

## **Informasjon om ferdighetstrening som pedagogisk metode**

Utdanningene inneholder dager med ferdighetstrening. Hensikten er å få øvelse i praktiske framgangsmåter i kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi). Det er utarbeidet materiell til ferdighetstreningen for blant annet depresjon, angstlidelser, personlighetsproblemer og rusmiddelproblemer.

Ferdighetstreningen har i prinsippet et enkelt format: Kognitiv terapi blir først demonstrert på en kyndig måte, deretter øver man på å gjøre det som er demonstrert. Bruk mikrofoner, da slipper man å snakke unaturlig høyt for at også de som sitter bakerst kan høre.

### *En god modell*

Det er utdannet egne ferdighetstrenerere. De må være en god modell og i stand til å demonstrere kognitiv terapi slik den er ment å praktiseres. Derfor må de ha adekvat klinisk erfaring og kompetanse og kunne demonstrere på en tydelig og presis måte. Noen ganger, for eksempel ved panikklidelse eller sosial angstlidelse, vil de følge en intervjuguide basert på en behandlingsprotokoll. Andre ganger vil de demonstrere mer generelle prinsipper og teknikker i kognitiv terapi.

### *Teknikk og relasjon*

Øvelse i praktiske fremgangsmåter og teknikker er det sentrale i ferdighetstreningen. Samtidig er det viktig at ferdighetstrener demonstrerer god relasjonell kompetanse, sensitivitet og empati, kommunikasjonsevner og sokratisk dialog. Metoder for å styrke den terapeutiske alliansen og et aktivt samarbeid i behandlingen blir demonstrert.

### *Utgangspunkt i skreddersydde kasusbeskrivelser*

Demonstrasjonene og øvelsene er rollespill der den som spiller pasient tar utgangspunkt i en på forhånd utarbeidet kasusbeskrivelse. Kasusbeskrivelsene er utformet slik at de er spesielt relevante for temaet som ønskes demonstrert.

I øvelsene skal man bruke pasienten slik denne er beskrevet i kasesbeskrivelsen. Det hindrer at man spiller en pasient med andre problemer enn det som er temaet, for eksempel en pasient med sosial angstlidelse i stedet for panikklidelse. Hvis deltakerne bruker egne pasienter, er det fare for at de velger en behandling der de sliter med å oppnå et godt resultat. Man blir lett stående fast i rollespillet og får ikke trent på teknikkene som demonstreres.

#### *Pasienten samarbeider aktivt*

I ferdighetstreningen legger man altså til rette for at man skal lykkes med å gjennomføre fremgangsmåter i kognitiv terapi. Akkurat som ved tilegnelse av andre ferdigheter, som lesing og sykling, må man først trene på noe enkelt og overkommelig før man gir seg i kast med det som er vanskelig. Man lærer ikke å stå på ski i utforløype. I ferdighetstreningen blir «pasienten» derfor bedt å være positiv innstilt til kognitiv terapi og samarbeide på en aktiv og konstruktiv måte, både i demonstrasjonen og øvelsen. Dersom pasienten i demonstrasjonen er preget at å være motvillig tilstede i behandlingen, utfordrer behandler, er mutt, irritert eller fiendtlig innstilt, i krise eller med mange akutte livsproblemer, vil demonstrasjon av teknikker bli utydelig. Da får ikke deltakerne en god modell som de kan etterligne.

#### *Demonstrasjonene skal være korte*

Demonstrasjonene skal helst ikke være lengre enn ti minutter. Dersom deltakerne skal gjøre øvelsen etterpå, vil viktige momenter gå i glemmeboken når demonstrasjonen er for omfattende. Protokoller deles opp i mindre deler.

#### *Mest mulig tid til at deltakerne ser og gjør*

Det er ønskelig at deltakerne bruker mest mulig tid til å observere en god modell og deretter forsøker det selv. Man bruker lite eller ingen tid på teoretisk innledning og plenumsdiskusjon.

#### *Øve to og to eller tre og tre*

Det er fordeler og ulemper med å ha øvelsesgrupper med tre roller: behandler, pasient og observatør. En fordel er at behandleren får tilbakemelding på sin utøvelse av kognitiv terapi. Dessuten får observatøren anledning til å reflektere over hvordan en annen behandler praktiserer kognitiv terapi.

Ulempen med grupper på tre er at tidsbruken øker dramatisk. En ti minutters øvelse med to roller (behandler og pasient) øker fra 20 minutter (2 x 10 minutter) til minst 45 minutter (3 x 10 minutter øvelse + 3 x 5 minutter tilbakemelding). Dessuten er det ofte vanskelig for observatøren å gi presis og relevant tilbakemelding. For å kunne gi en meningsfull tilbakemelding må man selv kunne utføre kognitiv terapi.

Ved øvelser med grupper på tre bør observatøren få spesifikke observasjonsoppgaver eller ta utgangspunkt i standardiserte instrumenter som Cognitive Therapy Adherence and Competency Scale (CTACS) (*se link*).

*For hvert tema er det laget materiell*

- Kasusbeskrivelse
- En Powerpoint-presentasjon som guider ferdighetstreningen

*For noen av temaene vil man også finne:*

- Tomme modeller for å lette utarbeidelse av kasusformuleringer
- Kartleggingsverktøy
- Intervjuguide
- Skjema for tilbakemelding av etterlevelse/kompetanse i kognitiv terapi (CTACS)

*Struktur på ferdighetstrening*

Gangen i ferdighetstreningen følger et fast mønster:

1. Lese kasusbeskrivelse og la deltakerne drøfte
2. Bruk av kartleggingsverktøy slik pasienten ville ha fylt det ut
3. Demonstrasjon
4. Drøfting to og to
5. Øvelse to og to
6. Tilbakemelding i plenum, for eksempel noe bra som øvelsespartneren gjorde

I alt har man vanligvis fem til seks runder av punkt 3 til 6

## **Ferdighetstrening versus undervisning**

Undervisning og ferdighetstrening har ulike mål og anvender ulike pedagogiske metoder. Målet med undervisning er at deltakere skal tilegne seg kunnskaper om og teoretisk forståelse av kognitiv terapi. Man bruker ulike metoder for å formidle stoffet og aktivisere tilhørerne. I tillegg til forelesninger har man også praktiske øvelser, diskusjonsoppgaver og plenumsdiskusjoner. Ferdighetstrener demonstrerer gjerne også fremgangsmåter.

Ferdighetstreningen har som mål at deltakerne skal øve seg praktisk på teknikker og fremgangsmåter. Det har smalere pedagogisk format – de er ingen forelesninger og forholdsvis lite diskusjon. Hovedvekt er på demonstrasjoner og øvelser.

## **Veiledning versus ferdighetstrening**

### *Veiledning*

- Har som mål å bistå en terapeut (kandidat) med å utvikle ulike områder av kompetanse i kognitiv terapi – kunnskap, forståelse, praktiske fremgangsmåter, kommunikasjon, relasjon til pasienten, egne følelsesmessige reaksjoner, profesjonelle væremåter osv.
- Tar utgangspunkt i kandidatens erfaringer fra behandling, gjerne vansker man opplever
- Preget av at man drøfter, evaluerer, skreddersyr, planlegger og tilpasser behandlingen til den enkelte pasient
- Foregår individuelt eller i mindre grupper
- Det er kontakt mellom veileder og kandidat over tid, med en relasjon som bør bygge på åpenhet og tillit
- Kandidaten får gjerne oppgaver mellom avtaler som følges opp
- Agenda og tema for veiledningen bestemmes gjerne i felleskap ved oppstart av hver sesjon, men det er ofte kandidatens ønsker og behov som er styrende
- Kandidaten får personlig og individualisert tilbakemeldinger slik at man kan justere og korrigere utøvelse av kognitiv terapi
- Bruker ulike pedagogiske metoder: drøfting, informasjon, demonstrasjon, rollespill, tilbakemelding på videoopptak

### *Ferdighetstrening*

Foregår gjerne i store grupper opp til 30 deltakere

- Mål om tilegnelse av praktiske fremgangsmåter og teknikker i kognitiv terapi
- Det sentrale pedagogiske verktøyet er se og gjøre, ved demonstrasjon med påfølgende øvelse
- Tar utgangspunkt i en kasusbeskrivelse som er utformet slik at det er tilpasset målet for ferdighetstreningen
- Basert på idealbehandling der pasienten er innstilt på å arbeide aktivt med å lære og ta kognitiv terapi i bruk
- Er nøye planlagt og styrt av ferdighetstreneren, der man går gjennom oppgaver som er fastlagt på forhånd
- Dager med ferdighetstreningen er i stor grad enkeltstående hendelser, uten forbindelse med hverandre
- Ferdighetstreneren har liten anledning og mulighet til å gi tilbakemelding på utøvelse av kognitiv terapi