Psykologtidsskriftet

OVERSIKT

Behandling av mareritt

Torkil Berge [1]

[1]Norsk Psykologforening

torkil.berge@diakonsyk.no

Publisert: 09.04.2007

Recurrent or chronic nightmares may be understood as a primary and learned sleep disorder rather than a symptom of secondary mental disorder. Two psychological treatments have proved effective in different controlled studies of this state. The first includes exposure to distressing dream content (Marks et al.). Patients try this approach by themselves at home, utilizing a specially constructed manual. The second approach involves imagery rehearsal therapy (Krakow et al.), where the patient is required to «rewrite» the plot of a nightmare making it more positive («change the nightmare any way you wish»). The patient is then asked to visualize the new and more positive version of the nightmare. Learning to master negative dream content is vital in reducing nightmares.

Keywords: recurrent nightmares, chronic nightmares, exposure, imagery rehearsal

Noen mennesker plages av tilbakevendende mareritt i årevis. Her beskrives konkrete metoder som kan være til hjelp for dem.

> Han våknet med et rykk av et skrik som han visste kom fra ham selv. Han hadde våknet fra det samme marerittet som år etter år hadde gjort sengen til et sted forbundet med redsel. Det var alltid det samme marerittet. Han satt på en stor, skimlet hest uten sal, høyt over havet, og hesten var så stor at beina hans ikke greide å få tak, og han ble slynget voldsomt fra side til side da den steilte og kastet seg ut i et hav av stjerner. Det var ingen tømmer, og han grep febrilsk etter manen, prøvde å holde seg fast. Han kunne se hvordan det glimtet i øyekroken til dyret, og fråden som sto fra munnen. Han visste at fallet var uunngåelig, og at han ville styrte – armene veivet hjelpeløst – ned til en ufattelig gru under den svarte overflaten av det blikk stille havet.
>
> P. D. James: *Fyret*, s. 98

Som relativt nyutdannet psykolog ble jeg kontaktet av en mann som i lang tid hadde hatt tilbakevendende mareritt. Nærmest hver natt ble han i drømmene forfulgt, og av og til også pint og plaget på de frykteligste måter. Han hadde utviklet angst for å sove, og hadde søvnproblemer. For ham var marerittene uforståelige. Han følte seg totalt hjelpeløs og ute av stand til å kontrollere dem. Vi brukte noen timer på å lete etter sammenhenger mellom hendelser i hans liv og innholdet i drømmene, men uten resultat. Han var en fredelig mann som hadde levd et fredelig liv – ingen traumer, ingen store konflikter, en interessant jobb, et godt ekteskap og to barn han var svært stolt av. Så der satt vi, psykolog og pasient, tvilrådige og motløse. Men lykken sto oss bi. I en artikkel fra 1978 av den engelske psykiateren Isaac Marks fant vi et eget treningsopplegg for mareritt, bygget på de samme prinsippene som ved eksponeringstrening for fobier. Mannen skrev ned de fæle marerittene, og eksponerte seg for dem mentalt på dagtid, for gradvis å kunne venne seg til dem. Dessuten fulgte vi artikkelens råd om å dikte en alternativ og positiv slutt på redselshistoriene. Og det virket! Marerittene avtok både i hyppighet og intensitet, og mannen følte at han hadde «tatt natten tilbake».

Senere i mitt arbeid som psykolog har jeg møtt andre pasienter som har vært sterkt plaget av mareritt. For noen av dem har det vært vanskelig å se hva som forårsaket drømmene. For andre syntes marerittene å ha bakgrunn i ubehagelige og vonde opplevelser, preget av angst og skamfølelse. Andre

igjen har vært utsatt for alvorlige traumer, og marerittene har inngått som del av en posttraumatisk stressforstyrrelse. Uansett bakgrunn for problemene har flere av disse pasientene hatt utbytte av metoder rettet mot å avhjelpe marerittene direkte, enten bygget på eksponering eller på endring av historien i marerittet og mental innøving av den «nye drømmen». I denne artikkelen vil jeg beskrive disse metodene, i håp om å inspirere andre til å gi et slikt tilbud til en gruppe pasienter som ofte ikke får god nok behandling i helsevesenet. Metodene har vært gjenstand for vitenskapelig etterprøving, og har rimelig god dokumentasjon. Dette gjelder spesielt «Imagery Rehearsal Therapy», utarbeidet av Krakow, Kellner, Neidhardt og Hollifield ved Universitetet i New Mexico (for eksempel Kellner, Neidhardt, Krakow & Pathak, 1992). Artikkelen er forsøkt utformet slik at man som terapeut kan anbefale en pasient å lese den, for så å drøfte rådene som gis, opp mot de problemer pasienten selv opplever.

Hva er mareritt?

Drømmer er mentale opplevelser under søvnen som kan beskrives også i våken og bevisst tilstand. Mareritt er intenst skremmende og ubehagelige drømmer. De preges av frykt og angst, men andre følelser kan også være involvert, som skam og avsky, fortvilelse, sinne og sorg. Man kan føle seg totalt hjelpeløs og uten kontroll. De fleste vil komme seg rimelig raskt, men noen bærer med seg følelser fra drømmen i timer og dager etterpå.

De diagnostiske retningslinjene ICD-10 (WHO, 1999) har en egen kategori for mareritt, med tre kriterier: Oppvåkning fra nattesøvn eller en blund med detaljerte og levende minner om intenst skremmende drømmer, som vanligvis omfatter trusler mot personens liv, sikkerhet eller selvfølelse. Oppvåkningen kan skje når som helst under søvnperioden, men vanligvis i løpet av den siste halvdelen. Etter oppvåkning fra de skremmende drømmene blir personen raskt klartenkt og orientert. Drømmeopplevelsen i seg selv, og søvnforstyrrelsen den forårsaker, gjør personen svært anspent. I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) legges det vekt på at marerittslidelse forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, arbeidsmessig eller på andre viktige områder. Kriteriene er svært like dem man finner i International Classification of Sleep Disorders (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Det er to kategorier av mareritt: enkeltstående og tilbakevendende, der hele eller deler av drømmen kommer igjen og igjen. Noen plages av tilbakevendende mareritt fra barndommen av,

for eksempel drømmer der de blir forfulgt av ukjente mennesker, monstre eller dyr. Mareritt etter traumatiske opplevelser vil ofte være tilbakevendende, der episoder fra den forferdelige hendelsen gjentas natt etter natt, ofte i årevis (Karon & Widener, 1997).

Det er viktig å skille mareritt fra natteskrekk eller søvnterror. Begge tilstander innebærer plutselige oppvåkninger preget av intens frykt. Mareritt er drømmer, med visuelle forestillingsbilder og en narrativ struktur. Natteskrekk er ikke drømmer, og oppstår vanligvis i dypsøvn og ikke REM-søvn, som regel i første tredel av nattesøvnen. Etter et mareritt er man vanligvis våken og oppmerksom på omgivelsene. Natteskrekk er en aktiveringstilstand, i likhet med søvngjengeri, der en er forvirret og omtåket i flere minutter etterpå. Under anfallet kan en ha åpne øyne, skrike høyt i redsel eller snakke usammenhengende, uten å reagere på ytre stimuli. En vil vanligvis ikke huske selve episoden, men kanskje ha bruddstykker av minner om at noe fryktelig har funnet sted.

Mareritt kan forårsakes av ulike medikamenter, for eksempel betablokkere og antidepressiver, og av å slutte å bruke rusmidler som hemmer REM-søvn, som alkohol, benzodiazepiner og amfetamin (se Pagel og Helfter (2003) for en oversikt).

Mellom åtte og 25 prosent av voksne personer forteller at de har ett eller flere mareritt per måned, og to til seks prosent rapporterer om ett eller flere mareritt per uke (for eksempel Levin, 1994). Ifølge Nielsen og Zadra (2000) antas fire til åtte prosent av befolkningen å ha et pågående problem med mareritt. Tilsvarende tall er funnet i undersøkelser i flere land (for eksempel Hublin, Kaprio, Partinen & Kosenvuo, 1999). Hyppigheten synes å være enda større når mareritt måles fortløpende, og ikke baseres på vurderinger i ettertid (Zadra & Donderi, 2000). Hyppigheten er større i gruppen mennesker med psykiske lidelser, og har i mange – men ikke alle – undersøkelser blitt knyttet til økt forekomst av angst og depresjon (Miró & Martínez, 2005; Zadra & Donderi, 2000).

Mareritt er vanlig etter traumatiske opplevelser (Krakow, Schrader et al., 2002). I en studie rapporterte hele 75 prosent av personer med posttraumatisk stressforstyrrelse om ubehagelige drømmer (MacFarlane, Bookless & Air, 2001). Mange utvikler kroniske mareritt. Et eksempel er en svensk studie der en fulgte opp 166 pasienter som hadde vært innlagt på en brannskadeavdeling i Uppsala (Low et al., 2003). I snitt 11.4 år etter ulykken rapporterte 43 prosent av personene om hyppige mareritt. Frekvensen av mareritt var forbundet med omfanget av brannskaden.

Det er viktig å understreke at mareritt er et normalpsykologisk fenomen. Et flertall av dem som ofte er plaget av mareritt, har verken en psykisk lidelse eller en traumehistorie.

Ifølge Krakow og Zadra (2006) viser en rekke studier bare et moderat samsvar mellom hyppigheten av mareritt og rapportert ubehag. En person kan ha mareritt en gang per måned og oppleve dette som svært plagsomt, mens en annen kan ha ukentlige mareritt uten å oppleve dette som et stort problem. Det er ubehaget knyttet til mareritt, mer enn marerittet i seg selv, som bidrar til psykiske vansker.

Krakow og Zadra (2006) presenterer studier som viser en nær sammenheng mellom mareritt og søvnproblemer, både i forhold til innsovning, urolig søvn og oppvåkning. Pasienter som er blitt hjulpet med sine mareritt, rapporterer om bedre søvnkvalitet og økt energi på dagtid.

I en rekke tilfeller er det grunn til å se på hyppige mareritt som en primær søvnforstyrrelse mer enn som et symptom på en underliggende psykisk lidelse. I sitt møte med helsetjenestene blir disse pasientene ofte møtt med utsagn om at mareritt er et sekundært fenomen, forårsaket av for mye stress eller traumatiske hendelser, og at det er nødvendig å få gjort noe med de underliggende problemene for å få kontroll over marerittene. Utgangspunktet for denne artikkelen er imidlertid at mareritt, i likhet med søvnproblemer generelt, over tid får sitt eget liv. Vanskene opprettholdes og forsterkes gjennom andre forhold enn de som kanskje opprinnelig forårsaket dem. Både søvnproblemer og mareritt kan dessuten bidra til andre problemer, som bekymring, svekket energi på dagtid, håpløshet og depresjon. Derfor er det viktig å kunne tilby metoder som er rettet direkte inn mot reduksjon av mareritt som et behandlingsmål i seg selv. Denne artikkelen vil presentere to slike metoder: Isaac Marks' eksponeringsbaserte metode, og Barry Krakow og medarbeideres «Imagery Rehearsal Therapy», rettet mot å øve inn alternative drømmehistorier. Det finnes også andre psykologiske behandlingsformer for mareritt, men disse er ikke så godt dokumenterte. Et eksempel er en tilnærming der pasienten trener på å komme i tilstanden der en fortsatt drømmer, men samtidig er klar over at en drømmer («lucid dreaming»), og her påvirke drømmeinnholdet (Spoormaker, van den Bout & Meijer, 2003; Zadra & Pihl, 1997).

Allianse og samarbeid

Det er knyttet sterk angst og ofte også skamfølelse til mareritt. Det er et følsomt og vanskelig tema å snakke om. Marerittene kan være knyttet til vonde hendelser i pasientens liv, og samtalene rundt marerittene kan fremkalle opprivende minnebilder. Pasienten kan være redd for å miste kontrollen over seg selv, eller for at en gjennomgang av marerittene vil avsløre noe negativt om pasienten.

Grunnlaget for å arbeide med mareritt i terapi er at pasient og terapeut er enige om målet for behandlingen og hvilke metoder som skal brukes for å nå målene, og det må være en følelse av aksept og tillit. Pasienten må vite hva som skjer og hvorfor det skjer, og må hele tiden kunne kontrollere hvordan det skjer.

Hvis marerittene er direkte knyttet til traumatiske opplevelser, må terapeuten vise særlig aktsomhet. Metoden til Krakow og medarbeidere er også rettet mot slike mareritt, men de understreker at en i starten begynner med mareritt som ikke er gjenopplevelser av de fryktelige hendelsene. Senere i terapien kan pasienten velge også å arbeide med slike mareritt, men målet er da ikke eksponering for det traumatiske drømmeinnholdet, men utforming av en ny drømmehistorie. (For en god diskusjon av eksponeringmetodens plass i terapi med traumatiserte mennesker, se Hoklands (2006) artikkel i Tidsskriftet.)

En del pasienter opplever ikke behandlingen som troverdig, og takker nei. Noen tenker at de må bearbeide de underliggende problemene for å få kontroll over marerittene, og at direkte tiltak er nytteløse. Andre tror rett og slett ikke på at tiltak i våken tilstand kan ha noen innflytelse på hva som skjer med dem i søvne. Andre igjen kan akseptere tankegangen bak behandlingen, men føler seg ute av stand til å gjennomføre den, enten det gjelder eksponering for innholdet i marerittet eller utføring av visualiseringsøvelser. Terapeuten skal selvsagt informere, begrunne og motivere, men må samtidig kunne akseptere at dette er metoder som rett og slett ikke passer for alle.

Det er viktig at terapeuten forsøker å gjøre tilnærmingen troverdig i pasientens øyne. I presentasjonen av begrunnelsen for behandlingen kan mareritt fremstilles som innlært atferd og som vanemønstre. Mareritt kan oppstå som en tilfeldighet eller som et direkte resultat av påkjenninger og traumer, men de har etter hvert fått sitt eget liv – det er «hakk i platen». Dessuten kan terapeuten fremheve at flere vitenskapelige undersøkelser har vist at et flertall av deltakerne i mareritt-fokusert behandling har oppnådd økt kontroll over marerittene, med påfølgende reduksjon i psykiske plager, som angst, depresjon og irritabilitet. Deltakerne i disse behandlingsstudiene har vært sterkt plaget av hyppige mareritt i årevis (se senere). Denne forskningen dokumenterer altså at endring er mulig, selv om ikke alle blir hjulpet.

En nyttig innfallsvinkel er å diskutere sammenhengen mellom mareritt og søvnproblemer. Mange av pasientene har redusert søvnmengde og svekket søvnkvalitet, og de kan være enige i at tiltak rettet direkte mot marerittene kan bedre søvnen. Mareritt fører til at en blir redd for å sove, får forstyrret søvn med hyppige oppvåkninger, får knyttet uro og ubehag til soverommet, og skremmende

forestillingsbilder vanskeliggjør innsovning i etterkant av marerittet. Enkelte bruker dessuten rusmidler for å holde unna marerittene, noe som forsterker søvnproblemer.

Mange opplever at marerittene er blitt en del av hvem de er, de har fått en identitet som «offer for mareritt», slik de som røyker ser på seg selv som «røykere». Det å slutte å røyke handler om å bygge opp et indre bilde av seg selv som en «ikke-røyker». Et element i enkelte røykeslutt-programmer er å forestille seg i ulike situasjoner uten en røyk i hånden. Tilsvarende oppfordres pasienten til å bygge opp en identitet som en «vanlig drømmer» (Krakow & Zadra, 2006). En sentral del av behandlingen er nettopp rettet mot å styrke pasientens mestringsforventninger.

Denne artikkelens tema er konkrete metoder som kan hjelpe pasienter med marerittene. Jeg vil imidlertid understreke at det som et ledd i behandlingen kan ha verdi å finne en form for *mening* med marerittene ut fra hvem den enkelte er eller hva denne har opplevd i sitt liv. De skremmende drømmene kan kanskje være et viktig signal om behov for endring av livsførsel eller tenkemåter, og slik innebære en mulighet for innsikt og utvikling. Dette er et sentralt perspektiv å ha med seg inn i behandlingen.

Kartlegging

Det er viktig å sette av tid til å gå igjennom pasientens bakgrunn og livshistorie, slik at marerittene kan settes inn i en sammenheng. Dessuten er det behov for en konkret kartlegging av problemenes omfang: når marerittene begynte, utløsende hendelser, hyppigheten av mareritt, marerittenes intensitet, reaksjoner etterpå, hvilke mestringsstrategier pasienten har benyttet i forhold til marerittene, søvnproblemer og eventuelle erfaringer med tidligere behandling.

Det er en rekke aspekter ved mareritt, som betydningen de tillegges, hvor mye angst de vekker, deres opplevde realisme og opplevd grad av kontroll over marerittene. Hva tenker personen om marerittene, hvilke holdninger har han eller hun til drømmer i sin alminnelighet, og hvilke oppfatninger har vedkommende om drømmenes betydning? Gjennom slike spørsmål kan man også få avdekket eventuelle uheldige oppfatninger som bidrar til å opprettholde problemene; negative automatiske tanker, tenkemåter og leveregler som kan gjøres til gjenstand for diskusjon og evaluering. En undersøker også hvor mye tid pasienten bruker til å bekymre seg over drømmene eller til å gruble over hva de innebærer, og om slik tenkning bidrar til å forsterke ubehaget knyttet til marerittene og følelsen av fare og makteløshet.

Tiltak mot søvnproblemer

Pasienter med mareritt har ofte problemer med søvnen, og behandling av mareritt kombineres da med tiltak mot søvnproblemene. Bruk av sovemidler bør ha begrenset varighet. Ved langvarige søvnvansker anbefales: *søvnhygiene* med råd om hvordan søvnen kan forbedres; *avspenningsteknikker* rettet mot aktivering som forstyrrer søvnen; *kognitive intervensjoner* rettet mot kartlegging og endring av tanker om søvn og søvntap som er uforenelige med å få sove; *stimuluskontroll* i forhold til hvordan pasienten skal opptre for å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng og soverommet; *søvnrestriksjon*, der tiden tillatt for opphold i sengen begrenses, for så å økes gradvis idet søvnkvaliteten bedres. Disse metodene er effektive både på kort og lang sikt (Se Berge & Pallesen, i trykk; Berge & Repål, 2005; Pallesen, Nielsen & Nordhus, 2003).

Eksponeringsterapi

Marks (1978, 1987) legger vekt på systematisk eksponering, der en forestiller seg det som hendte i drømmen, som om det skjer her og nå. En skal møte angsten ansikt til ansikt, uten å forsøke å dempe frykten eller å flykte vekk. Ved mentalt å forestille seg marerittet, om og om igjen, vil det skje en form for avlæring av angsten. Over tid vil det kunne skje en viss tilvenning til skremselsbildene, som jo ikke innebærer en reell trussel. Ved å konfrontere det fryktelige på denne måten vil en styrke mestringsopplevelsen. Fra å føle seg som et hjelpeløs offer for ukontrollerbare mareritt dannes et indre bilde av en som kan mestre og som har kontrollmuligheter.

Behandlingsopplegget (se tabell 1) har i første rekke vært rettet mot personer hvis mareritt ikke har vært knyttet til traumer, og er også utformet som et selvhjelpsprogram (Burgess, Marks & Gill, 2001). Her er de viktige elementene i behandlingen:

Tabell 1. Eksponeringstrening ved mareritt (Burgess, Marks & Gill, 2001)

- Kartlegging av mareritt, hyppighet og intensitet (baseline)
- Skrive ned detaljene i marerittene, eller lese det inn på bånd

- Eksponering gjennom forestillingsøvelser, for eksempel en time daglig i fire uker, eller inntil mareritten avtar
- Regelmessig registrering av mareritt
- Informasjon om gode søvnrutiner (søvnhygiene)

Første skritt er å få et presist bilde av hvor mange mareritt du har og hvor plagsomme de er. Du kan registrere dette før du starter treningen, slik at du får et grunnlag å sammenlikne med, og for å kunne planlegge tiltak som hjelper. I løpet av minimum to uker skriver du ned antall mareritt, hvor ubehagelige de var, og antall ulike typer mareritt. Slik kan du oppdage mønstre, for eksempel om du har flere mareritt i begynnelsen av uken eller om det er bestemte temaer som går igjen. Ubehaget kan graderes på en skala fra 0 (fravær av ubehag) til 10 (ekstremt ubehagelig). Det holder å beskrive temaet i drømmen med stikkord, for eksempel «mistet noe viktig», «ble forfulgt», «holdt tale og glemte hva jeg skulle si».

Mareritt er en svært skremmende opplevelse. En begynner å frykte søvnen, og angsten ved oppvåkning kan være helt forferdelig. Da er det ikke rart at en prøver å unngå å tenke på det, og lar være å snakke med andre om detaljene i drømmen. Dette kan sammenliknes med den unngåelsen som bidrar til å opprettholde fobier, for eksempel å la være å ta heis ved klaustrofobi og skygge unna hunder ved hundefobi. Eksponeringstrening innebærer å møte ubehaget ansikt til ansikt. Du går planmessig og systematisk inn for kontakt med det ubehagelige, ved å forestille deg detaljene i det du opplevde under marerittet. Prinsippet er det samme som ved trening ved fobier, der en trener på å ta heis og på å nærme seg hunder. Metoden bygger på at angsten vil avta etter en stund, fordi det skjer en tilvenning (habituering) i kroppens alarmssystem. Treningen er ubehagelig og forutsetter høy grad av egenaktivitet. Samtidig er sannsynligheten høy for at dette over tid vil føre til at du får redusert et problem som hindrer deg i å gjøre det du har lyst til og nå de mål du har satt deg.

Du kan skrive ned detaljene i marerittet eller lese det inn på bånd. Det er viktig at du skriver med det samme du våkner opp, selv om det er midt på natten. Forsøk å få med så mange detaljer som du kan huske. Bruk første person («Jeg står midt på veien og ser bilen komme mot meg»). Beskriv hva du ser («Bilen er stor og svart»), hører («Jeg hører bremsene hvine, og at noen roper ut en advarsel»), lukter («Det lukter svidde bremser»), kjenner («Jeg får kaldsvette over hele kroppen») og smaker («Tårene smaker salt»).

Historiene du skriver ned (eller leser inn på bånd) blir utgangspunktet for treningen senere på dagen. Du leser først noen ganger igjennom det du har skrevet, lukker øynene, og forestiller deg så levende som mulig hva som skjedde under marerittet, som om det skjer her og nå, hva du ser, hører, lukter, kjenner og smaker.

Hvis du har mer enn ett mareritt, kan du starte med ett som ikke er fullt så skremmende. Når du kjenner at dette ikke lenger er så skremmende å tenke på, kan du bevege deg videre til et annet mareritt som er noe mer skremmende. Pass på at du ikke unnlater å beskrive deler av drømmen som er spesielt skremmende og ubehagelig å tenke på. Det er nettopp disse delene det er særlig viktig å tenke på. Det er lurt å finne et rom der du kan sitte i fred, og det kan gjerne være mørklagt.

Hvis marerittene fortsetter å komme, kan du under forestillingsøvelsene legge til en positiv slutt på drømmen: Hva ville du aller helst skulle skje? Også den endrete drømmen bør repeteres via forestillingsøvelser. Et eksempel er at du drømmer at du blir angrepet av en mann med kniv. Forestill deg at du lykkes i å flykte, får ringt til politiet, og at mannen blir pågrepet. Uskadd kommer du trygt hjem. Forestill deg dette så levende som mulig, som om det skjer her og nå. Du kan også eller endre deler av drømmen underveis.

Det er viktig at du er nøye med kartlegging av marerittene under hele treningsforløpet. Skriv ned dato, når treningstimen begynte og når den ble avsluttet,

innholdet i treningen, det vil si hvilket mareritt det dreide seg om, og ubehaget før, under og etter treningen, på en skala fra 0 til 10.

Hvor mye bør du trene? Dette vil variere fra person til person. Et råd er at du trener fra 30 minutter til en time daglig i minimum fire uker, eller inntil marerittene avtar. Det er viktig at hver treningsøkt varer lenge nok til at du merker at angsten og ubehaget er på vei ned.

Det er gjort noen studier for å undersøke virkningen av dette selvhjelpsopplegget. I en studie (Burgess, Gill & Marks, 1998) ble 170 voksne forsøkspersoner med hyppige og intense mareritt fordelt til tre grupper: et selvhjelpsprogram basert på eksponering, et program med en manual for avspenningsøvelser til hjemmebruk, og en venteliste-gruppe. Alle deltakerne registrerte hyppighet og intensitet i marerittene over en fire ukers periode. Etter en måned og tilsvarende etter seks måneder var det signifikant færre mareritt i gruppen som hadde benyttet seg av eksponeringstreningen. Det var flere frafall fra denne treningsgruppen, men også når disse ble regnet med i grupperesultatet som «mislykket behandling» («intent-to-treat»-analyse), var resultatene klart bedre i denne gruppen.

Grandi, Fabbri, Panattoni, Gonnella og Marks (2006) gjennomførte en åpen, randomisert studie, med et selvhjelpsopplegg basert på eksponering. Ti pasienter ved en poliklinikk hadde mareritt-forstyrrelse i tråd med de diagnostiske kriteriene i diagnosesystemet DSM-IV (APA, 2004). De ble først satt på en tre måneders venteliste. Så fikk de selvhjelpsprogrammet og ble bedt om å etterleve dette de neste fire ukene. Marerittene ble kartlagt med jevne mellomrom de neste fire årene. Alle ti fulgte opp, og ingen falt fra. Problemene bedret seg ikke de tre månedene de var satt på venteliste. Det var en markant bedring etter fireukersprogrammet, og denne bedringen holdt seg ved måling fire år etter. Resultatene i denne studien var altså oppsiktsvekkende gode. Det er interessant at virkningen var så god, selv om det omtrent ikke var kontakt mellom pasientene og behandlere.

Positive forestillingsøvelser

«Imagery Rehearsal Therapy» er den best dokumenterte metoden for å redusere hyppighet og intensitet av mareritt. Flere randomiserte, kontrollerte studier har vist god effekt (Krakow, Kellner, Neidhardt, Pathak & Lambert, 1993; Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1995; Krakow et al., 2000;

Krakow, Hollifield et al., 2001; Krakow, Sandoval et al., 2001). Disse undersøkelsene viser at mange av personene også får bedring på andre områder, som søvnproblemer, angst, depresjon og symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse. I motsetning til Marks' eksponeringsterapi er metoden først og fremst prøvd ut i forhold til mennesker som har opplevd traumer, som seksuelle overgrep, væpnet overfall og brannkatastrofer. I disse studiene har den vært gjort som gruppebehandling, vanligvis i form av fire samtaler à to timer, men behandlingen kan også gjøres individuelt. Den viktigste forskjellen i forhold til Marks' tilnærming er at behandlingen ikke er bygget på eksponering. Det sentrale er at pasienten skal konstruere en ny historie ut fra mareritt, og øve på denne «nye drømmen» gjennom daglige forestillingsøvelser.

Denne tilnærmingen til bearbeiding av mareritt har likhetstrekk med psykologen James W. Pennebakers (1997, 2004) metode «ekspressiv skriving», der en skriver ned skremmende, ubehagelige eller triste opplevelser i hverdagen. Gjennom en imponerende rekke studier over mange år har man dokumentert at slike nedtegnelser kan ha helsebringende virkning, både kroppslig og mentalt. Også mennesker som skriver om fæle ting de har opplevd mange tiår tilbake, forteller at de får klargjort og organisert tanker, satt ord på følelser og skapt en sammenheng i det de har opplevd. De vonde følelsene kommer mer på avstand. Oppgaven deltakerne får i disse studiene er følgende:

> Ved ikke å snakke om vanskelige hendelser kan en bli fanget av egne negative tanker. Ekspressiv skriving innebærer at du skriver ned tanker og følelser knyttet til en ubehagelig hendelse, som du ikke helt får ut av tankene, og som du plages av, grubler over eller bekymrer deg for. Under skrivingen er det viktig at du er helt åpen og ærlig i forhold til deg selv. Derfor skriver du bare for deg selv og ikke for andre. Målet er å komme i kontakt med egne opplevelser, og forstå det i sin sammenheng og gi det mening: dine tanker om hva som skjedde, hva du følte og hvorfor du følte det du følte.

Krakow og medarbeideres tilnærming til mareritt er i likhet med Pennebakers metode bygget på at en lager en sammenhengende historie ut av marerittet. Men den skiller seg på to vesentlige punkter: For det første behøver en ikke skrive ned historien, men bare forestille seg den mentalt. For det andre er målet ikke å skape sammenheng i den gamle historien (marerittet), men å lage en ny historie ut av den gamle.

Premisset for Krakow og medarbeideres tilnærming er at selv om marerittene kan være forårsaket av vonde hendelser og traumer, opprettholdes de som vanemønstre. Tilsvarende får mange problemer med søvnen etter å ha vært utsatt for belastende hendelser, men over tid er det andre forhold som vedlikeholder og forsterker søvnproblemene. Mareritt er nettopp en form for søvnforstyrrelse, som etter hvert har blitt en innarbeidet vane. Det positive i dette er at som lært atferd kan mareritt erstattes av andre vaner, det vil si andre og mer positive versjoner av drømmen som personen øver på, på dagtid. Pasienten lærer å endre historien ved å visualisere nye elementer inn i marerittet. Metoden er basert på at en *ikke* gir spesifikke råd om hvordan den nye historien skal utformes. Den sentrale instruksen er helt åpen: Gjør de endringer du finner ønskelig. Personen skal selv forfatte den nye historien, og alt er tillatt (Krakow & Zadra, 2006). Her er et eksempel på hvordan metoden kan presenteres:

> *Gjennom regelmessige forestillingsøvelser kan du få kontroll over marerittene. Trening i våken tilstand danner en bro inn til drømmen. Du kan starte med daglig å gjøre noen forestillingsøvelser av nøytrale eller positive hendelser. Hensikten er å styrke forestillingsevnen. Sett av fem til tyve minutter til dette. Lag dine egne historier. De kan være bygget på noe du selv har opplevd eller hørt andre fortelle om, eller de kan være ren fantasi. Det viktige er at du trener på å gjøre historiene så livaktige som mulig, som om de skjer med deg her og nå.*

Når du merker at du får til dette, kan du gå i gang med å endre historien i marerittet. Du kan starte med en drøm som ikke er fullt så skremmende å tenke på. Hvis du har vært utsatt for et traume, og har mareritt om det som skjedde da, er det svært viktig at du ikke begynner å trene på slike drømmer. Start med mareritt som ikke er knyttet direkte til den traumatiske hendelsen.

Du kan endre historien i marerittet på alle de måter du ønsker. Du er fullstendig fri til å gjøre endringer. Du kan endre på noen få elementer, bare endre slutten, eller forandre på nesten alt i drømmen. Du kan fjerne personer eller ting du ikke vil ha i drømmen, bringe inn medhjelpere, gi deg selv nye krefter eller hjelpemidler, etc. Det er utrolig mange måter du kan endre historien på; velg de endringene du foretrekker nå. Hvis du senere ikke er fornøyd med den nye historien, kan du gjøre flere endringer, akkurat som du selv vil.

Hvis du opplever at du blir for opprørt når du tenker på et mareritt, og at det blir altfor vanskelig for deg, skal du bare la være å gå inn i det. Du kan eventuelt velge å arbeide med et annet mareritt, eller utsette treningen til du føler deg i stand til å bearbeide denne vanskelige drømmen.

Husker du ikke hele mareritet, er det i orden. Poenget er å lage en ny drømmehistorie, og det kan du gjøre selv om du ikke husker alt som skjedde i den gamle drømmen.

Når du har laget en ny drømmehistorie basert på et mareritt, kan du trene på den nye fortellingen daglig, slik at den blir godt innarbeidet. Sett av passende tid til dette. Hvis du har mye å gjøre, og bare kan sette av noen minutter hver dag, så gjør i hvert fall det. Selv noen minutters trening kan være til hjelp.

Det er lurt ikke å arbeide med mer enn en til to drømmer per uke. Hvis du plages av svært forskjellige mareritt, så er ikke det noe problem. Ved å jobbe med enkelte av dem, vil du få mer kontroll over de andre. Dette skyldes blant annet at det ofte er viktige likhetstrekk i drømmer, selv om de kan virke svært ulike.

Hvis du synes at det er vanskelig å tenke tilbake på mareritet for å få fatt i historien, slik at du kan lage en ny, så husk at du bare trenger å gjøre dette en eneste gang. Etterpå, under treningen, skal du jo bare forestille deg på den nye, mer positive historien.

Hva gjør du hvis negative forestillingsbilder melder seg, til tross for du retter fokus mot den nye historien? Her er fem råd mot slike skremselsbilder:

- Du kan puste dypt inn, og så puste ut bildene
- Du kan åpne øynene, sette tyngde på føttene og fokusere på omgivelsene
- Du kan skrive ned hvordan bildene ser ut
- Du kan snakke med andre om dem
- Du kan velge å akseptere bildene, la dem være der, uten å prøve å presse dem vekk, og fortsette med det du holder på med. Om en stund vil de forsvinne av seg selv

Som nevnt er det gjort en serie med kontrollerte studier som har vist gode resultater. Krakow, Sandoval et al. (2001) behandlet kroniske mareritt i et utvalg unge jenter i alderen 13 til 18 år. Det var ni i terapigruppen og ti i kontrollgruppen. Alle hadde tidligere vært utsatt for ulike former for seksuelle overgrep. Treningen fant sted som et seks timers gruppeverksted, og besto av tre oppgaver utført i våken tilstand: Velg et mareritt, gjør de endringer i historien som du ønsker å gjøre, øv så på forestillingene i den nye versjonen, «den nye drømmen», i fem til tyve minutter hver dag. Da treningen startet, hadde jentene i snitt vært plaget av mareritt i 4.5 år, med 20 mareritt hver måned,

minimum ett mareritt hver annen natt. Etter tre måneder var det en sterk reduksjon i antall mareritt. Jentene i kontrollgruppen var fortsatt like plaget av vonde drømmer.

En annen undersøkelse, Krakow et al. (2000), inkluderte 169 kvinner med posttraumatisk stressforstyrrelse etter seksuelle overgrep, 87 i behandlingsgruppen og 82 i en venteliste-kontrollgruppe. Behandlingen besto av to tre timers sesjoner og én en times seksjon over fem uker. Det var en del frafall underveis, og bare 89 kvinner fullførte en tre måneders oppfølging (43 i behandlingsgruppen og 48 i kontrollgruppen). Både hyppighet av mareritt og symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse ble redusert i behandlingsgruppen, mens det var minimale endringer i kontrollgruppen. Behandlingseffekten var fra moderat til høy (Cohen's d varierte fra 0.57 til 1.26).

Tilsvarende resultater har vært oppnådd i andre studier, for eksempel Krakow, Johnston et al. (2001) med 62 kvinner og menn som hadde vært ofre for voldtekt eller væpnet overfall, og Krakow, Melendrez et al. (2002) med 66 menn og kvinner etter en brannkatastrofe. De fleste av deltakerne i studiene hadde hatt marerittene i mange år. I undersøkelsen til Germain et al. (2004), rettet mot 44 kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, var gjennomsnittsalderen 37 år, og marerittene hadde pågått i snitt over 19 år. Da de gikk inn i behandlingen, hadde de i snitt nesten seks mareritt per uke.

Avslutning

Hvilken metode skal man så velge? Et forslag er å drøfte dette spørsmålet med pasienten, og se hvilken av de to tilnærmingene han eller hun har mest tiltro til. En tommelfingerregel jeg har benyttet, er å foreslå eksponering kombinert med endret slutt (Marks' tilnærming) når pasientens mareritt ikke er knyttet til traumer, og anbefale Krakow og medarbeideres tilnærming ved posttraumatisk stresslidelse. Men de to tilnærmingene kan også kombineres. Et eksempel på dette er en kasusstudie med fire behandlinger, der en kombinerte eksponeringstrening, avspenningstrening og forestillingsøvelser (Davis & Wright, 2005). Resultatene var svært gode. Man oppnådde reduksjon både i hyppighet og intensitet i marerittene hos alle fire deltakere. Tre av dem rapporterte dessuten om færre posttraumatiske stressymptomer og depressive symptomer, og bedring av søvnmengde og søvnkvalitet. Slike resultater er inspirerende, fordi de gir grunnlag for optimisme når det gjelder muligheten for å vinne kontroll over marerittene.

Torkil Berge

Norsk Psykologforening

Pb 419 Sentrum, 0130 Oslo

Tlf 23 10 31 30

E-post torkil@psykologforeningen.no

Referanser

American Academy of Sleep Medicine (2005). *The international classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual (2nd ed.)*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Berge, T. & Pallesen, S. (i trykk). Søvnproblemer. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, T. & Repål, A. (2005). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. (Kapittel 10 Søvn og søvnløshet, s. 123–139). Oslo: Aschehoug.

Burgess, M., Gill, M. & Marks, I. (1998). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 172*, 257–262.

Burgess, M., Marks, I. & Gill, M. (2001). *Self help for nightmares. A book for adults with frequent recurrent bad dreams*. Utgitt av the Oxford stress & trauma centre.

Davis, J. L. & Wright, D. C. (2005). Case series utilizing exposure, relaxation, and rescripting therapy: Impact on nightmares, sleep quality and psychological distress. *Behavioral Sleep Medicine, 3*(3), 151–157.

Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., Warner, T. D. & Koss, M. (2004). Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming, 14*, 195–206.

Grandi, S., Fabbri, S., Panattoni, N., Gonella, E. & Marks, I. (2006). Self-exposure of recurrent nightmares: Waiting-list controlled trial and 4-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(6), 384–388.

Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *43*, 1150–1158.

Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M. & Koskenvuo, M. (1999). Nightmares: Familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American Journal of Medical Genetics, 88*, 329–336.

James, P. D. (2005). *Fyret*. Oslo: Aschehoug.

Kellner, Neidhardt, J., Krakow, B. & Pathak, D. (1992). Changes in cronic nightmares after one session of desensitization or rehearsel instructions. *American Journal of Psychiatry, 149*, 659–663.

Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R, Warner, T. D. et al. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA, 286*, 537–545.

Krakow, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J. et al. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 589–609.

Krakow, N., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T. D. et al. (2001). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*, 2043–2047.

Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D. & Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares: With a thirty month follow-up. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 24*, 325–330.

Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behavior Research and Therapy, 33*, 837–843.

Krakow, B., Melendrez, D. C., Johnston, L. G., Clark, J. O., Santana, E. M., Warner, T. D. et al. (2002). Sleep dynamic therapy for Cerro Grande Fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: A preliminary report. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 673–684.

Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L. & Tandberg, D. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated girls in a residential facility. *Journal of Adolescents Health, 29*(2), 94–100.

Krakow, B., Schrader, D., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, Yau, C. L. et al. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 175–190.

Krakow, B. & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine, 4*, 45–70.

Levin, R. (1994). Sleep and dreaming characteristics of frequent nightmare subjects in a university population. *Dreaming, 4*, 127–137.

Low, J. F., A., Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Kildal, M., Gerdin, B. & Ekselius, L. (2003). Chronic nightmares after severe burns: Risk factors and implication for treatment. *Journal of Burn Care & Rehabilitation, 24*, 260–267.

MacFarlane, A. C., Bookless, C. & Air, T. (2001). Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 633–645.

Marks, I. (1978). Rehearsal relief of a nightmare. *The British Journal of Psychiatry, 133*, 461–465.

Marks, I. (1987). Nightmares. *Integrative Psychology, 5*, 71–81.

Miró, E. & Martínez, M. P. (2005). Affective and personality characteristics in function of nightmare prevalence, nightmare distress, and interference due to nightmares. *Dreaming, 15*, 89–105.

Nielsen, T. A. & Zadra, A. (2000). Dreaming disorders in principles and practices in sleep medicine. I M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practices of sleep medicine* (3rd ed.; ss. 753–771). Philadelphia, PA: W. B. Sauders.

Pallesen, S., Nielsen, G. H. & Nordhus, I. H. (2003). Psykologisk behandling av søvnløshet. I T. Berge, E. D. Axelsen, G. H. Nielsen, I. H. Nordhus & R. Ommundsen (red.), *Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis* (ss. 211–227). Bergen: Fagbokforlaget.

Pagel, J. F. & Helfter, P. (2003). Drug-induced nightmares – an etiology based review. *Human Psychopharmacology, 18*, 59–67.

Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: Guilford Press (1997).

Pennebaker, J. W. (2004). *Writing to heal*. Oakland, CA: New Harbinger Publ..

Spoormaker, V. I., van den Bout, J. & Meijer, E. J. G. (2003). Lucid dreaming treatment for nightmares: A series of cases. *Dreaming, 13*, 181–186.

Zadra, A. & Donderi, D. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 273–281.

Zadra, A. L. & Pihl, R. O. (1997). Lucid dreaming as a treatment for recurrent nightmares. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*, 50–55.

WHO (1999). ICD – 10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnmostiske retningslinjer.* Oslo: Universitetsforlaget.

Publisert: 09.04.2007, Tidsskrift for Norsk psykologforening.