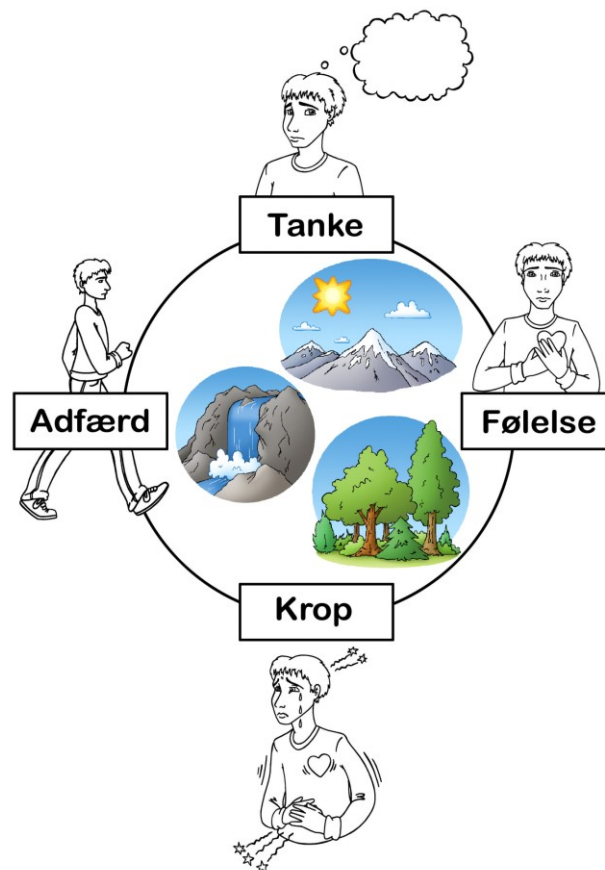


Behandlingsmanual

Imagery Rehearsal Therapy

for psykologer på Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri



Udarbejdet af:
Ida Sophie Poschmann

Redigeret af:
Psykologgruppen på CTP

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri 2024

Indholdsfortegnelse

Indledning	2
Om manualen	2
Introduktion til mareridt, søvnforstyrrelser og PTSD	2
Introduktion til hovedkomponenterne i IRT	5
IRT-behandlingen	9
1. Psykoedukation/kognitiv omstrukturering	10
1.1 Den onde søvncirkel.....	10
1.2 Mareridts funktion og virkning.....	13
1.3 Mareridtsofferidentitet.....	15
2. Visualisering og behagelige forestillingsøvelser	21
2.1 Psykoedukation om forestillingsevnen	21
2.2 Implementering af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser	23
2.3 Strategier til håndtering af negative intrusive tanker og billeder	25
3. Omskrivning af mareridt til en ny drøm.....	27
3.1 Udvalgelse af mareridt.....	28
3.2 Omskrivning af mareridtet.....	28
3.3 Indøvning af den nye drøm.....	30
Råd og forslag til implementering.....	32
Bilag.....	35
Bilag 1. Mareridtslog	36
Bilag 2. Eksempler på øvelse af forandring gennem forestilling.....	38
Bilag 3. Eksempler på behagelige forestillingsøvelser	39
Bilag 4. 7 strategier til håndtering af negative intrusive billeder	40
Bilag 5. Eksempler på omskrivning af mareridt til nye drømme	41
Bilag 6. Kognitiv diamant med visualisering	42

Indledning

Om manualen

Manualen præsenterer en kort introduktion til PTSD, mareridt, søvnforstyrrelser samt Imagery Rehearsal Therapy (IRT). Herefter følger en detaljeret vejledning i hoved- samt delkomponenterne i IRT. Manualen fremsætter generelle diskussionspunkter inden for de forskellige delkomponenter samt forslag til relevante spørgsmål i kursiv. Introduktion til metoden er efterfulgt af et afsnit med råd og forslag til implementering.

Manualen er ”løst” designet for at kunne rumme patienters individuelle forskelle og tillade terapeuten at udvælge og arbejde med passende interventioner i det specifikke behandlingsforløb.

Introduktion til mareridt, søvnforstyrrelser og PTSD

Mareridt

Traumatiske mareridt kan opstå efter traumatisk eksponering i barndommen, såsom brand, krig, seksuelt misbrug osv.; eller fra traumatiske oplevelser som voksen, såsom krig, fængsling eller tortur. Næsten alle mennesker oplever mareridt efter at have været udsat for en traumatisk hændelse. De fleste mennesker vil opleve mareridt relateret til traumet i et par dage eller uger efter traumet fandt sted, i den akutte fase. For nogle få fortsætter mareridtene, sommetider i mange år og endda årtier, og bliver kroniske.

Mareridtslidelser er opført i DSM-IV og i den internationale klassifikation af søvnforstyrrelser som særskilte lidelser. En mareridtslidelse er kendetegnet ved tilbagevendende skræmmende drømme, der fører til opvågning, sådan at vedkommende bliver helt vågen. Kroniske mareridt defineres som vedvarende i mindst seks måneder med minimum et mareridt om ugen. De skræmmende drømme eller søvnafbrydelser som følge af sådanne opvågninger resulterer i oplevelsen af udtalt forpinthed eller social- eller beskæftigelsesmæssig dysfunktion. Mareridt forekommer typisk i en langvarig detaljeret drømmesekvens, der er meget angstprovokerende eller ligefrem rædselsvækkende.

Mareridt er et af de kendetegnende symptomer på PTSD. Mareridt er påtrængende genoplevelse af traumet, som sker under søvn, og som tilbagekalder de følelser og tanker, der er forbundet med den oprindelige traumeoplevelse. Genoplevelse af den traumatiske hændelse er en meget forstyrrende proces, for den som lider

af mareridt, og dette forårsager hyperarousal. I forsøget på at undgå yderligere forpinthed, udvikler personer med PTSD ofte et adfærdsmønster, hvor stimuli og situationer, der kan udløse genoplevelsen, undgås. Mareridt forstyrrer søvn og fører til udvikling af uhensigtsmæssig adfærd, der fortsat forstyrrer søvnen. I tilfælde af mareridt undgås søvn, og dette kan med tiden udvikle sig til en søvnforstyrrelse.

PTSD-symptomsværhedsgraden og visse kognitive og adfærdsmæssige reaktioner fundet i PTSD-patienter synes forbundet med vedvarende mareridt i form af en søvnforstyrrelse, eksempelvis:

1. Kognitiv undgåelse, når patienten ikke ønsker at tænke på mareridtet.
2. Uhensigtsmæssig søvnadfærd, såsom hvis patienten udviser uregelmæssige sovetider og søvn mønstre.
3. Betinget reaktion, såsom frygt for at gå i seng og/eller at falde i søvn igen efter at være blevet vækket af et mareridt.

PTSD og mareridt

Mareridts fysiologi og neurale processer i PTSD-patienter er stort set uudforsket, da mareridt sjældent synes at forekomme i et klinisk laboratoriemiljø. Nylig forskning synes imidlertid at udpege REM-søvnfragmentering, som det primære abnorme kendetegn for søvn hos PTSD-patienter. REM-søvn er et søvnstadie, der karakteriseres af hurtige øjenbevægelser samt højt arousalniveau modsat ikke-REM søvn, der associeres med nedsat arousalniveau. Drømme og mareridt kan opstå både under REM- og ikke-REM-søvn, men alligevel forekommer REM-søvnstadiet som perioderne, hvor man oftere oplever drømme og mareridt, der fremstår virkelige og detaljerede. I særdeleshed synes REM-søvn at have en vigtig virkning på udslukning af angst, der konsolideres i hukommelsen, som er den proces der får én til at glemme, at en bestemt neural trigger er forbundet med ubehagelige stimuli. Opvågninger i løbet af natten er desuden negativt associeret med hukommelseskonsolidering. Individuelle forskelle i søvn, og specifikt i REM-søvn-tilbøjelighed, er blevet observeret og forbundet med modstandsdygtighed og alternativt sårbarhed og dårlig psykiatrisk udfald. Det er blevet observeret i gnavere, at frygtbetingning reducerer REM-søvn latens, varighed og antallet af REM-perioder. Omvendt øges REM-søvn efter sikkerhedsbetingning. REM-søvn er forbundet med øget følelsesmæssig bearbejdning. Derfor synes frygtreaktioner at påvirke og blive påvirket af REM-søvn. De individuelle forskelle i REM-søvn tilbøjelighed kan mitigere virkningerne af traumeeksponering på neurale, fysiologiske, kognitive og adfærdsmæssige reaktioner.

Bortset fra at have negative psykologiske og fysiologiske indvirkninger på søvn er mareridt desuden forbundet med søvnforstyrrelser såsom natrædsler, kronisk søvnløshed og søvnforstyrret vejtrækning. Øget snorken, anfald af søvnapnø og periodiske bevægelser i lemmer findes også hos PTSD-patienter. Personer,

der lider af PTSD, rapporterer flere og længere natlige opvågninger, og således reduceret søvneffektivitet. Forstyrret søvn hos PTSD-patienter er meget udbredt. Det anslås, at 50 % af PTSD-patienter lider af søvnløshed og søvnforstyrret vejtrækning; og 50-70 % beretter om mareridt, hvilket sammenlagt kan resultere i en svær grad af forpintethed samt dårlig koncentration, irritabilitet, agitation og svækkelse af følelsesmæssig coping, men også øget hjertefrekvens og blodtryk.

Over de seneste to årtier er mareridt og søvnforstyrrelser i stigende grad blevet forsket i og behandlingsmetoder udviklet, men arbejdet på at inkorporere disse i klinisk praksis er stadig igangværende. En hindring for denne proces er opfattelsen, som fortsat er fremherskende i vestligt psykisk sundhedssystem, at mareridt og søvnløshed er sekundære symptomer på et kernesyndrom, i dette tilfælde PTSD, og at disse problemer vil blive løst når roden, PTSD, behandles. Imidlertid angives søvnløshed som værende et af de mest almindelige tilbageværende symptomer efter behandling af PTSD.

Spoormaker og Montgomery (2008) undersøgte, hvorvidt forstyrret søvn hos PTSD-patienter er et sekundært symptom eller et kernetræk. På baggrund af foreløbig evidens konkluderede de, at psykologiske interventioner ved PTSD resulterer i større forbedring af PTSD symptomsværhedsgrad end forbedring af søvnforstyrrelser. I tilfælde af forbedring blev søvnforstyrrelser kun moderat bedret gennem PTSD-behandling, hvilket gør det til et resterende symptom og et kernetræk. PTSD-relaterede søvnforstyrrelser kan over tid udvikle sig til separate lidelser. Forstyrret søvn kan meget vel udgøre en risiko for at udvikle PTSD og synes ofte at forværre sværhedsgraden af PTSD-symptomer. Ca. 99 % af patienterne med PTSD behandlet på Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri beretter om hyppige mareridt og søvnrelaterede problemer.

På Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri implementeres tværfaglig psykoedukation omkring god søvnhygiejne fra starten af behandlingen, hvor dette introduceres af den behandlingsansvarlige læge ud fra to standardiserede psykoedukationsark. Dvs. at patienterne, som starter hos psykolog, allerede har mødt to behandlere, som har introduceret dem til nye principper for god søvnhygiejne samt diskuteret mulige hensigtsmæssige ændringer i personlige vaner. Psykologerne bør sikre optimale omstændigheder for skabelse af forandring gennem IRT, hvilket gøres ved vedvarende opfølgning på patientens adfærd i forhold til god søvnhygiejne. Psykologen kan med udgangspunkt i andre behandleres arbejde med søvnhygiejne udforske med patienten, hvilke ændringer han eller hun har formået at skabe, samt hvilke ændringer der kan være fordelagtige at fortsat arbejde på at implementere.

Introduktion til hovedkomponenterne i IRT

IRT er en behandling udviklet specifikt til at behandle patienter, som lider af mareridt og søvnrelaterede problemer. IRT implementeres i tre stadier: 1) *Psykoedukation og kognitiv omstrukturering*, 2) *Information om forestillinger og behagelige forestillingsøvelser* og 3) *Omskrivning af mareridt og øvelse af nye forestillinger*. Introduktion til metoden er efterfulgt af et afsnit med råd og forslag til implementering.

1) Psykoedukation og kognitiv omstrukturering

Kognitiv omstrukturering promoveres ved at introducere nye perspektiver på mareridt og det at være en person, som lider af dem, ved at hjælpe ”ofret” for mareridt til at se de forstyrrende drømme som en indlært søvnlidelse, ligesom ved psykofysiologisk søvnløshed. Dette gøres ved at tale om den umiddelbare virkning af mareridt/søvnproblemer på patienten; fysiologisk, følelsesmæssigt, kognitivt og funktionsmæssigt, og desuden de bredere virkninger på patientens dagligliv, funktionsniveau, interpersonel funktion osv. Den dybdegående samtale om mareridts virkninger leder til en samtale om, hvordan virkningerne kan blive til en ond cirkel, der forårsager alvorlige søvnproblemer samt funktionsnedsættelse, hvilket kaldes den onde søvncirkel. Dette giver mulighed for ideen om, at mareridt, til en vis grad, kan være en indlært adfærd eller vane samt være en integreret del af, hvordan man tænker om sig selv og derudfra agerer i hverdagen. Denne vane kan, ligesom andre vaner, ændres ved at implementere adfærdsmæssige og kognitive ændringer.

2) Visualisering og behagelige forestillingsøvelser

Denne komponent af IRT handler om at lære, hvordan det naturlige menneskelige forestillingssystem fungerer, og hvordan det kan reaktiveres gennem behagelige eller neutrale visualiserings-/forestillingsøvelser, som omhandler positive eller neutrale elementer eller situationer fra patientens liv. Opnåelse af velbehag og kontrol med behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser gennem øvelse lader til at spille en vigtig rolle i reaktiveringen af patientens beskadigede forestillingssystem. Syv strategier trænes for at hjælpe patienten med at håndtere negative indtrængende billeder under udførelse af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser, hvilket kan bidrage til, at patienten oplever øget kontrol over egne forestillinger.

3) Omskrivning af mareridt og øvelse af nye forestillinger

Når patienten har opnået øget kontrol og tryghed gennem brug af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser udvælges et mareridt, dette omskrives med fokus på at opnå en ny, ikke ubehagelig og ikke forstyrrende slutning og derefter øves den nye drøm dagligt. Patienten gennemgår mareridtet en enkelt gang mens

patienten eller terapeuten tager noter. Selve omskrivningen af mareridtet bør så vidt muligt dikteres af patienten og kan indeholde enten få elementer fra det originale mareridt eller ingen overhovedet. Patienten kan, med tid og øvelse, blive i stand til at ændre mareridtet til den nye drøm som øves i løbet af dagen.

Mareridslog

I behandlingen med IRT på CTP anvendes en mareridslog for at monitorere patients oplevelser med mareridt gennem behandlingen. Mareridslogs findes som bilag (se bilag 1) til denne manual og kan med fordel introduceres tidligt i behandlingen og har til hensigt at monitorere patientens mareridt gennem parametre som mareridsfrekvens, intensiteten af ubehag forbundet med mareridtet og temaer for mareridtene. Mareridsloggen bruges til at danne sig et overblik over omfanget af patientens problem med mareridt samt identificering og udvælgelse af centrale mareridtstemaer for patienten. Brug af mareridsloggen giver terapeuten og patienten et udgangspunkt, hvorudfra man kan udforske og identificere eventuelle ændringer i frekvensen, intensiteten eller temaerne for marerids gennem behandlingen.

Dokumenteret virkning af IRT

IRT kan fremme reaktivering af patientens dysfunktionelle forestillingssystem og bibringe en styrkelse af oplevet mestring af de negative drømmelementer, og disse virker til at spille en central rolle i reducere og behandling af mareridt og søvnrelaterede problemer (Germain, Krakow, Faucher, Zadra, Nielsen, Hollifield, Warner & Koss, 2004). En række randomiserede kontrollerede forsøg har påvist, at IRT er effektiv i reducere af antallet af mareridt og forpinthed forårsaget af mareridt (Casement and Swanson, 2012). Behandlingsformen har desuden vist sig at være effektiv i forbedring af søvnkvalitet, depression, angst og PTSD-sværhedsgrad hos patienter som lider af kroniske mareridt. Slutligt har IRT vist sig at være effektiv i forbedring af trivsel og generelt funktionsniveau hos PTSD-patienter (Casement and Swanson, 2012). Forskere undersøger stadig præcis hvordan disse virkninger opstår gennem IRT. Man ved at centrale virkninger sker når antallet af mareridt samt forpinthed i forbindelse med mareridt reduceres gennem IRT. Genvinding af kontrollen over forestillingssystemet lader også til at have en substantiel positiv virkning ligesom den adfærdsaktivering, der observeres efter behagelige visualiserings/forestillingsøvelser. IRT anvendes som gruppe-intervention såvel som i individuel terapi og i selvhjælpsbøger.

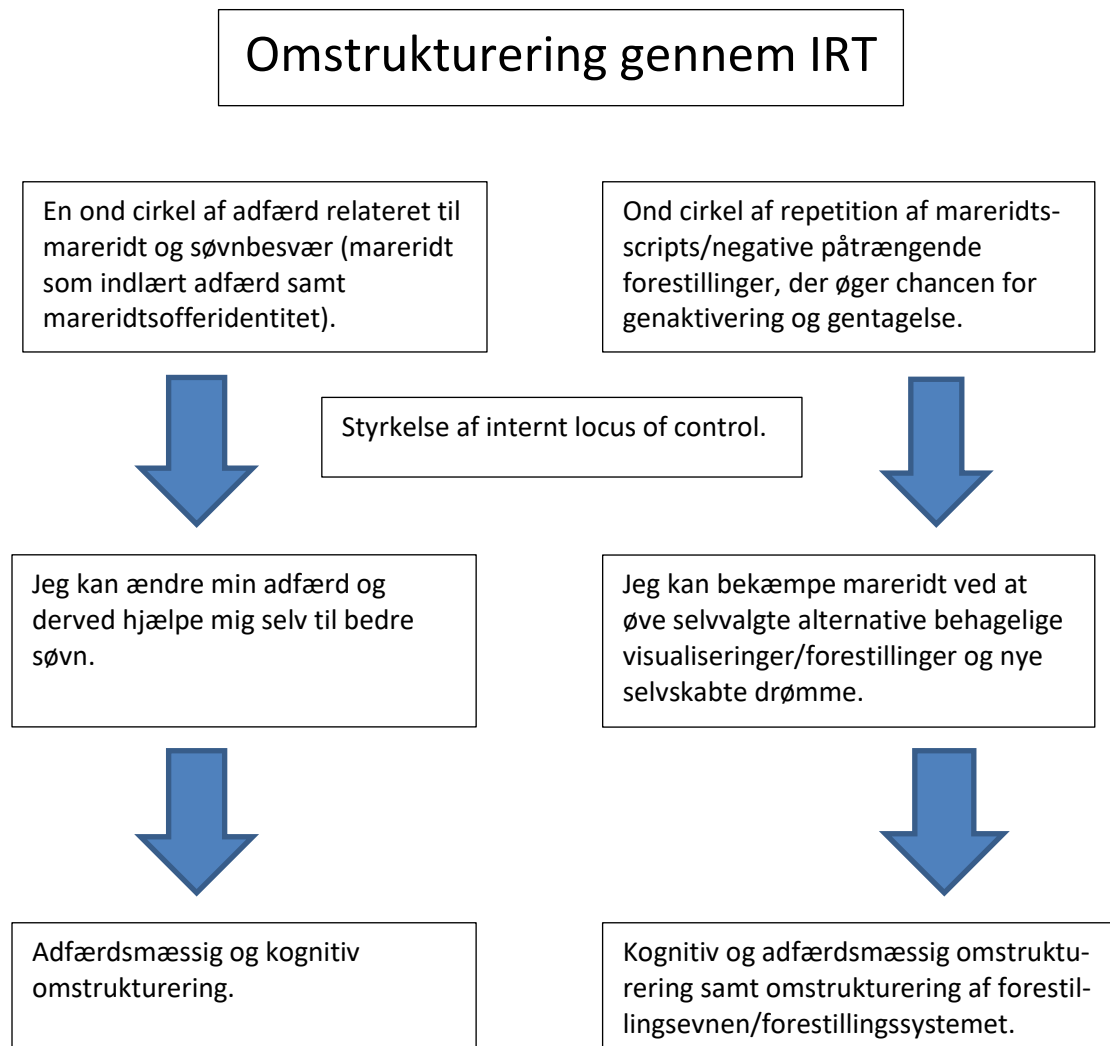
Hvilke patientgrupper kan profitere af IRT

Når man overvejer at lave IRT med en patient, er det vigtigt at sikre sig, at det er mareridt, der forstyrrer patienten. Mareridt er kendetegnet ved at patienten oplever ubehag enten under eller efter opvågning fra mareridt. Dette vil ofte være forbundet med følelser af frygt eller rædsel men kan også være forbundet med

andre svære følelser som angst, skam, skyld, sorg eller hjælpeløshed. Mange patienter oplever angstsymptomer efter mareridt så som hjertebanken og anspændthed. Mareridt er karakteriseret af indhold i form af et billedligt scenarie. Scenariet kan være langt, detaljeret og indeholde mange forskellige personer, men det behøver det ikke være. Men for at kunne lave IRT, skal der være noget indhold i mareridtet. Det er vigtigt at afklare dette, da patienter kan opleve andre former for søvnforstyrrelser så som night terrors, søvnparalyse, hypnagoge eller hypnapompe hallucinationer, og det virker IRT ikke på. Indholdet i mareridt kan variere og omhandle traumesituationer men kan også være andre ubehagelige scenarier så som interpersonelle konflikter, fysisk aggression, ulykker, krig eller tilstedeværelse af ondskab. IRT kan virke på begge former for mareridt.

Ud over at have mareridt er det vigtigt at patienten er motiveret for at arbejde med at forbedre sin søvn og reducere sine mareridt og derved anse disse problemer som centrale for deres lidelse. Nogle patienter oplever mange forskellige mareridt og andre har kun et centralt mareridt, men hvis det opleves som meget forstyrrende, kan det stadig være relevant at arbejde med. Det er også vigtigt, at patienten er motiveret for at arbejde struktureret med IRT og udføre hjemmearbejde, da det også er en forudsætning for at IRT kan virke.

Model: Omstrukturering gennem IRT



IRT-behandlingen

1. Psykoedukation/kognitiv omstrukturering
1.1 Den onde søvncirkel
1.2 Funktion og virkning af mareridt
1.3 Mareridtsofferidentitet
2. Visualisering og behagelige visualiserings/forestillingsøvelser
2.1 Psykoedukation om forestillingsevnen
2.2 Implementering af behagelige visualisering/forestillingsøvelser
2.3 Strategier til håndtering af intrusioner
3. Omskrivning af mareridt
3.1 Udvælgelse af mareridt
3.2 Omskrivning
3.3 Indøvning af ny drøm

1. Psykoedukation/kognitiv omstrukturering

1.1 Den onde søvncirkel

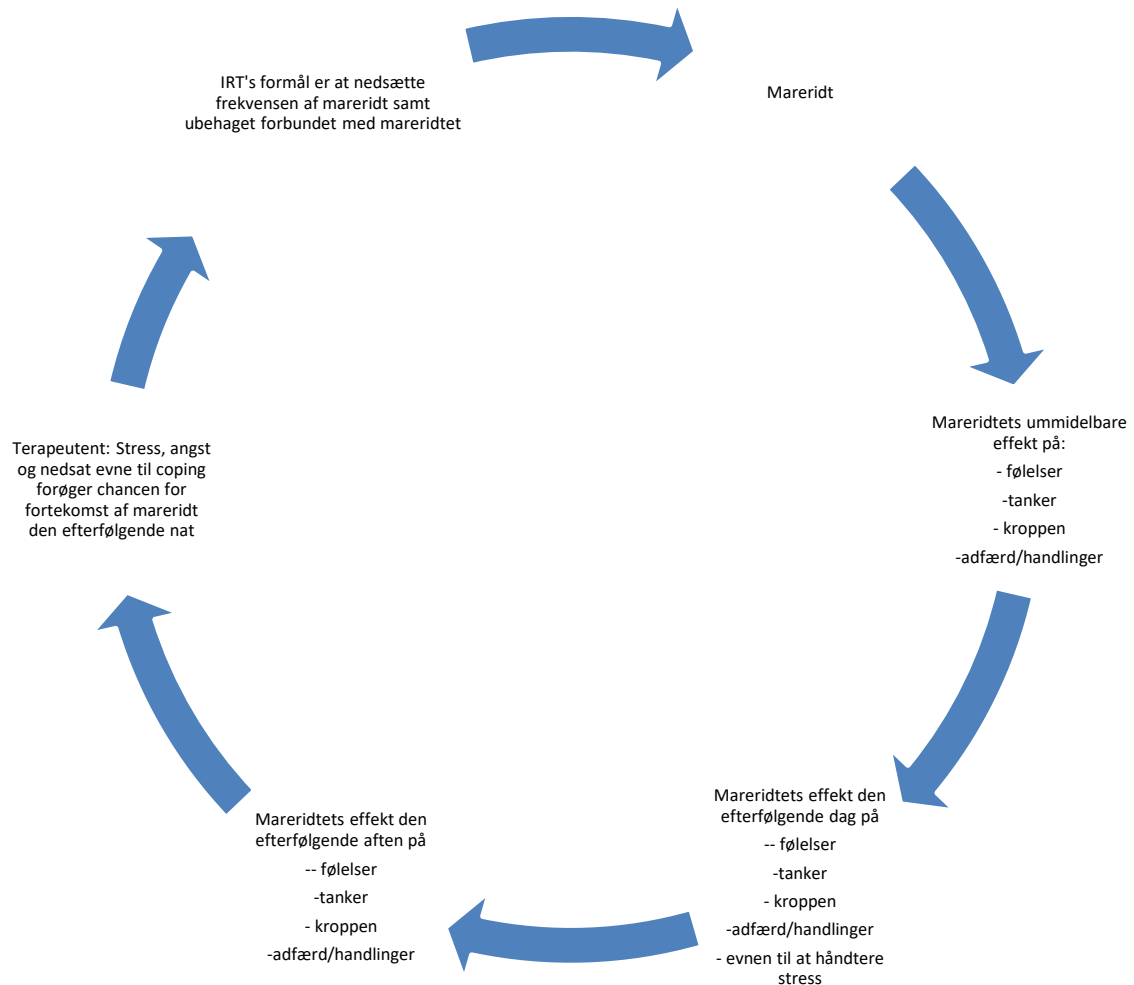
Overblik over afsnittets indhold
• Diskussion af hvordan mareridt kan lede til søvnløshed
• Tegning af den onde søvncirkel på baggrund af patientens oplevelse af mareridt
• Skitsering af hvordan IRT-interventionen kan forbedre søvnkvaliteten gennem arbejdet med mareridt. Symptomsubstitution diskuteres efter behov.

→ Sammenhængen mellem mareridt og søvnforstyrrelse

IRT introduceres gennem en samtale om, hvordan mareridt kan lede til søvnløshed, med fokus på patientens oplevelse af følgevirkninger af mareridt og søvnproblemer fysiologisk, følelsesmæssigt, kognitivt og funktionsmæssigt, samt disses indvirkning på patientens dagligliv, funktionsniveau, interpersonel funktion osv. Udforskningen af mareridts virkninger leder til en samtale om, hvordan virkningerne kan blive til en ond cirkel, der forårsager alvorlige søvnproblemer samt funktionsnedsættelse, hvilket betegnes ”den onde søvncirkel”. Målet er at gøre patienten bevidst om virkningen af mareridt på søvn ved at vise, hvordan mareridt fremmer søvnløshed. Dermed er fokus først og fremmest på søvnrelaterede problemer og derved ikke på selve traumet eller nuværende negative livsomstændigheder. Mange traumeoverlevende associerer ikke deres mareridt med søvnløshed, hvorfor denne tilgang kan skabe øget indsigt (en ”aha”-oplevelse). Ydermere kan de fleste patienter genkende lidelsen forårsaget af dårlig søvn, hvilket validerer deres dårlige søvnoplevelser og derved deres grund til at opsøge behandling for disse plagsomme søvnforstyrrelser. Sammenhængen mellem mareridt og søvn kan beskrives således:

- Mareridt afbryder søvn → afbrudt søvn medfører dårlig søvnkvalitet → dårlig søvnkvalitet påvirker både psykologiske (fx tanker, følelser, adfærd) og fysiologiske processer (krop) → forbedring af søvnkvalitet letter søvnproblemerne → fokus på mareridt er et væsentligt skridt til behandling af søvnforstyrrelsen.

Model: Den onde søvncirkel



→ Øvelse: Tegning af den onde søvncirkel på baggrund af patientens oplevelse.

Den onde søvncirkel: På tavlen skriver terapeuten de umiddelbare fysiske, følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige virkninger/effekt, som patienten oplever, lige når han/hun vågner fra et mareridt samt den efterfølgende dag og aften. På baggrund af patientens oplevelser tales der om, hvordan mareridt fragmenterer søvn med fokus på følgende punkter:

- Frygt/angst i forbindelse med at gå i seng, som resulterer i besvær med at falde i søvn.
- Opvågning og afbrudt søvn, som resulterer i besvær med at sove samt generelt dårlig søvnkvalitet.
- Frygt og angst i forbindelse med at falde i søvn igen, hvilket gør patienten ude af stand til at gå tilbage i seng efter en opvågning.

- Ubehagelige og forstyrrende følelser under søvn.
- Ustadi, urolig og fragmenteret søvn.
- Forstyrrende billeder og følelser genopleves i vågen tilstand kan være årsag til lavt velvære i løbet af dagen.
- Brug af stoffer eller medicin til at dæmpe mareridt, hvilket bidrager til dårlig søvnkvalitet.
- Stress, angst og dårlig coping forhøjer risikoen for at få mareridt den efterfølgende nat.

Patientens beskrivelser af, hvordan mareridt og dårlig søvn påvirker funktionsniveauet i dagligdagen, opsummeres på tavlen med udgangspunkt i den onde søvncirkel.

Faciliterende spørgsmål i arbejdet med søvncirklen:

Hvad sker der med dig, når du oplever mareridt? Hvordan reagerer du? Vågner du sommetider af mareridt? Hvordan har du det efter at have haft mareridt? Hvad gør du efter et mareridt? Sover du videre? Hvad gør du, når du står op om morgenen? Hvordan har du det? Hvordan har du det normalt i løbet af dagen, efter at du har haft mareridt? Når din søvnkvalitet er dårlig, hvad døjer du ellers med? Beskriv dit humør og følelser, når du har mistet søvn? Hvordan påvirker dårlige drømme dit energiniveau og din evne til at håndtere dagligdagsopgaver og stressfaktorer? Hvordan reagerer du på stressfaktorer/klarar dagligdagsopgaver? Hvordan har du det om aftenen, når du natten forinden har oplevet et mareridt? Påvirker det din lyst til f.eks. at gå i seng? Er der specifikke tanker eller følelser, der dukker på, når du nærmer dig sengetid?

→ Hvordan IRT-behandlingen kan forbedre søvnkvalitet

Terapeuten psykoedukerer omkring, hvordan behandling af forstyrrende drømme kan være medvirkende til at forbedre søvnkvalitet samt, om hvordan IRT som intervention skal placeres i forhold til den onde søvncirkel. Indsats for at forbedre søvnkvalitet, såsom implementering af IRT, giver maksimal lindring af søvnproblemer. Behandling af mareridt er et vigtigt skridt, og sommetider det bedste første skridt, i behandling af posttraumatisk søvnforstyrrelse. Patienten informeres om, at forskning viser, at IRT kan nedbringe mareridt og deres negative virkninger som udpenslet i den onde søvncirkel. Behandling af mareridt ved brug af IRT kan forbedre søvnkvalitet ved:

- Dæmpning af frygt for at gå i seng
- Reducering af natlige opvågninger
- Bedring af søvnkvalitet
- Øgning af søvnkonsolidering
- Bedring af velvære om morgenen

Terapeuten taler med patienten om, hvad der ville ske med symptomerne på lavt velvære (symptomerne beskrevet af patienten i den onde søvncirkel), hvis vi behandler mareridtene? Nogle patienter vil sandsynligvis svare, at symptomerne på lavt velvære forbundet med mareridtene vil forsvinde. Andre patienter vil måske mene, at symptomerne vil fortsætte selvom mareridtene er forsvundet (symptomsubstitution).

Bemærk: vær opmærksom på symptomsubstitution, som er ideen om, at mareridtene fungerer som et afløb for f.eks. vrede og raseri, og disse symptomer kan forværres såfremt mareridtene aftager, eftersom afløbet er væk. I IRT ansues mareridtet som udløseren for vrede og raseri således, at hvis antal af mareridt reduceres, så udløses vrede og raseri mindre hyppigt. Et eksempel kunne være en patient, med mareridt karakteriseret ved aggression og vold, som måske tænker at disse følelser må finde et andet afløb, f.eks. i interaktion med andre, hvis de ikke kommer frem gennem mareridtene, når disse reduceres.

1.2 Mareridkets funktion og virkning

Overblik over afsnittets indhold
• Hvordan mareridt overgår fra en akut til en kronisk fase • Diskussion af potentielt uventede fordele ved at have mareridt i den akutte fase

Interventionen sigter mod at informere patienten om karakteristika ved traumatiske mareridt samt, hvordan mareridt tidligt efter traumer kan tjene som en beskyttende adfærdsmæssig mekanisme og derefter kan overgå til at blive kroniske. Dette udmunder i en samtale om, hvorvidt sådanne mekanismer og mareridt fortsat kan være gavnlige, når de har varet ved så længe. Dette leder til næste intervention, som omhandler, hvorledes mareridt vedligeholdes over tid.

→ Hvordan mareridt overgår fra en akut til kronisk fase

Næsten alle mennesker, som gennemgår traumer vil opleve mareridt i løbet af de første uger eller måneder efter den traumatiske hændelse. Nogle vil opleve at mareridtene ændrer sig og forsvinder med tiden, mens andre vil opleve, at mareridtene varer ved og ofte bliver repetitive. Tidligt efter traumet kan mareridt være

gavnlig, idet hændelsen genopleves og vigtige detaljer, som kan være meningsfulde, huskes. Drømmene kan give brugbare oplysninger i forhold til følelsesmæssig bearbejdning eller tjene som overlevelsesfunktion i og med, at vedkommende motiveres til at ændre sin adfærd eller andre livstilsaspekter, som sikrer at man undgår trusler/skade fremadrettet.

Faciliterende spørgsmål:

Kan du relatere til eller beskrive, hvordan dårlige drømme kan have været gavnlige eller skadelige umiddelbart efter en traumatisk hændelse? Fik du oplysninger fra mareridtene, som du måske kunne bruge til A) forbedre din sikkerhed? B) etablere en følelse af tryghed? C) forstå noget vigtigt? Er dette noget du kan genkende?

Terapeuten kan give et eksempel, hvis patienten ikke genkender mareridtenes virkning i den akutte fase.

Eksempel: *En soldat som er i krig og oplever bombning og ødelæggelse af bygninger og folk omkring ham. Mareridtene efter denne oplevelse kan indledningsvis gavne soldaten, idet han vækkes og holdes vågen, så han kan være parat, hvis situationen skulle opstå på ny. Denne reaktion kan hjælpe ham med at genoprette en følelse af sikkerhed, eftersom hans adfærd ændres, og han konstant er vagtsom. Mareridt kan også hjælpe soldaten med at huske vigtige dele af den traumatiske hændelse, som er nødvendige for at skabe sammenhæng i fragmenterede erindringer samt bearbejde hændelsen.*

I følge Krakow og Zadra (2006, 2010) udvikler mange patienter en vigtig tiltro på egne evner, når samtalen omhandler gavnlige virkninger af mareridt i den akutte fase, fordi det fremmer opfattelsen af, at de forstyrrende drømme og mareridt er reaktioner, der tidligt efter traumatisering har tjent ens bedste interesser.

Diskussionen går videre til overvejelser omkring, hvorvidt mareridt og forstyrrende drømme kan være gavnlige efter at have stået på i så lang tid, og om patienten er villig til at arbejde målrettet på at reducere antallet af mareridt.

Faciliterende spørgsmål:

Jeg gerne vil have at du overvejer, om disse mareridt og forstyrrende drømme stadig gavner dig, efter at de har stået på i så lang tid?

1.3 Mareridtsofferidentitet

Overblik over afsnittets indhold
• Samtale om hvordan mareridt kan blive ved længe efter traumet gennem indlæring af adfærd
• Diskussion om udvikling af mareridtsofferidentitet der bidrager til vedligeholdelse af mareridt
• Øvelse: omfang af mareridt forårsaget af traume vs. vane
• Adfærdsændringer

Formålet er her at generere nye perspektiver på, hvordan mareridt og søvnrelaterede problemer udvikles og fastholdes over lange perioder. Dette er enten gennem adfærdsvaner eller indlært adfærd og/eller gennem tanker om en selv som offer for mareridt. Genereringen af nye perspektiver kan initieres ved at tale om forskellige emner, som terapeuten kan vælge. Herefter introduceres begrebet mareridtsofferidentitet gennem psykoedukation. Ved mareridtsofferidentitet forstås tanke- og adfærdsmønstre, der bidrager til, at mareridt og søvnproblemer varer ved, som f.eks. at udsætte tidspunktet for, hvornår man går i seng i håb om at undgå mareridt. Målet ved interventionen er at udvikle patientens forståelse for, at mange års oplevelser med forstyrrende mareridt kan have påvirket den måde man opfører sig på og tænker om sig selv på eller forstår sig selv. Når patienten har opnået denne forståelse, kan han eller hun aktivt begynde at modarbejde problemer med mareridt og søvnbesvær ved at agere anderledes i sin hverdag omkring søvnhygiejne og tænke anderledes om sig selv.

Terapeuten undersøger sammen med patienten, hvordan mareridtsofferidentiteten kommer til udtryk i hans eller hendes adfærdsmønstre. Man kan evt. tage udgangspunkt i eller få inspiration fra øvelsen omhandlende den onde søvncirkel, som patienten sandsynligvis er fanget i (se afsnit 1.1 – ond søvncirkel). Efterfølgende introduceres tanken om, at adfærdsmønstret forment af mareridtet kan påvirkes eller endda ændres til det bedre.

→ Mareridt som indlært adfærd

For personer, som lider af PTSD-relaterede mareridt er indholdet at mareridtene normalt en blanding af tilbagevendende repetitive mareridt, som gentager scener og temaer fra den traumatiske hændelse, og mareridt med andre temaer samt rester fra indtryk oplevet i løbet af dagen. Patienten kender ofte tematikkerne i de tilbagevendende repetitive mareridt. Terapeuten kan med fordel anvende mareridtsloggen (bilag 1) som hjemmearbejde fra begyndelsen af det psykoterapeutiske forløb for at skabe overblik over tematikker og

karakteristika ved patientens mareridt (for detaljeret vejledning ift. brug af mareridtsloggen se afsnit om mareridtsloggen ovenfor).

Når samtalen falder på vedholdenhed af mareridt og mareridtsindlæring, vil patienter med mareridt typisk forstå og opleve disse som ukontrollerbare og som opstående fra det ubevidste sind. Alligevel vil de fleste gerne vide, hvorfor drømmene/mareridtene har stået på så længe. Påstanden om at mareridt er indlært adfærd kan virke provokerende og skal derfor introduceres med forskellige argumenter. Mange patienter kan relatere til oplevelsen af ikke at kunne kontrollere sine mareridt og deres hyppighed. Dette kan føles som om, at mareridtene har fået deres eget liv. Når patienterne udspørges omkring forklaringerne for disses ukontrollerbarhed og ubevidste processer, foreslår nogle at mareridtene varer ved, fordi de er en langtidskonsekvens af traumet (traumet forårsager stadig mareridt). Andre tror, at mareridtenes vedholdenhed skyldes defekte eller forandrede signalstoffer eller genetisk prædisponering. Sommetider hænder det, at en patient der opsøger behandling selv nævner muligheden for, at mareridt er en vane eller indlært adfærd. Nogle bruger endda udtrykket ”broken record;” en ødelagt plade, der bliver ved med at gentage sig selv. Terapeuten kan tale om de repetitive velkendte mareridts-scripter og forklare, at fordi de veløvede mareridts-scripter ofte er i brug er de lettere at genaktivere i hjernen under søvn end andre mindre brugte scripter af forestillinger, hvilket resulterer i hyppig gentagelse af mareridt.

Faciliterende spørgsmål:

Vi har talt om, hvordan mareridt kan fungere som en hjælp umiddelbart efter, at traumet er sket. Kan disse mareridt og forstyrrende drømme alligevel være gavnlige, efter at de har stået på i så lang tid? Hvis ikke, hvad er den bedste forklaring på, at mareridt og forstyrrende drømme efter stressende oplevelser og traumatisk eksponering varer ved?

Terapeuten kan også vælge at indlede samtalen omkring mareridt som indlært adfærd, ved at spørge patienten hvor længe han eller hun har lidt af mareridt. Intentionen er, at få patienten til at reflektere over det høje antal af mareridt samt muligheden for at mareridtene, med tiden og med erfaring, kan udvikle sig til indlært adfærd eller en vane. Nedenfor er to eksempler, som kan bruges til at forklare, hvordan en person kan lære en adfærd og gøre det til en vane.

Eksempel 1: Et barn der rører ved ilden vil automatisk fjerne fingrene, når det brænder sig. Kroppen husker det og erfaringen hjælper barnet med at holde fingrene væk fra ilden. Med repetition (på samme måde

som mareridt gentager sig) bliver reaktionen en vane. I begyndelsen reagerer kroppen for at hjælpe og gøre os opmærksomme, og når dette gentages i stort omfang, bliver det til en vane.

Eksempel 2: Personer med manglende hukommelsesevner blev undersøgt med et forsøg, hvor lægen havde en nål i hånden, som han brugte til at give hånd til patienterne, sådan at patienterne blev stukket af nålen. Efter at dette skete gentagne gange, begyndte patienterne at nægte at give hånd til lægen, fordi kroppen husker smerten og prøver på at hjælpe patienten med at undgå det. Vanen dannes på baggrund af gentagelse, hvilket skete uden at patienterne var i stand til hverken at huske eller forklare, hvorfor og hvordan de lærte denne adfærd og skabte vanen.

Alternativt kan terapeuten vælge at indlede samtalen om mareridt som indlært adfærd, ved at spørge ind til indholdet af de tilbagevendende repetitive mareridt. Patienten kender typisk scriptet/temaet i et eller flere af disse slags mareridt, hvilket illustrerer, hvordan patienten over tid har tillært mareridtet. Eftersom scriptet er så tydeligt til stede i hukommelsen hos den, der lider af mareridt, kan blot et enkelt neutralt billede i løbet af drømmeaktivitet fremkalde mareridtsscriptet og derved igangsætte et mareridt. Jo mere mareridtsscriptet bruges/afspilles, des højere er sandsynligheden for at scriptet igangsættes under søvn, således bliver mareridt indlært adfærd. Gennem IRT forsøger man at erstatte det velkendte mareridtsscript med et nyt og ikke-forstyrrende script af den nye drøm.

→ Mareridtsofferidentitet

Mareridtsofferidentitet introduceres enten via samtale eller via psykoedukation, der kan lede til en undersøgelse, sammen med patienten, af hvordan denne identitet kommer til udtryk gennem tanker om sig selv og gennem adfærdsmønstre eller vaner.

Psykoedukation: Nogle personer, som lider af mareridt, kan komme til at se sig selv som permanent/kronisk plaget og udvikle en ”mareridtsofferidentitet”. Over tid og med mareridtserfaring kan man udvikle en identitet på det grundlag, at man er en person, som lider af mareridt og søvnproblemer.

En person, som har udviklet en identitet som mareridtslidende, kan opleve stigende angst som aftenen skrider frem, og sengetid nærmer sig. Personen udskyder måske sengetid til sent på natten eller tidligt om morgenen i forsøg på at undgå mareridt. Personen undgår måske at lave aftaler i løbet af dagen, der involverer at gå ud eller se sine venner, fordi personen regner med at have for lidt energi grundet fragmenteret søvn og forstyrrelser fra mareridt. Personen tænker måske, at det er umuligt nogensinde at få et job eller fast rutine, fordi han eller hun oplever forringet evne til at håndtere stress samt nedsat funktionsniveau.

Terapeuten undersøger sammen med patienten de forskellige typer adfærd, der indikerer mareridtsofferidentitet hos patienten, hvorved inspiration kan hentes fra eksempler indsamlet under arbejdet på den onde søvncirkel (se komponent 1.1).

Faciliterende spørgsmål:

Kan du lave en liste over nogle af de typer adfærd, som du kan have udviklet på grund af dine mareridt? Eksempler kunne være at gå sent i seng, kropsspænding, negative forventninger om at gå i seng, fragmenteret søvn, sover kun om dagen, indtag af alkohol for lettere at falde i søvn.

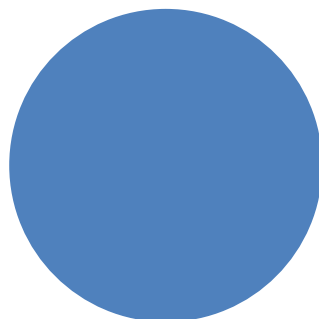
→ Øvelse – omfang af mareridt forårsaget af traume vs. vane

Efter at begrebet mareridtsofferidentitet er blevet introduceret, er det et godt tidspunkt at spørge patienten om at overveje, hvorvidt årsagen til mareridt kan tilskrives traume vs. vane. Tegn en cirkel på tavlen og indiker patientens vurdering af traume vs. vane.

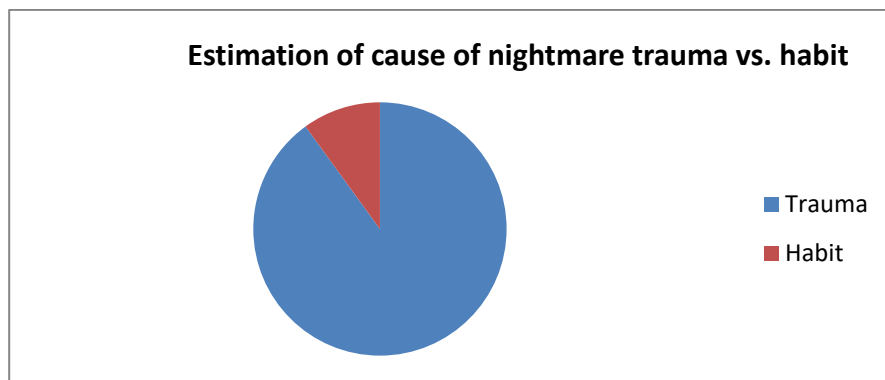
Faciliterende spørgsmål:

Hvor meget vil du vurdere at dine forstyrrende drømme tilskrives traume (0% - 100%) eller vane (0% - 100%)?

Estimation of cause of nightmare trauma vs. habit



■ traume



Bemærk: Denne øvelse kan vise en mulig tidlig indikator for behandlingsinteresse eller behandlingsmodstand. De fleste patienters synspunkter skifter i retning af vaneperspektiver i løbet af behandlingsforløbet.

Interventionen afsluttes med en diskussion omkring, hvordan adfærdsændring kan fremmes gennem visualisering og muligheden for at ændre mareridtsofferidentiteten. Hensigten er at opfordre patienten til at begynde at forestille sig/visualisere, hvordan hans eller hendes liv kunne være uden forstyrrelse af mareridt.

→ Adfærdsændringer

Adfærdsændring hjælpes ofte på vej ved at finde en måde at forestille sig den potentielle ændring og potentialet for en ny identitet. En parallel kan drages til cigaretrygere, som ser dem selv som rygere, der umuligt kan ændre deres adfærd. Det er en kæmpe barriere for forandring at holde fast i troen på, at ens identitet er fastlagt såsom ”en gang ryger, altid ryger”. Et af nøgleelementerne i rygestopprogrammer er at lære folk, hvordan de forestiller dem selv i flere forskellige slags rygesituationer, i hvilke de vælger en alternativ adfærd såsom at tygge tyggegummi eller holde en blyant, og på denne måde bliver mere tilpas med nye adfærds måder. Over tid kan denne øvelse hjælpe rygere med at ændre deres identitet.

Faciliterende spørgsmål:

Hvordan ville det føles, hvis du kunne reducere eller fjerne dine mareridt? Hvilke slags adfærd og karakteristika ville beskrive dig som en person uden mareridt?

Psykoedukation: At ændre sin identitet kan først virke lidt overvældende – som at slå en del af sig selv ihjel, en identitet som må fjernes for at få plads til en ny. Dog sker der ændringer hele tiden og helt naturligt gennem forestillinger, hvor vi visualisere nye situationer. Ligesom at rygeren måske har brug for tyggegummi til at erstatte cigaretten, vil vi nu lære, hvordan gode drømme kan erstatte de dårlige gennem behagelige visualiserings/forestillingsøvelser i dagstiden. At øve behagelig visualiseringer kan hjælpe dig med at gå over til en ny identitet, der ikke længere er plaget af mareridt.

Faciliterende spørgsmål:

Er du klar til at give slip på dine mareridt? – Intet rigtigt eller forkert svar. Tænk over muligheden for at blive en drømmer med evnen til at opleve behagelige drømme i stedet for mareridt.

2. Visualisering og behagelige forestillingsøvelser

2.1 Psykoedukation om forestillingsevnen

Overblik over afsnittets indhold
• Psykoedukation om forestillingsevnen og behagelige forestillinger/visualiseringer
• Forestillinger/visualiseringer som redskab til forandring
• Øvelse: Forandring af noget i patientens hjem

→ Psykoedukation om forestillingsevnen

Forestillingsevnen er en naturlig menneskelig evne, som medvirker til at fremme og dirigere adfærdsændring. Forestillingsevnen kan forstås som en af det psykiske systems komponenter eller modaliteter, ligesom tanker og følelser. Vi tager konstant del i forestillingsaktivitet i og med, at vi forventer og forestiller os, hvordan vi bør agere i en given situation. Et eksempel kunne være, når man forestiller sig/visualiserer, hvad man kan forvente, og hvordan man vil opføre sig, når man skal møde psykologen for første gang. Forestillinger er ofte den sidste bevidste aktivitet, før man falder i søvn, og derfor kan forestillinger og visualiseringsøvelser i løbet af dagen skabe en bro til forestillingerne i nattens drømme. Forestillinger eller visualisering er ikke meditation men snarere dagdrømmeri, men med en smule mere intention og struktur alt efter behov og ønsker. Forestillingsevner/visualiseringsevner kan testes i nogle korte øvelser, der varer få minutter.

Mange, som har gennemgået traumer, oplever forstyrrende drømme og kan komme til at udvikle en ubalance i deres tanker, følelser og forestillingssystem. Et eksempel kan være, som en person tænker rigtig meget og bruger mindre tid på sine følelser og forestillinger, fordi sidstnævnte er mere ubehageligt og sværere at styre. Som en naturlig selvbeskyttende mekanisme, kan det at opleve mareridt og forstyrrende billeder i vågen tilstand (f.eks. traumatiske erindringer) let lede en til at ruminere. Denne ubalance nedtoner eller forvrænger dog patientens evne til at arbejde med sit forestillingssystem.

→ Forestillinger/visualiseringer som redskab til forandring

I det følgende stilles patienten en række spørgsmål, som skal vise patienten, hvor vigtig og brugbar forestilling er i hverdagslivet og særdeleshed i en forandringsproces, ved at illustrere hvordan al forandring først må forestilles.

Faciliterende spørgsmål:

Kan du komme i tanke om en forandring i dit liv, der fandt sted i løbet af det seneste år? Det kunne for eksempel være at flytte, starte et nyt forhold, afslutte et forhold, begynde at gå til psykoterapi, begynde at træne, få barn, starte på en ny uddannelse eller få et nyt arbejde. Hvornår skiftede du egentligt job? På hvilket tidspunkt, tænkte du for første gang på jobskifte? På hvilket tidspunkt, forestillede du dig for første gang muligheden for jobskifte?

I næsten hvert eksempel ovenfor bemærker patienter, at hvert tidspunkt går forud for det sidste. Således at billedet tog form i sindet omkring muligheden for jobskifte lang tid før, at de brugte tid på aktivt at tænke på hændelsen. Patienten erfarer dermed, at forestilling/visualisering kan agere som et brugbart og værdifuldt værktøj i en forandringsproces og introduceres samtidig til idéen om øvelse af forestillinger/visualiseringer.

Øvelse af forestillinger/visualiseringer er specifikt noget, som vi mennesker tager del i hele tiden, mens vi over visualiseret/forestillet adfærd eller oplevelser. Dette gør vi ved at forestille os selv i forskellige fremtidige eller tidligere situationer, for at se hvordan man kan agere.

→ **Øvelse: At øve forandring ved hjælp af forestillinger/visualisering**

Patienten bliver bedt om at vælge noget fra hans eller hendes liv, som patienten aktuelt kunne tænke sig at forandre. Patienten skal vælge noget behageligt eller naturligt at forandre og ikke noget som udløser ubehagelige følelser. Det kan være et værelse i ens hjem, som man vil ommøblere, en have, en altan eller et nyt hjem. Lav en 5-10 minutters øvelse, hvori patienten forestiller sig/visualiserer, hvilken som helst komponent, som han eller hun ønsker at reflektere over i forhold til den foreslåede forandring. Disse forandringer kan tegnes på tavlen af terapeuten eller patienten. Se bilag 2 med tips og eksempler på at øve forandring ved hjælp af forestilling/visualisering. Herefter udføres en kort behagelig forestillingsøvelse/visualiseringsøvelse, hvor de foreslåede forandringer forestilles/visualiseres. Tal om patientens oplevelse til slut.

Bemærk: Øvelsen udføres med henblik på at lære øvelse af forestillinger/visualisering og dermed ikke på at implementere forandring inden for det valgte emne. Ikke desto mindre kan det være, at nogle patienter går hjem og foretager nogle af de forandringer, som blev forestillet/visualiseret i øvelsen. Terapeuten kan spørge ind til dette ved næste session.

2.2 Implementering af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser

Overblik over afsnittets indhold
• Introduktion til visualiseringsøvelser og rammer for god praksis
• Øvelse: behagelig forestillings-/visualiseringsøvelse

Målet med denne intervention er at udvikle en personlig behagelig forestillings-/visualiseringsøvelse, som patienten kan øve hjemme, samt introduktion af strategier til patienten, i forhold til at håndtere negative påtrængende billeder og tanker, der evt. kan opstå mens man øver.

→ Introduktion til visualiseringsøvelser og rammer for god praksis

Det fungerer godt for de fleste patienter at starte med en kortere behagelig og neutral visualiserings-/forestillingsøvelser af få minutters varighed. Nogle patienter har nemmere ved øvelsen end andre. Det anbefales, at man øver dagligt, ideelt flere gange om dagen. Det anbefales yderligere, at man ikke nøjes med at lave behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser lige før sengetid. I forhold til samtalen om øvelse af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser hjemme kan terapeuten med fordel forklare hensigten med hyppig øvelse ved at trække på tidligere diskussioner omkring repetition af mareridt. Hjernens opbygning af neurale forbindelser (her kan terapeuten evt. give en kort opsummering af, hvorledes neuronerne skaber forbindelser i hjernen) bevirker, at hyppig aktivering af mareridtet eller mareridtscriptet (de forestillinger der udgør mareridtet) øger chancen for genaktivering, altså at man igen oplever flere mareridt. Man kan modsat profitere af repetition ved at være rigtig flittig med at øve behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser, fordi man derved øger chancen for repetition af de visualiseringer/forestillinger eller scripts man selv ønsker fremfor uønskede intrusive billeder.

En hyppigt forekommende barriere består af enten besvær med forestilling/visualisering eller ubehagelige billeder. Det er et vigtigt trin i IRT, at man lærer at håndtere ubehagelige billeder og fremmane behagelige billeder. De fleste mennesker har brug for tid til at lære, hvordan man ubesværet kan generere behagelige billeder, men hos de fleste mareridtslidende tager det uger sammenlignet med måneder for patienter med mere kompleks PTSD. Ubehagelige negative billeder og forestillinger kan afhjælpes ved brug af strategierne præsenteret nedenfor. Når traumeoverlevende indser den potentielle vigtighed af forestilling gennem sindets øjne, vil de fleste finde det muligt at lære, hvordan man kan erkende de ubehagelige negative billeder, men vælge at lade dem passere idet nye billeder kommer frem.

→ Øvelse: Behagelig visualiserings-/forestillingsøvelse

Terapeuten inviterer patienten til at lave en behagelig visualiserings-/forestillingsøvelse og beder patienten om at vælge et behageligt eller neutralt scenarie fra hans eller hendes hverdagsliv. Patienten bliver spurgt om at beskrive situationen så detaljeret som muligt. Indholdet af den behagelige visualiserings-/forestillingsøvelse skrives ned af patienten, terapeuten eller tolken. Dernæst instruerer terapeuten patienten i at sidde i en behagelig afslappet stilling på en stol, med fødderne på gulvet, rank ryg og dyb vejtrækning. Terapeuten beskriver herefter scenariet tilbage til patienten med brug af så mange detaljer, sanser og modaliteter som muligt. Se bilag 3 for eksempler på behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser.

Gennemgang af øvelsen:

I dag vil jeg invitere dig til at lave en visualiserings-/forestillingsøvelse med mig. Når du bruger visualisering/forestilling og fantasi, behøver du ikke at skabe noget specifikt. I stedet trækker man på sindets evne til at skabe billeder. Hvis du føler dig tryk ved det, vil jeg foreslå, at vi øver behagelig visualisering/forestilling i et par minutter for at se, hvordan det føles for dig. Jeg leder dig gennem processen. De første par gange fortæller jeg under øvelserne, og efterfølgende vil du være i stand til at lave behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser på egen hånd derhjemme. Når du laver øvelserne derhjemme, kan du enten forestille dig/visualiserer det valgte scenarie fra de behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser eller tale dig selv igennem indholdet af det valgte scenarie, på samme måde som du hørte mig gøre det under vores session. Du kan have åbne øjne (se ned i gulvet foran dig på et punkt, der er behageligt for dine øjne) eller lukke dem under øvelserne.

Herefter bedes patienten om at vælge et behageligt scenarie fra hans eller hendes liv og patient og terapeut udarbejder sammen en beskrivelse af scenariet i den behagelige forestillingsøvelse som beskrevet ovenfor. Til sidst tales der om patientens oplevelse af øvelsen.

Faciliterende spørgsmål til afrunding af øvelse:

Hvordan var øvelsen for dig? Hvordan føltes det? Var det rart for dig at lave denne øvelse? Havde du nogen problemer med at generere forestillinger eller problemer med forstyrrende billeder? (Hvis patienten oplevede besvær med at generere behagelige billeder eller med ubehagelig forestilling tales der herom jf. ovenfor.)

Psykoedukation: Med øvelse kan vi blive bedre til at håndtere ubehagelige forestillinger. Ved hjælp af strategier, som jeg om lidt vil fortælle dig mere om, kan vi fremme generering af behagelig forestillinger-/visualisering. De fleste har brug for tid til at lære, hvordan man ubesværet kan generere behagelige billeder. Med tiden kan man lære at erkende de ubehagelige billeder, men vælge at lade dem passere idet nye billeder kommer frem.

Hvis patienten er tilpas med øvelsen, kan terapeut og patient udvælge et nyt scenarie og lave en lidt længere øvelse næste gang.

Efter den første oplevelse eller oplevelser med behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser introduceres patienten til strategier for håndtering af negative indtrængende billeder (se komponent 2.3), og opfordres til at træne de behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser og strategier derhjemme hver dag i minimum 10 minutter.

Tips til hjemmearbejdet:

- Start med en kort visualiseringsøvelse af få minutters varighed, som er øvet i sessionen
- Patienten skal øve dagligt, gerne flere gange om dagen og ikke kun før sengetid.
- Strategier til forstyrrende, ubehagelige billeder gennemgås og udleveres til patienten (se nedenfor).
- Patienten skal instrueres i minimum at øve 10 minutter hver dag

2.3 Strategier til håndtering af negative intrusive tanker og billeder

Hensigten med denne intervention er at introducere patienten til strategier, der kan anvendes til at tackle negative indtrængende billeder under udførelse af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser. Strategierne nedskrives mhp. hjemmearbejde på patientens modersmål eller findes på dansk som bilag 4.

Psykoedukation: Aktivering af forestillingssystemet må foregå stille og roligt. Man bør kende sine begrænsninger og vide, hvordan man overkommer ubehagelig negative billeder eller forestillinger. Følgende strategier kan bruges i løbet af behagelige visualiserings-/forestillingsøvelser til at håndtere ubehagelige negative billeder eller forestillinger:

- 1) Stop – klap i hænderne mens du siger stop.
- 2) Træk vejret – tag en dyb indånding og udånd det ubehagelige billede væk.

- 3) Få jordforbindelse/forankring – åbn øjnene, plant fødderne på gulvet, fokuser på dine omgivelser lige nu og her.
- 4) Tal – tal med en ven, familiemedlem eller terapeuten omkring de ubehagelige billeder.
- 5) Skriv – skriv ned hvad du ser i de ubehagelige billeder.
- 6) Anerkend – uden at acceptere eller fornægte, anerkend det ubehagelige billede og gå så tilbage til det behagelige billede.
- 7) Vælg – vælg bevidst at gå tilbage til de behagelige billeder uden at føle, at det er besværligt.

Det er vigtigt at forstå, at nogle ubehagelige billeder dukker op gennem indlært adfærd (som ved mareridt), i modsætning til at se alle negative billeder som direkte konsekvens af stress-relaterede processer. Det er vigtigt at træne behagelig forestilling/visualisering ved at vælge behagelige eller neutrale temaer eller scenarier fra ens liv.

Bemærk: Før man går videre til den sidste fase af IRT, er det vigtigt for terapeuten at vurdere, om patienten er tryk ved at bruge behagelige forestillingsøvelser. Måling af parathed til at arbejde med behagelig forestillinger/visualisering afhænger af, om patienten svarer ja til følgende spørgsmål:

- *Kan du for det meste øve behagelig visualisering/forestilling så længe du ønsker?*
- *Kan du bevæge dig væk fra forstyrrende billeder og tilbage til øvelsen?*
- *Også hvis du oplever et meget forstyrrende billede?*

3. Omskrivning af mareridt til en ny drøm

Overblik over afsnittets indhold
• Udvælgelse af mareridt
• Omskrivning af mareridt
• Indøvning af ny drøm

Målet for denne intervention er at guide patienten gennem processen, hvori et mareridt ændres til en ny drøm. Eksponering søges minimeret i interventionen, idet det oprindelige mareridt kun genfortælles én gang, hvorunder terapeuten eller patienten tager noter. Patienten opfordres til kun at øve den nye drøm hjemme. Interventionen har desuden til hensigt at lære patienten fremgangsmåden ved omskrivning og øvelse af visualisering/forestillinger på en måde, så han eller hun kan bruge det efterfølgende på egen hånd i forbindelse med andre mareridt. Det varierer hvor længe, der er behov for at arbejde på et specifikt mareridt, men at være udelukkende optaget af et mareridt kan give bagslag. Nogle patienter foretrækker at holde fast ved en ny drøm og ændre den flere gange, før de går videre til det næste mareridt.

Til at begynde med opridser terapeuten de forskellige trin i processen.

➔ **Introduktion til patienten:**

I dag vil jeg invitere dig til at begynde på at forandre og omskrive mareridtet og øve den nye drøm. Trinnene hen mod forandring af mareridtet er:

- Vælg en forstyrrende drøm, helst en som er mindre intens, og som ikke rekonstruerer traumet.
- Ændre mareridtet når det begynder at blive forstyrrende for dig.
- Øv denne nye drøm i et nogle minutter dagligt.
- Brug disse instrukser dagligt og overvej, et sted mellem hver tredje til syvende dag, om du vil arbejde på at ændre et andet mareridt til en ny drøm. På denne måde øver du kun én eller to drømme hver uge.

3.1 Udvælgelse af mareridt

Når man udvælger det første mareridt anbefales det, at man vælger et mareridt af moderat intensitet. Hvis det er muligt, kan terapeuten og patienten samarbejde på at udvælge et mareridt som, for patienten, har et centralt tema. Et centralt tema findes ved at monitorere patientens mareridt i løbet af behandlingen gennem mareridtsloggen (se bilag 1, afsnit omkring mareridtsloggen ovenfor samt registrere indholdet af disse i forskningsjournalen). Hvis der ikke er et tydeligt centralt tema, kan patient og terapeut udvælge et mareridt af moderat intensitet og begynde på at forandre mareridtet.

IRT kan potentielt virke på alle slags mareridt, men det er vigtigt at udvælge mareridt med lavere intensitet, når man først lærer at bruge teknikken. Hensigten er at udløse minimal eller ingen følelsesmæssig reaktion, det er ikke meningen, at du skal eksponeres til traumatisk indhold.

Faciliterende spørgsmål:

Hvilket mareridt kunne du tænke dig at vælge og forandre? Brug nutid og jeg-person, når du beskriver det valgte mareridt. (Terapeuten eller patienten selv tager noter).

Bemærk: Valg af mareridt omhandlende traumatet frarådes i starten. Nogle patienter vælger alligevel et sådan mareridt, når de første gang prøver IRT, og fortæller efterfølgende, at IRT ikke virker, ikke føles rigtigt eller ikke kan bruges. Sådanne patienter med traumer har typisk en mere alvorlig PTSD og oplever normalt andre symptomer såsom dissociation eller kognitive deficit i forhold til opmærksomhed, koncentration og hukommelse. Disse symptomer kan sommetider gøre det sværere for patienten at assimilere principperne bag IRT.

3.2 Omskrivning af mareridtet

Terapeuten bør guide patienten gennem det første forsøg på at omskrive mareridtet. Omskrivningen bør særligt fokuseres der hvor indholdet i mareridtet bliver forstyrrende for patienten. Patienten kan frit foretage ønskede ændringer i skabelsen af en ny drøm. Terapeuten kan minde patienten om, at alt er muligt i drømme, og at han/hun bør ændre indholdet/handlingen, så det ikke længere er forstyrrende. Målet er at hjælpe patienten med at tage kontrollen over den nye drøm og at skabe en ny og ikke-forstyrrende drøm,

hvor konflikten eller situationen i drømmen er løst. Det er desuden vigtigt at sikre sig, at drømmen har en god slutning for at undgå, at drømmen bliver ved og potentielt reintroducerer forstyrrende traumerelateret materiale.

Når den nye drøm er konstrueret, er det vigtigt at tjekke med patienten, om den nye slutning føles godt og om han/hun føler sig tryk ved slutningen. Hvis slutningen ikke føles tilfredsstillende for patienten, bør den nye drøm fortsat ændres indtil en bedre slutning har materialiseret sig for patienten. Hvis patienten oplever hjemme, at den nye drøms slutning af en eller anden grund ikke føles godt, bør terapeuten opfordre patienten til at foretage de nødvendige ændringer. Målet er at få en bedre slutning.

I forbindelse med senere forsøg på at omskrive mareridt kan terapeuten vælge at tage en mindre vejledende rolle og lade patienten ændre i mareridt, på hvilken som helst måde han eller hun ønsker. Med denne fremgangsmåde kan forandringen foretages på ethvert punkt i mareridt. Dette kunne omfatte ændring af scenarier, således at den nye drøm ikke længere indeholder traume-relaterede elementer. Se bilag 5 for eksempler på begge typer omskrivninger af mareridt til nye drømme.

Faciliterende spørgsmål:

Ændre mareridt så snart det begynder at virke forstyrrende for dig og skab en bedre slutning, der ikke virker forstyrrende for dig.

Forslag bør altid være brede og ikke ledende mod en specifik udvikling. Terapeuten kan aktivt komme med forslag, men bør altid sikre sig at tjekke med patienten, om ændringerne føles godt for ham eller hende. Nedskriv drømmen i førsteperson nutid (patient, tolk eller terapeutskriver den nye drøm ned).

Bemærk: Såfremt patientens forslag til ændringer af drømmen indeholder hævnemotiver, anbefales dette som udgangspunkt ikke. Endvidere er målet lindring for patienten, også hvis det skulle komme gennem mord eller hævn, således kan disse temaer også indarbejdes, hvis patienten insistere på, at det vil være den bedste slutning for ham/hende.

En patient gør måske modstand ved at erklære, at ændring af drømmen er umulig ”fordi det skete for mig” eller ”sådan er min drøm, hvordan kan den forandres?”. Dette kan imødegås ved at tale med patienten om, hvordan drømmen eller mareridt ikke er virkeligt og derfor ikke det samme som det oprindelige traume. En udforskning af indholdet af den traumatiske drøm, vil højst sandsynligt pege på forskellige ændringer i

detaljerne eller mere generelle ændringer. Denne pointe er især vigtig i forhold til patienten, som er overbevist om, at han/hendes mareridt er en fejlfri genafspilning af en specifik hændelse.

3.3 Indøvning af den nye drøm

Når den nye drøm øves for første gang, kan terapeuten vælge at lade patienten øve den nye drøm ved, at han eller hun visualiserer/forestiller sig den under sessionen. Terapeuten bør holde øje med, hvordan patienten reagerer under øvelsen. I tilfælde af at patienten har problemer med visualiseringen, kan terapeuten desuden vælge at guide patienten gennem den første øvelse af den nye drøm under sessionen. Patienten instrueres i at lukke øjnene eller fiksere blikket på et punkt/holde dem åbne, såfremt det er mere behageligt, og forestille sig eller skabe billeder af den nye drøm, mens terapeuten oplæser den nye drøms handling. Patienter kan også anvende "self-talk", altså at fortælle den nye drøm højt for sig selv mens man forestiller sig billederne og benytte ovennævnte strategier, hvis der opleves vanskeligheder med at øve den nye drøm.

Faciliterende instruktioner:

Det er vigtigt at huske at øve den nye drøm og ikke mareridt.

Øv mindst 10 minutter dagligt gerne flere gange dagligt.

Brug ovennævnte strategier til håndtering af ubehagelig forestilling (se komponent 2.3).

→ Psykoedukation:

Vi har nu ændret på handlingen i dit mareridt ved at give det en ny slutning. Hver gang du øver den nye drøm, øver du de nye behagelige eller neutrale forestillinger frem for de negative traumerelaterede forestillinger. Med tid, øvelse og meget repetition vil de nye forestillinger og den nye handling være mere velkendt og oftere aktiveret end det oprindelige indhold i mareridt, så det igangsættes i stedet i hjernen, når man sover, og du vil opleve at drømme den nye drøm. Det nye og selvøvede behagelige eller neutrale indhold kan på den måde erstatte mareridt.

Over tid kan man arbejde med andre mareridt. Hvert enkelt mareridt behøver ikke være genstand for ændring og visualisering/forestilling af nye drømme, da IRT synes at kickstarte et naturligt helingssystem,

der før var i dvaletilstand. Den tid det tager at arbejde på et specifikt mareridt kan variere fra en uge til flere ugers træning.

→ **Psykoedukation: Forholdet mellem forestilling og drømme**

Drømme og forestilling er tæt forbundet med hinanden, derfor oplever nogle patienter, at deres mareridt spontant ændrer sig kort efter implementering af IRT. For de fleste som lider af mareridt efter traumer, stopper mareridtene på et tidspunkt. En årsag til dette kunne være, at mareridtet, over et par uger eller måneder, gradvist bliver ved med at forandre sig, som om drømmene selv bearbejder et aspekt af den følelsesmæssige uro, som traumet genererede. Det kan derfor være naturligt, at mareridt dukker op og lidt efter lidt ændrer sig til drømme, der bliver mindre forstyrrende. Anvendelse af IRT kan siges at reflektere et system, der ligner den naturlige proces af mentale forestillinger.

Gentag de nødvendige trin med patienten i den efterfølgende session alt afhængig af hvor langt patienten er kommet, i forhold til at øve den nye drøm hjemme. Drømmen øves under sessionen, hvis patienten har brug for mere træning. Et nyt mareridt kan vælges, såfremt det lykkedes for patienten at forandre deres mareridt til en ny drøm gennem forestillingsøvelse i løbet af ugen.

Øvelse:

Nu da du er kommet så langt i arbejdet på at forandre dit mareridt til en ny drøm, er det et godt tidspunkt at genoverveje idéen om traume vs. vane. Tegn en cirkel på tavlen og indiker patientens vurdering af traume vs. vane. Hvorvidt mener du, at dine forstyrrende drømme kan tilskrives traume (0% - 100%) eller til vane (0% - 100%)?

Råd og forslag til implementering

Fremgangsmåde i behandlingen

- Minimumskravet for behandling af patienter i IRT-pakken er, at komponent 1.1 (*Ond søvncirkel*) og komponent 2 (*Information om forestillinger og behagelige forestillingsøvelser*) har været forsøgt i behandlingen.
- Det foreslås, at terapeuten først introducerer IRT ved brug af ”den onde søvncirkel” i komponent 1.1.
- Såfremt metoden virker acceptabel og meningsfuld for patienten, kan terapeuten introducere de resterende interventioner under komponent 1 - *Psykoedukation og kognitiv omstrukturering*.
- Hvis komponent 1.1 – *Ond søvncirkel* ikke viser sig at give mening for patienten, opfordres terapeuten til at gå videre til komponent 2.1 - *Psykoedukation om forestillingsevnen* og se, om patienten bedre responderer på arbejdet med forestillinger/visualiseringer.
- Komponent 2 - *Forestillingsevnen og behagelige visualiserings/forestillingsøvelser* skal altid anvendes før brug af komponent 3 – *Omskrivning af mareridt*.
- Det er hensigten, at komponent 2.2. – *behagelige visualisering/forestillingsøvelser* og komponent 2.3 – *strategier til håndtering af intrusioner* introduceres til patienten i forlængelse af hinanden/ved samme session. Hvis en fælles introduktion af de to komponenter ikke er mulig, anbefales det, at patienten ikke instrueres i at øve behagelig visualisering/forestilling før strategierne for håndtering af intrusive negative billeder, som beskrevet i komponent 2.3, er blevet introduceret.
- Såfremt terapeuten vurderer, at IRT er skadelig for patienten, bør man rådføre sig med den behandlingsansvarlige læge og drøfte videre behandlingstiltag på behandlingskonference.
- Måske udviser patienten manglende evne til forestilling/visualisering. I dette tilfælde, opfordres terapeuten til at sikre sig en længere, dybdegående implementering af fase 2 i IRT - *Visualisering og behagelige forestillingsøvelser*. Terapeuten kan sammen med patienten udforske, hvordan han/hun over eller tænker om fremtidige handlinger og interaktioner. Hvis terapeuten, efter omfattende arbejde med forestillinger, finder frem til, at patienten ikke er i stand til at reaktivere sit forestillingssystem, kan terapeuten afbryde IRT behandling.
- Temaerne i patientens mareridt registreres i forskningsjournalen efter hver psykoterapisession, hvor der er blevet talt om mareridts tema eller indhold. Forskningsjournalen har en liste over foreslået temaer, udviklet på baggrund af forskning af Rober and Zadra (2014). Ud fra klinisk erfaring med denne specifikke patientgruppe er et par nye temaer blevet tilføjet, såsom genoplevelse af traume. Ved hver

enkelt session kan man indikere flere forskellige temaer for det enkelte mareridt samt flere forskellige mareridt. Hvis det er relevant kan terapeuten også vælge at tilføje nye temaer til listen.

Faktorer som kan få betydning for patientens evne til at indgå i behandlingen

- Patientens kulturelle baggrund kan påvirke måden mareridt opfattes på. I nogle kulturer taler man ikke om sine drømme, da dette vil få dem til at gå i opfyldelse. Drømme har således en forudsigende betydning, der kan påvirke behandlingsforløbet, hvorunder patienten bliver spurgt om at udvælge og berette om et mareridt.
- Terapeuten opfordres til at tale med patienten om, hvordan han/hun har oplevet drømme som havende forudsigelseskvaliteter, og om forudsigelse også gør sig gældende i tilfælde af tilbagevendende repetitive mareridt. Det er muligt, at drømmes forudsigelseskvalitet kan hjælpe med at støtte IRT, idet det fremmer ikke-forstyrrende drømme, som vil være rarere at udleve end det gamle repetitive mareridt, hvis drømmeforudsigelserne går i opfyldelse.
- Patienter med narcissistiske tendenser eller narcissistisk personlighedsforstyrrelse kan have tendens til at tro, at IRT som teknik er for simpel til at løse/lindre de komplicerede symptomer, som de oplever.
- Terapeuten bør være opmærksom på patientens historie mht. psykose samt tage sig god tid iht. fremskridning af IRT behandling.
- Nogle patienter vil ikke tillade sig selv at opleve positive følelser, hvilket hindrer arbejdet med behagelige forestillingsøvelser. Terapeuten opfordres til at tale om og sammen med patienten udforske mulige underliggende følelser af skyld eller skam, som der skal arbejdes med før IRT kan implementeres.
- Terapeuten bør være opmærksom på, at dissociation kan forekomme hos traumepatienter. Selvom IRT søger at reducere eksponering kan dissociation indtræffe i alle tre stadier af IRT: når der tales om mareridtene, når behagelige forestillingsøvelser udføres, når mareridtet genfortælles, eller når den nye drøm øves. Ovennævnte 7 strategier kan med fordel bruges. Endvidere henvises til kapitlet om dissociation i KAT-manualen.

Motivation og forandring

- I løbet af terapien kan det være, at terapeuten opdager forandringer gennem mareridtsloggen (f.eks. mareridtshyppighed, omfang af forpinthed eller ubehag, drømme aktivitet, bedring af søvn etc.) som ikke er tydelige for patienten selv. Terapeuten opfordres til at tale om disse forandringer med patienten og sammen undersøge, hvordan det kan være, at patienten ikke har lagt mærke til dem.

- Motivation er centralt i alle psykoterapeutiske behandlingsmetoder. Derfor opfordres terapeuten til at tage problemer i forhold til motivation op, når disse opfanges. Dette gøres gennem general psykoedukation om psykoterapi og forbedring gennem behandling. Sådanne problemer bør tages op hvis patienten, for eksempel, ikke udfører sit hjemmearbejde eller holder fast i kraftige undgåelsesmønstre, der hindrer behandlingsudbytte.

Bilag

Bilag 1. Mareridtslog

Mareridtslog. Label:

Dato udleveret:

Dato modtaget:

Dato:	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Antal mareridt per nat:							
Sværhedsgrad af mareridt: 1: ikke ubehageligt 2: lidt ubehageligt 3: moderat ubehageligt 4: meget ubehageligt							
Antal drømme per nat:							
Hvor mange gange er den nye drøm øvet hjemme:							
Bemærkninger:							

Bilag 2. Eksempler på øvelse af forandring gennem forestilling

Man kan vælge forskellige emner i arbejdet med øvelse af forandring gennem forestilling. Terapeuten bør sigte efter at vælge et emne, der har relevans for patienten. Emner kunne være omarrangering af et værelse i patientens hjem, patientens arbejdsstation, hele hjemmet, altanen eller en have. Hvis patienten er meget utilfreds med hans eller hendes nuværende bolig, kan et nyt drømmehjem vælges. Patienten kan ligeledes vælge en ny drømmehave, hvor han eller hun kan dyrke grøntsager eller plante blomster, eller et andet emne, som føles bekendt for patienten.

Terapeuten og patienten samarbejder på at tegne en tegning af, for eksempel, patientens hjem. Terapeuten starter med at spørge patienten, hvordan han eller hun ønsker at forandre indretningen af huset. Terapeuten kan hjælpe ved at stille åbne spørgsmål eller ved at komme med indledende forslag til forandringer.

Spørgsmål til patienten:

Hvilket rum vil du starte med at forandre? Hvad kunne du tænke dig at forandre først? I hvilket rum ønsker du at forandre mest eller mindst? Patienten kan vælge at ændre rummenes funktioner, opdele rummene, ændre farven, møblerne, stilen, temaet i børneværelset, planterne, billederne på væggene osv.

I forbindelse med ændringer af altan eller have, kan patienten ændre på havens funktion – fodbold, grøntsager, træer, planter, blomster, havebord til kaffe, solbadning, lampedekoration, drømmefangere osv. Terapeuten kan opfordre patienten til at udforske alle de nye forandringer med alle sine sanser.

Hvordan ser det ud? Hvilke farver? Dufte? Smagen af bær eller grøntsag? Hvordan føles vinden eller luften i ansigtet? Hvordan føles solens varme?

Bilag 3. Eksempler på behagelige forestillingsøvelser

En behagelig forestillingsøvelse kan baseres på hvilken som helst neutralt eller behagelig aktivitet i patientens dagligdag. Nogle patienter vælger måske et scenarie, hvor de er sammen med deres børn, ægtefælle, familie eller venner. Man kan vælge en picnic i parken eller at spille fodbold med børnene. I nogle tilfælde, kan det være at patienter, ofte tynget af depression, ikke er i stand til at vælge et positivt/behageligt eller neutralt scenarie fra hans eller hendes liv. I sådanne tilfælde, kan terapeuten opfordre patienten til at udføre en behagelig forestillingsøvelse med et scenarie, hvor han eller hun gør noget, ud over det sædvanlige, for sig selv. Det kunne være et varmt beroligende bad med badeolier og – salte, eller en lørdagsbrunch, hvor patienten forkæler sig selv med f.eks. croissanter, en god ost eller lækre oliven. Det er vigtigt, at der bruges så mange sanser som muligt i de behagelige forestillingsøvelser.

Et eksempel på en behagelig forestillingsøvelse kunne være, at en mand vil glæde sin hustru ved at købe hende en buket blomster. Terapeuten kan facilitere processen ved at beskrive de positive tanker og følelser forbundet med den positive forventning forbundet med at beslutte sig, gøre sig klar og tage af sted til blomsterbutikken. Dette kunne også omfatte, hvordan det føles at gå udenfor i den friske luft eller at se andre mennesker, trafikken eller et dejligt sted som patienten går eller kører forbi på vejen. Herefter kunne patienten/terapeuten beskrive forløbet med at kigge og udvælge de rigtige blomster samt hvordan de skal arrangeres. Måske har hustruen en yndlingsblomst. Hjemvejen beskrives, samt hvordan patienten måske er spændt på at se hustruens reaktion eller forestiller sig, hvad hun måske siger eller gør, når han giver hende blomsterne. Måske dufter han til blomsterne og nyder duften. Patienten/terapeuten beskriver, hvordan han går ind i huset og overrasker sin hustru, som bliver glad for denne gestus, smiler, siger tak og måske giver ham et kys. Hun dufter til blomsterne, beundrer dem og smiler før hun finder en vase til dem. Patientens positive tanker og følelser beskrives ligeledes, når han giver blomsterne og ser hans kones positive reaktion.

Bilag 4. 7 strategier til håndtering af negative intrusive billeder

- 1) Stop – klap i hænderne mens du siger stop.
- 2) Træk vejret – tag en dyb indånding og udånd det ubehagelige billede væk.
- 3) Få jordforbindelse/forankring – åbn øjnene, plant fødderne på gulvet, fokuser på dine omgivelser lige nu og her.
- 4) Tal – tal med en ven, familiemedlem eller terapeuten omkring de ubehagelige billeder.
- 5) Skriv – skriv ned hvad du ser i de ubehagelige billeder.
- 6) Anerkend – uden at acceptere eller fornægte, anerkend det ubehagelige billede og gå så tilbage til det behagelige billede.
- 7) Vælg – vælg bevidst at gå tilbage til de behagelige billeder uden at føle, at det er besværligt.

Bilag 5. Eksempler på omskrivning af mareridt til nye drømme

Guidet omskrivning foretages af terapeuten ved at bede patienten om at gennemgå mareridtsscriptet indtil det punkt, hvor det bliver forstyrrende, ubehageligt eller hvor patienten begynder at føle tab af kontrol over situationen. Omskrivningen begynder på dette punkt i handlingen. Målet er at skabe en bedre slutning på drømmen, som føles rigtigt for patienten. Hvad der udgør en rigtig omskrivning vil variere fra patient til patient, men terapeuten bør have beherskelseselementer i baghovedet.

Beherskelseselementer: er individuelle og består af nyligt introducerede ændringer i drømmen og dens elementer, der kan hjælpe patienten til at opnå en følelse af, at de behersker situationen i den nye drøm. For nogle patienter er det passende med en omskrivning, hvor de selv kan takle angriberen med fornyet styrke, et nyt middel eller ved hjælp af magi. For patienter præget af ekstern locus of control, kan det give mere mening med en beskyttende mur eller en ekstern kraft, der fjerner angriberens styrke. For patienter med et kollektivistisk verdens- og livssyn kan et beherskelseselement være hjælp og støtte fra familie eller venner.

Et eksempel på guidet omskrivning kunne være en mand og hans to venner, som løber væk fra en skygge, der forsøger at angribe dem. Pludselig ændrer scenen sig til, at de to venner er forsvundet og patienten er alene med skyggen, der angriber og vil dræbe ham. Indholdet ændres i den nye drøm på punktet, hvor patienten indser, at hans venner er væk. Vennerne forsvinder ikke i den nye drøm. Vennerne bliver hos patienten og hjælper ham med at bekæmpe skyggen. I den nye drøm forandres skyggen, som ikke kan fanges, til en mand som patienten og vennerne kan fange, holde nede og berolige.

Hvis en patient er præget af ekstern locus of control, kan omskrivningen indeholde forandringer udenfor patienten, der beroliger gerningsmanden. Et eksempel kunne være en mand, som er på flugt fra politiet i hans hjemland. I drømmen fanger de ham typisk og slår eller dræber ham. Drømmen ændres på punktet, hvor politiet indhenter patienten. Politiet rækker ud efter ham og konteksten ændrer sig til Danmark og det danske politi. Den danske politimand vil give patienten besked om at kommunen har fundet en ny og større lejlighed til ham og hans familie. Politiet viser patienten hen til og rundt i lejligheden og ønsker ham tillykke med den nye positive forandring i hans liv.

En fri omskrivning af mareridtet kan laves af patienten, som ønsker at forandre hele mareridtet til en ny drøm, uden at beholde noget af det oprindelige script. Måske vil patienten skabe en ny drøm om det nye liv i Danmark eller om at genforenes med familien. Et eksempel kunne være et jagtmareridt, der omskrives til en dejlig solskinsdag i Danmark, hvor patienten modtager et brev om, at han eller hun er blevet accepteret på sin drømmeuddannelse ved Københavns Universitet. Et andet eksempel kunne være en mand, som består sin danskeksamen og får tilbudt arbejde som tømrer, hvilket vil gøre ham i stand til at forsørge sin familie og give dem et godt liv og god levestandard i Danmark.

Bilag 6. Kognitiv diamant med visualisering

