

# Psykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos barn og unge

Foreldre med barn med søvnproblemer trenger ofte psykologisk rådgivning. I denne artikkelen formidles nyttige erfaringer fra klinisk praksis.

TEKST

Bjørg Grova

PUBLISERT 10. april 2007

ABSTRACT:

## Psychological understanding and treatment of sleep problems in children and adolescents

Sleep problems in children and adolescents are widespread. They frequently occur together with other prevalent somatic and psychiatric conditions in childhood. Basic knowledge about sleep phenomena is important in clinical practice. As sleep is regulated by biological as well as cultural and psychological factors, it is essential to assess sleep problems in a developmental perspective and in a familial context. The importance of regulating activation to an optimal level for sleep to occur, is emphasized. The identification of factors related to the sleep problems in the child through extensive assessment is central to the development of an individualized treatment plan. The article provides useful information on how to effect necessary behaviour change in children and adolescents with sleep problems.

Keywords: sleep problems, sleep disorders, children, adolescents, clinical psychology

EMNER

Søvnproblemer

Søvnsykdom

barn

Ungdommer

psykiske lidelser

Takk til Jan Skjerve og Anne Mari Torgersen for nyttige kommentarer.

## Innledning

Engelske og amerikanske undersøkelser rapporterer at mellom 20 og 40% av barn i spedbarns- og småbarnsalder har så hyppige problemer knyttet til søvn at de oppfattes som vesentlige av familien (Meltzer & Mindell, 2006; Mindell, Owens & Carskadon, 1999; Stores, 1996; Simonds & Parraga, 1982). I barne- og ungdomsalder er tallene minst like høye (Carr, 2006; Sadeh, Raviv & Gruber, 2000). Vi mangler foreløpig både norske befolkningsstudier av forekomst av søvnproblemer i forhold til alder og tall fra kliniske

utvalg, men det er liten grunn til å tro at tallene vil være vesentlig annerledes enn i andre vestlige land.

Barn som sover for få timer i døgnet i forhold til eget søvnbehov, eller har dårlig søvnkvalitet ved at søvnen er avbrutt eller uregelmessig, vil ofte få følgetilstander som konsentrasjonsvansker, nedsatt oppmerksomhet, irritabilitet, problemer med innlæring og hukommelse, og nedsatt energi (Meijer, Habekothé & van den Wittenboer, 2000; Mindell & Owens, 2003). Familiefungeringen blir også preget av barnets måte å sove på. Noen ganger etableres det så negative samspillsirkler rundt barns søvnmønstre at det går utover det følelsesmessige forholdet mellom barnet og foreldrene.

Avvikende søvnmønster eller søvnkvalitet kan være tegn på underliggende somatisk sykdom, søvn sykdom eller være ett av flere symptomer på alvorlige psykiske vansker som angst og depresjon. Det er også knyttet til atferds- og lærevansker (El-Sheikh, Buckhalt, Cummings & Keller, 2007). Kjennskap til barnets søvn kan følgelig bidra til bedre diagnostikk. Selv om søvnen hos det enkelte individ er en biologisk styrt prosess, er den i høy grad influert av kognitive, sosiale og kulturelle prosesser. Det betyr at alle disse faktorene bidrar som regulerende mekanismer.

I denne artikkelen vil jeg si noe om hvilke kunnskaper om søvn og hvilke prinsipper og fremgangsmåter i behandling jeg som psykolog har funnet nyttige i en variert klinisk praksis med barn og familier som sliter med sammensatte eller mer avgrensede søvnevansker. Hovedvekten i artikkelen vil bli lagt på omtalen av de vanligste søvnevansker i forhold til alder, og hvordan disse kan kartlegges og behandles. Da mange tilstandsbilder kan forverres av at barnet sover dårlig, vil det være av betydning å spørre etter barnets søvn også i allmennklinikken.

## **Diagnostiske avklaringer**

For å kunne avklare søvnproblemenes karakter og alvorlighetsgrad, stille diagnose og behandle søvnproblemer, og ta avgjørelse om hvorvidt videre spesialistutredning må gjøres, er det nødvendig med noe kunnskap om normal søvnfysiologi og om forhold som påvirker søvn. Det vises til Ferber (1995) og Ursin (1996), og til Ursins (2007) artikkel i dette nummeret for en innføring. Aktiveringsbegrepet er spesielt nyttig som utgangspunkt for å forstå sammenhengen mellom indre tilstand og atferd. En må også kjenne til symptomene på de mest vanlige søvn sykdommene, slik at klienter med disse lidelsene raskt kommer til videre utredning og behandling. Søvn sykdommer omhandles i en annen artikkel i dette nummeret (Pallesen et al., 2007). På nettstedet [www.sovno.no](http://www.sovno.no) finnes en oversikt over instanser som utreder søvn sykdommer i Norge. Nettsteder for god informasjon om søvn hos barn og ungdom er [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org) (National Sleep Foundation, USA) og [www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation](http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation) (Royal College of Psychiatry).

Det er publisert tallrike artikler om søvn ved ulike tilstandsbilder hos barn, artikler som er lett tilgjengelige gjennom litteratursøk. De mest vanlige somatiske lidelser i barnealder som påvirker søvnen, er astma og allergier som kumelksallergi, luftveislidelser med forstørrede polypper og refluks, som er en plagsom

fordøyelsesslidelse. Det finnes også epileptoforme tilstander der anfall utløses under søvn (Ferber & Kryger, 1995; Stores & Wiggs, 2001). Somatiske sykdommer vil vanligvis ha symptomer som også viser seg i våken tilstand, i tillegg til forstyrret søvn. Vi skal være særlig oppmerksomme overfor barn som snorker under søvn eller virker tette i nese og svelg og tydelig puster gjennom munnen selv om de ikke har luftveisinfeksjon. De har ofte svært urolig søvn. De kan ha «Obstructive Sleep Apnea Syndrome» (OSAS) (Ursin, 1996), og skal henvises til lege for videre utredning. Hos ungdom er det viktig å kjenne til at omfattende rytmeforstyrrelser med sen sengetid og tilsvarende problemer med å komme opp om morgenen kan være tegn på såkalt utsatt søvnfasesyndrom («Delayed Sleep Phase Syndrome», DSPS). Det kan bli oversett, da livsstilsfaktorer i ungdomstiden ofte fører til samme type atferd (Ferber, 1995). Dette blir nærmere omtalt under avsnittet om søvn hos ungdom.

Det er gjort omfattende arbeid for å kartlegge og gruppere søvnforstyrrelser hos barn (American Sleep Disorders Association, 1997). For vårt formål er inndelingen i dyssomnier og parasomnier nyttig. I tillegg kommer de søvnforstyrrelsene som har høy komorbiditet med andre tilstandsbilder. De blir ikke behandlet her, selv om enkelte omtales kort. Det vises til spesiallitteratur for mer inngående og nyttige beskrivelser av disse (for eksempel Corcum, Tannock & Moldowsky, 1998; Stores & Wiggs, 2001). Dyssomnier er problemer med innsøvning, nattlige oppvåkninger, tidlige morgenoppvåkninger og forøket søvnbehov om dagen. Parasomnier er atferdsfenomener som finner sted under søvn, som søvngjengeri, snakking i søvne, enurese, tanngnissing og visse former for mareritt (Stores, 1999; Ursin, 1996). Det er denne typen søvnproblemer og fenomener vi som regel støter på i klinikken, da de er de vanligst i barne- og ungdomsalderen.

Det er gjort forsøk på å sammenstille kriterier for hva som skal defineres som et *søvnproblem* til avgrensning fra normale variasjoner i søvnatferd (Richman, 1981). Hyppighet og varighet i problematferd knyttet til søvn eller i forekomst av dyssomnier og parasomnier er vesentlige kriterier. Av betydning er også større avvik fra forventet søvnmengde og de konsekvenser søvnforstyrrelsene har for barnet og familien i dagliglivet. I en klinisk sammenheng vil utgangspunktet ofte være foreldrenes bekymringer i forhold til barnet. Jeg har møtt barn som selv definerer at de har et søvnproblem, selv om dette er mer uvanlig.

## **Reguleringsvansker**

Hos yngre barn kan vi se betydelige forskyvninger i døgnrytmen forbundet med familiestil eller mangel på ytre struktur. Stor variasjon i daglige rytmer knyttet til aktivitet, måltider og søvn i uken og endringer i forbindelse med helger kan vanskeliggjøre utvikling av et fast søvnmønster for mange barn, selv om andre ser ut til å tåle variasjonene. Søvnproblemer kan også være et uttrykk for at det er etablert uheldige vanemønstre der omsorgspersonene har overtatt for mye av barnets selvregulering. Et eksempel er ritualer ved innsøvning der foreldrenes fysiske tilstedeværelse eller strategier for nedroing, som vugging og kroppskontakt, bidrar til at

barnet ikke utvikler sin egen kapasitet for selvnedroing. Hvis barnet våkner om natten, har det etablert forventninger om de samme søvninduserende ritualene ved ny innsovning. Dette kan skape frustrasjon og uro både hos barn og foreldre, og bidra til et høyt aktiveringsnivå som er uforenlig med søvn.

I en viss forstand er alle søvnproblemer uttrykk for reguleringsvansker, da de viser at selvreguleringen ikke er tilstrekkelig for å nå det optimale aktiveringsnivået der søvn inntreffer. Vanligvis er likevel «reguleringsvansker» betegnelsen på mer omfattende problemer som viser seg på flere områder enn i tilknytning til overganger i forbindelse med søvn. Generelle vansker med tilstandsregulering gir ikke spesifikke symptomer, men er snarere uttrykk for en omfattende funksjonsforstyrrelse som kan ha mange årsaker, fra biologisk sårbarhet til medisinske, utviklingsrelaterte og psykologiske problemer (DiGangi, 2000). Hos eldre barn og ungdom er problemer med tilstandsregulering ofte knyttet til ulike tilstandsbilder med hjerneorganisk betingede dysfunksjoner som for eksempel ADHD og Tourettes syndrom (Stores & Wiggs, 2001). Søvnkarakteristika hos barn med ADHD har fått mye forskningsmessig interesse siste tiår (se for eksempel Corcum, Tannock & Moldofsky, 1998). Vi bør etterspørre søvnen under ADHD-utredning og ikke minst være oppmerksomme på fenomenet urolige bein-syndrom («restless legs syndrome»; RLS), som er en hyppig årsak til dårlig søvnkvalitet hos barn med hyperkinetiske forstyrrelser (Sørensen, 2001). Barn med slike symptomer skal henvises for nærmere søvnutredning. Atferdsforstyrrelser og generelle lærevansker er også ofte forbundet med reguleringsvansker, uten at mekanismene bak er kartlagt (Gregory, Eley, O'Connor & Plomin, 2004). I ungdomsalder kan rusmisbruk være en aktuell komorbid problematikk som vanskeliggjør selvregulering.

Mer omfattende vansker med tilstandsregulering kan altså være knyttet til ulike typer utviklingsforstyrrelser. Det er blant annet et av de vanligste symptomene hos barn med føtalt alkoholsyndrom, der mor misbrakte rusmidler i svangerskapet (Moe, 2002). Det er også vanlig hos personer med psykisk utviklingshemning og autisme (Stores & Wiggs, 2001). De kan slite med omfattende søvnproblemer. Tilknytningsforstyrrelser er en annen årsak til søvnproblemer som vi skal være oppmerksomme på (Benoit, Zeanah, Boucher & Minde, 1992). Ved søvnproblemer hos små barn finner vi ofte deprimerte mødre. Mye tyder på at mors depressive væremåte bidrar til barnas uro (Goodlin-Jones, Burnham, Gaylor & Anders, 2001). Ved alvorlige tilstander vil det være en rekke andre tegn i tillegg til problemene med søvn.

## **Psykiske lidelser**

Hos voksne kan tidlig morgenoppvåkning være del av symptombildet ved depressive tilstander. Mønstrer er ikke så klart hos barn og ungdom (Gregory, Caspi, Eley, Moffitt, O'Connor & Pouton, 2005). Stores (1996) viser til økt søvnbehov som depresjonstegn heller enn andre spesifikke problemer med søvnen, selv om innsovningsvansker også nevnes. Innsovningsvansker og urolig søvn med mange oppvåkninger er beskrevet som symptomer ved separasjonsangst og andre angstlidelser (Carr, 2006, Garland, 1995).

Angstdrømmer (i REM-søvn) er vanlig. Disse fører ofte til oppvåkning og søking av trøst, og skiller seg derved fra nattskrekkeepisodene som er beskrevet under avsnittet om parasomni.

Hyppige angstdrømmer kan føre til at barn blir redde for å sovne og vegrer seg for sengen, da de blir redde for selve angstopplevelsen som de forbinder med søvn. For barn med separasjonsangst er min erfaring at en av deres største utfordringer er å legge seg og sove på eget rom. Men det hører også til normal utviklingsangst å ha perioder med mørkredsel i førskolealder og tidlig skolealder (Marks, 1978; King, Muris & Ollendick, 2004). Skremmende forestillinger som ofte er knyttet til økende abstraksjonsevne, kan føre til vegring for å sove alene og til protester ved sengetid. Andre, som strever med tvangstanker og tvangshandlinger, kan ha så omfattende ritualer i forbindelse med legging og innsovning at det påvirker søvnlengde og fører til tretthet om dagen.

I ungdomsalderen skal vi være ekstra oppmerksomme når det gjelder store forstyrrelser av døgnrytmen. Selv om dette som regel skyldes livsstil, eller som nevnt kan peke i retning av «Delayed Sleep Phase Syndrome», *kan* det være et prodromalt symptom ved tidlig debuterende psykose. Da vil andre alarmerende symptomer opptre i tillegg. Det vises for øvrig til Fetveit og Bjorvatns (2007) artikkel om søvn og psykiske lidelser i dette nummeret av Tidsskriftet.

### **Traumer og alvorligepsykososiale belastninger**

Forstyrret søvn kan også være et uttrykk for at barnet utsettes for alvorlige overgrep som seksuelle overgrep eller vold, har opplevd traumatiske hendelser, gjennomlever en familiekrise eller lider under omsorgssvikt. I egen praksis har jeg møtt barn som ble henvist for store søvnproblemer der det viste seg at barna var utsatt for seksuelle overgrep. De hadde andre tegn på seksuelt misbruk i tillegg, men henvisende instans hadde først og fremst fått informasjon om leggeproblemer og nattlige oppvåkninger. Barns opplevelse av foreldrekonflikt over tid kan også medføre mindre total søvnmengde og forringet søvnkvalitet, noe som igjen kan føre til skolevansker og sosiale vansker på grunn av tretthet (El-Sheikh & al., 2007). Omfattende mangel på struktur og rimelig grensesetting kan være en del av mønstret ved omsorgssvikt.

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) har som regel søvnproblemer som et av sine symptomer (Carr, 2006). I dette tilstandsbildet er betydelige innsovningsvansker og angstdrømmer hyppige. Forhøyet fysiologisk aktivering gjør det vanskelig å sovne og å vedlikeholde søvnen. Angstdrømmene kan ha innhold som minner om traumene. Det kan arbeides direkte med drømmene, der barnet får hjelp til å lage andre bilder og historier (Berge, 2007) innenfor en bredere behandlingstilnærming (Halliday, 1995).

### **Parasomnier**

Parasomnier er vanlige hos barn, debuterer som regel i førskolealder og forsvinner oftest i ungdomsalder. Tidligere ble disse søvnforstyrrelsene ofte feildiagnostisert og sett som tegn på alvorlige psykiske eller nevrologiske lidelser (Stores, 1996).

Det er viktig å kjenne til kunnskapen om årsaksforhold og muligheter for behandling av parasomnier, da foreldre ofte søker råd for barnets til dels alarmerende og forvirrende nattlige atferd. Fenomenene er knyttet til overgang i søvnfaser. Min erfaring er at kunnskapen ikke er godt kjent blant barneklirikere eller andre fagfolk.

«Pavor nocturnus», eller nattskrek, som det ofte kalles på norsk, er nattlige mareritt som i eldre litteratur ble sett på som et meget alvorlig symptom. Dette er en forståelig feiltakelse, gitt slike episoders karakteristiske trekk. Barnet kan, som regel i første del av natten, skrike så forferdelig at foreldre styrter til, og finner da et barn som har alle tegn på overveldende angst, med høy hjerterefrekvens, svetting og oppsperrde øyne. Episoden kan vare fra ett til 30 minutter. Barnet virker utilgjengelig for ytre påvirkning, svarer ikke på spørsmål eller trøst, tåler ikke å bli tatt i, kan kanskje ytre en setning om et skremmende bilde, og husker ikke noe av hendelsen dagen etter. Dette står i kontrast til angstdrømmen knyttet til REM-søvn, der selv små barn kan fortelle en liten historie om noe skremmende de har drømt, de er mottakelige for trøst og angstdempende tiltak og husker episoden dagen etter. Foreldrene kan bekymre seg for om barnet deres er alvorlig sykt, om det utsettes for mobbing eller overgrep som de ikke vet om, eller om dette er starten på en alvorlig psykisk lidelse, og vil ha behov for informasjon om og normalisering av fenomenet.

Etiologien ved parasomnier er fortsatt ikke kartlagt, men de oppfattes som utviklingsrelaterte fenomener med en viss genetisk komponent. De fleste vokser ut av forstyrrelsene i ungdomsalderen (Carr, 2006). For en oversikt over parasomnier, hva de henger sammen med, og mer utfyllende informasjon om hvordan de kan behandles, se Stores (1999, 2001), Mindell og Owens (2003) eller nettstedet [www.sovno.no](http://www.sovno.no)

I kartlegging av parasomniene bes foreldrene om å beskrive i detalj hvordan vanskene ytrer seg:

Når på natten finner episodene sted?

Hvordan reagerer barnet på ytre stimulering og forsøk på trøst?

Er det andre i (den utvidede) familien som har mareritt, går i søvne, snakker i søvne, skjærer tenner eller viser andre tegn til parasomnier?

Det er som regel ikke vanskelig å få beskrivelser som stemmer med de karakteristiske trekkene og der familieopphopningen er tydelig. Frekvens, varighet, debut, utviklingshistorie, sovemiljø, medisinske forhold og kartlegging av barnets totale situasjon er viktig her som ellers for å stille differensialdiagnose.

Behandlingen av nattskrek starter med en gjennomgang av den sannsynlige utviklingsgangen og hvilke forhold som kan påvirke tilstanden. Vi kan fortelle både barn og foreldre at dette sannsynligvis er noe barnet vil vokse av seg, og at søvnforstyrrelsen ikke er tegn på alvorlige somatiske eller psykiske lidelser. Foreldre spør ofte hvordan de skal forholde seg under episodene, om det er farlig å vekke barnet, hvordan de skal trøste og få avsluttet episoden. Mange har erfart at det blir verre dersom de tar rundt barnet eller forsøker de trøstemetodene som virker i våken tilstand.

Tatt i betraktning at barnet delvis er i dyp søvn, er vekking ikke farlig, men vanskelig, og kan ofte øke aktiveringen. Bruk av rolig stemme som gjentar budskapet om at de er trygge og passet på, kan være til hjelp. Foreldre rådes til å prøve seg forsiktig fram slik at de finner det som roer deres barn best. Ofte er det faktisk å *ikke gripe inn*. *Utover informasjon og rådgivning har ikke psykologisk behandling vist seg å ha en spesifikk effekt*. En innovativ metode er utviklet av Lask (1995), som med bakgrunn i kunnskapen om fenomenet utviklet en spesiell vekketeknikk. Han ba foreldre observere klokkeslettet for når episodene kom, gjennom en to ukers periode. Selve intervensjonen besto i å vekke barnet fem til ti minutter før dette klokkeslettet, og gi det betryggende omsorg i en kort periode før det la seg til å sove igjen. Rasjonalen var at dette avbrøt en «feilprogrammert søvnzyklus» og startet en ny. Han rapporterte bedring med rask virkning i en undersøkelse av 50 barn.

Det gis spesifikke råd om å etablere gode vaner knyttet til søvn, da uregelmessig døgnrytme og søvnmangel bidrar til hyppighet. I tilfeller der episodene forekommer svært ofte, som hver eller nesten hver natt, har medikamentell behandling vært benyttet. Det kan ha en god effekt på hyppigheten, men med stor sjanse for tilbakekomst ved seponering (Mindell & Owens, 2003).

Når det gjelder barn som går i søvne, er foreldre som regel mindre bekymret, men de søker råd om hvordan de skal forholde seg dersom dette foregår ofte og forstyrrer andres søvn. Også her lurte mange på om det er uheldig å vekke, og igjen er svaret at det kan være vanskelig. En søvngjenger kan virke målbevisst i sitt forsett, og har gjennom dette bidratt til den allmenne oppfatningen om at dette er en person som drømmer. Vanligvis er det ikke knyttet noen spesielle forestillinger til episoden som huskes etterpå, men det er enkeltrapporter om at personen følte noe måtte utføres, og at hindringer av dette ble opplevd som skremmende. Det viktigste rådet når det gjelder søvngjengeri, er å sikre mot fall og ulykker – ikke sove i øverste køye eller ha rom med dør rett ut mot trapp da det stikk i strid med folkelige oppfatninger slett ikke er slik at en søvngjenger har særlig god kontroll og balanse. Utover å ta visse forholdsregler for å forebygge skade gjelder de samme prinsippene om informasjon og rådgivning som ved nattskrek.

Ved enurese er bruk av alarmapparat den behandlingen som har best dokumentert effekt, dersom metoden tilpasses barnet og familien. For beskrivelse av tilnærmingen og oversikt over relevante suksessfaktorer vises det til Carr (2006).

### **Søvn og søvnevansker i utviklingsperspektiv**

Holdninger og forventninger til barns søvnatferd er betinget av rådende kulturelle oppfatninger og av familiens fortolkninger og erfaringer. Betingelser for å indusere og vedlikeholde søvn, samt regulering av døgnrytmen, influeres direkte av den sosiale konteksten. Barnets iboende rytme og evne til tilstandsregulering påvirker i sin tur konteksten gjennom barnets aktive bidrag i samspillet. Fortsatt blir rolige spedbarn med god tilstandsregulering kalt «snille», og de får foreldrene til å føle seg kompetente, mens de urolige barna har motsatt effekt.

Studier (Roffwarg, Muzio & Dement, 1966) viser at det som kalles «søvnens arkitektur», det vil si fordelingen av søvnfasene, gjennomgår en karakteristisk forandring i de første fire–fem leveårene. I første leveår er det ca. 60 minutter mellom hver søvnzyklus, og søvnperioden starter med REM-søvn. Dette endres gradvis fram til fireårsalderen. Etter dette alderstrinnet likner søvnmønstret det man finner hos voksne, med sykluser av ca. 90 minutters varighet og med mest NREM-søvn i starten av søvnperioden. Fordelingen av søvnperiodene gjennom døgnet følger et mønster med lengre og lengre søvnperioder om natten, mens dagsøvn avtar. Rundt fireårsalderen har de fleste barn ikke lenger faste perioder med dagsøvn, selv om mange blir trette midt på dagen og kan trenge en hvilepause. Det kan skape store problemer i familier hvis barnets søvn avviker mye fra forventet mønster. De hyppige nattlige oppvåkningene hos enkelte barn i spedbarnsalderen kan ha sammenheng med at de er vant til å våkne like før de starter på en ny syklus. Det kan være viktig å gi foreldre informasjon om dette mønstret for å understøtte at de ikke skal gripe inn for tidlig når de oppfatter at barnet våkner.

### Sover barnet og ungdommen nok?

Dette er et vanlig spørsmål fra foreldre. Søvmengden er knyttet til kulturell praksis og individuelle behov, så spørsmålet kan ikke besvares på en enkel måte. Vurdering av barnets tretthetsnivå om dagen er viktig. Tretthet hos barn og ungdom kan ytre seg som åpenbar søvnighet, men som tidligere nevnt er det ofte uro, konsentrasjonsvansker og mangel på energi som viser til utilstrekkelig søvn (El-Sheikh et al., 2007). Kartlegging av søvmengde er derfor viktig også når andre problemer står i fokus. Sørensen (2001) fant i en undersøkelse av norske ungdommer at de kronisk manglet litt søvn. Den årlige kartleggingen av barns søvn som gjennomføres av National Sleep Foundation i USA (American Poll, [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)), konkluderte i 2004 med at alle de studerte aldersgruppene fra 0 til 10 år sov mindre enn anbefalt. Oversikten i tabell 1, som viser gjennomsnittstall i forhold til alder, kan gi en pekepinn, men må benyttes med reserverasjoner, da det som kjent er store individuelle variasjoner i søvnbehov.

**TABELL 1. SØVMENGDEN I FORHOLD TIL ALDER (ETTER FERBER, 1995)**

<b>Alder</b>	<b>Gjennomsnitt timer søvn</b>	<b>Organisert gjennom døgnet</b>
1. leveår	Ca. 16 timer	Gjentatte kortere søvnperioder, lengst sammenhengende om natten. Flere søvperioder om dagen. Ca. ½ år: To søvnperioder om dagen. Ved 1 års alder, dagsøvn organisert i en lengre sammenhengende periode
2 års alder	Ca. 13 timer	Sammenhengende nattesøvn, men korte oppvåkninger vanlig. En søvn- eller hvileperiode på dagtid.



**TABELL 1. SØVNMENGDE I FORHOLD TIL ALDER (ETTER FERBER, 1995)**

3 års alder		
5 års alder	Ca. 11 timer	Sammenhengende nattesøvn. Korte oppvåkninger vanlig. Individuelle forskjeller i søvnbehov tydeligere.
9 års alder	Ca. 10 timer	Sammenhengende nattesøvn. Ellers som ovenfor.
14 års alder	Ca. 9 timer	Natt. Ofte økt søvnbehov, også av biologiske grunner. Mange ungdommer har avvikende døgnrytme og opparbeider i tillegg underskudd på søvn.
17 års alder	Ca. 8 timer	Natt.

## Sovested

Kampen i hjemmet står ofte om hva som er egnet sovested for barn. Er egen seng og eget rom et bedre sovested for barn enn foreldresengen? For mange oppleves det å dele seng med barna som en enkel og naturlig måte å takle problemer med innsovning og nattlige oppvåkninger i småbarnsalder på, da foreldre erfarer at barna roer seg fortere dersom de sover sammen med de voksne. Det er en forholdsvis ny kulturell praksis i Norge at små barn forventes å sove alene. Dagens praksis med egne barnerom fra tidlig alder (ofte fra ett års alder eller før) er derfor lite studert som faktor i etablering av god søvn. Mange foreldre foretrekker å la barnet sove i egen seng på foreldresoverrommet det første leveåret. Fast samsoving i spedbarnsalderen frarådes på grunn av faren for krybbedød (Markestad, 2003).

Konsekvensene for familien av å ha barn i foreldresengen må avveies. De fleste barn sover godt alene dersom dette er etablert praksis fra tidlig alder. Dersom store barn sover fast i foreldresengen eller på foreldrenes soverom, fører dette ofte til problemer. Foreldrene får dårligere søvnkvalitet fordi deres søvn forstyrres av urolige barn i foreldresengen, og det kan bygge seg opp en irritasjon hos foreldrene over at de aldri får være alene. Da vil rådet være å konsekvent følge barna tilbake til deres egen seng. Dette er imidlertid et råd som ofte ikke virker, fordi foreldrene ikke klarer å gjennomføre det fordi de er for trette. Resultatet blir skiftende (intermitterende) forsterkning for å protestere mot å ligge i egen seng. Det mest gjennomførbare kan være å legge seg på en madrass på gulvet på barnets rom i en periode, slik at barnet vennest til å sove i egen seng.

Det er viktig å se barnas mestring av atskillelse ved innsovning og det å sove alene som en utviklingsoppgave det er en fordel klare innenfor de rammene som er vanlige i vår

kultur. De fleste foreldre anser at dette mestres i halvannet- til toårsalderen, og har likevel stor toleranse for at barna påkaller foreldrene om natten dersom de trenger det. Utviklingsoppgaven er flyttet ned i alder som en konsekvens av mindre barneflokker og økende velstand.

«Barneværelse» er ikke en hyppig brukt betegnelse lenger, nå heter det «eget rom». Psykologens oppgave er gjerne å se på om det kan etableres bedre rammer for å mestre utviklingsoppgaven for dem som sliter med den. Det betyr at vi konkret kartlegger sovested som seng og rom. Er det for mye lys og bråk rundt, vil dette kunne hindre innsovning. Er det for stille og mørkt, kan det være like forstyrrende. Her er det spesielt viktig å høre barnets egen beskrivelse. Et hjemmebesøk kan være nyttig som ledd i kartleggingen. Noen barnerom er så fulle av leker og tekniske underholdningsapparater at det er uforenlig med signaler om nedroing. Andre har dårlig luftkvalitet eller en plassering i huset som er uheldig, for eksempel langt unna foreldre eller søsken.

Antakelig er den konkrete kartleggingen av sovested viktigere i barnealder enn senere, men også ungdom bør spørres om dette. De har ofte en dårlig skjerming av sovestedet sitt, slik at det blir vanskelig å avslutte aktivitet og få tydelige signaler som forbindes med søvn.

### **Søvnvansker i spedbarnsalder**

Søvnvanskene i spedbarnsalder henger sammen med de generelle utviklingsoppgavene: etablering av døgnrytme, utvikling av kapasitet for selvnedroing, regulering av overgangen fra våken til søvn og vedlikehold av søvnen gjennom natten.

I de første levemånedene er oppgaven for barnet og foreldrene å etablere gode mønstre, både i tilstandsregulering generelt og ikke minst i etablering av døgnrytme. Da spedbarn har et større innslag av REM-søvn og kortere søvnfaser, vil de ofte ha mange korte oppvåkninger i løpet av søvnperioden (Anders, Halpern & Hua, 1992). Som regel er oppvåkningene av så kort varighet at de ikke oppdages av omgivelsene. Dersom barnet ikke selv klarer roe seg ned og falle i søvn igjen, kan det føre til at foreldrene påkalles gjennom skriking eller raskt griper inn fordi de tror det er nødvendig for å roe barnet. Kapasitet for selvnedroing er avgjørende for hvor mye barn klarer å regulere sin egen tilstand. Etablering av vaner gjennom læring er en viktig faktor fra tidlig alder. Egenskaper ved barnet som nevnes som årsaker til hyppige oppvåkninger, er temperament, allergier og andre somatiske årsaker. Amming er en faktor som påvirker nattlige oppvåkninger, da det er vist at barn om natten, våkner oftere (Stores, 1996; Zuckerman, Stevenson & Bailey, 1987), noe som også gjelder for tvillinger som ammes (Grova & Torgersen, 2003). Dette er ikke en grunn til å avvenne fra amming, men det anbefales ikke å la barnet sovne ved brystet, da dette lett etableres som en søvninduserende vane.

Foreldre som tar i bruk omfattende ritualer ved innsovning om kvelden som involverer dem, vil ofte oppleve at et lite barn trenger samme innsovningsmetode etter nattlige oppvåkninger. Kosestunden på sengekanten blir en belastning dersom den skal gjentas flere ganger i løpet av natten. Både ved innsovning og ved nattlige oppvåkninger

anbefales det derfor å avslutte amming eller andre aktiviteter før barnet sovner, og la det finne sin egen metode for overgang til søvn.

For barn med store reguleringsvansker er det nødvendig med mye støtte utenfra for å få barnet ned i aktivering. Støtten utenfra bør gradvis reduseres over tid. De fleste foreldre ser fram til at barnet sover sammenhengende gjennom natten. En «natt» defineres som sammenhengende søvn i tidsrommet fra midnatt til kl. 05 om morgenen. Moore og Ucko (1957) fant at 50% av alle spedbarn klarte dette ved tre månedersalder, mens 83% hadde etablert mønstret ved seks måneders alder. Ca. 10% hadde ved ett års alder ennå ikke etablert et fast mønster med sammenhengende søvn. En del av barna som sov sammenhengende i de første månedene, begynte å våkne igjen etter seks måneder. Funnene er bekreftet i senere undersøkelser (Mindell & Owens, 2003).

Evnen til selvnedroing («self-soothing») ser ut til være den viktigste kapasitet hos spedbarn og småbarn for tilstandsregulering. Den antas å henge sammen med individuelle forskjeller i temperament og sentralnervøs modning, men er også påvirket av samspillfaktorer og miljøets tilrettelegging av hensiktsmessige vaner (Morrell, 1999). Ofte skyldes problemene et etablert vanemønster gjennom samspill. Foreldre kan mistolke barnets atferd i en søvnfaseovergang som våkenhet og gripe inn for tidlig, slik at de kommer til å vekke barnet i overgangene mellom dyp og lettere søvn eller i REM-fasene. Dette etablerer et vanemønster der barnet må hjelpes tilbake til søvn gjennom nedroende tiltak fra foreldrene. Dersom disse ikke kommer, svarer barnet med økende aktivitet, ofte i form av skrik og gråt. Oppvåkningen som var forårsaket av inngripen utenfra, tolkes som uttrykk for sult, smerter, angst eller ensomhet. Foreldrene vil så forsøke å møte det de tror er barnas behov, og kan komme inn i forsterkende sirkler der oppvåkningene inntreffer hyppigere og hyppigere og barnet trenger mer og mer omfattende tiltak for å roe seg. God foreldreatferd inneholder sensitivitet overfor barns behov og avhjelping av disse, men på søvnområdet er det viktig å ha fokus på barnets kapasitet og læring knyttet til å roe seg selv. Tilpasset foreldreatferd vil være å avvente signaler på våkenhet og deretter minimal intervensjon for nedroing.

Barn med hyppige nattlige oppvåkninger har ofte sin lengste sammenhengende søvnperiode på dagtid. De har også ofte uregelmessige morgentidspunkt da den foregående nattens våkeperioder altfor ofte bestemmer rytmen for dagen etter. Dermed forskyves alle tidspunkt, og det blir vanskelig for barnet å etablere faste rutiner. Dette kan reguleres inn i et bedre døgnmønster gjennom å fastsette et fast morgentidspunkt og lage en plan over dagen der aktivitetsperioder, søvn og måltider sees i sammenheng. Tidene må overholdes som rimelig faste både i hverdag og helg, og barnet må vekkes dersom det sover for lenge. Det er som regel mye lettere for foreldre å følge en dagplan enn en nattplan, så det kan være et godt sted å starte (Grova, 2006). I mange tilfeller hjelper dette også for nattlige oppvåkninger.

### **Søvnproblemer i småbarnsalder**

Rutiner ved legging og innsovning kan bli svært omfattende, ikke minst i småbarnsalder. Kartlegging av foreldreatferd er nødvendig, da den kan være både for

lite ivaretagende og for grenseløs.

Problemer her opptrer hyppigere i visse perioder, knyttet til barnets kognitive utvikling. Når evnen til abstraksjon øker, øker også barnets evne til å forstå at foreldrene potensielt er tilgjengelige. Sammen med autonomiutviklingen kan dette føre til store leggeproblemer i en periode. Protest ved legging og innsovning er vanlig hos mange i toårsalderen. Dersom vanskene varer ved, kreves mer grundig kartlegging og tiltak som tar hensyn til de spesifikke problemene. Det er viktig å se dette som utviklingsrelatert og hjelpe foreldre til gode rutiner. Sekundærgevinst og skiftende forsterkning av protestatferd er vanlig.

Bruk av «overgangsobjekter», som smokk, bamse eller en myk klut, fremmer småbarns evne til selvnedroing, sammen med et godt og tilpasset leggeritual som ivaretar barnets behov for en gradvis nedtrapping av aktivitet. Barn som har separasjonsangst, viser dette ofte i leggesituasjonen. Denne vil også vises i andre adskillelessituasjoner og er ikke i så stor grad knyttet til alder. Nattlige oppvåkninger utover spedbarnsalderen må vurderes i forhold til somatisk tilstand, vaner, parasomnier, aktivitet og hendelser på dagtid. Mange barn i førskolealder våkner etter angstdrømmer (REM-faserelatert), der innholdet ofte er knyttet til økende abstraksjonsevne. Dette kan sees som en del av denne fasens utviklingsangst. Barna må trøstes og roes, uten at det bør lede til omfattende nattlige intervensjoner.

En vanlig måte å forholde seg på når det gjelder problemer med nattlige oppvåkninger i småbarnsalder, er å redusere dagsøvnen. Dette kan faktisk føre til økte vansker, da barnet for å motvirke sin tretthet øker aktivitet og uro. En god sove- eller hvileperiode midt på dagen roer ned og gir overskudd til aktivitet utover ettermiddagen, noe som igjen bevirker tretthet ved sengetid. Fram til tre års alder og gjerne lenger er en fast dagsøvnperiode som ikke er plassert for sent på dagen, et godt tiltak for å bedre nattesøvn ifølge min erfaring. Det understøttes også av Mindell og Owens (2003). Dette er stikk i strid med hva foreldre tror, og de kan ha fått råd i motsatt retning, så her trengs det opplysning. Mange og ukontrollerte søvnperioder på dagtid, og særlig på ettermiddagstid, vil derimot kunne utsette innsovningstiden og skape vansker.

Vi må alltid ha in mente at foreldre til barn med mange nattlige oppvåkninger selv er søvndepriverte, slik at de kan oppleve alle velmente forsøk på å skape atferdsendring som krav som overstiger deres tilgjengelige krefter. Tiltak må basere seg på en realistisk vurdering av hva som er mulig å få til, og vurderingen må gjøres sammen med familien.

### **Søvnproblemer hos barn i skolealder**

Mye av det som er omtalt i forrige avsnitt, er også aktuelt i skolealderen. I klinikken møter vi ofte leggeproblemer, krevende innsovningsrutiner, sviktende selvnedroing, lang innsovningstid og nattlige oppvåkninger hos barn i skolealder. Rytmeforstyrrelser og avvikende sovested forekommer hyppig. I tillegg kommer parasomnier og vanskene med regulering av egen tilstand som er knyttet til ulike tilstandsbilder.

I skolealderen vil fokus ofte være på de indre faktorer hos barnet selv, så som bekymringer, fortolkninger av hendelser, lav selvfølelse og skjult angst. En del barn ligger våkne om kvelden og lytter etter foreldre som krangler, noe som fører til redusert søvnmengde og påfølgende dagtrettighet (El-Sheikh et al., 2007). Det er viktig å få barnet selv i tale og gi mulighet for bearbeiding av tanker og følelser. Dette står ikke i motsetning til analysen av de ytre forholdene rundt søvn og kartlegging av søvnvaner og av hvilke konsekvenser problemene har for alle involverte parter. Foreldrenes forventninger om at utviklingsoppgaven knyttet til å sovne alene på eget rom nå bør være løst da barnet er blitt «stort», kan føre til intense protester som blir opplevd som uttrykk for opposisjonell atferd, heller enn forstått som engstelse og lav mestring.

### **Søvnproblemer hos ungdom**

Avvikende søvnrytme er en vanlig grunn til at ungdom sover dårlig. De holder en døgnrytme med fast morgentidspunkt gjennom uken, mens innsovningstidspunkt ofte varierer. Det opparbeides et søvnunderskudd, og i helgene forsøker de å «sove ut» på dagtid, samtidig som kveldstidspunktet blir lagt enda senere. Stores (1996) peker på at av biologiske grunner ser ut til å øke i 13–14-årsalderen, mens søvnmengden totalt sett går ned på grunn av livsstilsfaktorer. En av de få norske søvnstudier som er gjort på ungdom (Sørensen & Ursin, 2001), viste en gjennomsnittlig variabilitet på nesten tre timer i søvnlengde mellom ukedag og helg. Flertallet av ungdommene anga at de fikk utilstrekkelig søvn, på spørsmålet om subjektiv vurdering av søvnbehov.

Gjennomsnittlig tid i sengen før skoledag var 7,3 timer. Selv om denne undersøkelsen er gjort på et forholdsvis lite utvalg ungdommer (N = 22) fra samme skoleklasse, gikk resultatene i samme retning som utenlandske undersøkelser.

Lang innsovningstid, nattlige oppvåkninger og nedsatt søvnkvalitet kan være uttrykk for komorbide psykiske vansker, dårlig døgnregulering, utsatt søvnfasesyndrom, livsstilsfaktorer, prestasjonspress, emosjonelle vansker og annet som aktiverer ungdommen. Noen trener for sent på kvelden, drikker mange koffeinholdige drikker eller bruker rusmidler som også påvirker søvn. Det er nødvendig å kartlegge slike faktorer. Ungdommenes sovemiljø er lite omtalt i søvnlitteraturen. I klinisk praksis har jeg erfart at sovestedet kan inneholde en lang rekke aktiverende forhold, som TV, PC, musikk og, ikke minst, påslått mobiltelefon gjennom natten slik at alle meldinger fra venner kan mottas og eventuelt svares på. Ikke noe av dette fremmer god søvn. Det omtales som «søvntyver» i opplysningslitteratur for foreldre ([www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)).

### **Kartlegging ved søvnvansker**

Da søvnproblemer hos barn og ungdom oftest er multifaktorielt bestemt, er det nødvendig med et bredt fokus i kartleggingsprosessen. Den må resultere i så mye konkret informasjon som mulig om relevant kontekst, problemer og ressurser hos barnet og familien. I tillegg må det innhentes spesifikk informasjon om søvnutvikling og søvnproblemer. Vårt viktigste redskap er det kliniske intervjuet, som omfatter problembeskrivelsen med spørsmål om varighet, hyppighet og intensitet, og spørsmål

om variasjoner i forhold til ulike situasjonsbetingelser. Konsekvenser av å ha søvnproblemene og tidligere løsningsforsøk er viktig, da de fleste har forsøkt svært mye for å mestre dette selv. Tabell 2 gir oversikt over hva søvnintervjuet bør inneholde.

**TABELL 2. OVERSIKT OVER KARTLEGGINGSOMRÅDER**

<b>Område</b>	<b>Enkeltfaktorer</b>
Aktuell situasjon	Problembeskrivelse; varighet, hyppighet og omfang; foreldrenes syn på årsak; tidligere tiltak og effekten av disse.
Familiens situasjon og ressurser	Foreldrenes arbeidsforhold, helsetilstand, boligforhold, sosiale situasjon. Bekymringsnivå. Samliv, konflikt- og konfliktfrie områder, foreldre; konflikt- og konfliktfrie områder i foreldre-barn-samspeillet; foreldres arbeidsdeling dag, i leggesituasjoner og ved nattlige oppvåkninger; avlastningsmuligheter; generelt tretthetsnivå; håp om bedring, motivasjon for endring.
Utviklingsanamnese for barnet/ungdommen	Svangerskap, fødsel, neonatalperiode; sykdommer; utviklingstakt; ressurser og sterke sider; andre problemer enn henvisningsgrunn. Foreldrenes generelle opplevelse av barnet.
Søvnanamnese for barnet/familien	Detaljert kartlegging av søvnproblemene; detaljert kartlegging av søvnutvikling over alder; kartlegging av sekundærgevinster; forhold knyttet til sovested; andre i familien med søvnproblemer? Kartlegging av parasomnier, også i familieperspektiv. Medisinske problemer? Pustevansker på dagtid og om natten? Tilstand om dagen? Konsekvenser av dårlig nattesøvn – barnet og familien; håndtering av søvnproblemene/effekt. Holdninger/forventninger og kognisjoner knyttet til søvn, barn og foreldre. Hvem gir råd? Reaksjoner på råd; kartlegging av praktiske løsninger, kort og lang sikt.

Resultatet av kartleggingen munner ut i en oppsummering – ofte kalt en «kassformulering» – der vi oppsummerer og avveier informasjonen vi har samlet inn, og i tillegg lager arbeidshypoteser om utløsende og vedlikeholdende faktorer. På dette grunnlaget kan vi så formulere en behandlingsplan som kan deles med familien. Ofte er samtalen om hva som kan gjøres, også en samtale om hva det er rimelig å forvente. Her vil informasjon om normal søvnutvikling og søvnhygiene ha sin naturlige plass.

Kartleggingsintervjuet kan ikke erstattes av andre metoder, men kan suppleres med selvutfyllingsskjemaer som gir detaljert søvninformasjon. Det finnes en rekke slike (Chervin & al., 2000; Owens, Spirito & McGuinn, 2000), foreløpig uten autoriserte norske oversettelser. Det som er et nødvendig redskap i kartleggingen og i behandlingen, er en «søvnlogg» eller søvndagbok. Det finnes ulike måter å føre den på – det kan være et enkelt skjema med opplysninger om sengetid, innsovningstid og

registrering av oppvåkninger samt søvnperioder på dagen, eller med mer omfattende beskrivelser (Mindell & Owens, 2003). Selv har jeg hatt mye nytte av et «klokkeskjema» jeg utviklet for å lette registrering av søvn, våkenhet og måltider gjennom døgnet (Grova, 2006). Dette visuelle hjelpemidlet gjør det lett å registrere og lett å skaffe seg oversikt over viktige mønstre. På nettstedet [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org) ligger det et skjema utviklet for barn som er lett å fylle ut. Det kan enkelt oversettes til norsk og tas i bruk av barn og foreldre i samarbeid. Det er viktig at det samles systematiske opplysninger gjennom minst en uke (helst to) før tiltak settes i verk. Registreringen må dessuten gjennomføres gjennom hele behandlingen, slik at endringer eller mangel på endring raskt kan identifiseres.

Det bør henvises til nærmere søvnutredning når søvnproblemene er av uvanlig karakter eller ikke lar seg påvirke gjennom systematiske tiltak.

## **Behandlingsprinsipper**

Behandlingsplanen rettes mot å påvirke faktorene som skaper uro eller hemmer barnets evne til å roe seg selv ned, da dette er forutsetningen for at søvnen kan inntre og vedlikeholdes. Behandlingsmålene må individualiseres på grunnlag av den gjennomførte kartleggingen. Dette er selve bærebjelken i behandlingsmodellen – identifisering av uroskapende forhold og forsterkningsbetingelser som gjør det mulig å arbeide målrettet og systematisk for å endre disse. Både kontekst og individfaktorer er i fokus. Informasjon om søvn og søvnhygiene inngår oftest som en del av behandlingen.

Planen kan innebære at vi jobber med foreldrene slik at de etablerer gode rutiner, regulerer sine forventninger til barnets søvn eller endrer kognisjoner og atferd som opprettholder søvnvanskene. Min erfaring er at mange barn i skolealder kan ha stor nytte av kognitiv atferdsterapi og av å lære avspenningsteknikker slik at de direkte erfarer at de kan regulere egen anspenning og uro. Teknikkene kan øves inn på kontoret og trenes på hjemme før de tas i bruk ved innsovning. Vi hjelper altså både foreldre og barn til å bearbeide bekymringer og depressive tanker, foreslår endringer i sovemiljø, jobber med å regulere døgnrytme eller motiverer for familiebehandling. Oftest må vi arbeide med endringer på flere arenaer. Vi må alltid ha et familieperspektiv, og som regel må vi arbeide med flere personer. Barnet eller ungdommens egen motivasjon for endring kan være lav i forhold til foreldrenes. Da gjelder det å finne gode delmål og relevante forsterkere. Den langsiktige effekten, knyttet til bedret søvn som en subjektiv opplevelse av uthvilthet, mer overskudd til læring og moro, bedret samspill og mindre irritabilitet, kommer etter hvert. Dessuten er vanemønstre til stor hjelp for å vedlikeholde atferd. Gode vaner er like styrende som dårlige. Er det etablert gode søvnvaner, vil vanene i de gitte situasjonene utløse atferd som er tilpasset, og belønningen kan høstes i form av kortere innsovningstid, bedre søvnkvalitet og øket velbefinnende på dagtid. Søvnregistreringen gir løpende informasjon om tiltak er utilstrekkelige og om eventuelle behov for videre utredning.

Opplæring i søvnhygiene og tiltak for å regulere døgnrytme har i min kliniske praksis vist seg å bedre mange søvnproblemer selv om de i utgangspunktet arter seg forskjellig.

Et enkelttiltak jeg har hatt stor nytte av i mange ulike søvnsaker, er som nevnt etablering av en bedre døgnrytme gjennom å fastsette et fast morgentidspunkt som resten av døgnet reguleres i forhold til. Dette er nyttig både for de små og for ungdommene. Rasjonalen for dette fant jeg hos Ursin (1996). Tiltaket er lite omtalt i behandlingslitteraturen for søvnproblemer, der er fokus som regel fast kveldstidspunkt. Men etablering av struktur, grensesetting og gode nedtrappingsritualer er også tiltak som reduserer problemer med søvnregulering. Bearbeiding av holdninger til søvn og kognitiv restrukturering kan ha stor effekt og inngår ofte i foreldrerådgivning. Vesentlig er også atferdsteknikker, som ignorering og gradvis ekstinksjon av oppmerksomhetssøkende atferd ved å innføre stadig lengre tid mellom barnets påkalling og foreldrenes sjekking (Ferber, 1995), belønningsopplegg og stimuluskontroll. Ulike atferdsopplegg har vist effekt (Richman, Douglas, Hunt, Lansdown & Levere, 1985). For mer inngående beskrivelser av ulike behandlingsopplegg, se Mindell og Owens (2003) eller Carr (2006), og tidligere nevnte nettsteder.

Ungdom kan trenge intensiv hjelp til å regulere sin døgnrytme, som ofte varierer i altfor stor grad gjennom ukedagene og helgen. Rytneforstyrrelsene vil forverre andre søvnvansker. Som tidligere nevnt vil de som har DSPS, trenge stor behandlingsinnsats. Opplegg er beskrevet av Ferber (1995) og Ursin (1996).

Det er grunn til å minne om at også ved tilstandsbilder der søvnvanskene sees som sekundære i forhold til grunnlidelsen, kan direkte arbeid for å bedre søvnkvalitet være av stor betydning. Noen sentrale prinsipper for søvnbehandling er oppsummert i tabell 3.

**TABELL 3. OVERSIKT OVER BEHANDLINGSPRINSIPPER I SØVNBEHANDLING**

<b>Mål</b>	<b>Prinsipper - styrende faktorer</b>
Bedret søvn - mengde, kvalitet og organisering gjennom døgnet	Kunnskaper om søvn i et utviklingsperspektiv viktig for å forstå søvnproblemenes karakter. Grunnlag for endringsplan.
	Det er ofte noe som igangsetter søvnvansker, og noe annet som vedlikeholder dem. Kortsiktige løsninger skaper ofte langsiktige problemer. Identifisering av forsterkere.
	Når søvnen er forstyrret, betyr det at noe forstyrrer kroppens evne til å falle til ro. Faktorene må identifiseres.



**TABELL 3. OVERSIKT OVER BEHANDLINGSPRINSIPPER I SØVNBEHANDLING**

All søvnbehandling handler om å finne ut av og avhjelpe det som forstyrrer barnets/ungdommens evne til å falle til ro.

Fokus både på individfaktorer, samspillfaktorer og kontekst.

Trening av barnets/ungdommens kapasitet for selvnedroing og endring av forsterkningsbetingelser.

Foreldre hjelpes til å ta i bruk grensesetting og ekstinksjonsprosedyrer der det er indisert.

Opplæring i søvnhygiene. Arbeid med døgnrytme.

### **Utfordringer i søvnbehandling**

Frafall i behandlingen er ikke uvanlig, da noe bedring kan oppleves som tilstrekkelig av familien, uten at det er innlært ny atferd. Dermed vil søvnproblemene lett komme tilbake og kan bli del av et etablert vanemønster. Manglende oppfølging er et problem her som i andre fokuserte behandlingsformer med atferdsendring som mål. Arbeidet med å etablere en god terapeutisk allianse må ikke undervurderes, selv om motivasjonen for endring ofte er høy i utgangspunktet.

Dersom bedring ikke inntreffer raskt, kan tiltakene oppleves som uten virkning. Det fører lett til at strategien skiftes før den har fått tid til å virke. Enkelte atferdstiltak fører ofte til forverring før atferdsendring er etablert, fordi holdbarheten i den nye læringen testes ut. Dette må foreldre opplyses om. I familier med omfattende rytmeforstyrrelser kreves det stor innsats i forhold til strukturering og bygging av gode rutiner, noe mange familier finner svært krevende. Mange foreldre har lite overskudd til å hjelpe barna inn i bedre søvnatferd, da de selv er søvndepriverte. Da kan det være nødvendig å starte behandlingen med fokus på bedring av foreldrenes søvn.

Björg Grova

Nic Waals Institutt, Lovisenberg diakonale sykehus

Pb 43 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf 22 028803

E-post [bjorg.grova@lds.no](mailto:bjorg.grova@lds.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 4, 2007, side 403-412*

**TEKST**

**Björg Grova**

## Referanser

- American Sleep Disorders Association (1997). *International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual*. I A. Carr (2006), *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach* (2nd ed.). London: Routledge.
- Anders, T. F., Halpern, L. F. & Hua, J. (1992). Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics*, 90, 554.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C. & Minde, K. K. (1992). Sleep disorders in early childhood: Association with insecure maternal attachment. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 86-99.
- Berge, T. (2007). Behandling av mareritt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 441-447.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach* (2nd ed.). London: Routledge.
- Chervin, R. D., Hedger, K., Dillon, J. E. & Pituch, K. J. (2000). Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Medicine*, 1, 21-32.
- Corcum, P., Tannock, R. & Moldofsky, H. (1998). Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 637-645.
- DiGangi, G. (2000). *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior*. San Diego: Academic Press.
- El-Sheikh, M., Buckhaldt, J. A., Cummings, E. M. & Keller, P. (2007). Sleep disruption and emotional insecurity are pathways of risk for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 88-86.
- Ferber, R. (1995). Circadian rhythm sleep disorders in childhood. I R. Ferber & M. Kryger (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Ferber, R. & Kryger, M. (1995). *Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2007). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 394-402.
- Garland, E. J. (1995). The relationship of sleep disturbances to childhood panic disorder. I C. Schaefer (Ed.), *Clinical handbook of sleep disorders in children*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Goodlin-Jones, B., Burnham, M., Gaylor, E. & Anders, T. (2001). Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. *Dev Behav Pediatr*, 22, 226-233.
- Gregory, A. M., Caspi, A., Eley, T. C., Moffitt, T. E., O'Connor, T. G. & Pouton, R. (2005). Prospective longitudinal associations between persistent sleep problems in childhood and anxiety and depression disorders in adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 157-163.
- Gregory, A. M., Eley, T. C., O'Connor, T. C. & Plomin, R. (2004). Etiologies of associations between childhood sleep and behavioral problems in a large twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 744-751.
- Grova, B. K. (2005). *Behandlingsveileder om søvnproblemer hos barn*. Rapport. Universitetet i Bergen, Poliklinikk for barn. 8 s.
- Grova, B. (2006). Døgnvill som diagnose? Kliniske erfaringer fra psykologisk søvnbehandling med sm barn. *Helsesøstre*, 3.
- Grova, B. & Torgersen, A. M. (2003). Sleep and breastfeeding in twins and singletons. Paper presented at The XIth Conference on Developmental Psychology, Milano, Italia, 26.-31. aug.

- Halliday, G. (1995). Treating nightmares in children. I C. Schaefer (Ed.), *Clinical handbook of sleep disorders in children*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- King, N., Muris, P. & Ollendick, T. H. (2004). Specific phobia. I T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed.). London: The Guilford Press.
- Lask, B. (1995). Night terrors. I C. Schaefer (Ed.), *Clinical handbook of sleep disorders in children*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Markestad, T. (2003). *Klinisk pediatri*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Marks, I. M. (1978). *Living with fear. Understanding and coping with anxiety*. London: McGraw-Hill Book Company.
- Meijer, A. M., Habekothe, H. T. & van den Wittenboer, G. L. H. (2000). Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research*, 9, 145-153.
- Meltzer, L. J. & Mindell, J. A. (2006). Sleep and sleep disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1059-1076.
- Mindell, J. A. & Owens, J. A. (2003). *A clinical guide to pediatric sleep. Diagnosis and management of sleep problems*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mindell, J. A., Owens, J. A. & Carskadon, M. A. (1999). Developmental features of sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 695-725.
- Moe, V. (2002). Foster placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: Prediction and outcome at four and a half year. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 330-339.
- Moore, T. & Ucko, L. E. (1957). Night waking in early infancy: part 1. *Archives of Diseases in Children*, 32, 333-342.
- Morrell, J. M. B. (1999). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, The Maternal Cognitions about Infant Sleep Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 247-258.
- Owens, J. A., Spirito, A. & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 23, 1043-1051.
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H. & Sivertsen, B. (2007). Søvnssykdommer: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 378-393.
- Richman, N. (1981). A community survey of characteristics of one- to two-year olds with sleep disruptions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 281-291.
- Richman, N., Douglas, J., Hunt, H., Lansdown, R. & Levere, R. (1985). Behavioural methods in the treatment of sleep problems - a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 581-590.
- Roffwarg, H., Muzio, J. & Dement, W. (1966). Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. I A. Carr (Ed.), *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach* (2nd ed.). London: Routledge.
- Sadeh, A., Raviv, A. & Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology*, 36, 291-301.
- Simonds, J. F. & Parraga, H. (1982). Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 383-388.
- Stores, G. (1996). Practitioner review: Assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 907-925.
- Stores, G. (1999). Childrens sleep disorders: modern approaches, developmental effects, and children at special risk. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 568-573.
- Stores, G. (2001). *A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stores, G. & Wiggs, L. (Eds). (2001). Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: Its significance and management. Cambridge: Cambridge University Press.

Sørensen, E. (2003). Søvn og utvikling hos barn og unge. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 123, 26-29.

Sørensen, E. & Ursin, R. (2001). Søvnvaner hos ungdom. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 121, 331-333.

Ursin, R. (1996). Søvn. En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer. Cappelen Akademisk Forlag.

Ursin, R. (2007). Søvn: En oversikt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44, 372-377.

Zuckerman, B., Stevenson, J. & Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors and behavioral correlates. Pediatrics, 80, 664-671.