. For det tredje bliver du ikke i stand til at tilpasse dit hverdagsliv, til det faktum at X er borte, så længe hverdagen står stille og ikke går videre.

Der kan være forskellige grunde til, at man stopper med bestemte aktiviteter, som man før engagerede sig i, efter ens elskede er død. En grund kan være, at man har det så dårligt, at man ikke er motiveret til at gøre noget overhovedet. En anden grund kan være, at man ikke længere tror, at man kan opnå behag eller tilfredsstillelse fra de aktiviteter, der før blev oplevet som meningsfulde. En tredje grund kan være, at man tænker, at man slet ikke er i stand til at udføre bestemte aktiviteter, nu hvor ens mand, kone eller barn er død. Resultatet er, at man bliver mere og mere passiv.

Det er derfor forståeligt, at du har engageret dig i færre aktiviteter, siden X døde. Men for at tilpasse dig til tabet og øge muligheden for at opleve positive følelser, er det vigtigt, at du gradvist øger dit engagement i forskellige aktiviteter. I de følgende sessioner vil vi undersøge, hvilke aktiviteter du holdt af før tabet. Herefter vil vi forsøge at formulere specifikke mål for den nærmeste fremtid, om aktiviteter du måske gradvist kan engagere dig i igen. I forhold til den kognitive model er denne del af behandlingen, som sagt, fokuseret på Opgave III: At engagere sig i hjælpsomme aktiviteter og fremme tilpasning til den nye situation."

Tjek hvorvidt klienten kan genkende sig selv i denne forklaring. I hvilken grad har tabet ledt til nedgang i hans/hendes aktiviteter? Hvilke sociale, fritids-, uddannelsesmæssige og arbejdsrelaterede aktiviteter er klienten stoppet med at engagere sig i eller har klienten skåret ned på? Hvilke grunde er der til dette? Tal også om hvilke sociale, fritids-, uddannelsesmæssige og arbejdsrelaterede mål, der kunne være relevante for ham/hende i den nærmeste fremtid.

Forklar forbindelsen mellem aktivitet og humør

Generelt er det sådan, at hvis man gør noget – engagerer sig i en aktivitet – så kan man komme til at føle sig i bedre eller mindre dårligt humør, end hvis man ikke gjorde andet end at sidde derhjemme alene. Kan klienten genkende, at der er en forbindelse mellem, hvad vedkommende gør og hvad vedkommende føler? Hvis nødvendigt, så udfyld et aktivitetsskema (**SKEMA 8**) sammen med klienten. Fyld de aktiviteter ind, som han/hun har lavet i den seneste uge (eller i de sidste par dage) og bed klienten om at give en score for det generelle humør, for hver del af dagen, på en skala fra 0 (meget dårligt, trist, nedtrykt) til 10 (meget godt, sprudlende, glad, energisk).

TIP! Klienter tænker ofte, at de kun kan blive mere aktive igen, hvis de er mindre triste over tabet. Forklar, at forholdet mellem aktiviteter og følelser ofte vender den anden vej: at være aktiv kan bidrage til bedre humør.

Forklar "Mål og trin skemaet"

At arbejde med mål bliver yderligere uddybet ved brug af **SKEMA 9**, "Mål og trin skemaet". Skemaet kan blive introduceret således:

"Personlige mål er specifikke situationer eller omstændigheder, som man gerne vil opnå. Jeg vil gerne invitere dig til at formulere mål, som er vigtige for dig. Mål kan være forbundet med forskellige typer af aktiviteter. Vi skelner mellem sociale aktiviteter, fritidsaktiviteter samt uddannelsesmæssige og arbejdsrelaterede aktiviteter.

Sociale aktiviteter inkluderer alle aktiviteter forbundet med venner, familie og andre mennesker. At gå ud og spise middag med en ven, gå en tur med nogle få bekendte, tage ud en aften til en bogklub, drikke kaffe med en rar kollega er alle eksempler på sociale aktiviteter, som du gerne må engagere dig mere i.

Fritidsaktiviteter inkluderer alle aktiviteter og hobbyer, som før var sjove eller afslappende at engagere sig i. Det kan være at tage i biografen, læse en bog, motionere, gå, meditere eller lave (andre) spirituelle aktiviteter. Husk, fritidsaktiviteter og sociale aktiviteter kan overlappe.

Uddannelse og arbejdsrelaterede aktiviteter inkluderer alle aktiviteter, hvor du er engageret i studie eller arbejde. Det drejer sig om aktiviteter relateret til dit nutidige eller fremtidige arbejdsliv eller uddannelse i løbet af dagen. Vi inkluderer også hjemmeaktiviteter eller frivilligt arbejde. At opnå viden om et specifikt kursus, bruge nogle få timer på din arbejdsplads, tilmelde dig til et nyt studieprogram, begynde et velorganiseret arbejde på jobbet er alle eksempler på uddannelsesmæssige eller arbejdsrelaterede aktiviteter. Med det i tankerne vil jeg gerne have dig til at tænke over (og skrive ned) mindst tre meget specifikke mål i skemaets kategorier."

Sammen ser terapeuten og klienten på **SKEMA 9**. Snak om hvilke sociale, fritids-, uddannelsesmæssige og arbejdsrelaterede aktiviteter, klienten plejede at engagere sig i før tabet. Hvilke aktiviteter er han/hun stoppet med at engagere sig i eller har han/hun skåret ned på? Terapeuten hjælper klienten med at formulere mere end et mål i hver af de tre kategorier og tager højde for følgende punkter:

1. **Formuler positive mål:** Det er vigtigt, at klienten bliver hjulpet til at formulere positive snarere end negative mål. Positive mål referer til situationer, man gerne vil opnå, mens negative mål referer til situationer, man gerne vil undgå. Et positivt mål kunne være: "Jeg vil gerne ringe til min ven Albert igen", og et negativt mål kunne være "Jeg vil ikke længere undgå sociale kontakter". Positive er at foretrække frem for negative.
2. **Formuler mål så "SMART" som muligt:** SMART mål er mål, der er Specifikke (simple, fornuftige, signifikante), Målbare (meningsfulde, motiverende), Opnåelige (eng: Achievable), Relevante (realistiske, rimelige, resultat-baserede), Tidsafgrænsede

(tidsbaserede, tidssensitive). Klienten bliver opfordret til at formulere mål så SMART som muligt. Et mål såsom: "Jeg vil gerne føle mindre lidelse" er eksempelvis ikke Specifikt (hvad er lidelse præcist?) og ikke Målbart (Hvor meget er mindre?). Det er bedre at formulere målet så præcist som muligt: "Jeg vil gerne gøre noget hver dag, som giver mig positive følelser, eksempelvis følelser som afslappethed eller glæde".

- 3. Prioriter målene:** Det er vigtigt, at klienten forsøger at formulere flere mål i forskellige domæner. Dog er alle mål ikke lige vigtige. Terapeuten skal derfor instruere klienten i at indikere med tal (fra 1, 2, 3, 4 ... etc.), i hvilken rækkefølge vedkommende ønsker at arbejde med målene.

TIP! For at få indsigt i alle mål for fremtiden kan der spørges om følgende spørgsmål: "Forstil dig, at der nu er gået et år, og du har formået at finde tilbage til dit liv, hvor tabet har fået plads, og at du nu er i stand til at engagere dig i behagelige og tilfredsstillende aktiviteter. Hvordan ville dit liv da se ud? Hvordan ville du have det? Hvad ville du gøre? Hvilke sociale, fritids-, uddannelsesmæssige og arbejdsrelaterede aktiviteter ville du engagere dig i?"

Formuler trin

Som det næste forsøger terapeuten og klienten at formulere forskellige trin til hvert mål, som skal udføres for at opnå målet. Trin er konkrete handlinger, som kan bringe én tættere på målet. Det er hjælpsomt, hvis trinnene er formuleret på en SMART måde, ligesom målene.

Eksempel 1

Mål (social aktivitet): Organiser et måltid for mine bedste venner, a, b og c, inden for en måneds tid.

Trin på vejen:

Trin 1: Overvej hvilke datoer, der kunne passe.

Trin 2: Find frem til, hvem jeg præcist vil invitere.

Trin 3: Forbered invitationen: Hvad skal jeg skrive i invitationen? Hvad skal jeg nævne som grunden til aftalen?

Trin 4: Lav praktiske forberedelser til måltidet.

Trin 5: Forbered hvad jeg ønsker at sige om X's død.

Eksempel 2

Mål (fritidsaktivitet): Deltag i 10 km løb i København om 8 måneder.

Trin på vejen:

Trin 1: Undersøg information om træningsplaner.

Trin 2: Køb sko og tøj til løbet.

Trin 3: Tjek hvorvidt venner a, b og/eller c også vil deltage.

Trin 4: Planlæg et træningsprogram op til dagen, hvor løbet foregår, og lav den første træning.

Trin 5: Spørg venner og familier, om de kan komme og støtte mig på dagen.

Brug et skema/en side pr. mål.

Hjemmearbejde

Hvis klienten har svært ved at forstå eller tro på sammenhængen mellem aktivitet og humør, så kan han/hun blive bedt om at udfylde **SKEMA 8**.

Klienten bliver også inviteret til at udfylde mere i **SKEMA 9**.

En sidste opgave for klienten i session 11 er at begynde på de første trin af de to eller tre mål, klienten har prioriteret:

"Efter alle forberedelser er det meningen, at du nu skal arbejde dig igennem de forskellige trin i mål 1, 2 og måske også 3. Overvej følgende punkter:

- Arbejd med flere mål. Det er godt at dele din opmærksomhed til at fokusere på forskellige meningsfulde aktiviteter.
- Tag flere (små) trin på kort tid: Forsøg at tage flere trin på en uge.
- Du skal ikke opfatte mål eller trin som en spændetrøje: målene og de forskellige trin er ikke formuleret som påtvungne. De sætter en fleksibel retning på dit hverdagsliv i de følgende måneder og kan give dig et bedre overblik over værdsatte aktiviteter.

Forbered terapiens afslutning

"Dette er den andensidste session, og vores tid sammen er snart slut. At sige farvel, afslutte terapien og bruge det, du har lært, på egen hånd, kan være forbundet med mange tanker og bekymringer. Måske især for personer, som har oplevet at miste en elsket, som du har. Da kan det muligvis opleves som særligt svært at sige farvel og skulle afslutte noget. Hvad tænker du om at skulle afslutte terapien?"

Til vores sidste møde vil jeg bede dig om at tænke over, hvad det vigtigste, du har lært her, er, og så vil vi snakke om det næste gang."

SESSION 12

Gennemgå hjemmearbejdet
 Forhindringer i at opnå mål
 En plan for at blive ved med at arbejde med målene
 Afslutning af terapien og afsked

Reflekter over hjemmearbejdet

Har klienten udfyldt mere i **SKEMA 9**? Har han/hun formået at udføre nogle af de forskellige trin i to eller tre mål? Hvad gik godt? Hvad gik mindre godt?

Forhindringer i at opnå mål

Forskellige forhindringer kan stå i vejen for, at man kan opnå sine mål. To eksempler er "saboterende kognitioner" og "manglende ressourcer".

Saboterende kognitioner: Saboterende kognitioner er negative og uhjælpsomme kognitioner, der kan underminere ens engagement i trin mod at opnå værdifulde mål. Tre kategorier af kognitioner er særligt vigtige. Den første er negative forventninger (eller pessimistiske kognitioner) om effekterne og brugbarheden af at blive mere aktiv: "Hvis jeg vil engagere mig i sport igen, så vil det ikke give mig nogen glæde". Den anden kategori er kognitioner, som blokerer konstruktive handlinger rettet mod at opnå et mål, og indebærer negative kognitioner om ens egne evner og færdigheder: "Selvom jeg gerne vil mødes med mine venner, så kan jeg ikke finde ud af at arrangere det". Den tredje kategori drejer sig om opfattelsen af, at man vil forråde den afdøde, hvis man begynder at få det bedre og engagerede sig i særlige aktiviteter: "Jeg kan ikke have det sjovt mere, nu hvor Peter er død", "Jeg forråder ham, hvis jeg lever videre med mit liv".

Som terapeut er det vigtigt at udvise empati over for disse kognitioner. Det er helt forståeligt, at man er pessimistisk med hensyn til ens egne færdigheder eller glæden ved at gøre ting, særligt i de første måneder efter tabet. På den anden side kan det fremme tilpasningsprocessen, hvis man er aktiv og retter sig mod aktiviteter, der kan give en fornemmelse af mening og glæde i livet. Terapeuten kan bruge kolonneskemaer/kognitiv diamant skemaer (**SKEMA 6, Appendiks D**) til at adressere de negative kognitioner, som kan sabotere arbejdet med Opgave III i den kognitive model i Appendiks A.

TIP! Hvis klienten har en idé om, at han/hun forråder den afdøde, hvis han/hun ikke længere er så fastlåst i sin sorgproces, og begynder at få det bedre og engagerer sig i potentielt nydelsesfulde aktiviteter igen, så stil følgende spørgsmål: "Forstil dig, at vi var i stand til at spørge om X's mening. Tror du, at X ville råde dig til at blive derhjemme hele dagen og være trist? Eller tror du, at X ville give dig lov til at gå ud af huset og møde andre mennesker igen? Hvad tror du, at X vil sige?"

Manglende ressourcer: I nogle aktiviteter kan klienten have brug for hjælp fra en ven eller andre personer i hans/hendes miljø. Hvis klientens mål eksempelvis er at komme tilbage til bogklubben, som han/hun var en del af, kan det være gavnligt med støtte fra en person fra bogklubben, som han/hun har en god relation til. Støtte fra andre kan være en vigtig ressource til at øge ens aktivitetsniveau. Information er også en ressource. Hvis man har et mål om at følge et kunstkursus eller at starte på en ny uddannelse, er det nødvendigt at vide, hvilke kurser der er tilgængelige, og hvornår disse er tilgængelige. Støtte og information er altså vigtige ressourcer, og mangel herpå kan udgøre en stor forhindring i arbejdet mod at opnå ens mål.

TIP! Mennesker med komplicerede sorgreaktioner er ofte bitre over den begrænsede spontane støtte, som de får fra deres miljø, eller at de slet ikke bliver støttet. Vis forståelse over for disse følelser. Tal herefter om, hvad klienten selv kan gøre for at opnå den ønskede støtte.

En plan for at blive ved med at arbejde med målene

I denne sidste session taler klienten og terapeuten om, hvad de næste mål, som klienten vil arbejde med, er, ud fra det klienten har udfyldt i **SKEMA 9**. Der tales også om, hvilke personer fra det sociale miljø der kan hjælpe med at opnå bestemte mål.

Problemløsning

Terapeuten og klienten kan også adressere problemstillinger om, hvad der kan gøres, hvis sorg eller andre følelsesmæssige responser bliver værre i den nære fremtid eller senere hen.

"At bearbejde et tab er en proces, hvor sorgen nogle gange pludselig kan blive meget intens, og andre gange er mere i baggrunden, ligesom vi så i toprocesmodellen, jeg præsenterede for dig den første gang, vi mødtes. Selvom nogle personer tænker, at tilpasning til et tab er en lineær proces, hvor smerten gradvist bliver mindre og mindre, og på et tidspunkt går helt væk, er det ikke helt sådan, det forholder sig. Nogle gange kan sorgen komme igen efter nogle år, som en pludselig bølge af sorg.

Så selvom du heldigvis har det bedre nu, kan det være, at du bliver mere trist igen i fremtiden. Eksempelvis kan det være, at du pludselig bliver opmærksom på bestemte konsekvenser af tabet, som du ikke har tænkt over før. Eller det kan være, du pludselig uden grund savner X meget intenst igen. Det er vigtigt, at du tillader dig selv at være trist og sørge på det tidspunkt. Det er helt naturligt at have det sådan, når man har mistet nogen, man elsker, som du har. Det er også vigtigt, at du ikke bliver bange. Hvis du gemmer sorgen væk eller fortolker den på en negativ måde, så vil du sandsynligvis begynde at få det værre. Hvis du tillader, at den er til stede, så vil du også opleve, at den på et tidspunkt forsvinder hen i baggrunden igen."

Adresser kort, hvad klienten kan gøre, hvis han/hun oplever intens sorg igen. Generelle råd er:

- Tillad og udtryk følelserne i stedet for at undgå dem eller undertrykke dem.
- Søg støtte hos venner og bekendte, og tal om tabet.
- Udfyld et kolonneskema/kognitiv diamant skema for at analysere de negative tanker, som kan være til stede.
- Husk at planlægge nogle aktiviteter, som kan distrahere dig selv fra smerten.

Hjemmearbejde

Som en sidste hjemmeopgave bliver klienten bedt om at skrive et brev til en imaginær ven, som har lidt et lignende tab, og som har kæmpet med nogle af de samme vanskeligheder.

"Du har lært meget om sorg og det at håndtere et tab igennem denne behandling. I et brev beder vi dig om at udtrykke dette til en imaginær ven. Forstil dig, at du har en ven, som hedder A. A har oplevet et lignende tab, som det tab du har oplevet, og under de samme omstændigheder som din elskede døde. A har svært ved at håndtere tabet, og er nu der, hvor du startede i behandlingen. I relation til den kognitive model i Appendiks A, har A de samme vanskeligheder, som du havde med Opgave I (Konfronter tabet og den medfølgende smerte), Opgave II (Genvind tiltroen til dig selv, andre, livet og fremtiden) og Opgave III (Engager dig i hjælpsomme aktiviteter, der fremmer tilpasning).

Skriv et brev, hvor du hjælper og giver A råd om at udføre disse opgaver. Brug dine egne erfaringer fra terapien i dit brev til A. Så fokuser på, hvordan du har håndteret at konfrontere tabets realitet, og hvad der hjalp dig i forhold til at arbejde med din smerte. Forsøg herudover at forklare, hvordan du klarede at genvinde nogen grad af tiltro til dig selv, andre, livet og fremtiden. Reflekter til sidst over de mål, du har for fremtiden, og hvordan du har klaret dig igennem de første trin mod at opnå disse mål. Giv A råd om, hvordan hun/han gradvist kan opbygge aktiviteter, som er meningsfulde og muligvis også behagelige."

Afsked

Det kan være særligt svært at sige farvel og forlade terapien for personer, der har mistet. Dette blev kort nævnt i den sidste session, som en forberedelse til denne mere formelle afsked.

"At sige farvel og forlade terapien kan være relateret til mange tanker og bekymringer.

Hvad er dine tanker om at skulle afslutte terapien?

Hvad er det vigtigste, du har lært?

Hvad kan du gøre for at huske, hvad du har lært?"

En mulighed er at lave en kort øvelse, hvor klienten får et lille objekt (en rund sten, en perle eller marmorkugle), som han/hun kan holde i hånden under øvelsen og tage med hjem og lægge et særligt sted, som en påmindelse om, hvad klienten har lært i terapien.

Øvelsen kan foregå således: "Find dig til rette, så du sidder på en rank, men behagelig måde. Luk dine øjne, hvis det føles behageligt for dig. Brug et øjeblik på at mærke din krop i rummet – din krops tyngde - gulvet som er stabilt under dig. Ræk din ene hånd frem, så vil jeg lægge en lille ting i din håndflade. Fold din hånd om den lille ting og tænk på det vigtigste for dit eget velvære, som du har lært i terapien. Det, der er kernemotivationen for dig til at fortsætte med at bruge det, du har lært. Find et ord eller en sætning, som beskriver denne motivation eller ting, du har lært. Åben nu dine øjne og se på tingen i din hånd. Måske kan tingen blive en påmindelse om, hvad du har lært, som du ønsker at tage med hjem. Hvis du har lyst, kan du placere tingen et sted i dit hjem, hvor du ofte ser den. Har du lyst til at fortælle mig hvilket ord eller hvilken sætning, du kom til at tænke på?"

Denne øvelse er valgfri, og bør kun blive brugt, hvis terapeuten kan lide idéen, og synes det er relevant for klienten.

"Vores tid sammen er ved at være slut, og jeg vil gerne sige tak for nu og takke dig mange gange for, at du delte din historie med mig. Det har været en bevægende og unik rejse. Tak for det".

Referenceliste

- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277-284. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Boelen, P.A., & Eisma, M.C. (2022). Cognitive behavior therapy for grief. E.M. Steffen, E. Milman, & R.A. Neimeyer (Eds.) *The handbook of grief therapies* (pp. 111-120). London: Sage.
- Komischke-Konnerup, K., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults - A systematic review and meta-analysis.
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Mareello, M. M., & O'Connor, M. (2024). Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 92(4), 236-248. <https://doi.org/10.1037/ccp0000884>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- O'Connor, M., Vang, M. L., Shevlin, M., Elklit, A., Komishcke-Konnerup, K. B., Lundorff, M., & Bryant, R. (2023). Development and validation of the Aarhus PGD scale for operationalizing ICD-11 and DSM-5-TR TR Prolonged Grief Disorder. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.022>

Relevant litteratur

- Boelen, P. A. (2010). A sense of 'unrealness' about the death of a loved-one: An exploratory study of its role in emotional complications among bereaved individuals. *Applied Cognitive Psychology*, 24(2), 238-251. [doi:http://dx.doi.org/10.1002/acp.1557](http://dx.doi.org/10.1002/acp.1557)
- Boelen, P. A. (2021). Symptoms of prolonged grief disorder as per DSM-5-TR, posttraumatic stress, and depression: Latent classes and correlations with anxious and depressive avoidance. *Psychiatry Research*, 114033. [doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114033](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114033)
- Boelen, P. A., Hout, M. v. d., & Bout, J. v. d. (2013). Prolonged grief disorder: Cognitive-behavioral theory and therapy. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), (pp. 221-234, Chapter xvii, 332 Pages): Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Boelen, P. A., Keijser, J. D., Hout, M. A. V. D., & Bout, J. V. D. (2011). Factors Associated with Outcome of Cognitive – Behavioural Therapy for Complicated Grief : A Preliminary Study. 291(August 2010), 284-291.
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2019). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: Symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. [doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w](http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w)

- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1657-1672. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.006>
- Boelen, P. A., van Denderen, M., & de Keijser, J. (2016). Prolonged grief, Posttraumatic Stress, anger, and revenge phenomena following homicidal loss: The role of negative cognitions and avoidance behaviors. *Homicide Studies: An Interdisciplinary & International Journal*, 20(2), 177-195. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1088767915580674>
- Buur C, Zachariae R, Komischke-Konnerup KB, Mareello MM, Schierff LH, O'Connor M. Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2024 Feb;107:102375. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102375. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38181586.
- Buur, C., Mackrill, T., Hybholt, L., Nissen, E. R., & O'Connor, M. (2024). Older Bereaved Individuals' Experiences of Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief Reactions: A Qualitative Multistage Focus Group Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2024.06.002>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2018). "Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder symptoms following bereavement? A cross-lagged analysis": Corrigendum. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 144-144. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.013>
- Eckholdt, L., Watson, L., & O'Connor, M. (2018). Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity. *Journal of Affective Disorders*, 227, 338-344. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.010>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A. W., Lancee, J., & Stroebe, M. S. (2015). Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748. doi:10.1016/j.beth.2015.05.007
- Eisma, M. C., Epstude, K., Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Simion, A., & Boelen, P. A. (2020). Upward and downward counterfactual thought after loss: A multiwave controlled longitudinal study. *Behavior Therapy*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.007>
- Eisma, M. C., Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., Van Den Bout, J., & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 163-180. doi:10.1111/bjc.12067
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Kamp, K. S., O'Connor, M., Spindler, H., & Moskowitz, A. (2018). Bereavement hallucinations after the loss of a spouse: Associations with psychopathological measures, personality and coping style. *Death Studies*. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2018.1458759>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212(December 2016), 138-149. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
- Lundorff, M., Thomsen, D. K., Damkier, A., & O'Connor, M. (2019). How do loss- and restoration-oriented coping change across time? A prospective study on adjustment following spousal bereavement. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2019.1587751>

- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 231-238.
doi:10.1016/j.jad.2011.02.021
- O'Connor, M. (2020). Sorg som diagnose. *Månedsskrift for Almen Praksis*, April 2020, 265-272.
- O'Connor, M., Larsen, L., Joensen, B. V., Boelen, P. A., Maccallum, F., Komischke-Konnerup, K., & Bryant, R. A. (2020). Valid ICD-11 PGD Scales and Structured Clinical Interviews Needed. *Frontiers in Psychology*, 11(1120).
doi:10.3389/fpsyg.2020.01120
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Larsen, L., Johannsen, M., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & Boelen, P. A. (2019). Comparison of proposed diagnostic criteria for pathological grief using a sample of elderly bereaved spouses in Denmark: Perspectives on future bereavement research. *Journal of Affective Disorders*, 251, 52-59.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.056
- O'Connor, M., Nickerson, A., Aderka, I. M., & Bryant, R. A. (2015). The temporal relationship between change in symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following old age spousal bereavement. *Depression and Anxiety*, 32(5), 335-340. doi:http://dx.doi.org/10.1002/da.22349
- Thomsen, D. K., Lundorff, M., Damkier, A., & O'Connor, M. (2018). Narrative Identity and Grief Reactions: A Prospective Study of Bereaved Partners. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*.
doi:10.1016/j.jarmac.2018.03.011

Appendiks A

At skulle tilpasse sig til tabet af en elsket: Tre opgaver

At tilpasse sig til livet efter et tab er en svær proces. I denne behandling antager vi, at bearbejdningen af et tab er en proces, som indebærer tre centrale opgaver:

- I. At konfrontere tabet og den medfølgende smerte
- II. At genvinde tiltro til sig selv, andre, livet og fremtiden
- III. At engagere sig i hjælpsomme aktiviteter, der fremmer tilpasning til den nye livssituation

Disse tre opgaver hjælper os med at forstå, hvad den helbredsfræmmende og tilpasningsdygtige sorgbearbejdning indeholder, men også hvilke følelser, tanker og adfærd, der kan stå i vejen for bearbejdning, og som bidrager til udvikling og vedligeholdelse af komplicerede sorgreaktioner.

Opgave I: At konfrontere tabet og den medfølgende smerte

Opgave I er muligvis den vigtigste opgave. At konfrontere tabet og den medfølgende smerte er en nødvendig betingelse (eller forudsætning) for at kunne tilpasse sig til tabet. Med "at konfrontere tabet" menes der, at det er vigtigt at reflektere over det faktum, at tabet faktisk er sket, at tabet er uigenkaldeligt og at den afdøde aldrig kommer tilbage. At konfrontere tabet drejer sig også om at være bevidst om de konsekvenser, som tabet medfører; konsekvenserne for dig selv (dit selvbillede og de roller du har), konsekvenserne for fremtiden (planer og forventninger til de kommende måneder og år) og konsekvenserne for forholdet til den elskede (som aldrig kan suppleres med nye episoder, og altid vil bestå af minder). Med "at konfrontere smerten" menes der, at det er vigtigt at blive bevidst om de følelser, som du måtte have i forbindelse med tabet, men også at tillade følelserne og arbejde med dem. Målet er ikke at glemme den person, som man har mistet, men at forstå og acceptere det faktum, at han eller hun er død, samt at finde nye måder at leve et helt liv uden at den, du har mistet, står ved din side.

Nogle efterladte har svært ved at forstå og bearbejde realiteten af tabet, det faktum at deres elskede aldrig kommer tilbage. Nogle indikerer dette med sætninger såsom "Jeg kan ikke forstå, at han/hun er død", "Jeg kan ikke acceptere det" eller "Det føles helt uvirkeligt, at han/hun aldrig kommer tilbage".

Nogle efterladte har en tendens til at undgå realiteten af, at deres elskede er gået bort. Det kan ske på forskellige måder. Nogle personer tænker hele tiden tilbage på øjeblikke med den afdøde, mens de samtidigt undgår at tænke på fremtiden, og at de aldrig får øjeblikkene tilbage igen. Andre personer afholder sig helt fra at tænke på, at deres elskede virkelig aldrig kommer tilbage, fordi de frygter, at de ikke vil være i stand til at håndtere smerten, og de kan måske endda tænke, at de vil blive skøre eller miste kontrollen, hvis de konfronterer tabet og smerten. Der er samtidig andre, som undgår billeder af den afdøde eller andre objekter eller steder, som er associeret med ham/hende, fordi det i særlig grad forbindes med smerte og bedrøvelse.

Denne adfærd (undgåelse af indre og ydre stimuli forbundet med tabets realitet og smerte) kaldes for "ængstelig undgåelsesadfærd". På kort sigt kan det at vende opmærksomheden væk fra tabet give følelser af lettelse og hjælpe os med at fokusere vores opmærksomhed på andre problemer. Men når undgåelsesadfærd vedbliver, og når undgåelsen er drevet af frygt for konsekvenserne

ved at konfrontere og bearbejde tabets realitet, kan tilpasningsprocessen blive blokeret. Det er vigtigt at se tabet i øjnene for at kunne bearbejde tabet. Det er først, når du har gjort dette, at du kan overveje og bearbejde konsekvenserne af tabet. Og først efter dette kan du overveje måder at håndtere disse konsekvenser på, så godt som det nu er muligt.

Opgave I handler også om at arbejde med sine følelser. Alle mennesker oplever forskellige følelser efter et tab. Nogle efterladte er meget triste, andre hænger fast i følelser af pessimisme, frygt eller skyld, og igen er der andre, som bliver meget vrede. Der er ingen regler, der kan fastsætte, hvilke følelser der er gode, og hvilke der ikke er. Det er brugbart at give plads til de følelser, du oplever; at føle disse følelser, udtrykke dem og reflektere over dem. Det er kun, når du tillader disse følelser og giver dem plads, at de gradvist bliver mindre. At se tabets smerte i øjnene er derfor essentielt i bearbejdningen af tabet. Ængstelig undgåelsesadfærd kan stå i vejen for at se smerten i øjnene og bearbejde den. I behandlingen vil vi hjælpe dig med at konfrontere tabet og de følelser, som er forbundet med det.

Opgave II: At genvinde tilliden til sig selv, andre, livet og fremtiden

Det er helt normalt, at et dødsfald af en elsket kan knuse dine forestillinger om dig selv og fremtiden, og gøre dit selvbillede samt perspektiv på verden og fremtiden negativt for en tid. Men for at bevæge sig fremad i tilpasningen til tabet er det vigtigt, at du har og bevarer en fornemmelse af selvtillid og tiltro til andre mennesker, livet og fremtiden. Det er netop det, som opgave II handler om. Hvad mener vi med det? Det er kun, når du har selvtillid, at du kan fortsætte med dine almindelige roller og aktiviteter. Ligeledes er det kun, når du har tillid til andre mennesker, at du kan spørge dem om hjælp, når du har brug for det, samt at du kan være i stand til at relatere dig til dem på en positiv måde. Ligeledes er det kun, når du stadig har en tro på, at livet er meningsfuldt, at du kan være i stand til at orientere dig mod sociale-, fritids-, samt arbejdsmæssige og uddannelsesmæssige aktiviteter, som var tilfredsstillende før tabet indtraf.

For nogle mennesker kan tiltroen til dem selv, andre, livet og fremtiden være meget skadet efter tabet af en elsket person og forblive sådan i lang tid efter tabet.

Nogle gange kan mennesker tænke negativt om dem selv; for eksempel tænker de, at de ikke kan gøre noget for andre eller er overbeviste om, at de ikke er i stand til at håndtere tabet og alle dets konsekvenser. Det kan også være, at de slet ikke har nogen tiltro til andre mennesker længere. Det er ikke mærkeligt at tænke meget negativt om læger, hvis man anser dem som ansvarlige for dødsfaldet eller at tænke negativt om familiemedlemmer og venner, som pludselig synes at være mindre støttende over for en, end hvad man havde forventet. Man kan også sidde fast i en overbevisning om, at livet er totalt meningsløst, efter man har mistet sin elskede. Ligeledes kan fremtiden synes dyster, når planer, der hang sammen med tilstedeværelsen af den elskede, ikke længere kan fortsætte.

Det er forståeligt, hvis du ikke har meget tro og tillid til dig selv, andre, livet og fremtiden i de første måneder efter tabet. Der er lige sket en stor hændelse i dit liv, som har forstyrret det hele. Det gør det svært, hvis ikke umuligt, at se dig selv i et mere eller mindre positivt syn. Når andre mennesker kan bebrejdes for dødsfaldet, er det svært at bevare et positivt syn på disse mennesker. Når personen, som var den vigtigste kilde til mening og måske også støtte i svære perioder, ikke længere er til stede, kan det virke umuligt at tro på, at livet er meningsfuldt. Når personen, som var en del af alle mulige planer for fremtiden, pludselig dør, kan det være svært, hvis ikke umuligt, at tro på, at positive planer for fremtiden vil gå i opfyldelse.

Men for at få en ordentlig bearbejdning af tabet er det vigtigt, at tilliden til dig selv, andre, livet og fremtiden vender tilbage. Denne tillid er essentiel for integrationen af tabet i dit liv. I behandlingen vil vi arbejde med måder at genvinde og bevare denne tillid.

Opgave III: At engagere sig i aktiviteter der er hjælpsomme og fremmer tilpasning til tabet.

Opgave III drejer sig om de aktiviteter, som du påtager dig i dit daglige liv. Princippet, som denne opgave baserer sig på, er simpelt: tilpasning til et tab går lettere, hvis du er i stand til at engagere dig i aktiviteter, som afleder dig fra sorgen i en kortere periode, og på længere sigt hjælper dig med at tilpasse dit liv til den realitet, at du bliver nødt til at leve videre uden den afdøde.

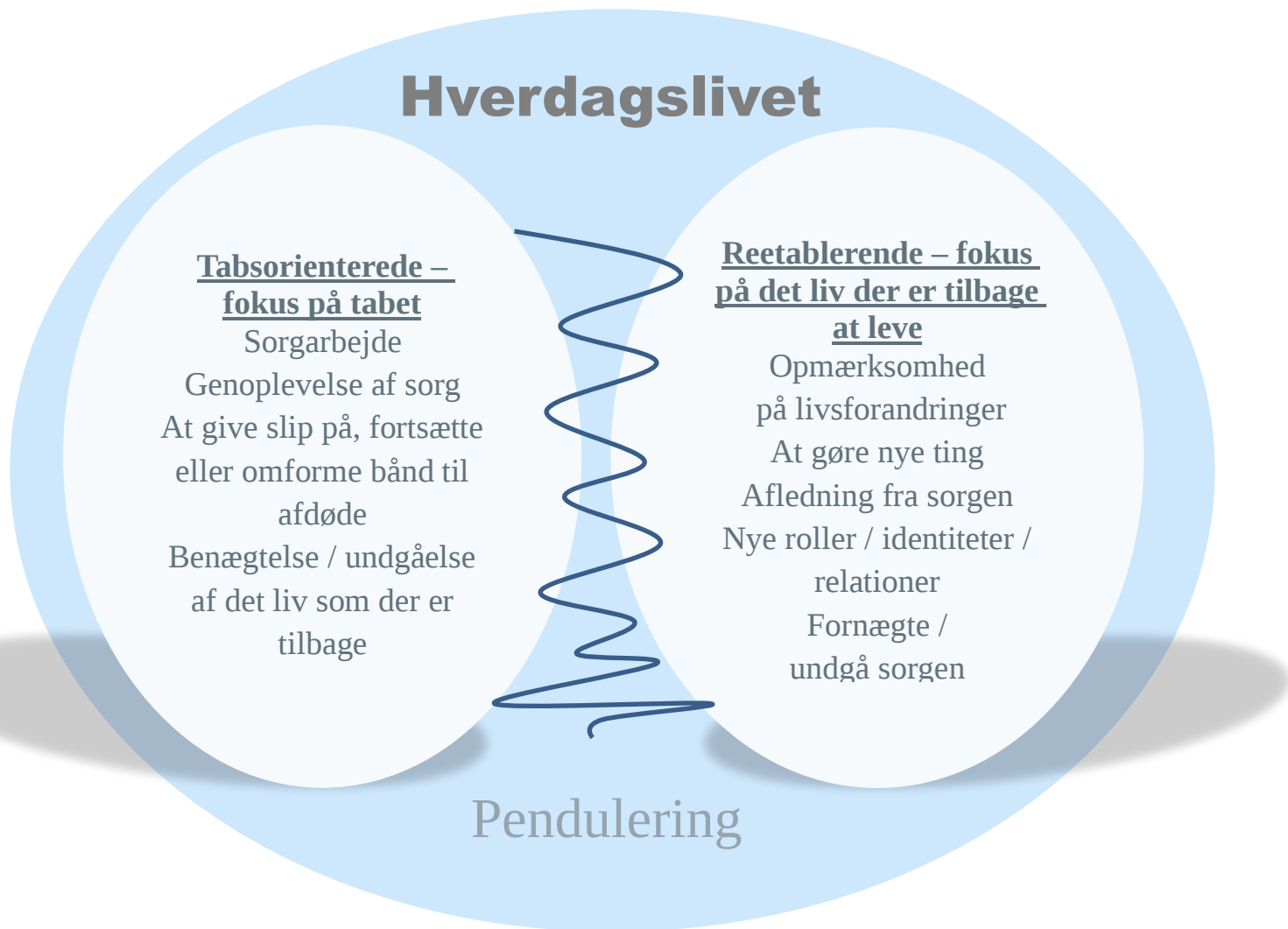
Hvilke aktiviteter mener vi specifikt? For det første omfatter det sociale aktiviteter såsom kontakt med mennesker, som du føler dig godt tilpas med (venner, familie). For det andet omfatter det aktiviteter såsom (frivilligt) arbejde og uddannelse. Til sidst omfatter det fritids- eller afslappende aktiviteter såsom almindelige sportsaktiviteter, kontakter med klubber eller foreninger, men også aktiviteter såsom at læse, at lytte til musik eller andre aktiviteter, som tidligere har hjulpet dig til at slappe af. Jo mere du engagerer dig i disse aktiviteter, desto mere vil du blive distraheret fra sorgen samt være i stand til at sætte pris på ting i dit liv igen, og du vil blive hjulpet med at håndtere tabet.

Der kan være alle mulige grunde og hindringer, som kan stå i vejen for at engagere sig i hjælpsomme aktiviteter. Det kan være, at du mangler ressourcer til dette; hvis noget har forandret sig i din økonomiske situation, kan du have færre muligheder for at engagere dig i afslappende aktiviteter. Hvis din afdøde partner som regel stod for at arrangere aftaler med venner, kan det være svært at engagere sig i sociale aktiviteter. Måske mangler du selvtillid til at engagere dig i aktiviteter eller du har en pessimistisk antagelse om det gavnlige ved at engagere dig i sådanne aktiviteter. I forhold til at komme videre i processen med at tilpasse dig din nye livssituation efter tabet, bliver du nødt til at komme af med sådanne hindringer på den ene eller anden måde. Du skal se efter ressourcer; mennesker som kan hjælpe dig med at give dig muligheder eller ressourcer til at gøre ting igen. Endvidere er det vigtigt at forsøge at forøge din selvtillid (hvem siger, at du ikke er i stand til at finde venner, og gradvist komme tilbage til arbejdet?) og tage en "løsningfokuseret" holdning. Hvad har du præcist lyst til at gøre? Hvad skal du gøre for, at dette kan lade sig gøre? Til sidst er det vigtigt at vende pessimisme til optimisme. Du skal undgå at tænke: først skal jeg have det godt, og herefter er jeg i stand til at gøre noget igen. Nej, det er ofte omvendt: hvis du er trist og ugidelig, men alligevel begynder at gøre noget (lige meget hvor lidt), opdager du, at du efterfølgende får det bedre.

Ligesom "at konfrontere tabet og den medfølgende smerte" (Opgave I) og "at genvinde tiltro til sig selv, andre, livet og fremtiden" (Opgave II), er det "at engagere sig i hjælpsomme aktiviteter" (Opgave III) vigtigt i processen mod at lære at leve med et tab. Det kræver meget anstrengelse at fokusere på andre ting efter et stort tab – ting kan nogle gange forekomme formålsløse og ubrugelige i lyset af tabet. Alligevel vil du finde ud af, at det gradvist hjælper, hvis du forsøger på det: det distraherer dig fra tristhed og hjælper dig med at integrere tabet i dit liv. I behandlingen vil vi undersøge og finde måder til gradvist at genoptage og forøge aktiviteter, som tidligere har været meningsfulde for dig.

Appendiks B

Toprocesmodellen – forståelsen af sorgbearbejdning



Toprocesmodellen oversat fra Stroebe og Schut, 2001

Appendiks C

Grief Cognitions Questionnaire

Herunder finder du forskellige negative antagelser. Indiker venligst i hvilken grad, du er enig i hver af disse antagelser?

	Meget uenig				Meget enig			
	0	1	2	3	4	5		
1. Siden _____ døde tænker jeg, at jeg er værdiløs.	0	1	2	3	4	5		
2. Jeg er delvist ansvarlig for _____s død.	0	1	2	3	4	5		
3. Siden _____ døde, har jeg indset, at verden er et dårligt sted.	0	1	2	3	4	5		
4. Mennesker omkring mig burde give mig mere støtte.	0	1	2	3	4	5		
5. Jeg forventer ikke, at jeg får det bedre i fremtiden.	0	1	2	3	4	5		
6. Jeg bliver nødt til at sørge, ellers glemmer jeg _____.	0	1	2	3	4	5		
7. Jeg ser mig selv som en svag person siden _____s død.	0	1	2	3	4	5		
8. Hvis jeg giver slip på mine følelser, bliver jeg vanvittig.	0	1	2	3	4	5		
9. Jeg har skammet mig over mig selv siden _____s død.	0	1	2	3	4	5		
10. _____s død har fået mig til at indse, at vi lever i en frygtelig verden.	0	1	2	3	4	5		
11. Mine sorgreaktioner er unormale.	0	1	2	3	4	5		
12. Livet har intet at tilbyde mig mere.	0	1	2	3	4	5		
13. Jeg har ingen tiltro til fremtiden.	0	1	2	3	4	5		
14. Så længe jeg bliver ved med at sørge, bevarer jeg et bånd med _____.	0	1	2	3	4	5		
15. Mit liv er værdiløst efter _____s død.	0	1	2	3	4	5		
16. Jeg sørger ikke på den måde, jeg burde gøre.	0	1	2	3	4	5		
17. Jeg burde have forhindret _____s død.	0	1	2	3	4	5		
18. Mange mennesker har svigtet mig efter _____s død.	0	1	2	3	4	5		
19. _____s død har lært mig at verden er uretfærdig.	0	1	2	3	4	5		
20. Mit liv er meningsløst siden _____ døde.	0	1	2	3	4	5		
21. Mine ønsker for fremtiden går aldrig i opfyldelse.	0	1	2	3	4	5		
22. Efter _____s død føler jeg mig mindre værd.	0	1	2	3	4	5		
23. Hvis jeg fuldt ud forstår, hvad _____s død betyder, bliver jeg vanvittig.	0	1	2	3	4	5		

24.	Hvis jeg havde gjort tingene anderledes, ville_____stadig være i live.	0	1	2	3	4	5
25.	Siden_____døde har jeg tænkt negativt om mig selv.	0	1	2	3	4	5
26.	Jeg reagerer ikke normalt på det her tab.	0	1	2	3	4	5
27.	Jeg bliver aldrig rigtig glad igen i fremtiden.	0	1	2	3	4	5
28.	Så længe jeg sørger, behøver jeg ikke at give slip på_____.	0	1	2	3	4	5
29.	Mennesker omkring mig burde vise mere interesse i mig.	0	1	2	3	4	5
30.	Jeg vil aldrig kunne tilgive mig selv for de ting, jeg har gjort forkert i mit forhold til_____.	0	1	2	3	4	5
31.	Der er noget galt med mine følelser.	0	1	2	3	4	5
32.	Mit liv har intet formål efter_____døde.	0	1	2	3	4	5
33.	Jeg bebrejder mig selv for ikke at have taget mig bedre af_____.	0	1	2	3	4	5
34.	_____’s død har lært mig, at verden er et værdiløst sted.	0	1	2	3	4	5
35.	Efter_____ikke længere er her, har jeg fået et negativt syn på fremtiden.	0	1	2	3	4	5
36.	Hvis jeg tillader mine følelser at være der, mister jeg kontrollen.	0	1	2	3	4	5
37.	Siden_____’s død er jeg ikke betydningsfuld for nogen mere.	0	1	2	3	4	5
38.	Hvis jeg først starter med at græde, mister jeg kontrollen.	0	1	2	3	4	5

Grief Cognitions Questionnaire Subskalaer:

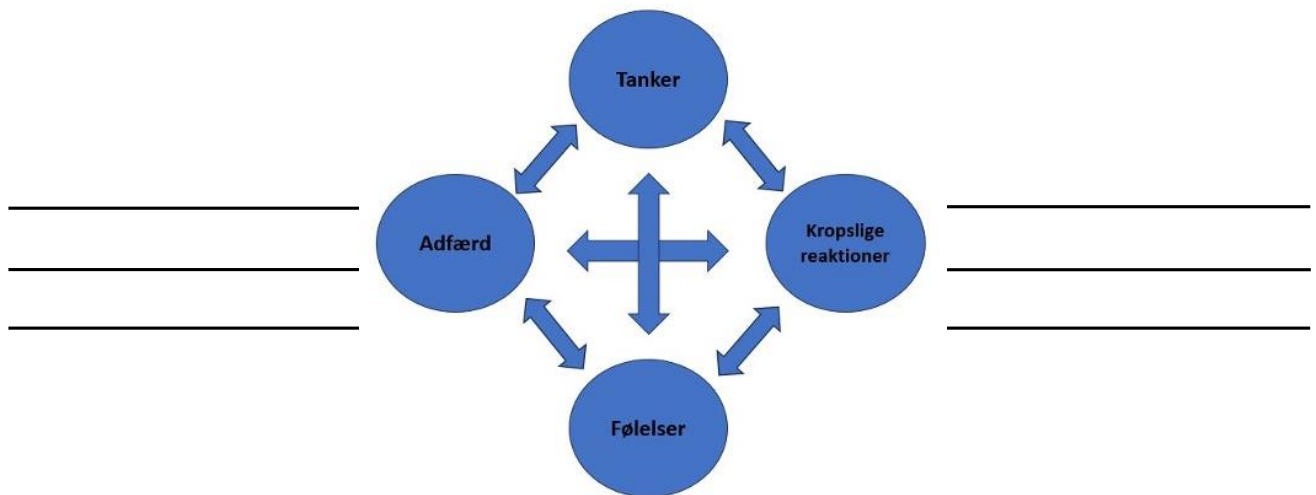
1. Selvet: items 1, 7, 9, 22, 25, 37
2. Verden: items 3, 10, 19, 34
3. Livet: items 12, 15, 20, 32
4. Fremtiden: items 5, 13, 21, 27, 35
5. Selvbebrejdelse: items 2, 17, 24, 30, 33
6. Andre: items 4, 18, 29
7. Passende (eng: Appropriateness): items 11, 16, 26, 31
8. Værne om sorgen (eng: Cherish grief): items 6, 14, 28
9. Katastrofe/truende fortolkninger af sorgreaktioner: items 8, 23, 36, 38

Appendiks D

Den kognitive diamant

Situation





Negativ automatisk tanke: _____

Hjælpesom alternativ tanke: _____

Den kognitive diamant

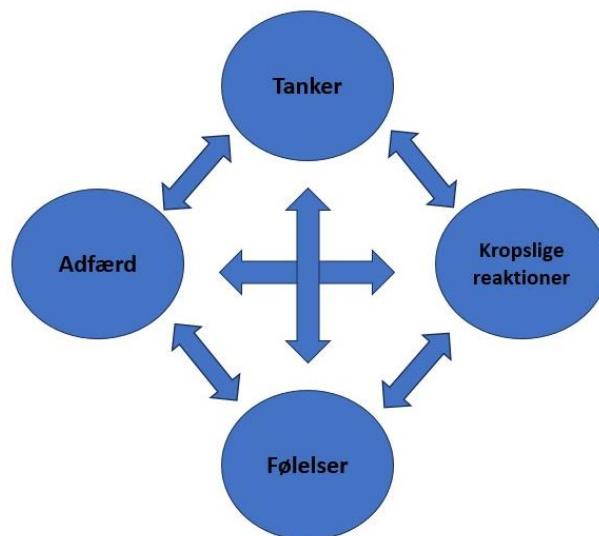
Situation

Jeg kommer hjem til det tomme hus efter at have været sammen med et vennepar.
Det er aften, det er mørkt, der er stille og ingen at dele med.



Jeg bliver aldrig glad igen

Går i stå, bliver passiv, bliver
siddende i sofaen, aflyser
alle planer næste dag



Tung i kroppen

Klump i halsen

Opgivende, trist

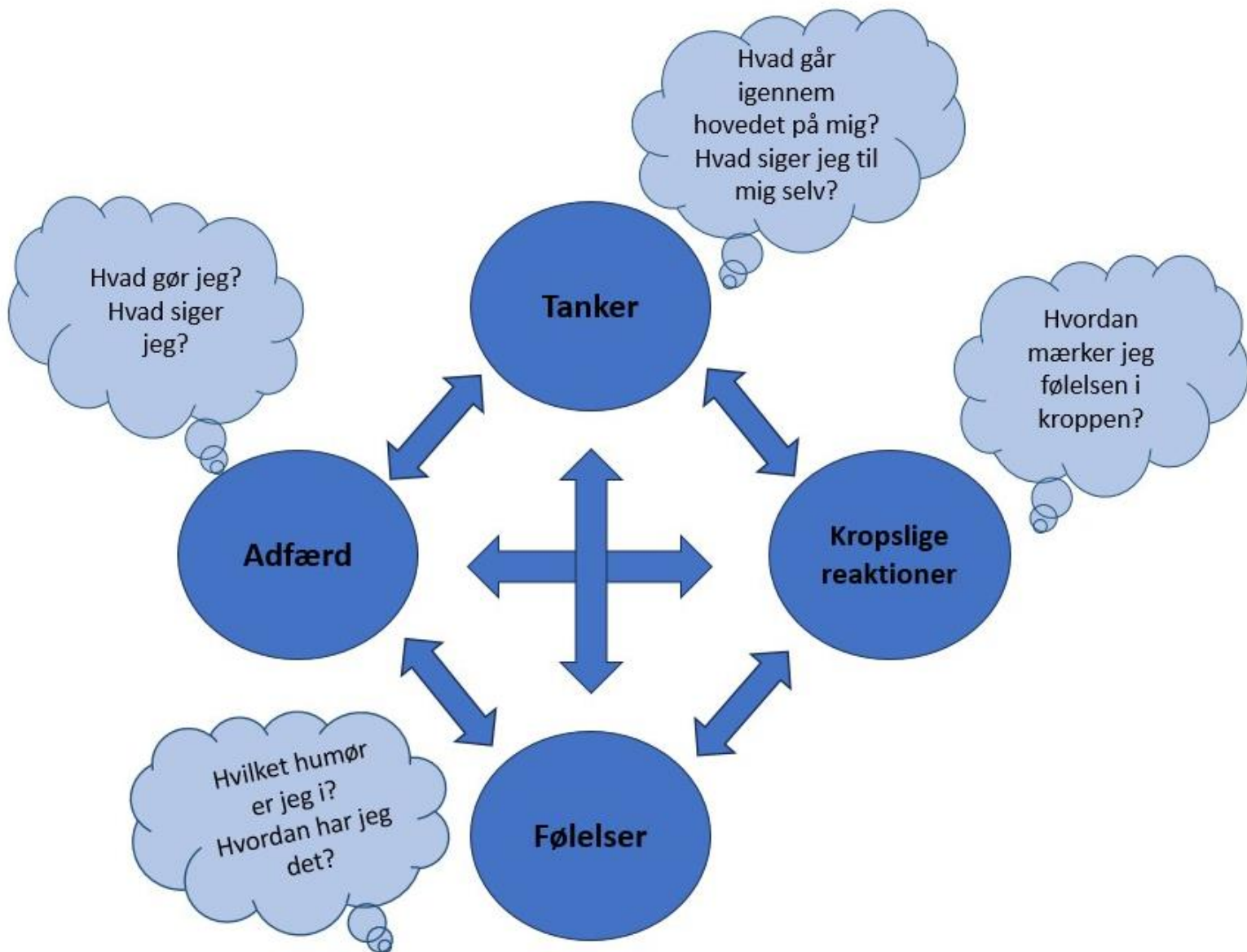
Magtesløshed, ensomhed

Hjælpeløshed

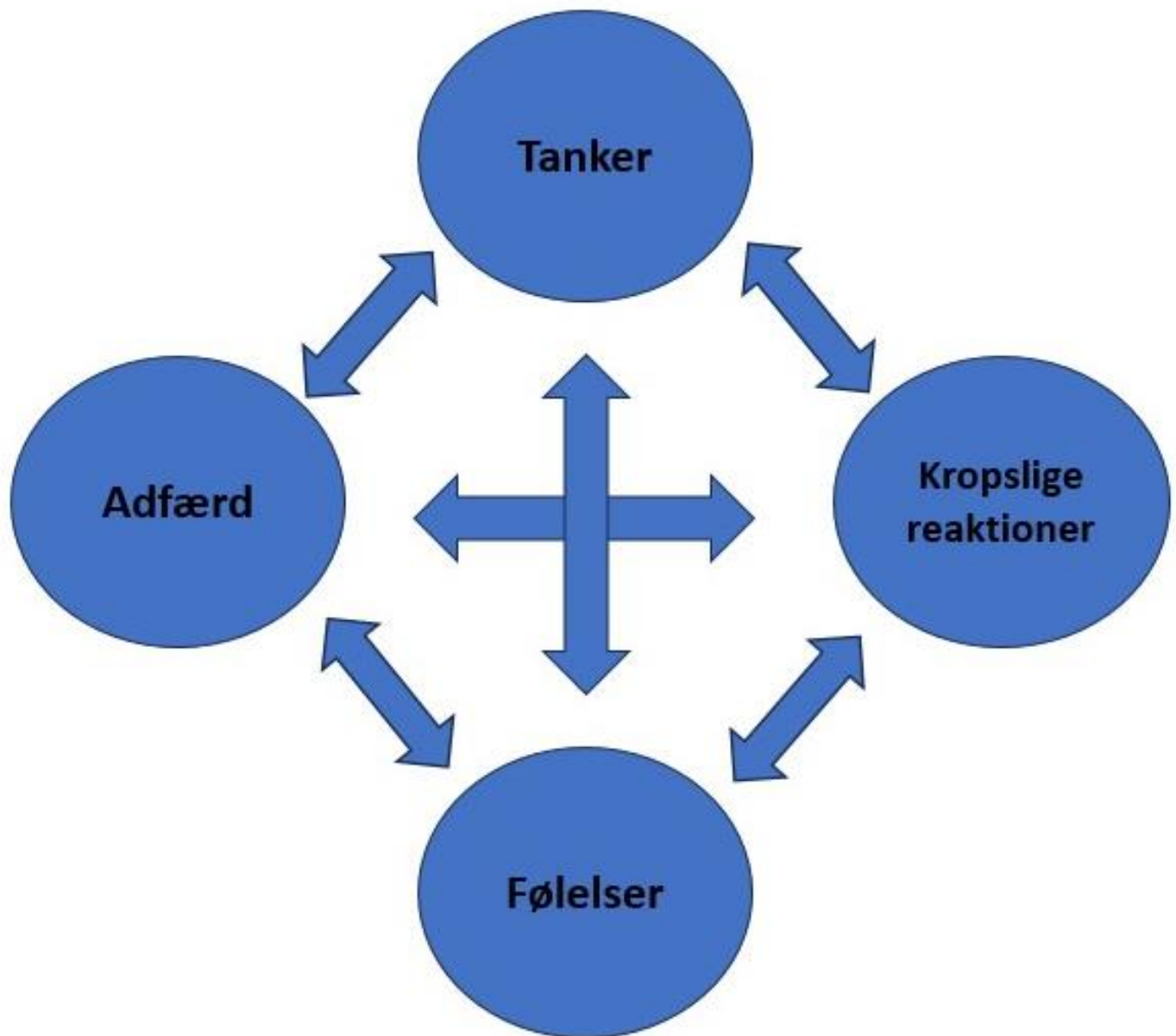
Negativ automatisk tanke: Jeg bliver aldrig glad igen

Hjælpesom alternativ tanke: Jeg er trist lige nu, men jeg tror på, at i morgen bliver bedre.

Den kognitive diamant



Den kognitive diamant



Appendiks E

Eksempler på teknikker til at udfordre negative og uhjælpsomme kognitioner/tanker

Terapeuten kan bruge forskellige typer af teknikker. Vi har opdelt teknikkerne i tre hovedtyper: (I) Sokratisk dialog, (II) Identificering af kognitive forvrængninger og (III) Supplerende teknikker til at udfordre kognitioner. Disse teknikker bliver forklaret nedenfor.

(I) Sokratisk dialog

At stille spørgsmål til negative og uhjælpsomme kognitioner på en sokratisk måde er et meget virksomt middel til at opfordre klienten til at begynde at reflektere over, i hvilken grad disse kognitioner er sande og hjælpsomme. Terapeuten anvender genuin nysgerrighed og guider klienten i at finde ud af, hvorvidt hans/hendes kognitioner er logiske og overensstemmende med virkeligheden.

Eksempler på spørgsmål i Sokratisk dialog:

- a. Spørg ind til beviser, som støtter den negative og uhjælpsomme kognition:
 "Hvad er det præcist, der får dig til at tro, at du aldrig bliver glad igen?"
 "Du synes at være overbevist om, at dit liv er nytteløst, men er denne kognition virkelig sand og korrekt?"
- b. Spørg ind til beviser imod den negative og uhjælpsomme kognition:
 "Du synes at være overbevist om, at lægerne på hospitalet ikke gjorde alt, hvad de kunne for at redde X's liv, men kan du også nævne de beviser, der er imod denne antagelse?"
- c. Spørgsmål om logikken bag argumentationen:
 "Er det logisk at tænke, at ingen vil være sammen med dig mere, nu da din mand er død?"
 "Din mand døde af kræft, men alligevel tænker du, at du er delvist skyldig for hans død. Dette lyder ikke helt logisk i mine ører. Kan du forklare dette lidt?"
- d. Spørgsmål om konsekvenserne af, det hensigtsmæssige ved og hjælpsomheden af de negative kognitioner:
 "Hvilke konsekvenser har det, hvis du bliver ved med at fortælle dig selv, at du kunne have forhindret dødsfaldet på den måde?", "Hjælper denne negative kognition dig?"

TIP! Vær sikker på, at du altid adresserer både validiteten af de negative og uhjælpsomme kognitioner (er kognitionen virkelig sand?) og brugbarheden af kognitionen (hjælper kognitionen mig med at affinde mig med tabet?)

(II) Identificering af negative forvrængninger

Kognitive forvrængninger er tilbagevendende måder at tænke på, som synes korrekte og logiske, men som faktisk ikke er korrekte eller logiske. Terapeuten kan fremhæve misforståelser/fejlantagelser i klientens argumentation, og herigennem udfordre disse misforståelser/fejl (i en sokratisk dialog). Eksempler på kognitive forvrængninger ses nedenfor.

Overgeneralisering: Det at danne generelle konklusioner på baggrund af én enkelt situation eller begivenhed ("Jeg bliver aldrig i stand til at kunne bære denne sorg og blive glad igen", "Livet har intet at tilbyde mig mere").

Drage forhastede konklusioner: Det at danne konklusioner uden beviser ("Det, at jeg græder så meget, betyder, at jeg ikke er normal", "Jeg kunne have gjort mere for den afdøde, og derfor er jeg skyldig for hans død").

Personliggørelse: Det at tilskrive begivenheder til ens egne fejl eller mangler ("Det er min fejl, at han døde", "Mine børn er triste, fordi jeg ikke kan håndtere tabet hensigtsmæssigt").

Læse tanker: Det at tænke at man ved, hvad andre tænker ("Andre synes, at jeg er skyldig for dødsfaldet", "Mennesker synes, at jeg er kedelig, nu hvor jeg er alene").

Forudsige katastrofer: Det at forudsige ekstreme negative udfald af en begivenhed eller situation ("Hvis jeg fuldt ud forstår tabet, så vil det gøre mig vanvittig", "Nu hvor jeg er alene, så vil jeg sygne hen og aldrig blive glad igen").

Katastrofetanker: En ekstrem negativ vurdering af ubehagelige situationer ("Det er frygteligt, at jeg stadig ikke er kommet over dette tab", "Det, at jeg er alene nu, er frygteligt, og det kan jeg ikke bære").

At være for krævende: Når man omdanner ønsker og lyster til krav ("Jeg burde være i stand til at håndtere dette tab hensigtsmæssigt", "Mennesker skal forstå, hvordan jeg har det", "Verden bør være retfærdig").

(III) Supplerende teknikker til at udfordre kognitioner

Terapeuten kan også bruge andre forskellige teknikker til at udfordre negative uhjælpsomme kognitioner. Vi nævner her et par eksempler.

To-kolonne metoden:

1. Identificer den negative og uhjælpsomme kognition, og skriv den ned på en tavle med to kolonner neden for.
2. Brug den ene kolonne til at skrive beviser ned for kognitionen, og den anden til at skrive beviser imod.
3. Bed klienten om at lave en liste over alle mulige beviser, argumenter og indikationer som han kan komme i tanke om, både for og imod den negative og uhjælpsomme kognition.
4. Skriv kun beviser ned, som faktisk taler for eller imod sandhedsværdien af kognitionen. Udtalelser såsom "Jeg føler, at det er sandt" er ikke et bevis.
5. Hvis klienten ikke kan komme i tanke om noget, så spørg klienten "Har du måske læst nogle steder, at det er sandt?", "Hvis det ikke var dig, men en anden der havde denne tanke, hvilken form for argumentation ville du så bruge for at vise, at tanken ikke var sand?" Giv mig nogle forslag til forskellige former for beviser for at denne tanke ikke er sand.
6. Diskuter hvorvidt beviserne faktisk taler for eller imod kognitionen, og hvorvidt disse beviser rent faktisk er sande, reelle og valide.
7. Genovervej den negative og uhjælpsomme kognition i lyset af de indsamlede beviser, og lad klienten tænke over en alternativ kognition.

Lagkagediagram teknikken

Denne teknik er særlig hjælpsom, hvis klienten fuldt ud tillægger sig selv ansvaret for bestemte begivenheder.

1. Identificer den dysfunktionelle tanke (f.eks. "det er min skyld, at han er død").
2. Bed klienten om at nævne alle de mulige årsager til begivenheden ("Nævn alle de mulige faktorer, der kunne være medvirkende til hans død").
3. Bed klienten om at give alle disse årsager procenter, som indikerer andelen af den samlede årsag. Her kan klienten eksempelvis nævne følgende 'årsager': "Hans sygdom" (60%), "lægenes uagtsomhed" (10%), "ringe egenomsorg i løbet af livet" (20%), "jeg tog ham på hospitalet for sent" (10%).
4. Sæt procenterne i et lagkagediagram.
5. Genovervej den oprindelige tanke, og formuler en alternativ tanke.

Indsamle information

Denne teknik er særlig brugbar, hvis klienten har specifikke negative og uhjælpsomme kognitioner, som kan blive udfordret med specifik information. Hvis klienten har rigide idéer om, hvordan en normal sorgproces forløber ("En normal sorgproces varer et år, og når jeg stadig er meget trist, så betyder det, at jeg ikke er normal"), kan terapeuten henvise til bestemt tilgængelig litteratur, hvor der står noget om varighed og indholdet af en "normal" sorgproces. Hvis klienten frygter, at han lider af en alvorlig sygdom (f.eks. den samme sygdom, som den elskede person døde af), kan terapeuten bede klienten om at undersøge, om denne sygdom er arvelig, eller hvad risikofaktorerne for sygdommen er.

Forstil dig det værste

Denne teknik er brugbar, når klienter frygter, at en bestemt situation kan have et katastrofalt udfald. Denne teknik giver klienten indsigt i sandsynligheden for, at katastrofen vil ske, indsigt i hvor slem katastrofen faktisk vil være, hvis den skete, og indsigt i hans/hendes evner til at håndtere mulige katastrofer.

- 1) Gør katastrofen eksplicit, eksempelvis:
 - "Andre mennesker bebrejder mig for hans død, og det er frygteligt"
 - "Hvis jeg virkelig forstår dette tab, så bliver jeg sindssyg"
 - "Hvis jeg ikke giver slip på den afdøde hurtigt, så vil jeg være alene for evigt".
- 2) Antag at katastrofe idéen er sand, og spørg hvad det betyder.
 - "Hvis andre mennesker virkelig synes, at det var din skyld, at han døde, hvad ville der så ske?"
 - "Hvis du virkelig er alene for evigt, hvad vil der så være så slemt i det for dig?"
 - "Hvad vil være det værste, der kunne ske, hvis du virkelig fuldt ud forstod tabet?"
- 3) Diskuter løsnings- og håndteringsevner ved at stille spørgsmål såsom:
 - "Hvordan kunne du håndtere det, hvis det, du frygtede, faktisk skete?"
 - "Hvordan kunne du løse dette?"
 - "Hvad ville du endnu skulle lære for at være i stand til at håndtere det, du frygter?"

Appendiks F

Eksempler på adfærdseksperimenter

Adfærdseksperimenter til én med negative forventninger om at have kontakt med andre mennesker.	
Trin 1	<i>Peters kone er død. Sammen havde de forskellige sociale kontakter. Hans kone plejede at arrangere sammenkomsterne. Peter tror ikke, at der kommer noget godt ud af, hvis han selv arrangerer eller organiserer sammenkomster. Han tænker: "Mennesker venter ikke længere på mig, nu hvor jeg er alene".</i>
Trin 2	"Hvis jeg kontakter en bestemt vennegruppe, vil de respondere negativt på et forslag om at mødes".
Trin 3	"Hvis jeg kontakter vennegruppen, vil de respondere positivt og sige ja til at et forslag om at mødes."
Trin 4	Det blev aftalt, at Peter skulle kontakte vennegruppen over telefon og komme med et forslag om, at de skulle spise frokost sammen et sted, hvor de tidligere havde været sammen.
Trin 5	Vennegruppen ville gerne mødes til frokost. Den positive forudsigelse gik i opfyldelse. Peter oplevede, at han var i stand til at organisere en social aktivitet, som hans kone ellers tidligere stod for.

Adfærdseksperimenter til én, som er vred over den måde, som politiet håndterede konsekvenserne af en ulykke, hvor en bekendt døde.	
Trin 1	<i>Bjørn cyklede med en bekendt, da de kom ud for en ulykke. Den bekendte blev alvorligt skadet, og døde kort herefter. Ingen af politimændene havde kontaktet Bjørn efter ulykken. Han siger: "Politiet ignorerede fuldstændig mine følelser efter ulykken". Dette gør ham stadig vred.</i>
Trin 2	"Hvis jeg spørger politiet igen, så vil jeg blive bekræftet i, at de både er ligeglade med mit perspektiv på, hvad der skete, og mine følelser"
Trin 3	"Hvis jeg spørger politiet igen, vil de være i stand til at besvare de bestemte spørgsmål, jeg har, og jeg vil kunne give mit perspektiv på, hvad der skete, og mine følelser i forbindelse med det".
Trin 4	Bjørn og en god ven snakkede med nogle fra politiet. Bjørn gjorde klart i en mail inden samtalen, at han gerne ville snakke med politiet om hændelsen, og at han håbede på, at de kunne tale sammen.
Trin 5	Politimanden var i stand til at besvare hans spørgsmål, og udviste forståelse for hans situation. Den positive forudsigelse gik i opfyldelse. Bjørn fandt ud af, at politiet havde forståelse for ham, da han talte med dem.

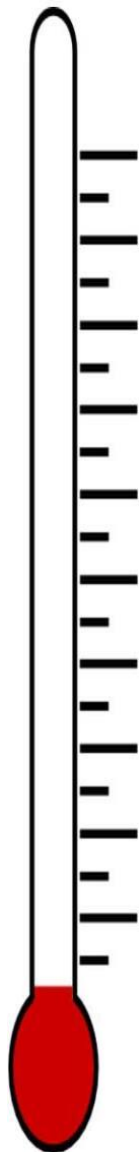
Adfærdseksperimenter til én, som udtaler, at sorgen er ubærlig.	
Trin 1	<i>Sofies partner var den eneste, der døde i et togsammenstød, hvor flere kom til skade. Det er over et år siden. Hun beskriver sin sorg som "overvældende og uacceptabel".</i>
Trin 2	"Hvis jeg virkelig begriber, hvad min partners død betyder for mig, vil jeg føle intens tristhed, som varer i flere dage, og det vil være helt ubærligt"
Trin 3	"Hvis jeg virkelig tænker over, hvad min partners død betyder for mig, så bliver jeg meget trist, men tristheden vil blive mindre intens efter noget tid, og det vil være til at håndtere den."
Trin 4	Det bliver aftalt, at Sofie og hendes ven skal besøge hendes mands gravsted. Efter dette, i stille omgivelser og med tilstrækkelig tid, skal hun fortælle sin ven, hvad det betyder for hende at leve videre uden en partner.
Trin 5	Sofie oplevede, at besøget til gravstedet gjorde hende meget ked af det. På samme tid opdagede hun, at sorgen, selvom den var intens, også var udholdelig. Hun opdagede, at sorgen gradvist blev mindre overvældende i timerne efter besøget.

Adfærdseksperiment til én med følelser af skyld over tabets omstændigheder	
Trin 1	<i>Franks kone Maria døde for to år siden. Et år før dette havde Maria haft tiltagende helbredsproblemer. Hun hostede meget og var ofte ekstremt træt. Frank var ikke særlig bekymret over dette og plejede at forsikre sin kone om, at intet var galt. Til sidst tog hun til lægen, hvor hun fik at vide, at hun havde kræft i spiserøret. Frank føler meget skyld. Han tænker, at hvis han havde taget sin kones beklagelser mere seriøst, ville de måske have været gået til lægen tidligere, og måske kunne dette have reddet hendes liv. Han tænker alle disse ting, selvom han har fået at vide, at kræft i spiserøret oftest først opdages, når det er for sent.</i>
Trin 2	"Hvis jeg fortæller andre, hvad der helt præcist skete, hvad jeg gjorde og hvorfor jeg gjorde dette, vil de bebrejde mig, for hvad der skete".
Trin 3	"Hvis jeg fortæller andre, hvad der helt præcist skete, hvad jeg gjorde og hvorfor jeg gjorde dette, så vil de kunne forstå det. Jeg gjorde, hvad jeg kunne".
Trin 4	Frank aftaler med terapeuten, at han vil tale med sin mor, søster og nære ven om, hvad der skete. Frank vil spørge ind til, hvordan de opfatter måden, som han handlede på.
Trin 5	Frank møder kun forståelse over for sine handlinger. De bebrejder ham slet ikke, og de viser, at de gerne vil have med ham at gøre.

Bilag – skemaer og øvelser

SKEMA 1

Stresstermometer



10

0

SKEMA 2

TING JEG HELST VIL UNDGÅ

Udfyld de tomme linjer med eksempler på forskellige ting relateret til dit tab, som du helst vil undgå.

[1] Undgåelse af tabets realitet

Eksempel: Birgit mistede sin mand til kræft for 1 ½ år siden. Hun føler, at det er helt ubærligt at dvæle ved det faktum, at hendes mand virkelig er død og aldrig kommer tilbage igen. Hun dvæler med tristhed både ved de små og store øjeblikke, hun har delt med sin mand, og bliver overvældet af en intens oplevelse af tvivl og forvirring, når hun opdager, at disse øjeblikke aldrig kommer tilbage igen. Herefter bliver hun overvældet af sorg og forsøger at aflede sig selv øjeblikkeligt.

Er der nogen tanker eller følelser, du helst vil undgå?

[2] Stimulus undgåelse af specifikke situationer, genstande, mennesker

Eksempel: Alberts søn døde i en ulykke på en vej tæt ved en nærliggende landsby. Siden ulykken, for to år siden, har Albert undgået denne vej. Hans undgåelse er gradvist blevet mere omsiggribende. Nu vil han helst ikke besøge den specifikke landsby. Hver vej, der fører hen imod ulykkesstedet, forårsager for meget smerte, siger han.

Er der nogle steder eller genstande, du helst vil undgå?

[3] Undgåelse af billeder af og erindringer om omstændighederne omkring tabet

Eksempel: Peter oplevede, at hans kone fik en hjerneblødning, som hun døde af få timer senere. Han ser stadig et klart billede af det. Hans kone vaklede og faldt herefter om. Slaget da hun ramte gulvet. Billedet af hans kone, der ligger bevægelsesløs på gulvet, dukker ofte op i hans hoved. Peter vil helst ikke tænke på det. Han forsøger at undertrykke erindringerne, fordi de gør alt for ondt.

Er der nogle erindringer, billeder eller dele af tabshistorien, du helst vil undgå?

[4] Kompulsiv nærhedssøgning

Eksempel: Stefanie besøger sin mands grav hver dag. Hendes mand døde af kræft tre år tidligere. Hun tilbringer mange timer ved graven med at tale til sin afdøde mand og pleje gravstedet. "Så føler jeg mig tæt på ham", siger hun. Det kan slet ikke komme på tale at skippe en dag.

Er der bestemte aktiviteter, du konstant udfører for at føle dig tæt på din elskede?

SKEMA 3

TIDSLINJE

En tidslinje kan i det terapeutiske arbejde anvendes til flere forskellige formål. Den er et terapeutisk redskab, som i terapiarbejdet kan fremme:

- Struktur og overblik over en given periode
- At skabe en sammenhængende historie/fortælling
- At koble situationer med tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd
- At hjælpe til at adskille tanker, følelser og begivenheder, for at skabe overblik og ny forståelse
- Gennembearbejdning af traumer og særligt svære hændelser ("hotspots")
- Adskille person og problem (eksternalisering).
- Synlighed, fokus og forståelse

Tidslinje:

Situationer/begivenheder/hændelser: (Hvad skete der for mig?)

Start

Slut

Tanker/følelser/kroppen/handling: (Hvordan var det for mig i den situation?)

Ovenover tidslinjen skriver du kort og punktvis (vi kalder det nedslagspunkter) om de hændelser, som har haft stor betydning for dig, og som du husker særlig tydeligt. Det kan både være vigtige positive eller negative erindringer.

Under tidslinjen beskriver du, hvordan du husker, at det var at være dig i den givne situation, som du har beskrevet ovenover tidslinjen. Det kan være, at du husker dine tanker, følelser, kropslige fornemmelser eller dine handlinger/adfærd.

Du starter tidslinjen med de hændelser, som tidsmæssigt ligger længst tilbage, og bevæger dig frem i tiden til i dag.

Din terapeut vil guide dig yderligere i udførelsen af tidslinjen, og sammen kan I arbejde med den i terapien.

Det er din tidslinje, og der er ingen særlige krav til, hvordan den laves. Det kan ikke være rigtigt eller forkert.

SKEMA 4

AFSKEDSBREV

Som en del af dit sorgarbejde skal du skrive på et fortløbende afskedsbrev til din afdøde elskede. Du skal stile brevet til din afdøde partner og kan fx indlede det med: "Kære...", eller hvad du finder passende.

Gode temaer at komme ind på i et afskedsbrev kan være:

1. Hvordan går det, og hvordan har du det nu, hvor X er død?
2. Hvordan ser dit liv ud og hvad laver du nu, hvor X er død?
3. Hvad er de vigtigste forandringer i din hverdag, fra før X døde til nu?
4. Hvordan var det at være dig, hvad tænkte og følte du i forbindelse med X sygdom og død? Kom gerne ind på konkrete episoder, der var særligt svære.
5. I hvilke øjeblikke i de sidste par måneder har du savnet X særligt meget?
6. I hvilke øjeblikke i din hverdag savner du X særligt meget? Hvad er det konkret, du savner?
7. Hvad betød afdøde for dig? Hvad har du lært af afdøde?
8. Hvad vil du gerne sige til X? Hvad vil du have, at vedkommende aldrig glemmer?
9. Hvilke følelser og tanker kommer frem, når du tænker på det faktum, at du aldrig vil se, høre og mærke X igen?
10. Hvad har du af ønsker og planer for fremtiden?

Du kan selv vælge i hvilken rækkefølge, du adresserer spørgsmålene. Du skal ikke bekymre dig om stavning eller form. Hovedformålet med denne opgave er at reflektere over disse temaer, mærke dine følelser forbundet hermed og give plads til dem. Hvis du ikke er bekvem med at skrive, kan du tale til X omkring de forskellige spørgsmål og evt. indtale memoer på en telefon.

Mange har glæde af at skrive på deres afskedsbrev fire gange om ugen på det samme tidspunkt på dagen i maksimalt 30 minutter. Dette er en øvelse i at gå ind og ud af sorgen. Mange er også glade for at købe en særlig notesbog til dette brev. En god idé er også at se på fotos, af den du har mistet, mens du skriver på brevet.

Brevet er dit personlige brev til din afdøde, og du må skrive lige, hvad du vil. Du vil kun blive bedt om at dele noget fra brevet i terapien, hvis det er okay med dig. Men tag gerne brevet med til terapi, hvor vi vil tale om det, som særligt fylder for dig i din proces.

SKEMA 5

MONITORERING AF EKSPONERING

Beskriv den eksponeringsopgave, som du og din terapeut har aftalt, at du skal udføre. Hvad er det præcist, du skal eksponere dig selv for? Skriv dette i boksen nedenfor.

Skal du gøre dette trin-for-trin? Hvis ja, så skriv kort disse trin ned.

Trin 1:

Trin 2:

Trin 3:

Trin 4:

Trin 5:

Register de følgende point i tabellen nedenfor:

- Dato for eksponeringsopgaven
- Stressniveauet før du udfører opgaven (på en skala fra 0 til 10; se eventuelt stresstermometeret i **SKEMA 1**)

SKEMA 6

Skema 6. 4-kolonne skema til identificering af negative automatiske tanker. KAT for komplicerede sorgreaktioner.

Situation Hvad? Hvor? Hvem? Hvornår?	Følelser Hvad følte du? Hvor stærk var følelsen? (1-10)	Negativ (automatisk) tanke Hvilke tanker gik gennem dit hoved lige før/da du følte sådan? Hvilken af disse tanker hænger tættest sammen med følelsen? Hvor meget tror du på at denne tanke er sand? (0-100%)	Alternativ mere hjælpsom tanke Hvad kunne være en alternativ og mere hjælpsom og realistisk tanke? Hvor meget tror du på denne tanke er sand (0-100%)

SKEMA 7

ADFÆRDSEKSPERIMENT

Trin 1: Hvilke negative tanker vil du teste?
Trin 2: Reformuler tanken til en negativ forudsigelse.
Hvis....., så
Trin 3: Reformuler tanken til en alternativ (mere hjælpsom) forudsigelse.
Hvis....., så.....
Trin 4: Beslut hvilken handling, du vil udføre for at teste denne forudsigelse.
Trin 5: Efter handlingen: Hvad skete der? Hvad lærte du? Hvilken forudsigelse viste sig at gøre sig gældende: den negative eller den alternative (mere positive)?

SKEMA 8

AKTIVITETSSKEMA

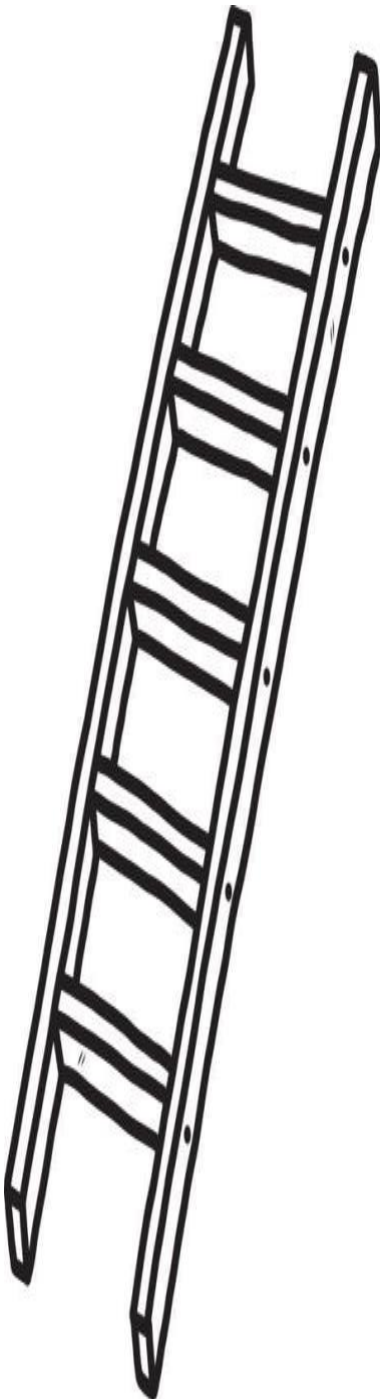
Dato	Tidspunkt på dagen	Hvad lavede jeg?	Skriv et N ved aktiviteter som er nærende, og skriv et T ved aktiviteter som er tærende.
	Morgen		
	Eftermiddag		
	Aften		
	Morgen		
	Eftermiddag		
	Aften		
	Morgen		
	Eftermiddag		
	Aften		

SKEMA 9

MÅL OG TRIN

Hvert trin tager dig et skridt tættere på dit mål.

Mål: _____



Trin 5:

Trin 4:

Trin 3:

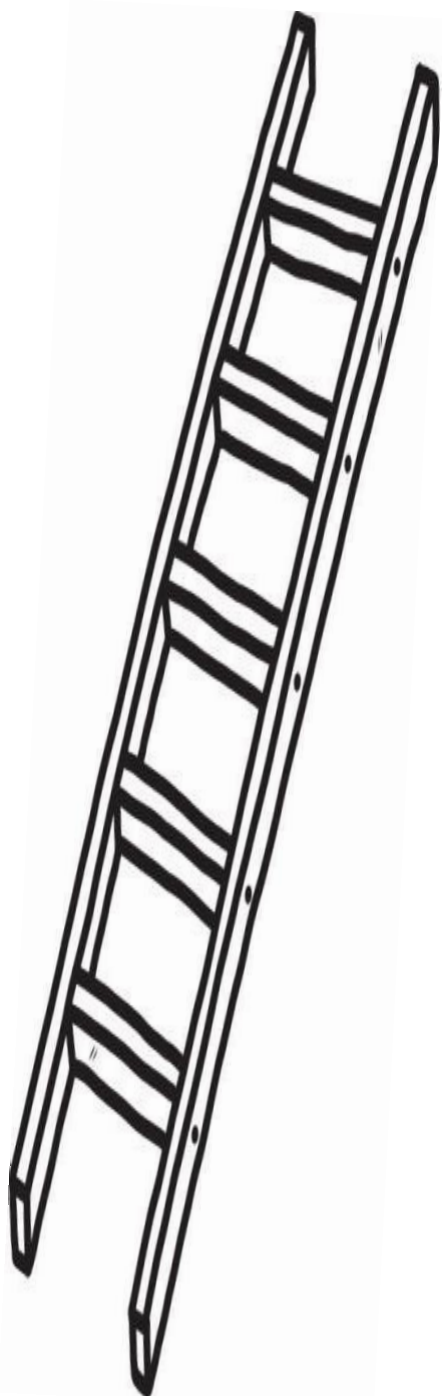
Trin 2:

Trin 1:

MÅL OG TRIN

Hvert trin tager dig et skridt tættere på dit mål.

Mål: Organiser et måltid for mine bedste venner inden for en måneds tid.



Trin 5:
Forbered hvad jeg ønsker at sige om X's død.

Trin 4:
Lav praktiske forberedelser til måltidet.

Trin 3:
Forbered invitationen: Hvad skal jeg skrive i invitationen? Hvad skal jeg nævne som grunden til aftalen?

Trin 2:
Find frem til, hvem jeg præcist vil invitere.

Trin 1:
Overvej hvilke datoer, der kunne passe.