

Kognitiv adfærdsbehandling

for mennesker med kroniske funktionelle lidelser



Thomas Bewick 1811

Aesops fabel: 'Haren og Skildpadden'

"Små skridt og vedholdenhed er vejen til succes"

Foreløbig programoversigt over behandlingsforløbet



HAREN OG SKILDPADDEN

af Jean de la Fontaine

Et nederlag kan selv den hurtigste lide
Hvis ikke han kommer af sted i tide!
Om haren og skildpadden vil jeg berette,
Og så skal vi se hvad vi lærer af dette:
En skildpadde sa engang til en hare:
"De tre kilometer der kan jeg klare
på slet ingen tid – i forhold til dig.
Det vædder jeg på. Tør du vædde med mig?"
"Ha!" udbrød haren og slog den på skjoldet,
"nu syns jeg du taler utrolig fjollet.
Du kryber så langsomt som intet andet,
Og jeg er den hurtigste løber i landet!
Hvis du vædder, så gør du da grin med dig sel'."
"Men hvad hvis jeg vædder alligevel?"
sa skildpadden roligt og fremstrakte poten.
"Så skidt", tænkte haren, " så la idioten!"



For haren var turen op over bakken
Så enkel og let som at klø sig i nakken.
Den gav sig roligt den tid, den kunne,
Først løb den og drillede jægernes hunde.
Og hundene prøvede at fange krabaten.
Den gemte sig for dem et sted i salaten.

Den vidste, dens indsats var ganske beskedent,
Så den gav sig tid til at strejfe på heden.
Den leged i solen og hviled i skyggen
Og fik sig en middagslur – udstrakt på ryggen.
Den fandt, konkurrencen var alt for nem,

Imens så moslede skildpadden frem.
Den skyndte sig langsomt med megen besvær-
Den var nødt til at standse og trække sit vejr.

Men haren, som tænkte, at sejren var let,
Den blev på sin ryg – den var søvnig og træet.

Den hviled en dag, og den hviled en nat,
og så brugte den tiden til leg og til pjat.
Den åd lidt spinat og den slukked sin tørst,
Den vidste med sikkerhed, at den kom først.
Den tænkte: Hvor langt er mon skildpadden nået!
Jeg når det da sagtens – men tiden var gået.

Da den nåede frem – det er virkelig sandt,
Da så den minsandten, at skildpadden vandt.
Og skildpadden sa: "tar du ikke af sted,
Er der ikke en fart, det kan indhentes med!
Din hastighed lader mig fuldkommen kold,
Jeg slider hver dag – og bær tilmed et skjold!"

1. Møde

Introduktion til behandlingen Kognitiv adfærdsterapi

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Introduktion af behandlere**
- **Navne på deltagere**
- **Programoversigt**
- **Boksskalaregistrering**
- **Spørgsmål vedr. boksskalaregistrering**
- **Rammer og regler**
- **Introduktion af deltagerne 2 & 2. Øvelse 1**

Kl. 13.30 – 13.45: Pause

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Introduktion af deltagerne i gruppen**
- **Forventninger til behandlingen** *Skema 1*
- **Introduktion af Kognitiv Adfærdsbehandling** (forkortet KAB). *Undervisning 1 og 2*
- **Faste punkter i hvert møde.** *Undervisning 3*
- **Fysiske øvelser** *Øvelse 2*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Undervisningsmetoder og ordbog.** *Undervisning 4 og 5*
 - **Hjemmeopgaver til 2. Møde 1.** *Ugeskema. Skema 2*
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rammer & regler for gruppen

Rammer

1. **Tidspunkt:** Mandage kl. 12.30-16.00
2. **Mødested:** Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 3.sal
3. **Aflysning** af deltagelse i gruppen pga. sygdom etc. skal ske senest før mødet starter og direkte til behandleren på **telefon: 89 49 43 10** eller **89 49 43 20**
4. **Forplejning:** Kaffe & te serveres kl. 13.30-13.45 (pause 1).
5. Der er rygeforbud på sygehuset. **Rygning** skal foregå udenfor

Regler

1. **Tavshedspligt:** Dvs. at man ikke taler med andre om hvem, der deltager i gruppen og så vidt muligt ikke om, hvad der bliver sagt i gruppen. Såfremt man har brug for at tale med sine nærmeste om gruppen, vil vi henstille til, at det sker på en måde, så ingen kan genkendes.
2. **Alle har ret til at sige fra** mht. at tale om private oplysninger og deltagelse i øvelser, man ikke magter
3. Hver **deltager er ansvarlig** for at få det mest mulige ud af behandlingen, således at hun eller han giver sig selv chancen for at få det bedre
4. **Behandlerne har ansvar** for at tilbyde den bedst mulige behandling i trygge rammer

Hvad er kognitiv adfærdsbehandling (KAB)

1. Et aktivt samarbejde mellem en behandler og dig
 2. Vi undersøger og udforsker sammen områder af din hverdag og dit liv, som er vanskelige for dig. Og sammen udvikler vi metoder, der kan hjælpe dig til at få mere kontrol over dine symptomer og ubehag
 3. En struktureret behandling med en dagsorden for hvert modul
 4. En behandling, hvor vi sammen udvikler en liste over dine problemer og sammen forsøger at finde realistiske løsninger på dine problemer
 5. En behandling, hvor du udvikler korttidsmål, dvs. hvad vil du gerne opnå i de 3½ måned, behandlingen varer, indenfor: (1) Fysiske aktiviteter, (2) Arbejde / beskæftigelse, (3) Sociale aktiviteter / Fritid, (4) Andre mål
 6. En behandling, hvor vi bruger undervisningsmetoder, dvs. du sidder ved et bord, der er en tavle, overheads, du har en mappe med papirer, du får skriftligt materiale, øvelser og hjemmeopgaver
 7. En undersøgende og udforskende behandling, hvor du bliver uddannet i at stille dig selv undersøgende spørgsmål, og hvor du lærer, at du i enhver situation kan stille dig selv forskellige spørgsmål, og at du altid har mulighed for mange forskellige svar på dine spørgsmål, dvs. forskellige måder du kan tænke på og handle på i en specifik situation
 8. En behandling, hvor du har mulighed for at træne nye måder at tænke og handle på gennem aktiv deltagelse i øvelser
 9. En behandling, der er tidsbegrænset
-

Formålet med Kognitiv adfærdsbehandling (KAB)

1. I KAB lærer du nye metoder til at håndtere dine symptomer og gener på
2. I KAB lærer du nye måder at tænke på om dine symptomer og gener
3. I KAB lærer du at undersøge forholdene mellem dine symptomer og gener og dine tanker, handlinger og følelser i forskellige situationer og sociale sammenhænge
4. I KAB lærer du, hvordan du kan vedligeholde dine nye måder at tænke og handle på, så du kan blive ved med at formindske dine symptomer og gener

Faste punkter i hvert møde

Faste punkter

KAB er en struktureret behandling, hvor vi i hvert møde bruger følgende faste hovedpunkter til dagsordenen:

1. Boksskala registrering
 2. Gennemgang af hjemmeopgaver
 3. Undervisning i dagens emne
 4. Øvelser
 5. Hjemmeopgaver
 6. Afslutning og afrunding
 7. Boksskala registrering
-

Gennemgang af undervisningsmetoder

I denne behandling bruger vi undervisningsmetoder, såsom tavle, overheads og flipover. Som du kan se, sidder vi rundt om et bord, så du kan arbejde med de øvelser, der bliver givet. Du får en flipover til at arbejde på og en Behandlingsmappe med information om baggrund for behandlingen, øvelser og arbejds papirer.

Til hver gang får du udleveret de papirer, der indgår i det pågældende møde. Som du ser har papirerne forskellige farver. Vi håber, at det vil gøre det lettere for dig at finde rundt i alle papirerne.

Farvekoder til papirerne:

- ☺ **Dagsorden** til hvert modul: Gul
- ☺ **Arbejdsskemaer**: Hvid
- ☺ **Rammer og regler**: Orange
- ☺ **Undervisning**: Blå
- ☺ **Øvelser**: Rød
- ☺ **Hjemmeopgaver**: Grøn

Ordbog

- adfærd.....handlinger, reaktioner på bestemte situationer
- afslapningsøvelser.....øvelser hvor man lærer at slappe af i musklerne
- autonome nervesystem.....de dele af nervesystemet som ikke er under viljens kontrol. Det forsyner den glatte muskulatur i de indre organer og blodkar og hjertets tværstribede muskulatur
- boksskala.....en skala fra 0-10 til vurdering af styrke af fx symptomer, følelser, koncentration, hvor 10 er mest udtalt
- central nervesystemet.....det nervesystem, der består af hjernen og rygmarven og som styrer hele nervesystemet
- flipover.....type stor demonstrationstavle med foroven sammenhængende papirark, der efterhånden føres op og bagud over tavlens kant
- fortrolig.....privat information, som ikke gives videre
- grundideer.....hoved punkter, basale holdninger
- grundmodel.....skematisk model brugt i KAB, hvori indgår grundideerne: fysiske symptomer, tanker, følelser, handlinger
- hjemmeopgaver.....øvelser, der afprøves hjemme vedr. nye måder at tænke og handle på
- kognitioner.....tanker, indre billeder, fortolkninger, forestillinger, indlæring
- kognitiv adfærdsbehandlingbehandling, hvor man undersøger tanker og handlinger i forhold til fysiske reaktioner og følelser
- korttidsmål.....mål, som udarbejdes præcist mht. tid, sted, varighed indenfor en kort tids periode
- kronisk.....vedvarende
- mestringsstrategi.....metode, der specifikt er designet til at mindske fysisk og følelsesmæssigt ubehag og gener
- metoder.....en systematisk plan, teknik anvendt til et specifik formål
- mødemappe.....folder med skriftligt indhold anvendt i modulerne
- målskema.....papir med plan over hvordan man vil opnå specifikke mål
- opsummering.....gentagelse af hvad der er gennemgået
- perifere nervesystem.....det nervesystem, der styrer bl.a. skeletmuskler og sanser
- spørgeskema.....en række trykte spørgsmål, som ofte indgår i undersøgelser
- tavshedspligt.....betroet tillidsfuldhed
- ugeregistreringsskema.....skema over døgnets 24 timer og over en uge

Vurdering af nuværende tilstand. Tillid til mulighed for ændring

Tilstanden

Hvordan vurderer du din nuværende tilstand som helhed? (sæt kryds)

Hvad vil du gerne opnå? (sæt bolle)

Hvad ville du stille dig tilfreds med? (sæt stjerne)

Fuldstændig
invalid 0 ————— 10 Helt rask

Tillid til mulighed for ændring

Hvor stor er din tillid til, at du vil kunne nå det mål, du kan stille dig tilfreds med? (sæt kryds)

Hvad er det, der gør, at du sætter krydset der og ikke ved 10?

Hvordan kan vi hjælpe dig med at komme derfra og hen til 10?

Hvad kunne forhindre dig i at nå dit mål?

Ingen
tillid 0 ————— 10 Fuldstændig
sikker

Uge-registrerings-skema

Dato:							
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Nat kl. 1-3							
Nat kl. 3-5							
Nat kl. 5-7							
Morgen kl. 7-9							
Formiddag kl. 9-11							
Middag kl. 11-13							
Eftermiddag kl. 13-15							
Eftermiddag kl. 15-17							
Aften kl. 17-19							
Aften kl. 19-21							
Aften kl. 21-23							
Nat kl. 23-1							

Ingen smerte / gener /
følelser

Værst tænkelige
smerte / gener /
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Introduktion af deltagerne 2 & 2

Introducer dig til din sidemand og udspørg hende eller ham om, hvem hun eller han er, ved for eksempel at stille følgende spørgsmål:

1. Hvad hedder du? _____

2. Hvad laver du? _____

3. Hvad er du god til? _____

4. Hvad holder du af at lave eller gøre? _____

5. Hvad vil du gerne have ud af behandlingen? _____

Efter pausen vil vi bede jer om at introducere jeres sidemand til hele gruppen.

Det kan måske være en hjælp at skrive lidt ned om din sidemand, så du bedre kan huske det til efter pausen.

Fysiske øvelser

Nu har I siddet stille og lyttet i flere minutter.

Stil jer selv følgende spørgsmål:

1. Hvordan har jeg det lige nu?

2. Hvad har jeg brug for lige nu?

- * Bevæge mig i stolen?
 - * Rejse mig op?
 - * Strække mig?
 - * Trække vejret dybt?
 - * Gabe?
 - * Lave knæbøjninger?
 - * Løbe på stedet?
 - * Lægge mig ned?
-

Hjemmeopgave til 2. Møde

Hvad er Hjemmeopgaver?

En meget vigtig del af Kognitiv Adfærdsbehandling (KAB) er at lave hjemmeopgaver. Da KAB er et aktivt samarbejde mellem en behandler og dig, hvor vi kun kan være sammen i nogle få timer, og der er mange dage mellem at vi mødes, er tiden udenfor møderne en vigtig tid til at afprøve forskellige øvelser derhjemme. Så for at vi sammen kan arbejde hen imod dit mål om at få det bedre, kræver det en indsats fra os alle i tiden mellem vores møder, hvor vi hver især forbereder til næste møde. I næste møde starter vi med at gennemgå hjemmeopgaverne.

Hvad består Hjemmeopgaverne af?

De Hjemmeopgaver, du får, består i at afprøve nogle af de øvelser hjemme, som du har gennemgået og øvet herinde i dag.

Hvordan kommer jeg i gang med Hjemmeopgaverne?

Først lidt om hvad **vaner** er for noget. Formålet med at lave vaner er, at når en handling eller tanke er blevet til en vane, bruger vi mindre energi på at lave den handling eller tænke den tanke, der er blevet til en vane (fx når vi først lærer at cykle, bruger vi meget energi, men når vi har lært det og det er blevet til en vane, tænker vi ikke over det, og kroppen gør det helt automatisk, dvs. at vi bruger mindre energi).

Vi har alle vaner, som vi synes er hensigtsmæssige (fx cykle, gå op ad en trappe, køre bil). Og andre vaner, som vi synes er uhensigtsmæssige (fx rygning, spise slik, drikke kaffe, ligge ned i mange timer af døgnet, tænke de samme ubehagelige tanker).

Fordi vi alle har svært ved at lave om på os selv og vores vaner, er det små skridt og vedholdenhed, der skal til for at skabe forandringer.

Som du kan se på forsiden af din Mødemappe, har vi anvendt billedet fra Aesops fabel om 'Haren og skildpadden', for at understrege at:

”Små skridt og vedholdenhed er vejen til succes”

Fortsætter næste side...

Hjemmeopgave til 2. Møde

Hvad er mine Hjemmeopgaver til næste Modul?

At registrere styrken af mit mest generende symptom på Ugeregistreringsskemaet

Vejledning: Vælg det symptom, du skrev på Boksskemaet og udfyld den første dag på Ugeregistreringsskemaet med styrken af dit symptom fra 0-10. Derhjemme fortsætter du med at udfylde skemaet. Skriv for hver time det tal, der bedst passer til styrken af dit symptom. Du kan fx udfylde Ugeregistrerings-skemaet ved at gøre det 2 til 3 gange om dagen.

Hjælp til at komme i gang med Hjemmeopgaverne:

Her er nogle spørgsmål, du kan stille dig selv, og som måske kan hjælpe dig til at komme i gang og være vedholdende mht. til at lave Hjemmeopgaverne.

1. Hvad er det sværeste for mig, når jeg skal begynde på en Hjemmeopgave?

Svar:

2. Hvilke problemer kan jeg forestille mig kommer i vejen, så jeg ikke får lavet Hjemmeopgaverne?

Svar:

3. Hvad er det første skridt, jeg tager for at komme i gang med Hjemmeopgaverne?

Svar:



Draft

Boksskala registrering

Dag Måned År

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Møde

Kroppens symptomer og fortolkning af disse

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst. *Øvelse 1***
- **Gennemgang af Hjemmeopgaver i gruppen**

Kl. 13.30 – 13.45: Pause

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Billede af kroppen med symptomer. *Øvelse 2***
- **Registrering af styrken af symptomerne. *Øvelse 2 - fortsat***
- **Prioritering af symptomerne. *Øvelse 3***

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Forståelse af symptomerne. *Øvelse 4***
 - **Hjemmeopgaver til 3. Møde** Ugeregistrering
Medicinregistrering. *Skema 1*
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

Dag Måned År

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjemmeopgaverne fra sidst

Gennemgang af, hvordan hjemmeopgaverne er gået.
Gå sammen i grupper på 2 og interview hinanden

Hvordan var det for dig?
Hvad var svært?
Hvad var godt?
Hvad fandt du ud af mht. dit mest generende symptom?
Hvis du ser på hele ugen, og på de 24 timer der er i døgnet, hvad ser du så af mønster mht. styrken af dit mest generende symptom?

Tegn din krop og dine symptomer

1. Tegn omridset af din krop på din flipover
2. Tegn eller skriv hvor i kroppen de symptomer er (fx maven, led, hoved), som du har haft de sidste 14 dage.
3. Skriv hvad symptomerne er (fx svimmelhed, træthed, smerte)
4. Skriv hvad styrken af dine symptomer her og nu (fra 0-10):

Hvor 0 = "ingen smerte", "svimmelhed", "træthed" etc.

Hvor 10 = "værest tænkelige smerte", svimmelhed, træthed etc.'

I må meget gerne hjælpe hinanden

Prioritering af dine fysiske symptomer

Skriv dine symptomer i rækkefølge efter hvilket symptom, der generer dig mest. 1. er dit mest generende symptom i hverdagen, 2. er dit næstmest generende symptom o.s.v.

1	
2	
3	
4	
5	

Din forståelse af dine fysiske symptomer

Hvordan forklarer du for dig selv, at du har dette symptom eller gene?
Brug den liste, du lavede i 3. Øvelse

Symptom	Forklaring
1	
2	
3	
4	
5	

Hjemmeopgave til 3. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste Modul?

1. Ugeregistreringsskema

Vejledning: Vælg dit mest generende symptom. Vurder på Boksskalaen styrken af dit symptom fra 0-10.

Skriv for hver 2. time, det tal der bedst passer til styrken af dit symptom. Du kan fx udfylde Ugeregistrerings-skemaet ved at gøre det 2 til 3 gange om dagen.

2. Medicinregistrering

Vejledning: Brug skemaet: **Medicinregistrering**. Skriv navnet, styrken og hvor tit du tager medicinen på skemaet

Hjælp til at komme i gang med Hjemmeopgaverne:

4. Hvad er det sværeste for mig, når jeg skal begynde på en Hjemmeopgave?

Svar: _____

5. Hvilke problemer kan jeg forestille mig kommer i vejen, så jeg ikke får lavet Hjemmeopgaverne?

Svar: _____

6. Hvad er det første skridt, jeg tager for at komme i gang med Hjemmeopgaverne?

Svar: _____



Draft

Boksskala registrering

Dag Måned År

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Møde

Sygdomsopfattelse Stress og stressreaktioner Mål for terapien

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.**
 1. Problemer med at få det gjort?
 2. Uge-registreringsskema *Øvelse 1.*
 3. Medicinregistrering

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe, te og kager

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Sygdomsopfattelse.** *Undervisning 1-5*
- **Fysisk øvelse.** *Øvelse 2*
- **Symptom- og sygdomsopfattelse** *Undervisning 6-7*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **De vigtigste mål for terapien.** *Øvelse 3*
 - **De første skridt hen imod målet.** *Øvelse 4*
 - **Måltrappe.** *Øvelse 5*
 - **Hjemmeopgaver til 4. Møde.** *Ugeregistrering*
Målskema 1,2 og 3
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

Dag Måned År

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

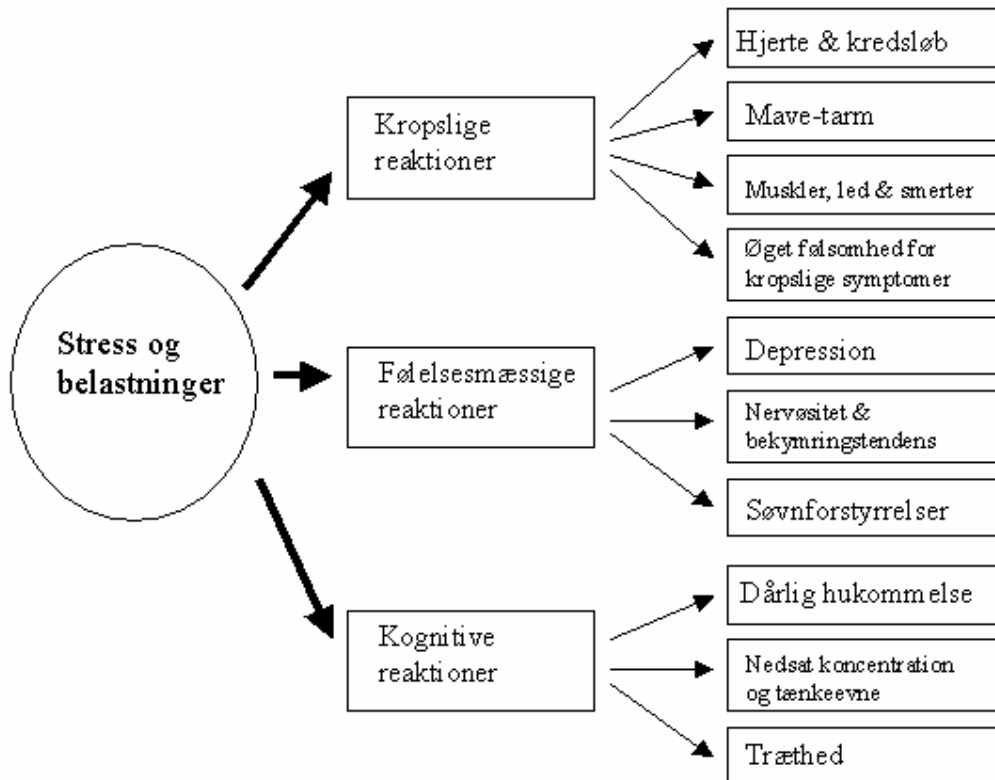
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inddeling af Funktionelle symptomer = Medicinsk Uforklarede Symptomer = MUS

- A) **Lettere og forbigående fysiske symptomer** som reaktion på psykiske og sociale belastninger og stress.
- B)

- **Somatiseringstilstand** = kroniske funktionelle symptomer, f.eks. medicinsk uforklarede smerter, fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, irriteret tyktarm m.fl.
- **Sygdomsangst** (hypokondri).
 - **Dissociative tilstande:** kramper, bevægelses- eller sanseforstyrrelser udløst af svær psykisk belastning.
- C) Fysiske symptomer ved psykisk lidelse, f.eks. **angst og depressioner.**
- D) Symptomforstærkning og overdreven sygdomsbekymring samt unormal sygdomsadfærd ved **fysisk lidelse.**
- E) **Selvpåført sygdom** (Factitious disorder = falsk sygdom = Münchhausens syndrom). Personen er bevidst om, at han påfører sig selv sygdom, men ikke om, hvorfor han gør det. Sjældent lidelse. Personen er psykisk syg.
- F) **Manipulation** (Malingering = simulering) Man er bevidst om, at man spiller syg og hvorfor man gør det. Sjældent tilstand. Personen er ikke psykisk syg.

Stressreaktioner



Reaktioner på stress og belastning 1

Kropslige reaktioner på stress og belastning

Hjerte og kredsløb	Varm- eller koldsveden Rysten eller sitren Mundtørhed Hjertebanken eller uroligt hjerte Køren i maven eller ”sommerfugle” Rødmen eller blussen Trykken i brystet Forpustethed uden anstrengelse Lufthunger med hurtig og dyb vejrtrækning
Mave og tarm	Løse afføringer Mavesmerter Oppustethed, spændings- eller tyngdefornemmelse Diarre Opstød eller opgylpninger Forstoppelse Kvalme eller utilpashed Opkastninger Brændende fornemmelse i bryst eller toppen af maven
Muskler og led (smerter)	Smerter i arme eller ben Muskel- og ledsmerter Følelse af lammelse eller svaghedsfornemmelse Rygsmerte Smerter der flytter sig Ubehagelig dødheds-fornemmelse eller snurren
Almene symptomer	Hukommelsesbesvær Spændingshovedpine Svimmelhed Koncentrationsbesvær Træthed efter fysisk anstrengelse Træthed efter psykisk anstrengelse

Reaktioner på stress og belastning 2

Følelsesmæssige reaktioner på stress og belastning

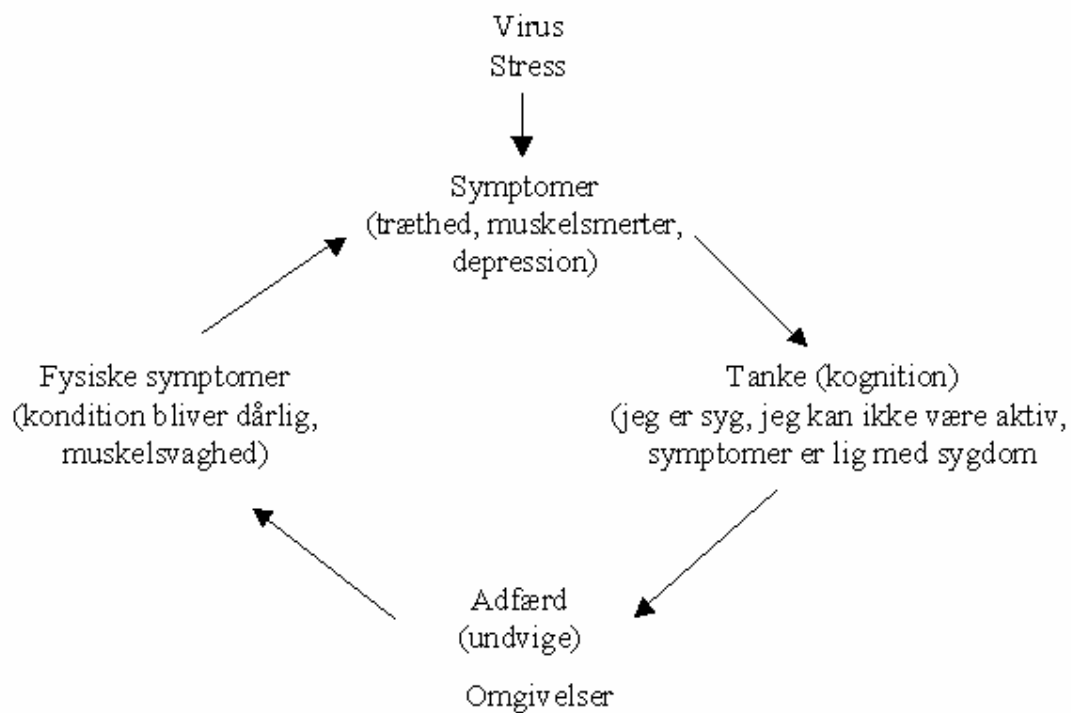
Depressiv reaktion Nedtrykthed
Grådtendens
Isolationstendens
Tab af interesse og evne til at glædes
Følelse af skyld
Nedsat selvtillid
Håbløshed med hensyn til fremtiden
Tanker om selvmord og død

Nervøs reaktion Bekymringstendens
Rastløshed og indre uro
Træthed
Støjoverfølsomhed
Irritabilitet
Anspændthed og føle sig presset
Muskelspændinger
Spændingssmerter (eks. hovedpine, ryg)

Kognitive reaktioner på stress og belastning

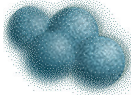
Koncentration og tænkeevne Koncentrationsbesvær
Vanskeligheder ved at tænke klart og tage beslutninger
Tab af interesse
Tab af energi
Bliver overvældet af hverdagsopgaver

Den onde cirkel, der medfører kronisk træthed og invaliditet

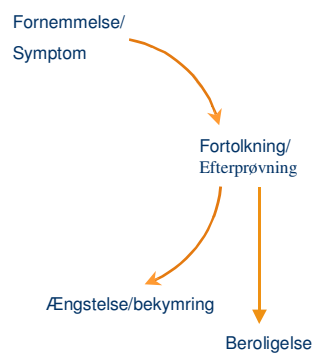


Wessley S., 1995

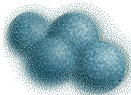
Symptom- og sygdomsopfattelse



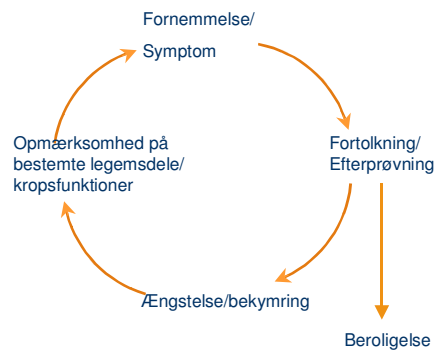
Symptom- og sygdomsopfattelse 1



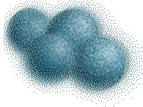
Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin



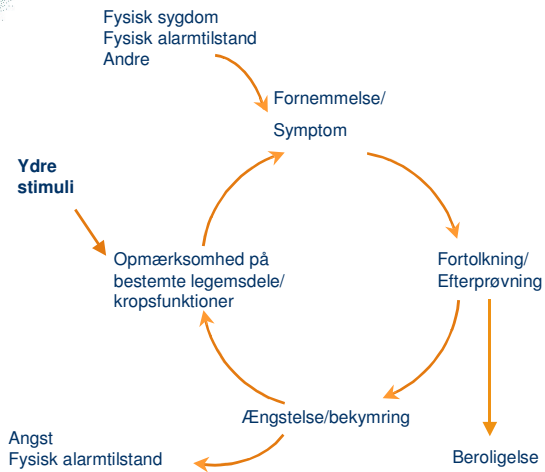
Symptom- og sygdomsopfattelse 2



Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin

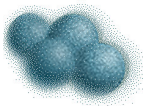


Symptom- og sygdomsopfattelse 3

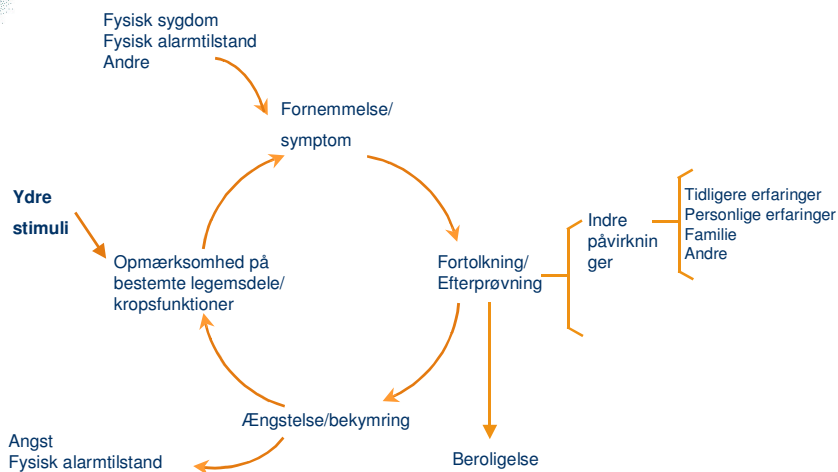


Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin

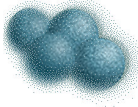


Symptom- og sygdomsopfattelse 4

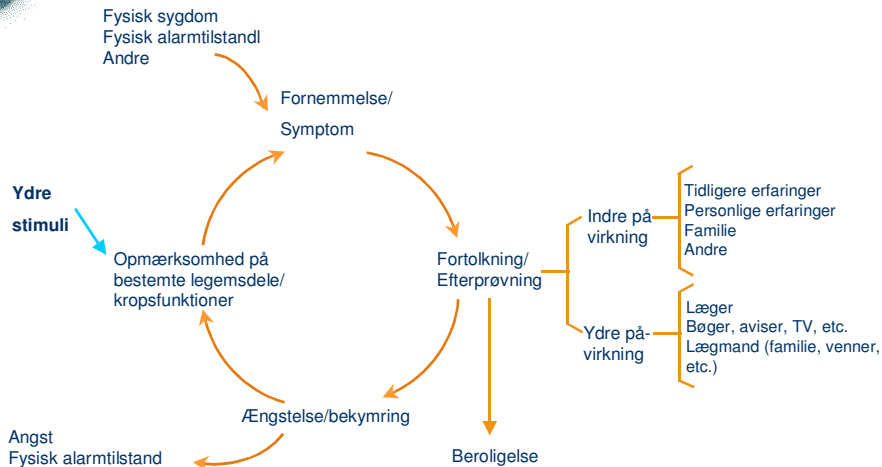


Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin

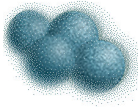


Symptom- og sygdomsopfattelse 5

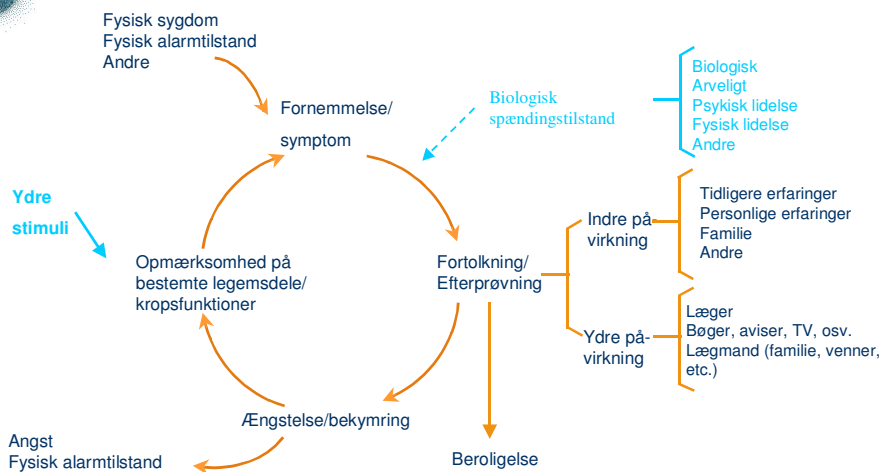


Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin



Symptom- og sygdomsopfattelse 6



Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin

Målskema 1

Hvad er dine vigtigste mål for terapien? Det kan for eksempel være et mål, der drejer sig om symptomer, om adfærd, om forholdet til andre, om forhold til arbejdsmarkedet eller hvad du selv synes er vigtigst.

1.

2.

3.

4.

5.

Målskema 2: Små skridt er vejen til succes

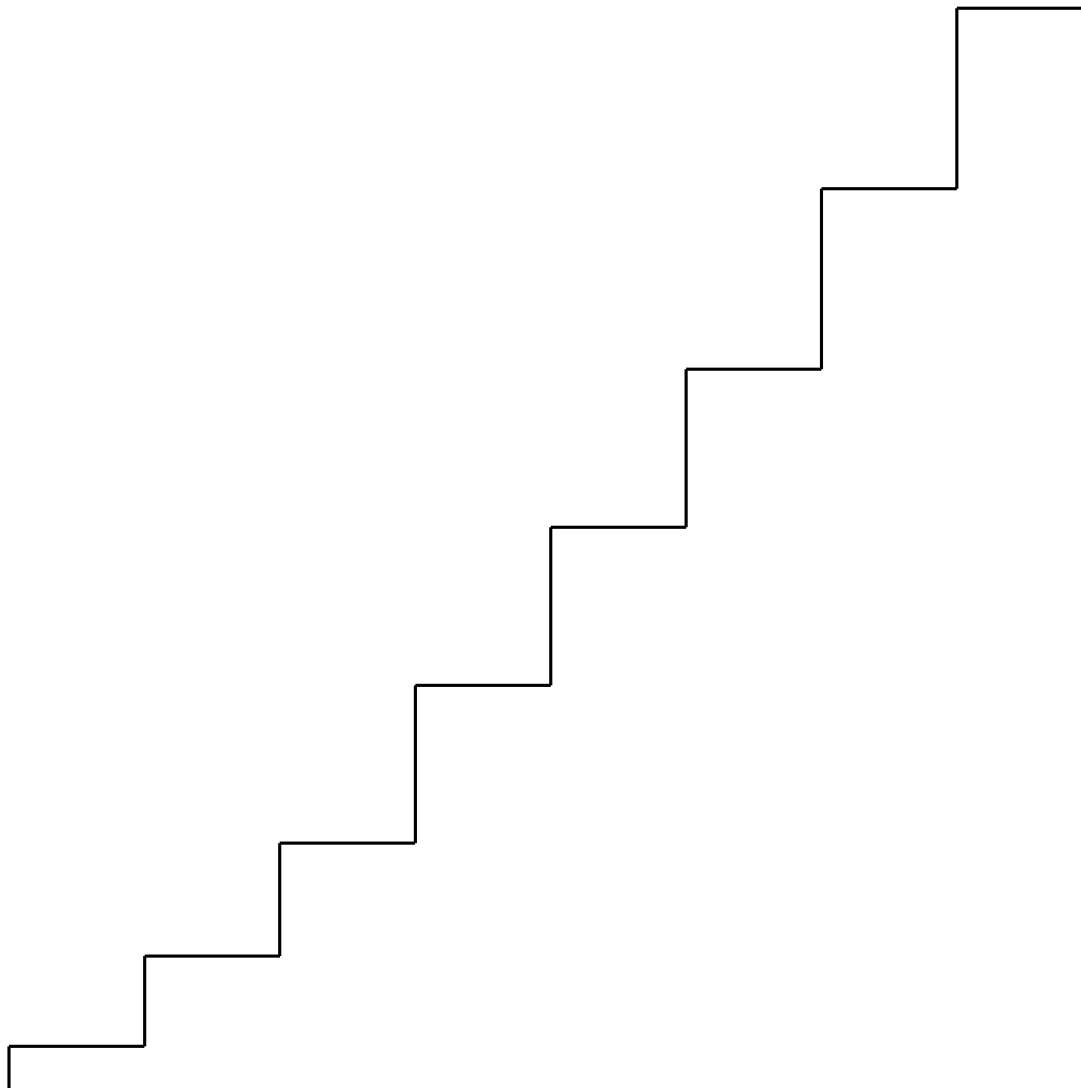
1. Hvilket mål er det vigtigste?
2. Hvordan kan du nå hen til dit mål?
3. Hvis du deler vejen hen til dit mål op i 5 skridt, hvad er så det første skridt?
4. Hvor vil du afprøve dit første skridt? (fx ude i haven, hjemme i køkkenet, i skoven, på arbejde)
5. Hvor lang tid vil du bruge på at afprøve dit første skridt? (dvs. hvor mange minutter, timer)
6. Hvor ofte vil du afprøve dit første skridt? (antal dage om ugen)

Måltrappe

Vejledning: Udfyld selv nedenstående.

1. Skriv målet for din deltagelse i behandlingsprojektet på øverste trin.
2. På første trin skriver du det delmål, du har sat dig selv til næste gang på vej til målet.

Husk, det skal være realistisk!



Løsning af problemer

1) Hvad er dit problem?

2) Hvad er det, du har opnået, når du har løst problemet?

3) Beskriv forskellige måder at løse problemet (du bliver nødt til at bruge din fantasi)

4) For hver måde overvejes for og imod

Til sidst vælger du den bedste eller mest realistiske måde at løse dit problem på

5) Den måde, du har valgt at løse dit problem på, deler du op i små trin eller delmål. Det skal være realistisk, at du kan tage hvert eneste trin. (Se måltrappe)

Beskriv, hvordan du tager det enkelte trin, hvornår du vil starte og hvornår du tror, at du har opnået dit mål

6) Du indgår en aftale med dig selv eller en anden om, hvordan og hvornår, du tager de enkelte trin.

7) Hvad kan forhindre dig i at tage de trin, du har planlagt?

Hvad kan du gøre for at hjælpe dig selv med at få succes?

Hjemmeopgaverne fra sidst

Gennemgang af Hjemmeopgave: Ugeregistreringen.

Gå sammen i grupper på 2 og interview hinanden

Er der et mønster for styrken af dit mest generende symptom i løbet af døgnet og i løbet af ugen?

Kan du se, hvad der eventuelt har lettet dine symptomer?

Kan du se, hvad der eventuelt har forværret dine symptomer?

Fysiske øvelser

Nu har I siddet stille og lyttet i flere minutter.

Stil jer selv følgende spørgsmål:

3. Hvordan har jeg det lige nu?

4. Hvad har jeg brug for lige nu?

- * Bevæge mig i stolen?
- * Rejse mig op?
- * Strække mig?
- * Trække vejret dybt?
- * Gabe?
- * Lave knæbøjninger?
- * Løbe på stedet?
- * Lægge mig ned?

Mål for hvad du gerne vil opnå i terapien

Gå sammen to og to og interview hinanden om mål.
Hvilke mål har du? (lav 'brain storm' sammen)

Nedskriv den andens mål for hvad han/hun gerne vil opnå i terapien. Det kan for eksempel være et mål, der drejer sig om symptomer, om adfærd, om forholdet til andre, om forhold til arbejdsmarkedet eller hvad den anden selv synes er vigtigst.

For at opnå målene skal de være realistiske og specifikke (I har 3 måneder til at nå målet).

Sæt derefter tal udfor dine mål i rækkefølge efter hvilket mål, der er det vigtigste, næstvigtigste o.s.v.

Hvad er det første skridt hen imod målet?

Gå sammen to og to og interview hinanden om det første skridt eller delmål

Brug ca. ½ time hver til at interviewe hinanden.

1. Hvilke mål har du?

2. Hvordan kan du nå hen til dit mål?

3. Hvis du deler vejen hen til dit mål op i 5 skridt, hvad er så det første skridt?

4. Hvor vil du afprøve dit første skridt? (fx ude i haven, hjemme i køkkenet, i skoven, på arbejde)

5. Hvor lang tid vil du bruge på at afprøve dit første skridt? (dvs. hvor mange minutter, timer)

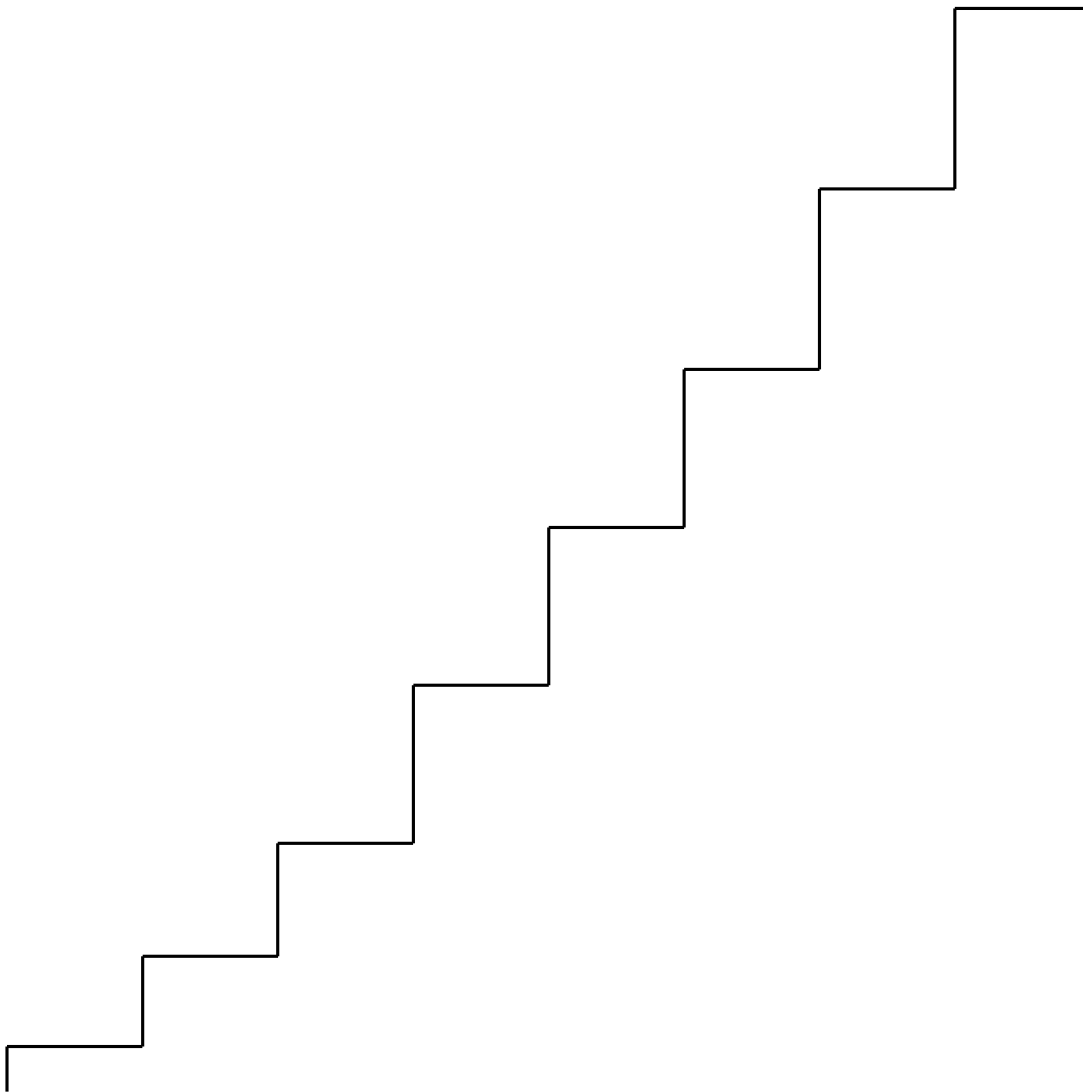
6. Hvor ofte vil du afprøve dit første skridt? (antal dage om ugen)

Måltrappe

Vejledning: Udfyld selv nedenstående.

3. Skriv målet for din deltagelse i behandlingsprojektet på øverste trin.
4. På første trin skriver du det delmål, du har sat dig selv til næste gang på vej til målet.

Husk, det skal være realistisk!



Hjemmeopgave til 4. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste møde?

1. Ugeregistreringskema

Vejledning: Vælg dit mest generende symptom. Vurder på Boksskalaen styrken af dit symptom fra 0-10.

Skriv for hver time, det tal der bedst passer til styrken af dit symptom. Du kan fx udfylde Ugeregistrerings-skemaet ved at gøre det 2 til 3 gange om dagen.

2. Afprøvning af delmål

Vejledning: Fortsæt arbejdet med at definere dine mål for terapien og hvilken vej, der kan føre derhen. Brug målskema 1-3 (de hvide).

Afprøv dit første delmål, som du nåede frem til i terapien.

Husk at målene skal være realistiske og konkrete og at du kun har 3 måneder til at nå dem.

**”Giv mig sindsro til at acceptere, hvad jeg ikke kan forandre.
Mod til at ændre det, jeg kan.
Og visdom til at kunne se forskellen.”**

Marcus Aurelius 150 e.Kr.



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen smerter

Værst tænkelige smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen Tristhed

Værst tænkelige Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen Nervøsitet

Værst tænkelige Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen træthed

Værst tænkelige træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen koncentrations problemer

Værst tænkelige koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Møde

Grundmodellen

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.**
 1. Ugeregistreringsskema *Diskussion i 2 grupper*
 2. Afprøvning af delmål
 3. **Måltrappen Øvelse 1. Skema 1**

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe og te

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Grundmodellen. Øvelse 2. Skema 2**

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Hjemmeopgaver til 5. Møde.**
 1. Ugeskema NYT! *Skema 3*
 2. Næste skridt på vej mod målet
 3. Grundmodellen *Skema 2*
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

Dag Måned År

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

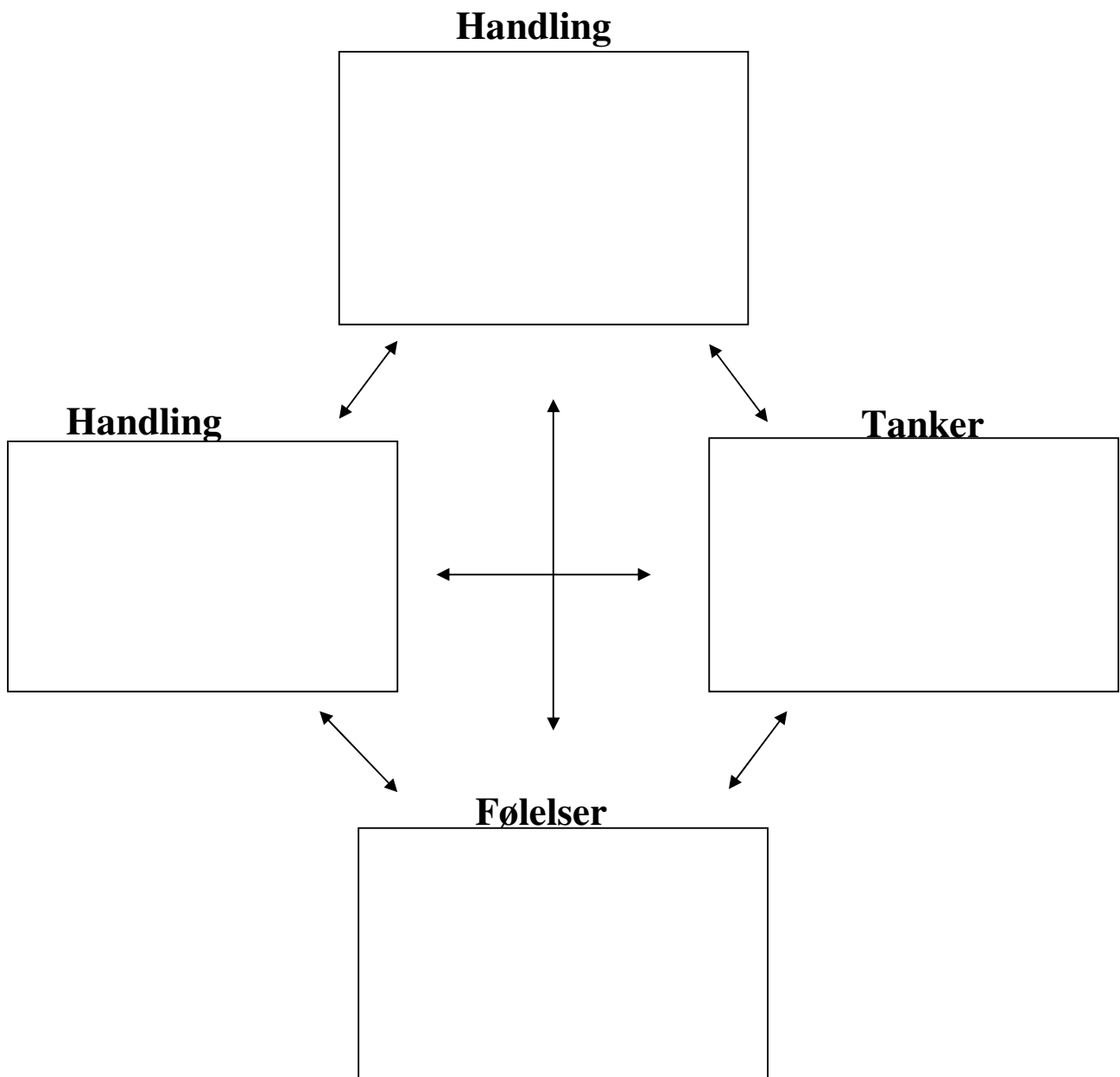
Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grundmodel

Tidspunkt:

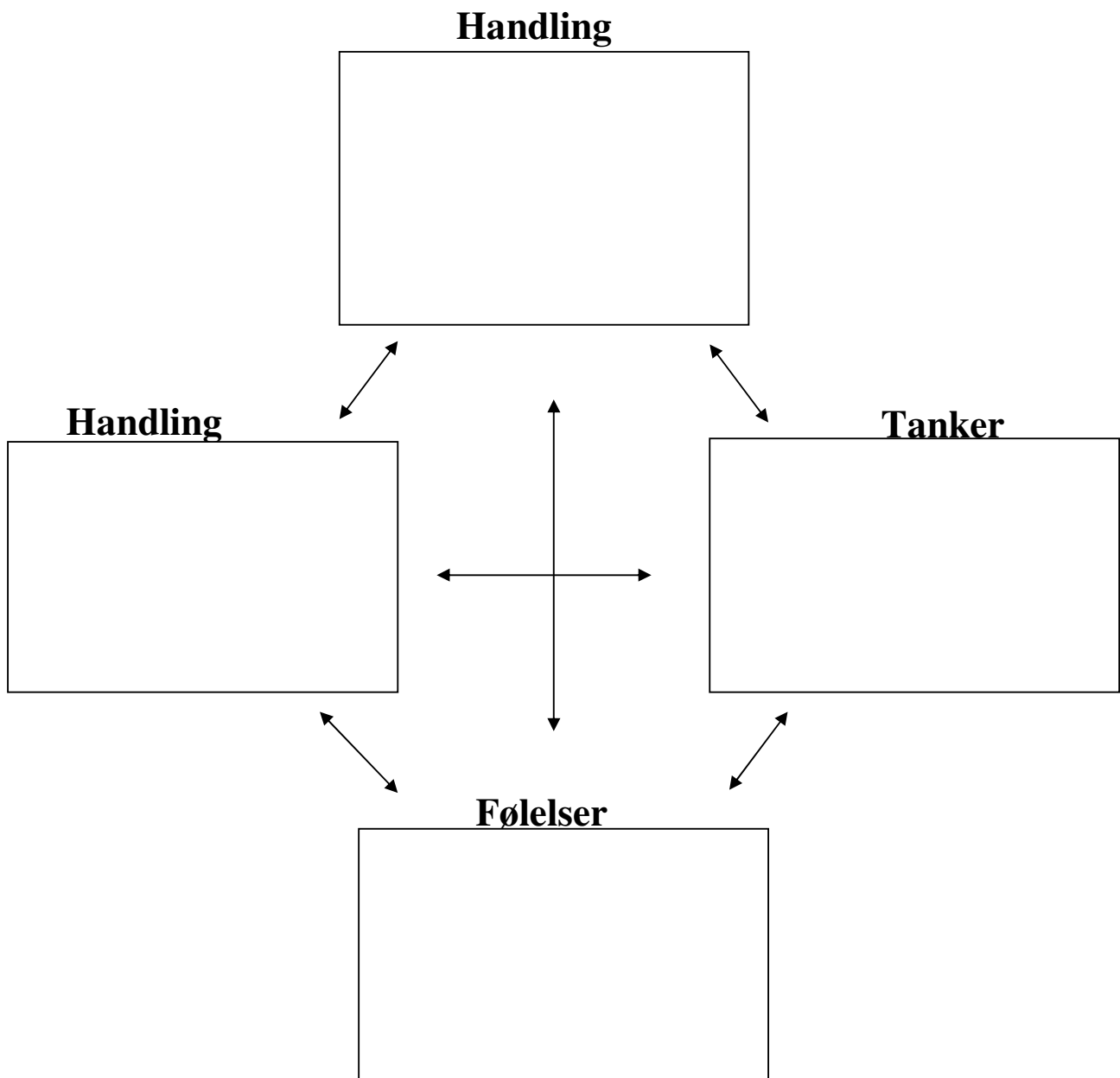
Situation:



Grundmodel

Tidspunkt:

Situation:



Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst tænkelige
smerte / gener /
følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst tænkelige
smerte / gener /
følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne.
Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

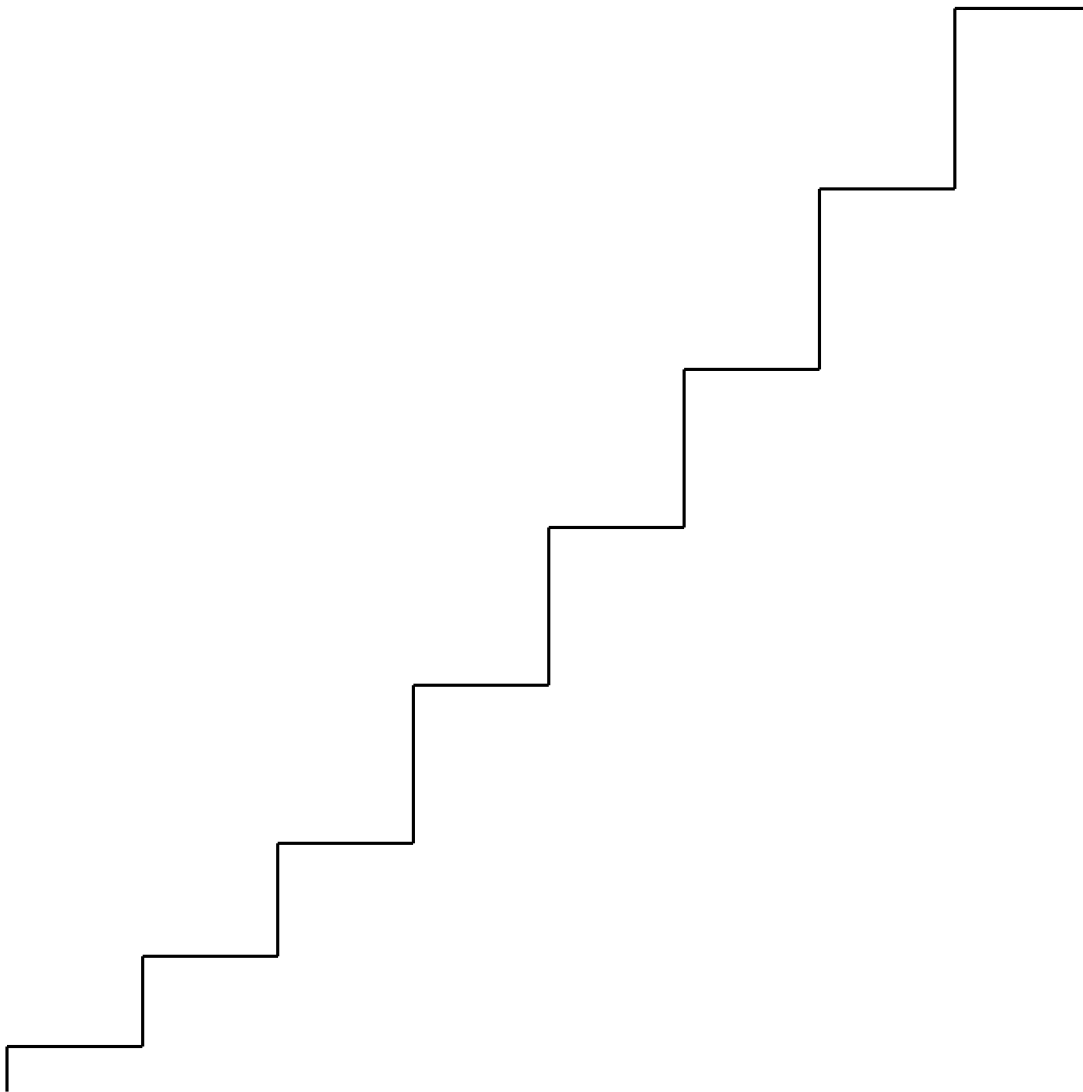
	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Måltrappe

Vejledning: Udfyld selv nedenstående.

5. Skriv målet for din deltagelse i behandlingsprojektet på øverste trin.
6. På første trin skriver du det delmål, du har sat dig selv til næste gang på vej til målet.

Husk, det skal være realistisk!



Måltrappen

1. Brug Måltrappen fra din hjemmeopgave (skema 3 fra 3. Møde). Tag derefter Måltrappen fra denne gang (skema 1).
2. Skriv målet for din deltagelse i behandlingsprojektet på øverste trin.
3. På nederste trin skriver du det første skridt, som du allerede har foretaget. Skriv derefter det næste skridt på vej mod dit mål.
Husk, det skal være realistisk!
4. På forskellige af trinene skriver du de delmål, der kan være på vej til målet.
5. Til sidst skriver du din trappe op på din Flip-over

Fysiske øvelser

Nu har I siddet stille og lyttet i flere minutter.

Stil jer selv følgende spørgsmål:

5. Hvordan har jeg det lige nu?

6. Hvad har jeg brug for lige nu?

- * Bevæge mig i stolen?
- * Rejse mig op?
- * Strække mig?
- * Trække vejret dybt?
- * Gabe?
- * Lave knæbøjninger?
- * Løbe på stedet?
- * Lægge mig ned?

Vejledning til grundmodellen i kognitiv adfærdsbehandling (KAB)

1. Vælg en **situation fra dit ugerregistreringsskema**, hvor du havde det det allerdårligst. Skriv tidspunkt og situation ind i skema 2.

2. **Fysisk symptom eller fornemmelse i den situation**
Hvad oplevede du inde i kroppen? Skriv det ind i grundmodellen skema 1.

3. Følelser i den situation
Hvad følte du? Skriv det ind i grundmodellen skema 1.

4. Tanker i den situation
Hvilke tanker gjorde du dig? Skriv det ind i grundmodellen skema 1.

5. Handlinger i den situation
Hvordan handlede du? Skriv det ind i grundmodellen skema 1.

Hjemmeopgave til 5. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste møde?

1. Ugeskema NYT!

Vejledning:

På skema 3 registrerer du for hver dag i ugen, hvor mange symptomer og hvilke symptomer, du har haft. Du kan aftale med din behandler, hvilke symptomer, du skal nøjes med at notere, hvis der er mange symptomer, der plager dig.

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne af den sværhedsgrad. Det kunne for eksempel være ”i bussen”, ”på arbejdet” eller lignende.

Du kan fx udfylde Ugeskemaet ved at gøre det 2 til 3 gange om dagen.

2. Første skridt på vej mod dit mål

Vejledning:

Efter diskussionen om dine hjemmeopgaver til i dag, ved du mere om, hvad der er dine realistiske mål for terapien. Du er forhåbentlig også blevet klar over, hvad det første skridt kan være.

Til næste gang skal du så afprøve dit første skridt.

Mulige forhindringer og ting, der kan øge chancen for gennemførelse overvejes.

Ved næste møde evalueres om dit delmål blev opnået og om der skal ske justeringer af mål og midler.

3. Grundmodellen

Vejledning:

Vælg en situation fra Ugeskemaet i denne uge. Udfyld dernæst skema 1 ”Grundmodellen” efter vejledningen i øvelse 2.



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen smerter

Værst tænkelige smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen Tristhed

Værst tænkelige Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen Nervøsitet

Værst tænkelige Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen træthed

Værst tænkelige træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen koncentrations problemer

Værst tænkelige koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.Møde

Kognitive Forvrængninger Alternative tanker og handlinger

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.** *Diskussion i 2 grupper*
 1. Problemer med at få det gjort?
 2. Ugeregistrering: Symptom/Problemregistrering
 3. Første skridt på vej mod dit mål
 4. Grundmodellen

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe og te

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Kognitive forvrængninger.** *Undervisning 1. Øvelse 1. Skema 1*
- **Følelse.** *Undervisning 2*
- **Grundmodellen: Automatiske tanker.** *Øvelse 2. Skema 2*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Grundmodellen. Alternative tanker.** *Øvelse 3. Skema 3*
 - **Hjemmeopgaver til 5. Møde.**
 1. Ugeskema
 2. Din egen vej til dine mål
 3. Grundmodellen
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

Dag Måned År

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kognitive forvrængninger

Navn	Forklaring	Eksempel	Alternativ tanke
Alt eller intet = Sort/hvid tænkning	En oplevelse placeres i enten det ene eller det andet yderpunkt uden mellemliggende nuancer. F.eks. ondt/godt; succes/fiasco. Vær opmærksom på ord som altid, aldrig, alle, ingen, intet, alt.	"Hvis jeg ikke kan gøre det perfekt, er jeg en fiasko." "Hvis jeg ikke kan gøre det lige så godt, som før jeg blev syg, kan jeg slet ikke gøre det."	"Hvis jeg tager et skridt af gangen, vil jeg gradvis nå det niveau, jeg var på før." "Krav om at gøre det perfekt, hindrer at jeg kommer i gang." "En professionel sportsmand med en skade, vil også være nødt til at starte fra bunden."
Generalisering	Uberettiget, generel slutning på basis af en enkelt hændelse.	"Jeg kunne ikke gøre det, jeg havde besluttet mig for i går. Jeg bliver aldrig rask."	"I går var en dårlig dag. Men jeg har faktisk gjort det, som jeg havde besluttet mig for mange andre dage og det går langsomt, men sikkert fremad."
Hæften sig ved det negative	Man udvælger de negative begivenheder og glemmer alt det andet i situationen.	"Min søn syntes ikke at maden smagte godt. Jeg dur ikke til at lave mad."	"De andre kunne godt lide maden. Jeg kan godt lave god mad"
Spådomme	Muligheden for at noget kunne ske, bliver til vished om, at det vil ske.	"Hvis jeg skal øve mig nu, er det helt sikkert, at jeg bliver syg."	Jeg kan ikke se ind i fremtiden og ved derfor ikke, om jeg bliver syg. Jeg er bekymret for det. Men det er noget andet end at vide det."
Katastrofetænkning	Ufarlige hændelser opleves som katastrofer.	"Mit hjerte banker. Jeg dør nok om lidt."	"Mit hjerte banker. Det har jeg oplevet mange gange uden at dø af det."
Legemlig overopmærksomhed	Kropslige fornemmelser opleves som tegn på en alvorlig fysisk sygdom.	"Jeg har ondt i maven. Havde jeg ikke også kvalme i går? Det er nok kræft."	"Min mave er blevet undersøgt. De fandt ikke tegn på nogen sygdom."

Fire grundfølelser

Angst

bekymret
ængstelig
urolig
bange
utålmodig
rastløs
forvirret
forpint
rystet

Vrede

sur
frustreret
irriteret
gnaven
arrig
gal
vred
hidsig
oprørt
aggressiv

Tristhed

lige glad
ked af det
flov
skyldig
inkompetent
uduelig
håbløs
deprimeret
nedtrykt

Lyst

tilfreds
glad
fornøjet
ubekymret
lykkelig
begejstret
harmonisk

Kognitive forvrængninger

Sæt kryds i skemaet ved de kognitive forvrængninger, du kender fra dig selv. Skriv eksemplet ind under rubrikken Eksempel. Prøv dernæst at finde en mere realistisk, nuanceret Alternativ tanke

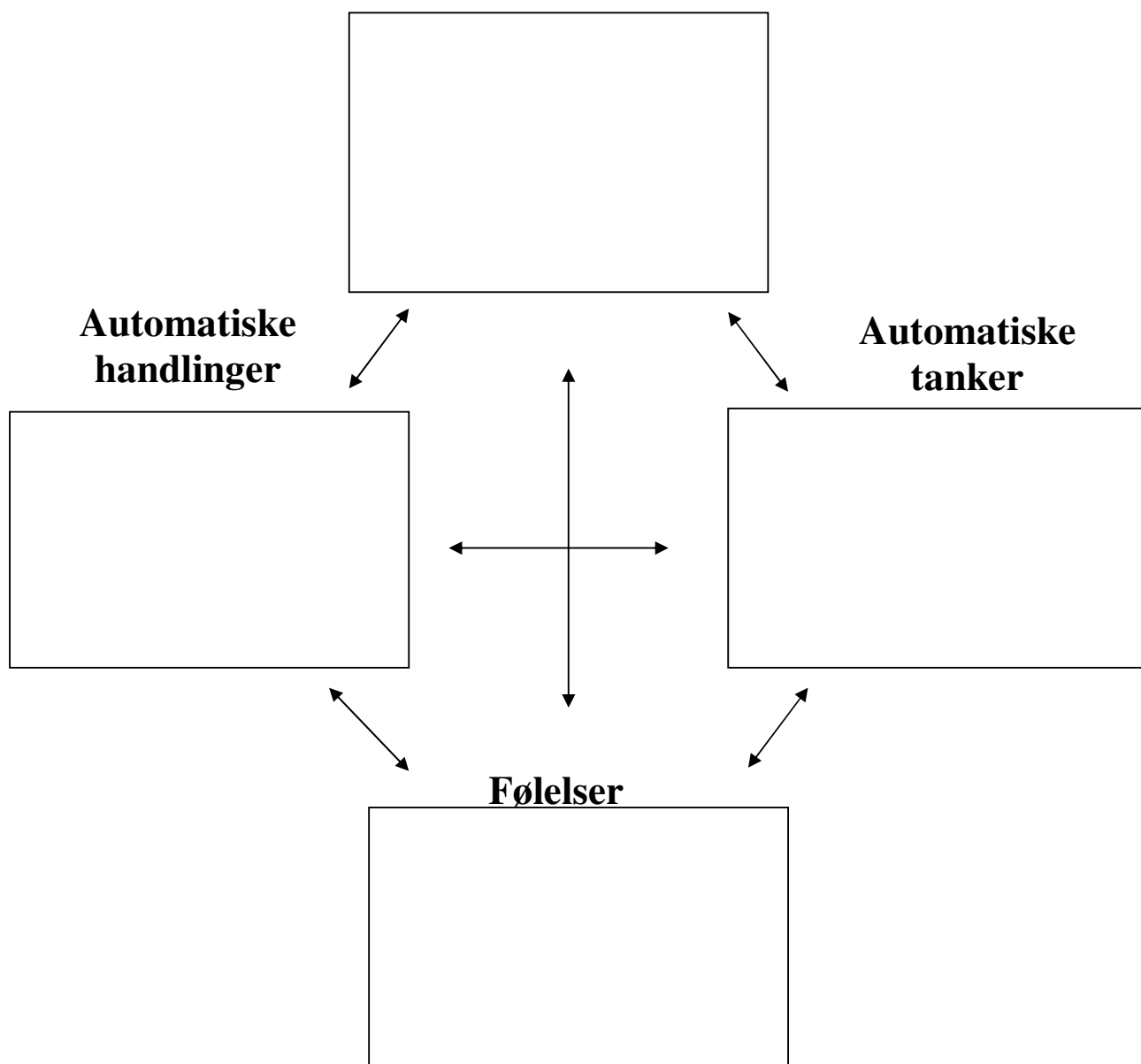
Navn	Forklaring	Eksempel	Alternativ tanke
Alt eller intet = Sort/hvid tænkning	Man tænker kun i to yderliggående muligheder (f.eks. ondt/godt; succes/fiasco) og overser de mellemliggende.		
Generalisering	forenklet, generel slutning på basis af en enkelt hændelse.		
Hæften sig ved det negative	Man udvælger de negative begivenheder og glemmer alt det andet i situationen.		
Spådomme	Muligheden for at noget kunne ske, bliver til vished om, at det vil ske.		
Katastrofetænkning	Ufarlige hændelser opleves som katastrofer.		
Legemlig overopmærksomhed	Kropslige fornemmelser opleves som tegn på en alvorlig fysisk sygdom.		

Grundmodel med automatisk tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

Fysisk symptom / fornemmelse

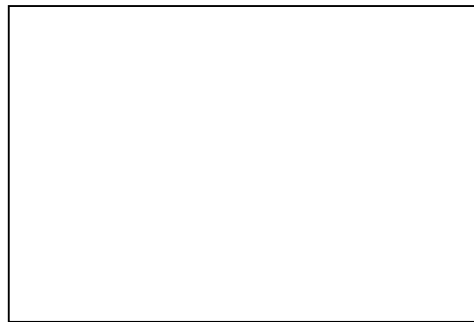


Grundmodel med alternative tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

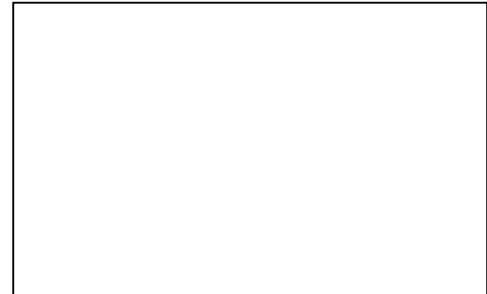
Fysisk symptom / fornemmelse



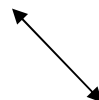
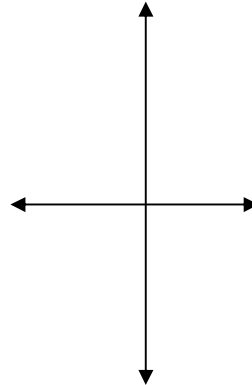
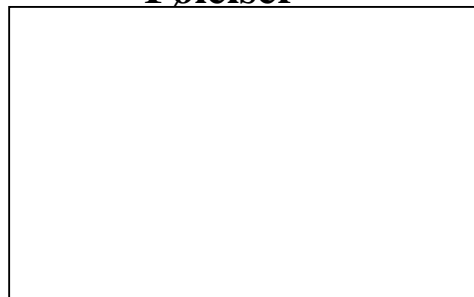
Alternative handlinger



Alternative tanker



Følelser



Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst tænkelige
smerte /
gener /

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst tænkelige
smerte /
gener /

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Kognitive forvrængninger og Grundmodellen

1. Øvelse: Kognitive forvrængninger

Brug skema 1.

Sæt kryds i skemaet ved de **kognitive forvrængninger**, du kender fra dig selv. Skriv eksemplet ind under rubrikken **Eksempel**. Prøv dernæst at finde en mere realistisk, nuanceret **Alternativ tanke**.

Kig derefter på de forvrængninger, du ikke har sat kryds ved og se, om du kan komme i tanke om et eksempel på dem.

2. Øvelse: Grundmodellen med automatiske tanker

Udfyld skema 2: **Grundmodellen med automatiske tanker** for dig selv med udgangspunkt i en situation fra den sidste uge, hvor du havde symptomer.

3. Øvelse: Grundmodellen med alternative tanker

Udfyld skema 3: **Grundmodellen med alternative tanker** for dig selv med udgangspunkt i de alternative tanker og skriv derefter hvad de alternative tanker vil medføre af følelser, handlinger og symptomer.

Hjemmeopgave til 6. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste møde?

1. Ugeskema

Vejledning:

På dette skema registrerer du for hver dag i ugen, hvor mange symptomer og hvilke symptomer, du har haft. Du kan aftale med din behandler, hvilke symptomer, du skal nøjes med at notere, hvis der er mange symptomer, der plager dig.

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne af den sværhedsgrad. Det kunne for eksempel være ”i bussen”, ”på arbejdet” eller lignende.

Du kan fx udfylde Ugeskemaet ved at gøre det 2 til 3 gange om dagen.

2. Din egen vej til dine mål

Vejledning:

Efter diskussionen om dine hjemmeopgaver til i dag, ved du mere om, hvad der er dine realistiske mål for terapien. Du er forhåbentlig også blevet klar over, hvad det næste skridt kan være.

Til næste gang skal du så afprøve dit næste skridt.

Mulige forhindringer og ting, der kan øge chancen for gennemførelse overvejes.

Ved næste møde evalueres om dit delmål blev opnået og om der skal ske justeringer af mål og midler.

3. Grundmodellen

Vejledning:

1. Vælg en eller flere situationer fra de sidste 2 ugeskemaer, hvor du havde det allerdårligst. Udfyld dernæst skema ”Grundmodellen med **automatiske tanker**” .
2. Derefter finder du på nogle **alternative tanker** og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative tanker forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine handlinger, det vil medføre.
3. Endelig finder du på nogle **alternative handlinger** og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative handlinger forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine tanker, det vil medføre.



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen smerter

Værst tænkelige smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen Tristhed

Værst tænkelige Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen Nervøsitet

Værst tænkelige Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen træthed

Værst tænkelige træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen koncentrations problemer

Værst tænkelige koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Møde

Positive aktiviteter. Livslinje

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.** *Diskussion i 2 grupper*
 - Ugeskema
 - Afprøvning af delmål
 - Grundmodellen

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe og te

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Positive aktiviteter.** *Undervisning 1. Skema 1. Øvelse 1*
- **Tegn din livslinje.** *Øvelse 2*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Grundmodellen.** *Skema 2-3. Øvelse 3-4*
 - **Hjemmeopgaver til 7. Møde.** *Ugeskema. Skema 4*
 - Afprøvning af delmål. *Skema 3 fra 4. møde*
 - Grundmodellen. *Skema 2-3*
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen smerter

Værst tænkelige smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen Tristhed

Værst tænkelige Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen Nervøsitet

Værst tænkelige Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen træthed

Værst tænkelige træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen koncentrations problemer

Værst tænkelige koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Idéliste over mulige, positive aktiviteter

1. Læse skønlitteratur
2. Skrive dagbog
3. Dyrke aerobic
4. Ridning
5. Købe blomster til dig selv
6. Købe bøger
7. Gå i biografen
8. Løbe en tur
9. Rose dig selv for at have gjort et godt stykke arbejde
10. Huske på gode begivenheder, som du har været involveret i sammen med venner

11. Lytte til musik
12. Lægge dig i solen
13. Grine
14. Huske tidligere rejser du har været på
15. Lytte til andre
16. Læse en avis eller et ugeblad
17. Dyrke en hobby (frimærker / modelfly)
18. Være sammen med venner
19. Planlægge ferier eller andre aktiviteter, der gør dig glad
20. Møde nye mennesker

21. Spise noget lækkert/specielt
22. Øve karate/judo
23. Gå til Yoga
24. Lave huslige gøremål
25. Reparere din cykel eller din bil
26. Iklæde dig sexet eller smukt tøj
27. Nyde en stille aften
28. Passe dine planter
29. Gå i svømmehallen
30. Dyrke motion

31. Begynde at samle på gamle ting
32. Tage til en fest
33. Tænke på at købe en ting
34. Spille golf
35. Spille fodbold
36. Flyve med drage
37. Diskutere politik, film, bøger, filosofi osv. med venner

38. Gå til en familiefest
39. Køre på motorcykel
40. Dyrke sex

41. Gå/løbe en tur i skoven
42. Tage på campingtur
43. Synge i badet eller når du ordner andre ting i huset
44. Købe/plukke og arrangere blomster
45. Gå i kirke /moske/synagoge
46. Tabe dig
47. Tænke på de ting, du er god til
48. Holde en fridag
49. Arrangere en klassegenforening
50. Løbe på skøjter

51. Tage ud og sejle
52. Rejse til udlandet
53. Male eller tegne
54. Lave noget håndarbejde (strikke, hækle, sy)
55. Sove
56. Køre en tur i bil
57. Deltage i foreningsarbejde/møder
58. Gå på jagt
59. Gå til kor
60. Flirte

61. Spille på et musikinstrument
62. Være kreativ (perler, keramik el.lign.)
63. Lave en gave til en du holder af
64. Købe en CD med noget godt musik
65. Se boksning
66. Planlægge en fest
67. Lave mad
68. Tage på bjergbestigning
69. Skrive digte, noveller, bøger, artikler el.lign.
70. Købe tøj

71. Spise på restaurant
72. Arbejde
73. Tage på sightseeing
74. Lave havearbejde
75. Besøge en skønhedssalon/frisør
76. Spille tennis
77. Være sammen med dine/andres børn
78. Se et skuespil
79. Tage til koncert
80. Dagdrømme

81. Køre en tur
82. Lytte til radioen
83. Se TV
84. Lave lister over opgaver
85. Køre en tur på cykel
86. Gå en tur ved vandet
87. Køb og/eller giv en gave
88. Gå i zoologisk have, parker, botanisk have el.lign.
89. Gøre en opgave færdig
90. Gå til hestevæddeløb /motorcykelløb

91. Spise slik, kager, chips
92. Undervise nogen i dét du er god til
93. Tage billeder med digitalt – eller alm. kamera
94. Tage på fisketur
95. Overholde en slankekur
96. Være sammen med dyr
97. Flyve i en flyvemaskine
98. Læse faglitteratur
99. Spille amatørteater/gå til drama
100. Være alene

101. Gå til badminton
102. Tage et langt og varmt karbad
103. Tage på ferie
104. Betale af på din gæld
105. Samle på ting (mønter, sten osv.)
106. Arrangere et stævnemøde
107. Slappe af
108. Skrive breve
109. Tage børnene med til forlystelser
110. Danse

111. Tage på picnic
112. Meditere
113. Spille volleyball
114. Spise frokost med en ven på en café
115. Spille kort /spil (backgammon, skak osv.)
116. Lave kryds og tværs
117. Spille rundbold
118. Se på og fremvise fotografier
119. Spille guitar
120. Spille pool

121. Købe lækre ting til dig selv (parfume, sko, tøj osv.)
122. Tale i telefon med venner
123. Gå på museum
124. Tænde stearinlys

125. Modtage eller give massage
126. Gå i sauna eller dampbad
127. Tage på skitur
128. Tage på kanotur
129. Gå til bowling
130. Lave snedkerarbejde

131. Fantasere om fremtiden
132. Gå til ballet, stepdans, salsa el. lign.
133. Passe fisk i akvarium
134. Engagere dig i politik
135. Lave frivilligt /velgørende arbejde
136. Lægge puslespil
137. Tage på stranden
138. Flytte om eller pynte op derhjemme
139. Gå til en sportsbegivenhed
140. Gå på diskotek /bar

141. Gå til et foredrag
142. Invitere venner på middag
143. Vaske hår og smør dig ind i creme
144. Stå på vandski
145. Se på butikker
146. Gå i cirkus, forlystelsespark, tivoli el.lign.
147. Gå på loppemarkeder
148. Surfe på internettet
149. Spille playstation
150. Chatte på internettet

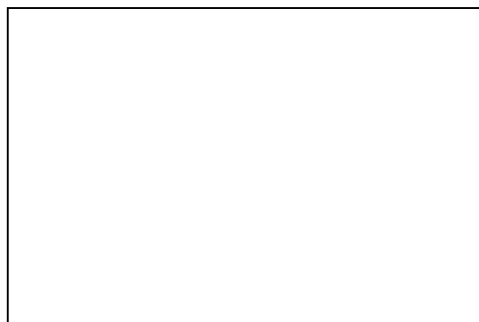
151. Se på stjerner
152. Bage en kage
153. Tage et fodbad
154. Tilbringe tid med din ægtefælle, børn og/eller venner

Grundmodel med automatisk tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

Fysisk symptom / fornemmelse



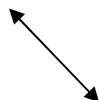
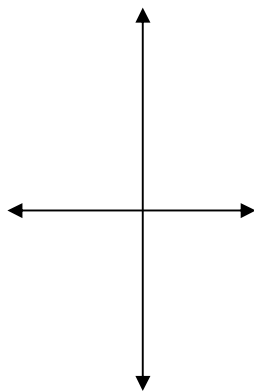
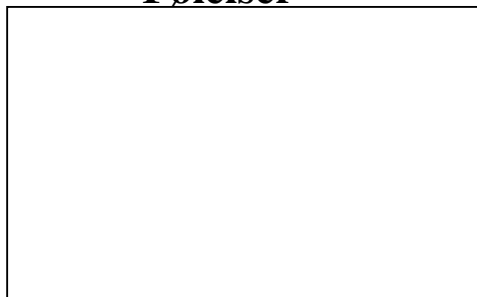
Automatiske handlinger



Automatiske tanker



Følelser

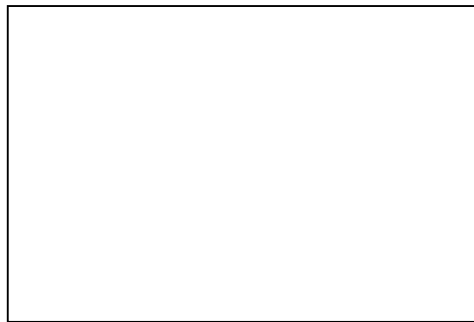


Grundmodel med alternative tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

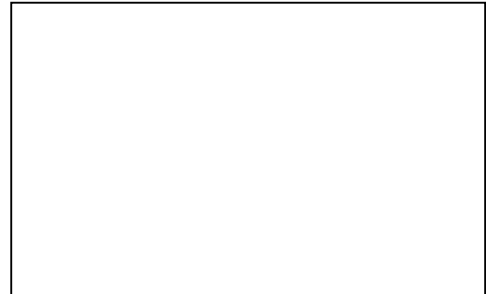
Fysisk symptom / fornemmelse



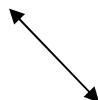
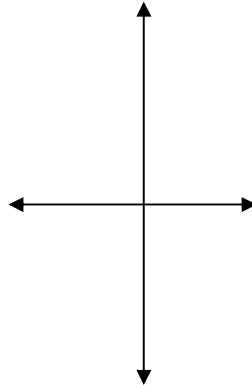
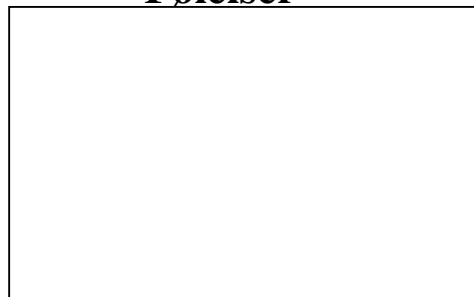
Alternative handlinger



Alternative tanker



Følelser



Ugeskema

Symptom/Problem–registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte / gener / følelser 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Værst tænkelige smerte / gener / følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Ugeskema

Symptom/Problem–registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst tænkelige
smerte /
gener /

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Positive aktiviteter

Nedskriv 10 positive, realistiske aktiviteter

Der kan være tale om aktiviteter, der enten på nuværende tidspunkt er positive for dig eller som var positive inden du begyndte at være plaget af dine symptomer.

For at komme i tanke om 10 aktiviteter, kan du lave en brainstorm, kigge på listen over positive aktiviteter og forestille dig, hvad du lavede i løbet af en typisk uge, inden du begyndte at være plaget af dine symptomer.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Livslinje

Vejledning:

Skriv ind på figuren:

Øverst skriver du det år, du blev født.

Til venstre for linjen, skriver du dine symptomer i tidsmæssig rækkefølge. Det vigtigste er, hvornår symptomerne startede.

Når du har skrevet dine symptomer op og sat årstal eller alder ud for dine symptomer, skriver du med stikord, hvilke nuværende eller tidligere sociale begivenheder, du tror kan have sammenhæng med dine symptomer.

Endelig skriver du livslinjen ind på din flip-over

19

<u>Symptomer</u>	<u>Alder</u>	<u>Årstal</u>	<u>Sociale begivenheder</u>

Grundmodellen

3. Øvelse: Grundmodellen med automatiske tanker

Udfyld skema 2: Grundmodellen med automatiske tanker for dig selv med udgangspunkt i en situation fra den sidste uge, hvor du havde symptomer.

4. Øvelse: Grundmodellen med alternative tanker

Udfyld skema 3: **Grundmodellen med alternative tanker** for dig selv med udgangspunkt i de alternative tanker og skriv derefter hvad de alternative tanker vil medføre af følelser, handlinger og symptomer.

Hjemmeopgave til 7. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste møde?

1. Ugeskema

Vejledning:

På dette skema registrerer du for hver dag i ugen, hvor mange symptomer og hvilke symptomer, du har haft. Du kan aftale med din behandler, hvilke symptomer, du skal nøjes med at notere, hvis der er mange symptomer, der plager dig.

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne af den sværhedsgrad. Det kunne for eksempel være ”i bussen”, ”på arbejdet” eller lignende.

Du kan fx udfylde Ugeskemaet ved at gøre det 2 til 3 gange om dagen.

2. Din egen vej til dine mål

Vejledning:

Efter diskussionen om dine hjemmeopgaver til i dag, ved du mere om, hvad der er dine realistiske mål for terapien. Du er forhåbentlig også blevet klar over, hvad det næste skridt kan være.

Til næste gang skal du så afprøve dit næste skridt.

Mulige forhindringer og ting, der kan øge chancen for gennemførelse overvejes.

Ved næste møde evalueres om dit delmål blev opnået og om der skal ske justeringer af mål og midler.

3. Grundmodellen

Vejledning:

4. Vælg en eller flere situationer fra de sidste 2 ugeskemaer, hvor du havde det allerdårligst. Udfyld dernæst skema ”Grundmodellen med **automatiske tanker**” .
5. Derefter finder du på nogle **alternative tanker** og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative tanker forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine handlinger, det vil medføre.
6. Endelig finder du på nogle **alternative handlinger** og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative handlinger forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine tanker, det vil medføre.



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen smerter

Værst tænkelige smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen Tristhed

Værst tænkelige Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen Nervøsitet

Værst tænkelige Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen træthed

Værst tænkelige træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen koncentrations problemer

Værst tænkelige koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Møde

Sundhedsadfærd: Søvn, Kost, Motion, Relationer til andre

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.** *Diskussion i 2 grupper*
Afprøvning af delmål.
Grundmodellen.

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe og te

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Søvn.** *Undervisning 1-5. Øvelse 1-2. Skema 1*
- **Kost.** *Øvelse 3*
- **Motion.** *Øvelse 4*
- **Relationer til andre.** *Øvelse 5*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Grundmodellen.** *Skema 2 og 3*
 - **Forberedelse af møde med socialrådgiver**
 - **Hjemmeopgaver til 8. Møde.** Symptom/Problem-registrering
Afprøvning af delmål
Hvad når jeg i terapien og hvad skal jeg arbejde videre med?
Grundmodellen. *Skema 2 og 3*
Evt. søvnskema. *Skema 1*
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

Dag Måned År

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Søvnløshed



Årsager til søvnløshed

- **Dårlig søvnhygiejne**
 1. Stimulanser (Kaffe, Tobak)
 2. Lys
 3. Lyd
 4. Mad
 5. Motion
- **Indlært søvnløshed**
 1. Dårlige søvnvaner
 2. Urealistiske forventninger
 3. Manglende viden
- **Psykiske sygdomme**
 1. Stress
 2. Angst
 3. Depression
- **Medicin og alkohol**
- **Biologiske/ Medicinske sygdomme**
 1. Natlig vandladning
 2. Smerter
 3. Kronisk bronkitis
 4. Nedsat hjertefunktion
- **Døgnrytmeforstyrrelser**
 1. Skifteholdsarbejde
 2. Jet lag
 3. Kronisk sengeleje
 4. Senilitet
- **Uforklarlig søvnløshed**

Søvnhygiejne

- 1. Stå op til samme tid hver dag uanset, hvor meget du har sovet**
- 2. Læg dig kun til at sove, når du er søvning**
- 3. Brug kun sengen til søvn og sex**
- 4. Stå op og gå ind i et andet rum, hvis du ikke er faldet i søvn indenfor 15 minutter. Gå i seng igen, når du føler dig søvning (målet er at falde i søvn hurtigt)**
- 5. Hvis du ikke kan falde i søvn, - gentag trin 4 (om nødvendigt flere gange)**
- 6. Undgå at sove om dagen**
- 7. Undgå tobak kaffe og alkohol**
- 8. Sørg for daglig motion i løbet af dagtiden**
- 9. Undgå sovemedicin over længere perioder**

Søvnskema

Uge:

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Mandag																									
Tirsdag																									
Onsdag																									
Torsdag																									
Fredag																									
Lørdag																									
Søndag																									

Tegn: ↓ Gået i seng
 ↑ Stået op
 [----] Søvn
 M Medicin og stimulerende stoffer
 F Forstyrrelser

Bemærkninger:

Søvnskema

Udfyld selv søvnskema (Skema 1) for natten til i dag. 5 min.

↓ Betyder det tidspunkt, hvor du gik i seng

↑ Betyder det tidspunkt, hvor du stod op

[---] Hermed angiver du, hvornår du faldt i søvn og hvornår du vågnede igen

M Medicin og stimulerende stoffer

F Forstyrrelser

Bemærkninger:

Andre vigtige begivenheder, tanker, følelser eller symptomer fra kroppen

Hjemmeopgaverne fra sidst 1.

Gennemgang af Hjemmeopgave 1: Symptom/Problemregistrering

Gå sammen i grupper på 2 og interview hinanden. 5 min til hver.

Er der et mønster for styrken af dit mest generende symptom i løbet af døgnet og i løbet af ugen?

Kan du se, hvad der eventuelt har lettet dine symptomer?

Kan du se, hvad der eventuelt har forværret dine symptomer?

Søvn

Udfyld selv. 5 min.

Hvornår går du i seng?
Hvornår vågner du om morgenen?
Hvor mange timer sover du i løbet af dagen?
Hvor lang tid er du vågen om natten?
Hvor mange timer sover du i alt i løbet af et døgn?
Sover du for lidt eller for meget?

Kost

Udfyld selv. 5 min.

Hvad får du til morgenmad?
Hvad får du til frokost?
Hvad får du til aften?
Får du mellemmåltider? Hvad?
Spiser du for meget eller for lidt?
Er din kost tilstrækkelig sund?

Motion

Udfyld selv. 5 min.

Hvilken form for motion kan du lide?

Hvilken form for motion dyrker du i hverdagen?

Hvor lang tid motionerer du i gennemsnit dagligt?

Får du for meget eller for lidt motion?

Hvad kan du gøre ved det?

Relation til andre

Udfyld selv. 15 min.

Vejledning:

Indtegn på dette kort dit eget sociale netværk. I midten er du selv placeret. Tegn en lille bolle for hver person, du træffer jævnligt og som du føler dig knyttet til. Skriv et bogstav inden i bollerne til identifikation af vedkommende. Skriv navnet ud for bogstavet uden for cirklen

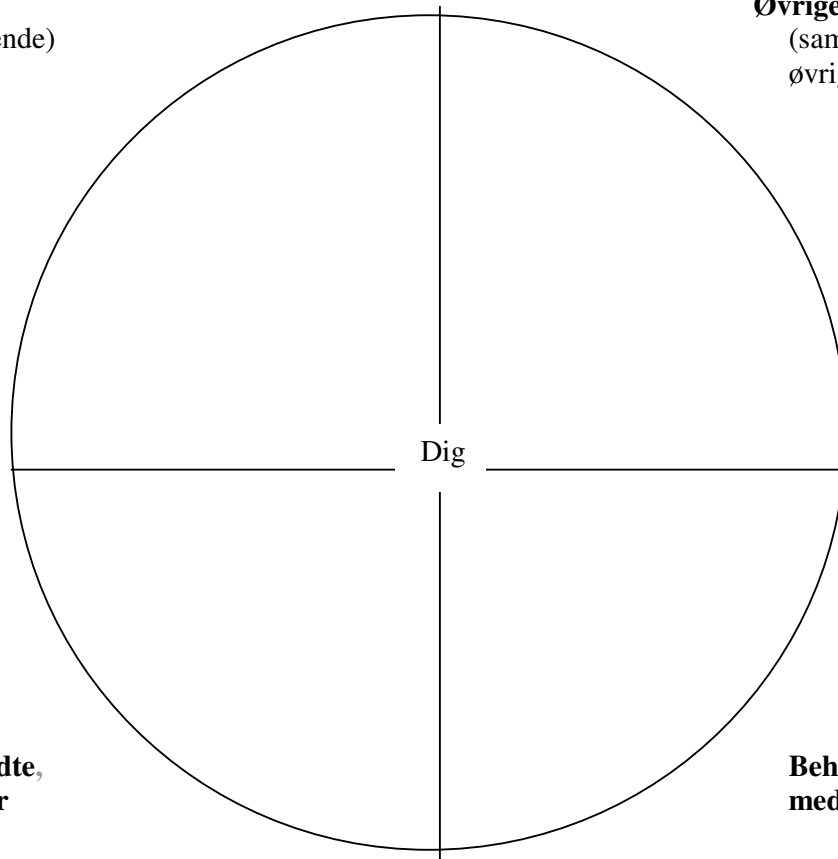
Som du kan se, kan du markere disse personer inden for 4 forskellige felter. Første familie er dine forældre og eventuelle søskende. Øvrige pårørende er din samlever, dine børn og øvrige slægt.

Jo tættere en person er knyttet til dig, jo nærmere mod centrum (dig selv) skal vedkommende placeres.

Når du er færdig, ser du på figuren og tager stilling til, om du er tilfreds med dit netværk eller om du vil arbejde med at forbedre eller nedprioritere din relation til andre.

Første familie
(forældre, søskende)

Øvrige pårørende
(samlever, børn,
øvrige slægt)



**Venner, bekendte,
arbejdskolleger**

**Behandlere,
medpatienter**

Søvnskema

Uge:

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Mandag																									
Tirsdag																									
Onsdag																									
Torsdag																									
Fredag																									
Lørdag																									
Søndag																									

Tegn:

↓ Gået i seng

↑ Stået op

[----] Søvn

M Medicin og stimulerende stoffer

F Forstyrrelser

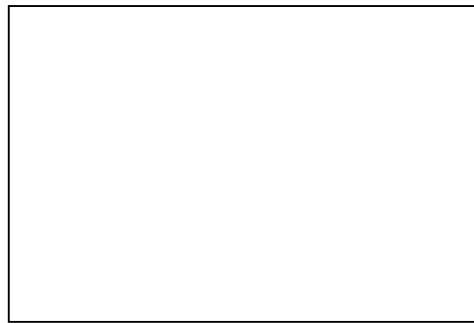
Bemærkninger:

Grundmodel med automatisk tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

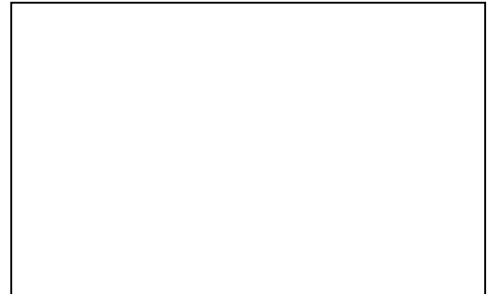
Fysisk symptom / fornemmelse



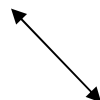
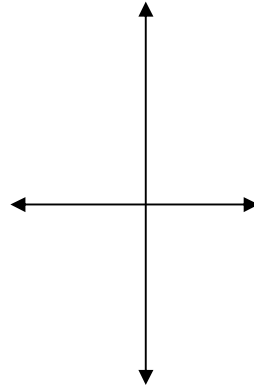
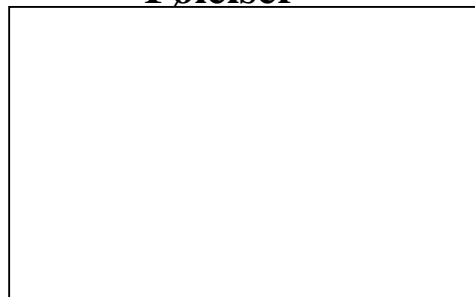
Automatiske handlinger



Automatiske tanker



Følelser

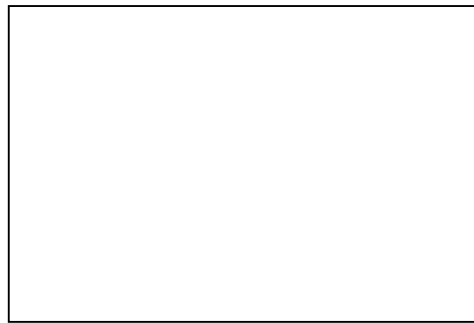


Grundmodel med alternative tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

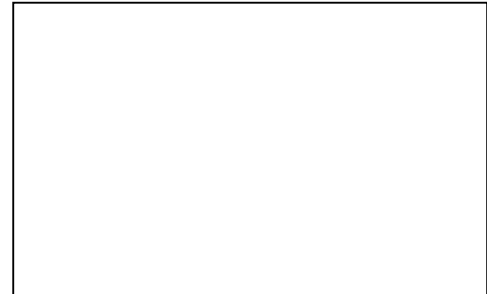
Fysisk symptom / fornemmelse



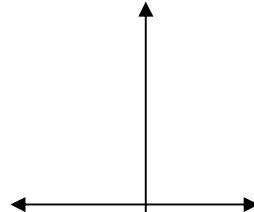
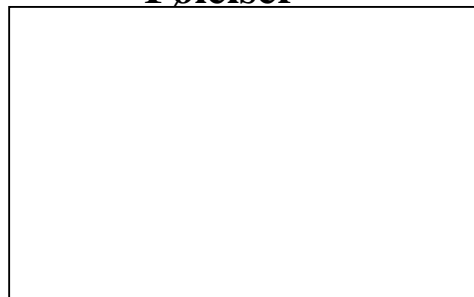
Alternative handlinger



Alternative tanker



Følelser



Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Værst tænkelige
smerte / gener /
følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne.
Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Hjemmeopgave til 8. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste møde?

1. Symptom/Problem-registrering

Vejledning: På dette skema registrerer du for hver dag i ugen, hvor mange symptomer og hvilke symptomer, du har haft. Du kan aftale med din behandler, hvilke symptomer, du skal nøjes med at notere, hvis der er mange symptomer, der plager dig.

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne af den sværhedsgrad.

Det kunne for eksempel være ”i bussen”, ”på arbejdet” eller lignende.

2. Afprøvning af delmål

Vejledning: Til næste gang skal du så afprøve dit næste skridt.

Mulige forhindringer og ting, der kan øge chancen for gennemførelse overvejes.

Ved næste møde evalueres om dit delmål blev opnået og om der skal ske justeringer af mål og midler.

Hvad er dit/dine næste delmål?

3. Hvad når jeg i terapien og hvad skal jeg arbejde videre med?

Vejledning: Overvej med dig selv, hvor langt, du er nået nu og hvad du ikke har nået. Endelig skal du tage stilling til, hvad du skal arbejde med de næste måneder. Se tidligere målskemaer (Skema 1 og Øvelse 3) fra 3. møde.

4. Grundmodellen

Vejledning:

7. Vælg en eller flere situationer fra de sidste 2 ugeskemaer, hvor du havde det allerdårligst. Udfyld dernæst skema ”Grundmodellen med **automatiske tanker**” .
8. Derefter finder du på nogle **alternative tanker** og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative tanker forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine handlinger, det vil medføre.
9. Endelig finder du på nogle alternative handlinger og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative handlinger forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine tanker, det vil medføre.

5. Evt. Søvnskema

Vejledning: Udfyld søvnskemaet (skema 1) efter de angivelser, der er på skemaet



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

Dag Måned År

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Møde

Sig selv som behandler. Forebyggelse af tilbagefald.

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.** Hvad når jeg i terapien og hvad skal jeg arbejde videre med?
Øvelse 1
Afprøvning af delmål. *Øvelse 2*

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe og te

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Udfyld grundmodellen med automatiske tanker og handlinger og derefter med alternative tanker og handlinger.** *Øvelse 3-4. Skema 1-2*
- **Problemløsningsteknik.** *Øvelse 5. Skema 3*

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Hjemmeopgaver til 9. Møde.** Symptom/Problem-registrering. *Ugeskema. Skema 5*
Afprøvning af delmål. *Se øvelse 2*
Grundmodellen. *Skema 1-2*
Problemløsningsteknik *Skema 3*
Tilbagefaldsforebyggelse. *Skema 4*
 - **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

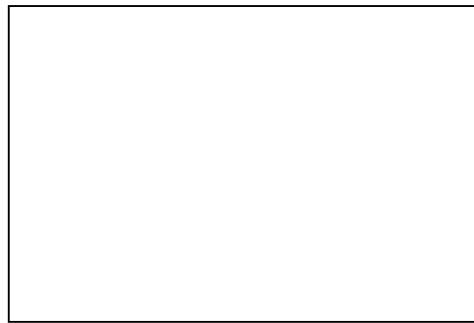
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grundmodel med automatisk tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

Fysisk symptom / fornemmelse



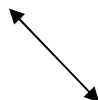
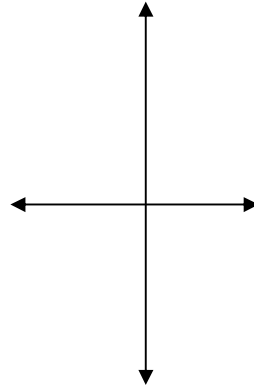
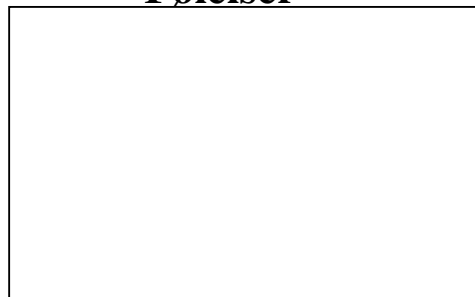
Automatiske handlinger



Automatiske tanker



Følelser

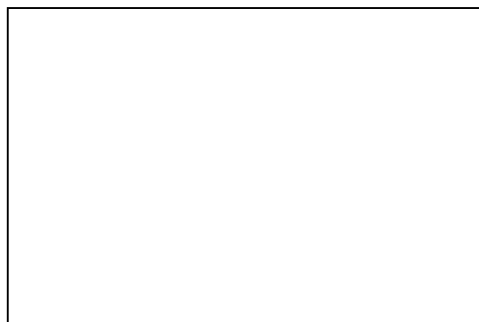


Grundmodel med alternative tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

Fysisk symptom / fornemmelse



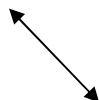
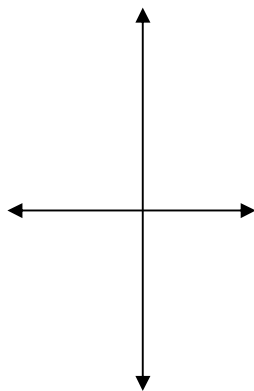
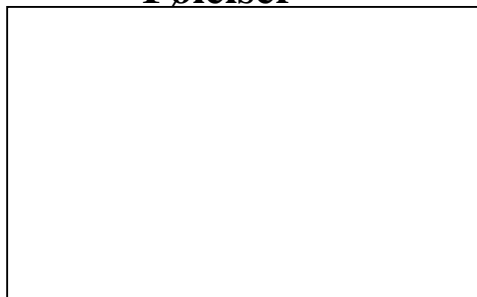
Alternative handlinger



Alternative tanker



Følelser



Løsning af problemer

1) Hvad er dit problem?

2) Hvad er det, du har opnået, når du har løst problemet?

3) Beskriv forskellige måder at løse problemet (du bliver nødt til at bruge din fantasi)

4) For hver måde overvejes for og imod

Til sidst vælger du den bedste eller mest realistiske måde at løse dit problem på

5) Den måde, du har valgt at løse dit problem på, deler du op i små trin eller delmål. Det skal være realistisk, at du kan tage hvert eneste trin. (Se måltrappe)

Beskriv, hvordan du tager det enkelte trin, hvornår du vil starte og hvornår du tror, at du har opnået dit mål

6) Du indgår en aftale med dig selv eller en anden om, hvordan og hvornår, du tager de enkelte trin.

7) Hvad kan forhindre dig i at tage de trin, du har planlagt?

Hvad kan du gøre for at hjælpe dig selv med at få succes?

8) Næste gang overvejer du, om du fik taget det planlagte trin og om der skal ændres på de næste.

Tilbagefaldsforebyggelse

Vejledning: Udfyld hvert af punkterne så godt du kan. Tag dig god tid til det.

Hvordan forstår du dine Medicinsk Uforklarede Symptomer/ Funktionelle Symptomer?

Hvad er det vigtigste, du har lært?

Hvad har ændret sig siden du begyndte i terapien?

Hvad har du gjort, som har medført denne ændring?

Hvilke teknikker synes du har været specielt virkningsfulde og hvordan hjælper de dig?

Hvilke teknikker kunne det være godt at øve sig noget mere i at bruge?

Hvilken betydning vil det kunne have på lang sigt, hvis du bliver ved med at gøre det, du har oplevet hjælper dig?

Hvordan kan du sikre dig, at du fortsætter med at bruge disse teknikker/strategier fremover?

**Hvilke fremtidige situationer kunne gøre dig sårbar i forhold til igen at få symptomer?
Hvad kan du gøre for at forhindre eller håndtere disse situationer?**

Hvad ville være nogle af de første tegn på tilbageskridt?

Hvad kan du gøre, hvis du bliver opmærksom på, at nogle af disse tegn er tilstede?

Hvad er specielt vigtigt at huske at blive ved med at gøre eller begynde at gøre?

Hvordan vil det hjælpe dig til at få færre symptomer?

Hvilke hindringer kunne der være for at du brugte teknikkerne og hvordan kan disse hindringer overkommes?

Er der noget, der skal ændres i forhold til den målsætningsliste, du lavede på 3. Møde i Øvelse 2 og 3?

Hvilke mål har du for den nærmeste tid?

Hvordan kan du opnå disse mål?

Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte /
gener /
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst smerte /
gener / tænkelige
følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Hvad når jeg i terapien? Hvad skal jeg arbejde videre med?

Vejledning: Udfyld selv nedenstående.

Hvad når jeg i terapien?

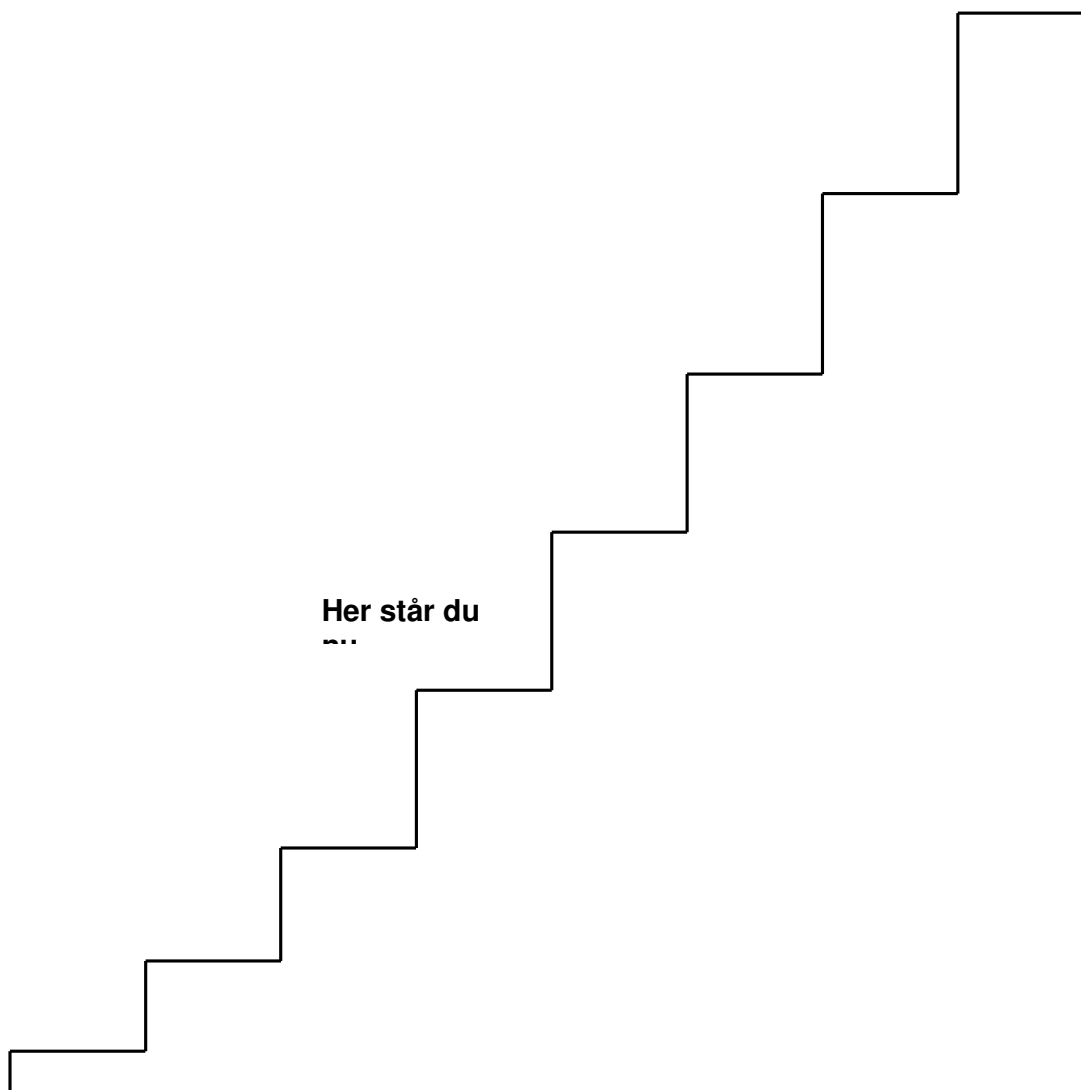
Hvad skal jeg arbejde videre med?

Måltrappe

Vejledning: Udfyld selv nedenstående.

7. Skriv målet for din deltagelse i behandlingsprojektet på øverste trin.
8. På forskellige af trinene skriver du dels de delmål, du har nået og dels de næste delmål, der er på vej til målet.

Husk, det skal være realistisk!

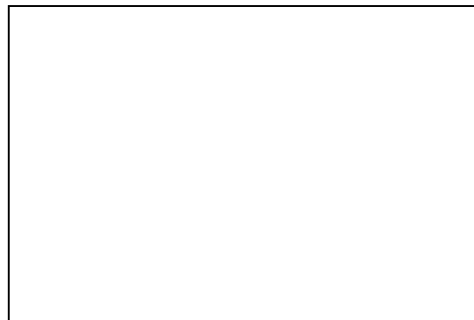


Grundmodel med automatisk tanker eller handlinger

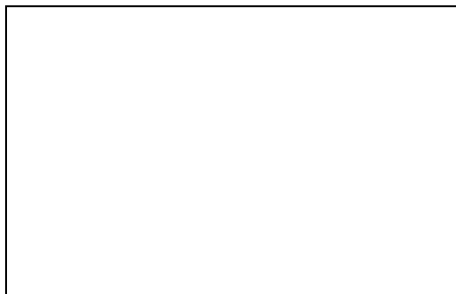
Tidspunkt:

Situation:

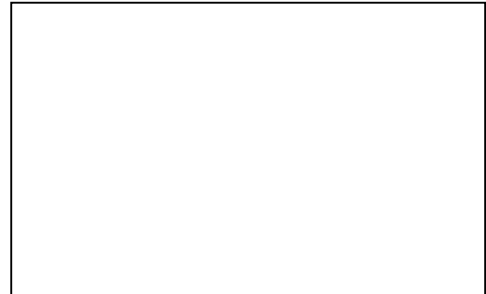
Fysisk symptom / fornemmelse



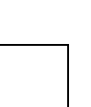
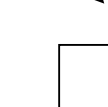
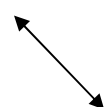
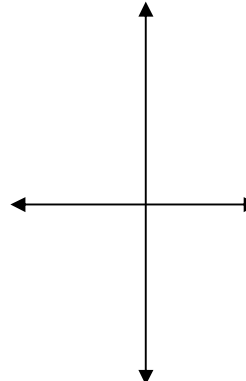
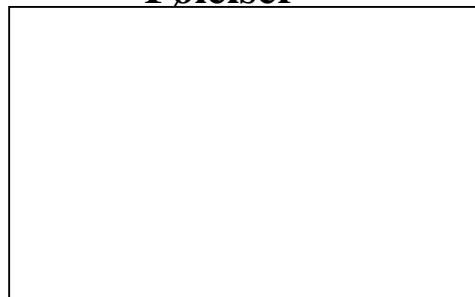
Automatiske handlinger



Automatiske tanker



Følelser

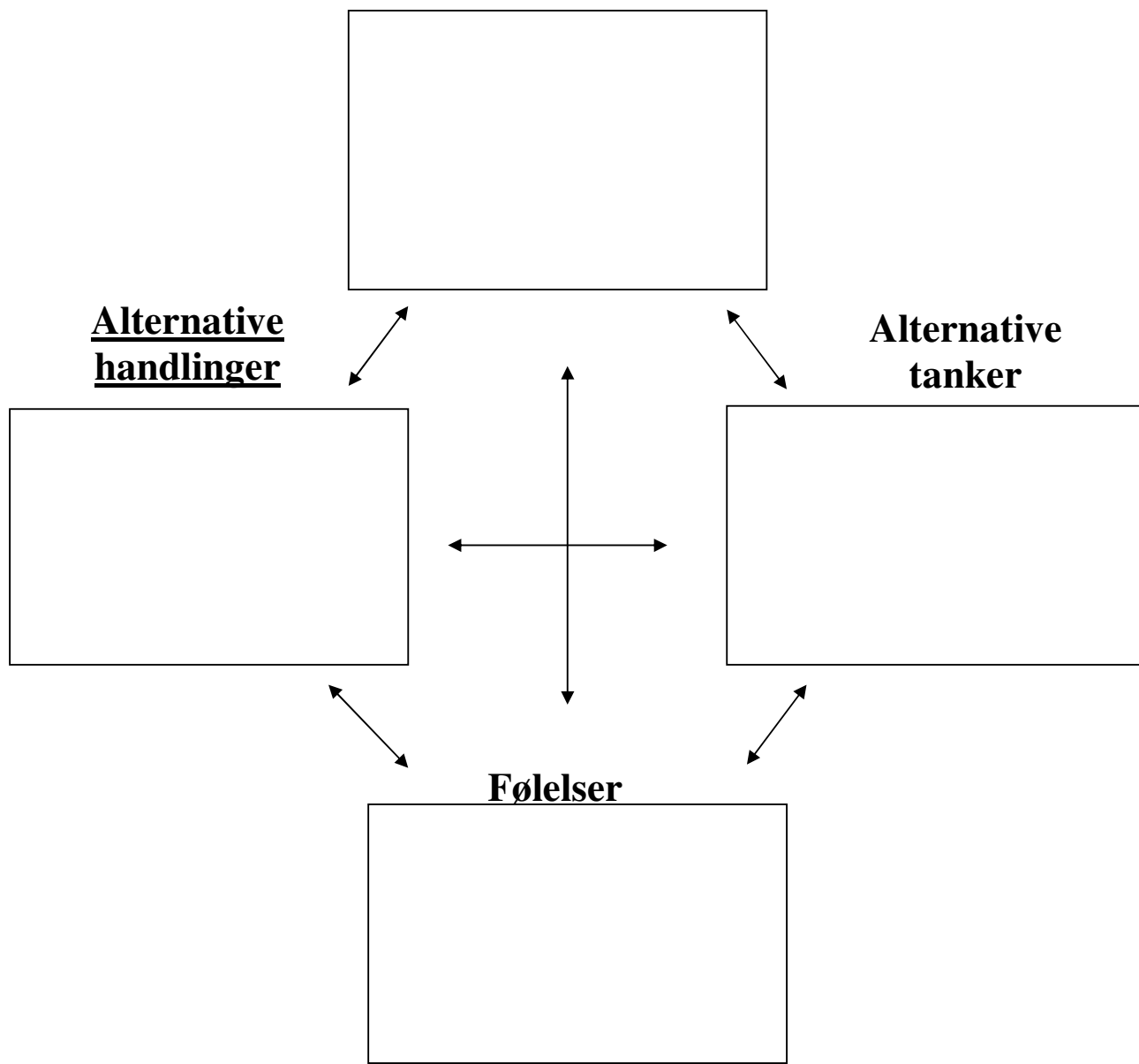


Grundmodel med alternative tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

Fysisk symptom / fornemmelse



Løsning af problemer

1) Hvad er dit problem?

2) Hvad er det, du har opnået, når du har løst problemet?

3) Beskriv forskellige måder at løse problemet (du bliver nødt til at bruge din fantasi)

4) For hver måde overvejes for og imod

Til sidst vælger du den bedste eller mest realistiske måde at løse dit problem på

5) Den måde, du har valgt at løse dit problem på, deler du op i små trin eller delmål. Det skal være realistisk, at du kan tage hvert eneste trin. (Se måltrappe)

Beskriv, hvordan du tager det enkelte trin, hvornår du vil starte og hvornår du tror, at du har opnået dit mål

6) Du indgår en aftale med dig selv eller en anden om, hvordan og hvornår, du tager de enkelte trin.

7) Hvad kan forhindre dig i at tage de trin, du har planlagt?

Hvad kan du gøre for at hjælpe dig selv med at få succes?

8) Næste gang overvejer du, om du fik taget det planlagte trin og om der skal ændres på de næste.

Hjemmeopgave til 9. Møde

Hvad er mine hjemmeopgaver til næste møde?

1. Symptom/Problem-registrering. *Ugeskema*

Vejledning: På dette skema registrerer du for hver dag i ugen, hvor mange symptomer og hvilke symptomer, du har haft. Du kan aftale med din behandler, hvilke symptomer, du skal nøjes med at notere, hvis der er mange symptomer, der plager dig.

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne af den sværhedsgrad.

Det kunne for eksempel være ”i bussen”, ”på arbejdet” eller lignende.

2. Afprøvning af delmål. *Øvelse 2*

Vejledning: Til næste gang skal du så afprøve dit næste skridt.

Mulige forhindringer og ting, der kan øge chancen for gennemførelse overvejes.

Ved næste møde evalueres om dit delmål blev opnået og om der skal ske justeringer af mål og midler. Hvad er dit/dine næste delmål?

3. Tilbagefaldsforebyggelse. *Skema 4*

Vejledning: Brug Skema 4: Tilbagefaldsforebyggelse. Kig skemaet grundigt igennem. Tag et punkt af gangen og besvar det omhyggeligt. Tag dig god tid. Hold gerne pauser og vend tilbage til det efter at have overvejet spørgsmålene frem og tilbage. Det kan anbefales at skrive med blyant, så du har mulighed for at ændre i det.

4. Grundmodellen. *Skema 1-2*

Vejledning:

10. Vælg en eller flere situationer fra de sidste 2 ugeskemaer, hvor du havde det allerdårligst. Udfyld dernæst skema ”Grundmodellen med **automatiske tanker**” .

11. Derefter finder du på nogle **alternative tanker** og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative tanker forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine handlinger, det vil medføre.

12. Endelig finder du på nogle alternative handlinger og fører dem ind på skemaet: ”Grundmodellen med alternative tanker.” Med udgangspunkt i de alternative handlinger forestiller du dig, hvad de ville vække af følelser i dig og hvilken ændring af dine symptomer og dine tanker, det vil medføre.

5. Problemløsningsteknik. *Skema 3*

Vejledning: Brug Skema 3: Problemløsningsteknik. Vælg et af dine problemer og gennemgå derefter skemaet med henblik på problemløsning.



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

Dag Måned År

1. Dato

--	--	--	--	--	--

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Møde

Vedligeholdelse af mestringsstrategier

Programoversigt

Kl. 12.30 – 13.30:

- **Velkommen**
- **Boksskalaregistrering**
- **Hjemmeopgaverne fra sidst.**
Tilbagefaldsforebyggelse/ Mestring
- **Diskussion i gruppen.**
- **Udlevering af boksskalaregistreringerne**

Kl. 13.30 – 13.45: Pause med kaffe og te

Kl. 13.45 – 14.45:

- **Fortsat diskussion i gruppen**
- **Hvad sker der, når man får det bedre? *Undervisning***

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 16.00:

- **Afrunding**
 - **Boksskalaregistrering**
-



Draft

Boksskala registrering

(DEM) (Hvidt skema)

1. Dato

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Tidspunkt på dagen Første registrering Anden registrering

Vi er interesserede i at vide, hvordan du har det lige nu med hensyn til følgende:

(VAS)

1. Dit mest generende symptom. Skriv hvad symptomet er her: _____

Slet ingen

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Smerter:

Slet ingen
smerter

Værst tænkelige
smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andre symptomer / ubehag:

Slet ingen
Andre symptomer / ubehag

Værst tænkelige
Andre symptomer / ubehag

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tristhed:

Slet ingen
Tristhed

Værst tænkelige
Tristhed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nervøsitet:

Slet ingen
Nervøsitet

Værst tænkelige
Nervøsitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Træthed:

Slet ingen
træthed

Værst tænkelige
træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Koncentrations problemer:

Slet ingen
koncentrations problemer

Værst tænkelige
koncentrations problemer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ugeskema

Symptom / Problem registrering

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/
gener/
følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Værst tænkelige
smerte /
gener /

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne.
Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

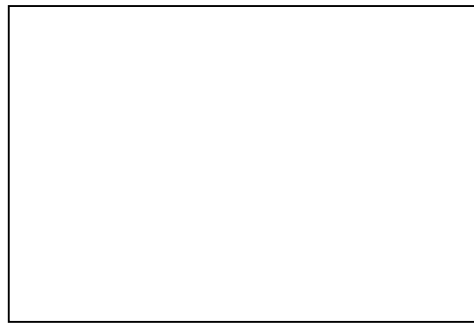
	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:	dag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

Grundmodel med automatisk tanker eller handlinger

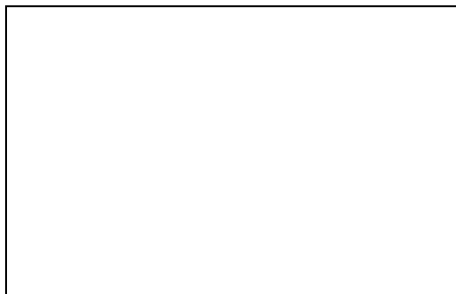
Tidspunkt:

Situation:

Fysisk symptom / fornemmelse



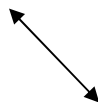
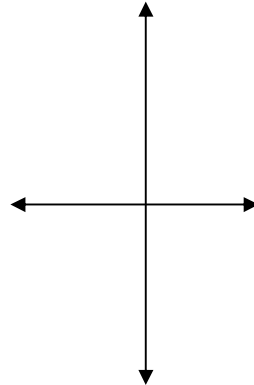
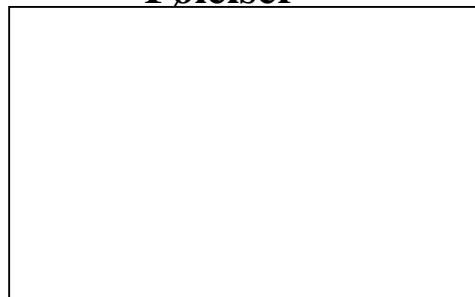
Automatiske handlinger



Automatiske tanker



Følelser

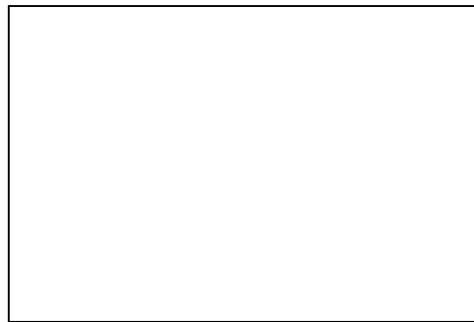


Grundmodel med alternative tanker eller handlinger

Tidspunkt:

Situation:

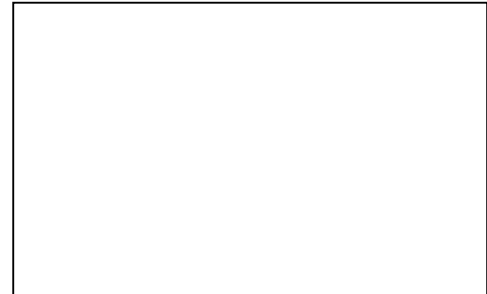
Fysisk symptom / fornemmelse



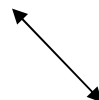
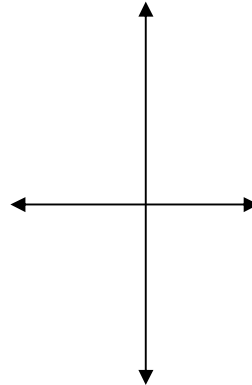
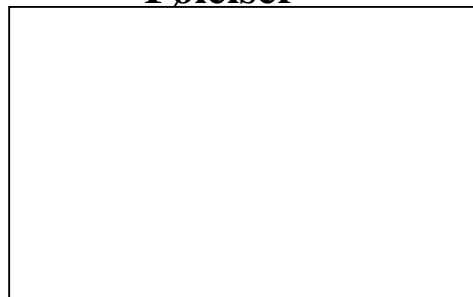
Alternative handlinger



Alternative tanker



Følelser



Fortolkning af symptomer

[Efter første gang udvides skemaet med:] Rangorden årsagerne efter hvilken du tror mest på. Sæt 1 ved den du tror mest på.

Symptomer	Årsager	Hvad taler for din årsagsforklaring	Hvad taler imod din årsagsforklaring

Løsning af problemer

1) Hvad er dit problem?

2) Hvad er det, du har opnået, når du har løst problemet?

3) Beskriv forskellige måder at løse problemet (du bliver nødt til at bruge din fantasi)

4) For hver måde overvejes for og imod

Til sidst vælger du den bedste eller mest realistiske måde at løse dit problem på

5) Den måde, du har valgt at løse dit problem på, deler du op i små trin eller delmål. Det skal være realistisk, at du kan tage hvert eneste trin. (Se måltrappe)

Beskriv, hvordan du tager det enkelte trin, hvornår du vil starte og hvornår du tror, at du har opnået dit mål

6) Du indgår en aftale med dig selv eller en anden om, hvordan og hvornår, du tager de enkelte trin.

7) Hvad kan forhindre dig i at tage de trin, du har planlagt?

Hvad kan du gøre for at hjælpe dig selv med at få succes?

Små skridt er vejen til succes

1. Hvilke mål har du?

2. Hvordan kan du nå hen til dit mål?

3. Hvis du deler vejen hen til dit mål op i 5 skridt, hvad er så det første skridt?

4. Hvor vil du afprøve dit første skridt? (fx ude i haven, hjemme i køkkenet, i skoven, på arbejde)

5. Hvor lang tid vil du bruge på at afprøve dit første skridt? (dvs. hvor mange minutter, timer)

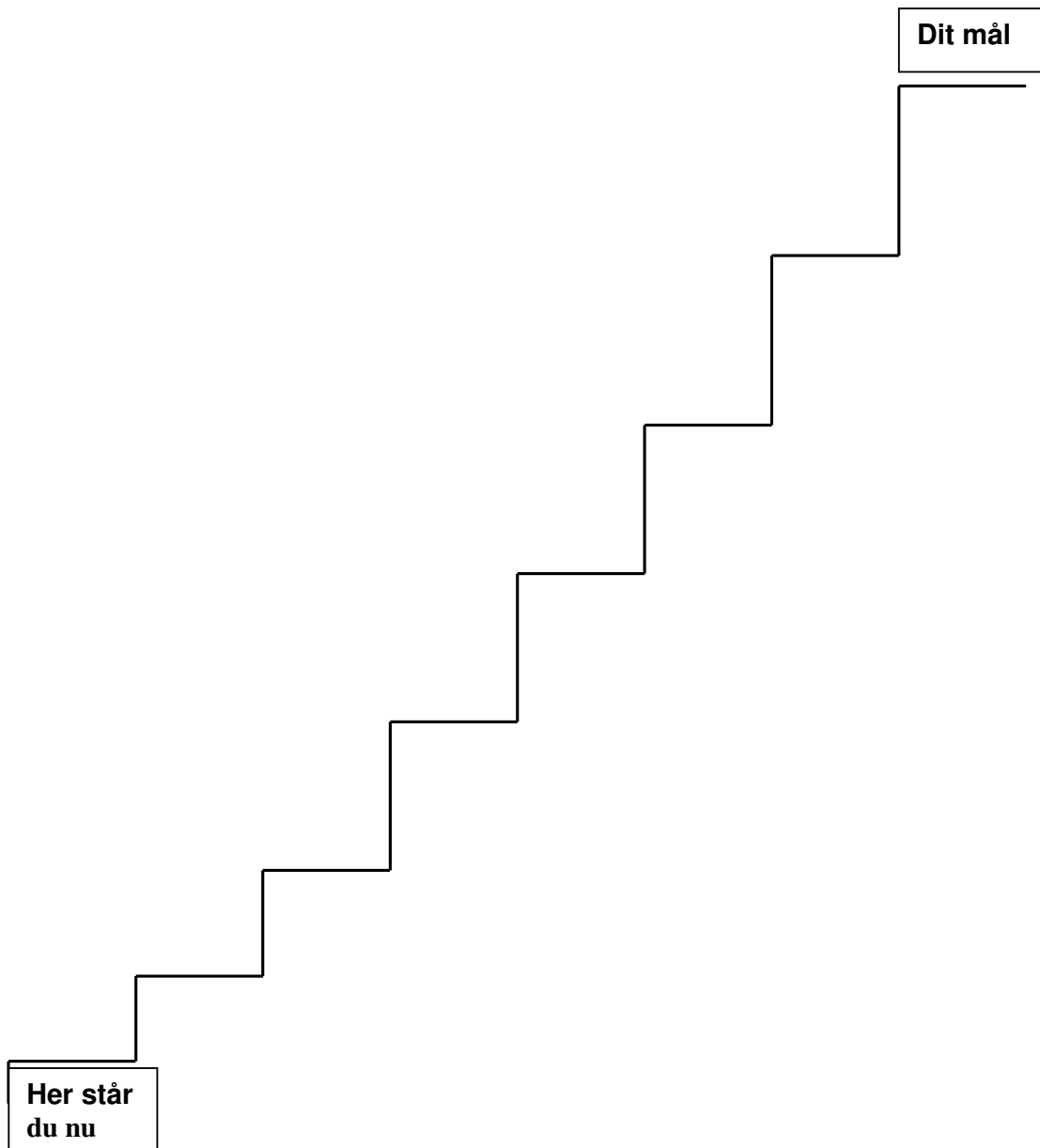
6. Hvor ofte vil du afprøve dit første skridt? (antal dage om ugen)

Måltrappe

Vejledning: Udfyld selv nedenstående.

9. Skriv målet for din deltagelse i behandlingsprojektet på øverste trin.
10. På forskellige af trinene skriver du dels de delmål, du har nået og dels de næste delmål, der er på vej til målet.

Husk, det skal være realistisk!



Målskema

Nedskriv for hvert hoved målområde (dvs. Fysiske mål, Sociale mål, Arbejds mål, Andre mål) mindst ét mål, som du gerne vil opnå i behandlingen (dvs. du har 3½ måned til at nå målet).

For at du kan opnå målene skal de være realistiske og specifikke.

For eksempel kunne et mål under Motionering være:

1. 'At gå en tur på 15 minutter hver formiddag fra kl. 10.00 til 10.15'
2. 'At lave afslapningsøvelser i 10 minutter hver morgen fra kl. 9.00 til 9.10'

Vi vil bede dig om at undgå at skrive noget om dine smerter, gener, symptomer i dine mål.

A. Fysiske mål

1. Motionering _____

2. Styrke musklerne _____

3. Afslapningsøvelser _____

B. Sociale mål / fritidsmål

1. Socialt _____

2. Familie _____

3. Fritid _____

C. Arbejds- / beskæftigelsesmål

1. _____

2. _____

3. _____

D. Andre mål

1. _____

2. _____

3.

