

Åtte ting psykologer bør vite om sønnavnsker

Her får du en kjapp innføring i fakta om sønnavnsker - om forekomst, risiko, konsekvenser og anbefalt behandling.

TEKST

Børge Sivertsen
Arnstein Mykletun

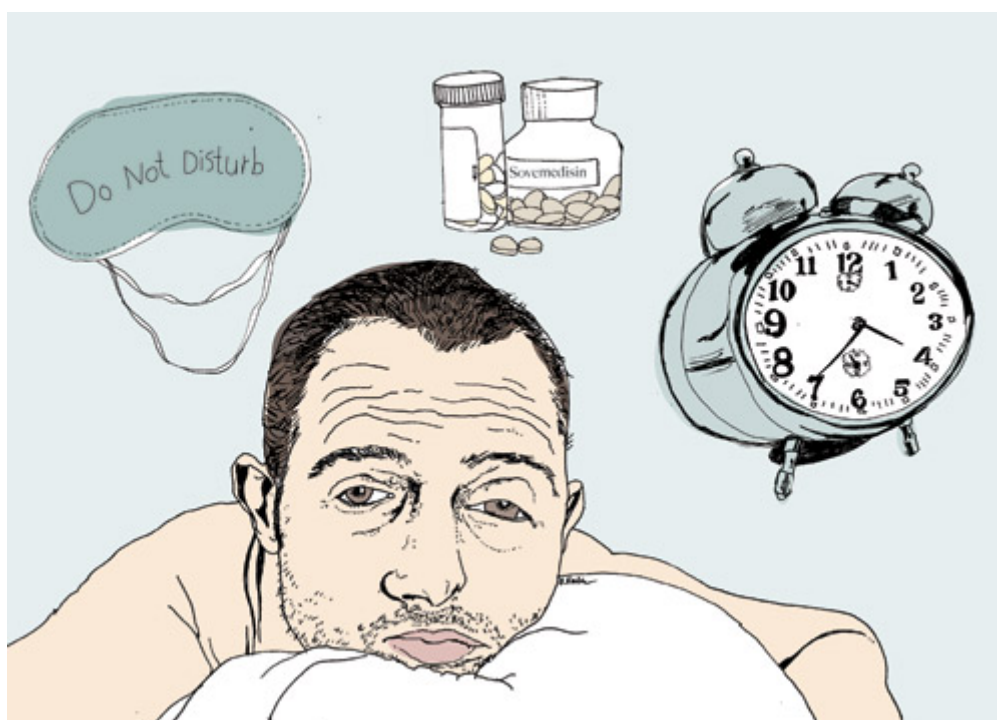
PUBLISERT 5. februar 2011

EMNER

Sønnavnsker

Psykisk lidelse

Psykologisk behandling



SØVNLØSHET: Sønnavnsker flest er i dag opptatt av insomni som selvstendig psykisk lidelse. Sovemedisiner er dessverre fremdeles den vanligste behandlingen, selv om kognitiv terapi er det mest effektive.

Illustrasjon: Oda Valle

FAKTA: SØVN

FAKTA: SØVN

- Rundt 10 prosent av voksne oppfyller diagnostisk kriterier for kronisk insomni
- Førstevalget blant fastleger er fortsatt farmakologiske behandling. Men denne bør ikke gis sammenhengende i mer enn 3-4 uker siden effekten forsvinner ved lengre tids bruk
- Kognitiv atferdsterapi for insomni (CBT-I) har vist seg som den klart beste behandlingen
- Legeforeningen arrangerer nå flere kurs i året rettet mot fastleger for å bedre kunnskapen om kognitiv atferdsterapi som behandling. Psykologforeningen har enda ikke et tilsvarende tilbud

Er søvnvansker en egen psykisk lidelse eller del av andre?

Historisk sett har man sett på søvnvansker som et symptom på andre psykiske lidelser, og da først og fremst depresjon og angst. Fram til relativt nylig opererte man med begrepene *primær insomni*, hvor pasienten kun led av søvnvansker, og *sekundær insomni*, hvor søvnvanskene ble ansett som et symptom på en psykisk eller somatisk lidelse. I de senere år har man derimot gått mer og mer bort fra et slikt syn; de aller fleste søvnforskere er nå enige om at insomni skal ansees som en egen psykisk lidelse, med selvstendig etiologi og selvstendige risikofaktorer og konsekvenser. Dette reflekteres også i diagnosesystemene (ICD-10 og DSM-IV), hvor insomni er en egen diagnose.

Hvor vanlig er søvnvansker?

Undersøkelser fra en rekke land viser at nærmere en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnvansker, og rundt halvparten av pasientene i primærhelsetjenesten opplever søvnvansker. Rundt 10 prosent av voksne oppfyller diagnostiske kriterier for kronisk insomni (Pallesen et al., 2001). Diagnosen er basert på subjektiv vurdering av pasienten, og innebærer at pasienten har problemer med innsovning, hyppige oppvåkninger eller såkalt ikke-restituerende søvn som medfører klinisk signifikant nedsatt funksjonsevne på dagtid.

Hvem har søvnvansker?

Søvnvansker øker med alderen, og er vanligere blant kvinner enn menn, spesielt kvinner etter overgangsalderen. I tillegg er søvnvansker vanligere blant personer med lav inntekt og utdanning, og blant personer med generelt usunn livsstil og mange helseplager (Sivertsen et al., 2009a).

Har søvnvansker noen konsekvenser?

Flere nyere studier, også fra Norge, har vist at søvnvansker fungerer som en sterk og uavhengige risikofaktor for en rekke negative utfall. Selv om man tar høyde for andre samtidige sykdommer og lidelser, er det mer enn dobbelt så sannsynlig at personer med søvnvansker vil bli uføretrygdet eller langtidssykemeldt dersom søvnvanskene forblir ubehandlet (Sivertsen et al., 2009b; Sivertsen et al., 2009c). I tillegg vet vi at kronisk insomni øker risikoen for å utvikle en rekke andre tilstander, for eksempel angst og

depresjon, hjerte- og karlidelser, overvekt og diabetes, i tillegg til at immunforsvaret reduseres. Også forbruket av helsetjenester generelt er langt høyere blant ubehandlede insomnikere, noe som utgjør en betydelig samfunnsøkonomisk utfordring (Sivertsen et al., 2009a). Noen studier har vist at lite søvn er assosiert med tidlig død (Kripke et al., 2002).

Hva er vanligste behandling for sønnavsker?

Førstevalget blant fastleger er fortsatt farmakologisk behandling, og i første rekke sovemedisiner (Imovane). Noen benytter også antidepressiver og nevroleptika, og mange leger har nylig begynt å bruke melatonin for å forsøke å hjelpe pasientene sine (Sivertsen et al., 2010).

Hvor godt virker farmakologisk behandling for sønnavsker på kort og lang sikt?

På kort sikt fungerer sovemedisiner godt, men effekten forsvinner etter bare noen få ukers bruk. Mange pasienter vil imidlertid oppleve en forverring av sønnavskene når man forsøker å kutte bruken av sovemedisiner etter lang tids behandling. Men en slik forverring varer kun en uke eller to, og etter dette vil søvnen være tilsvarende som da man gikk på sovemedisiner. Det er bred konsensus om at sovemedisiner ikke skal brukes sammenhengende i mer enn 3–4 uker, både på grunn av manglende effekt, risikoen for avhengighet, og bivirkninger (National Institute of Health, 2005). Når det gjelder melatonin, er bivirkningene færre, men så langt har ingen studier påvist noen varig effekt hos insomni-pasienter. Nevroleptika skal ikke benyttes mot sønnavsker, på grunn av sterke bivirkninger.

Kan sønnavsker også behandles psykologisk? Eventuelt hvordan?

Den behandlingen som fungerer klart best mot sønnavsker, er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBT-I) (Sivertsen et al., 2006). Dette er en behandlingsform som inkluderer flere faktorer, og kort fortalt benyttes følgende teknikker: 1) opplæring i søvnhygiene (psykoedukasjon), 2) søvnrestriksjon: regulering av tillatt tid for opphold i sengen, 3) stimuluskontroll: svekking av assosiasjoner mellom miljø og aktiviteter som er uforenlige med søvn, 4) kognitiv terapi: identifisere, utfordre og erstatte negative tanker relatert til søvn og søvnmangel med mer realistiske forventninger og tanker om søvn og dagtidsfungering, og 5) puste- og avslapningsteknikker.

Hvor utbredt er psykologisk behandling av sønnavsker?

Nærmere 85 prosent av dem som lider av kronisk insomni, forblir ubehandlet for sin tilstand, og to av tre insomnikere har ingen eller dårlig kunnskap om tilgjengelige behandlingsmuligheter. I tillegg vet vi at rundt 20 prosent benytter alkohol eller helsekostprodukter som selvmedisinering for insomni, selv om dette ikke er effektive behandlinger. Den vanligste evidensbaserte behandlingen av insomni er sovemedisiner. Selv om kognitiv atferdsterapi for insomni er både enkelt og mer effektivt, er slik behandling lite utbredt. Men heldigvis er ting i ferd med å skje også på dette feltet. Den norske legeforeningen arrangerer nå årlig flere kurs rettet mot fastleger

for å bedre både kunnskapen og tilgjengeligheten av slik behandling, og den Norske foreningen for søvnforskning og søvnmedisin (NSSRSM) sertifiserer spesialister i søvnmedisin for å jobbe med å spre kunnskap om hvordan man skal, og ikke minst *ikke* skal, behandle søvnplager. Forhåpentligvis vil også Psykologforeningen etter hvert begynne å arrangere fordypningskurs for sine medlemmer i hvordan søvnvansker skal behandles. 1

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 2, 2011, side 176-178

TEKST

Børge Sivertsen, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Arnstein Mykletun, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: simon.overland@iuh.uib.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D. L., Klauber, M. R. & Marler, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 131-136.

National Institute of Health. (2005). NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. NIH Consensus State of the Science Statements, 1-30.

Pallesen, S., Nordhus, I. H., Nielsen, G. H., Havik, O. E., Kvale, G., Johnsen, B. H. & Skjotskift, S. (2001). Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep*, 24(7), 771-779.

Sivertsen, B., Krokstad, S., Overland, S. & Mykletun, A. (2009a). The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(2), 109-116.

Sivertsen, B., Nordhus, I. H., Bjorvatn, B. & Pallesen, S. (2010). Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. *Journal of Sleep Research*, 19(1 Pt 1), 36-41.

Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., ... Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295(24), 2851-2858.

Sivertsen, B., Øverland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J. & Mykletun, A. (2009b). Does insomnia predict sickness leave? The Hordaland Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 67-74.

Sivertsen, B., Øverland, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I., Mæland, J. & Mykletun, A. (2009c). Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 122-128.