

# Terapi gir bedre søvn enn piller



- Man kan gjøre depresjonsbehandling mer effektiv hvis pasienter også får behandling for sine søvnvansker, sier Håvard Kallestad.

**TEKST**

**Nina Strand**

**PUBLISERT 1. desember 2016**

---

Vi har sett et paradigmeskifte i synet på søvnvansker hos folk med psykiske lidelser, ifølge Håvard Kallestad, som er psykologspesialist ved St. Olavs Hospital og postdoktor ved NTNU. Det har vært vanlig å se søvnproblemer som et symptom på en psykiske lidelse, med andre ord at den psykiske lidelsen er det primære. Men da amerikanerne lanserte DSM-V i 2013, gikk de bort fra dette. Søvnproblemer forstås nå som en selvstendig tilstand og noe som bidrar til å forverre en psykiske lidelse.

- Det viktige her er at hvis vi ser søvnproblemer som sekundære, er det nærliggende å gå ut fra at søvnproblemene vil gå over av seg selv hvis man for eksempel får behandling for depresjon. Men det er ikke nødvendigvis slik, forklarer forskeren.

## **Tilbyr behandling**

Kallestad viser til flere studier som har funnet at mellom 40 og 70 prosent av pasientene fortsatt hadde store søvnvansker etter avsluttet behandling for depresjon. Det gjaldt enten de hadde fått ulike former for samtalerterapi eller antidepressiva. Disse pasientene har større risiko for tilbakefall, poengterer psykologen. Dessuten er gevinsten ved egen behandling for søvnvansker svært stor.

– Internasjonal forskning viser at behandlingen av psykisk lidelse kan være mer effektiv hvis man også behandler pasientens insomni.

Nå jobber Kallestad og forskningskollegene med å tilby en enkel og atferdsrettet intervensjon for kroniske søvnevansker i flere av behandlingsstudiene de er i gang med.

– Behandlingen er testet ut for pasienter med en rekke psykiske lidelser, og vi ser at den systematiske intervensjonen vil tilbyr, gir betydelig bedre søvn, sier han.

## **400 000**

Ifølge reseptregisteret foreskrives det årlig sovemedisiner til rundt 400 000 nordmenn. Insomni er altså svært vanlig, også blant mennesker med psykiske lidelser. På midten av 2000-tallet sammenlignet Børge Sivertsen og kolleger ved Universitetet i Bergen kognitiv atferdsterapi for insomni med det mest brukte sovemiddelet Imovane, og fant at terapien ga best resultater. Metodene disse forskningsmiljøene arbeider etter, kan derfor være nyttige å beherske for kliniske psykologer, mener Kallestad

**«– Søvnråd vi finner i mediene kan fungere bra på folkehelsenivå, men er ikke i seg selv tilstrekkelige for mennesker med kroniske søvnevansker»**

– Vi har altså psykologiske metoder som er mer effektive for insomni enn psykofarmaka, og pasientene ønsker ofte slik hjelp istedenfor piller. Da bør vi gi dette tilbudet. Grunnprinsippene i behandlingene er enkle, og de trenger ikke å ta mye tid å gjennomføre. Men man må fokusere på dette i en periode for at det skal være til hjelp.

– *Vanlige søvnråd fungerer ikke?*

– Søvnråd vi finner i mediene, kan fungere bra på folkehelsenivå, men er ikke i seg selv tilstrekkelige for mennesker med kroniske søvnevansker, understreker psykologen, og forteller at i behandlingsstudier bruker man søvnhygieneråd som en kontrollbetingelse. I behandlingen av kroniske problemer er det liten effekt i råd som ikke å trene for seint, ikke legge seg sulten eller å unngå å være på nettet seint om kvelden. De er greie for å luke ut uhensiktsmessig atferd, men man må ofte gjøre mer.

– Vi snakker om enkle atferdsintervensjoner. Et hovedprinsipp er å stabilisere døgnrytmen gjennom å stå opp til samme tid hver dag, sier psykologen.

– Tidspunktet vi står opp på, er viktigere å stabilisere enn tidspunktet for når en legger seg. Dette kan være vanskelig å gjennomføre hvis en ikke har noe konkret å stå opp til og en har ligget mye våken i løpet av natten. Da er det lett å forsøke å hente seg inn igjen ved å ligge lenger i senga, men ofte er dette med på å opprettholde problemet.

## **Begrenset tid i sengen**

Pasienter med store søvnvansker tilbringer ofte mye tid i sengen, i håp om at de skal få nok søvn gjennom døgnet. Ofte opplever pasientene at søvn er uforutsigbart, og de kjenner seg utmattet. Da er det lett å legge seg tidlig i håp om at en skal få en god og lang natts søvn, men ofte fører dette til at en bruker lang tid på å sovne, eller at en våkner opp igjen i løpet av natten. Det første som skjer i søvnterapien, er at pasienten får i oppgave å føre søvndagbøker. Gjennom det får man et godt bilde av variasjonen i døgnrytme og søvn, og hvor lenge pasienten faktisk ligger i sengen.

Sentralt i behandlingen er søvnrestriksjon, som går ut på at pasienten står opp til samme tid hver dag, og begrenser tiden i sengen til tiden de faktisk sover.

Det er også viktig at pasientene er tilstrekkelig søvnige når de går og legger seg, slik at de klarer å sovne. Det innebærer ofte at de må legge seg seinere enn de vanligvis gjør.

– Når de følger dette opplegget, endrer mye seg, og vi ser at pasienten etter hvert gleder seg til å legge seg istedenfor for å grue seg, sier forskeren.

### **Lang vei til klinikken**

Metodene bygger på godt etablert kunnskap, forteller forskeren, og trekker linjer bakover i faghistorien. Kognitiv atferdsterapi for søvnforstyrrelser ble første gang systematisk beskrevet i Charles Morins bok *Insomnia. Psychological assessment and management* fra 1993. Her organiserte Morin flere komponenter som var beskrevet allerede fra 1970-tallet, og satte dem sammen til en helhetlig behandling.

– Dette illustrerer bare hvor lang tid det kan ta fra metoder er beskrevet, og til de finner vei til klinikken. Det finnes mye forskning på denne intervensjonen. Mye av den er gjort på eldre og på mennesker som har hatt søvnproblemer uten å ha psykiske problemer. Men i de siste ti årene har man begynt å bruke metoden også på mennesker med psykiske lidelser.

– *Hva er grunnen til at det tar så lang tid?*

– Det kan skyldes flere ting. I dag blir man ikke henvist til psykisk helsevern med bestillingen søvnproblemer. Henvisningen gjelder noe annet, og så viser det seg at man har søvnproblemer i tillegg. Men siden henvisningen ikke dreier seg om søvnvanskene, er det lett å oppfatte dem mer som et sekundært problem. Det vi imidlertid ser, er at søvnproblemer kan bidra til å opprettholde den psykiske lidelsen.

– *Kan store søvnproblemer også føre til psykiske lidelser?*

– Ja, søvnproblemer kan være en risikofaktor. Risikoen for å utvikle en depresjon, for eksempel, er betydelig. Forskning viser også at det å gi slik behandling til pasienter med bipolar lidelse, førte til at pasientene også opplevde mer stabil affektiv tilstand i et halvt år etterpå. Det betyr at terapeuter kan undersøke om behandling av søvnproblemer også gjør at en pasient blir bedre av andre tilstander.

### **Råd til klinikere**

Kallestad mener behandlere godt kan lese på egen hånd om metoden søvnrestriksjon, selv om han anbefaler kurs for å få ideer til hvordan man kan snakke med pasienter om søvnproblemene. For noe av det mest utfordrende er å få pasienten til faktisk å gjennomføre intervensjonene.

– Det er vanskelig å legge om vaner, og det tar tid før en vane setter seg. Terapeutens jobb er først å bygge motivasjon, og så hjelpe pasientene med å stå i behandlingen så lenge at de ser at det hjelper. Uten den støtten kan det være vanskelig å lykkes, sier han.

Det finnes nemlig råd i denne behandlingen som strider imot det man intuitivt vil foreta seg. De fleste vil for eksempel legge seg tidlig hvis de ikke føler at de har sovet nok. Men den strategien hjelper ikke.

– Vi ber dem stå opp regelmessig uansett. Det er forståelig at en er skeptisk til et slikt råd. Inntil man prøver det og ser at, oj, det funker jo! De som kommer hit, opplever at de sover for lite eller for dårlig. Teknikkene de har brukt så langt, har ikke fungert. Det er nødvendig å bryte mønstre.

– *Noen vil innvende at disse metodene ikke legger vekt på årsakene til søvnproblemene?*

– Det finnes mange årsaker til søvnproblemer. Samtidig ser vi at når folk først har fått kroniske søvnproblemer og forsøker å håndtere problemene, begynner de å oppføre seg bemerkelsesverdig likt alle andre med søvnvansker, svarer Kallestad. Han anbefaler at terapeuten tar tak i det som holder liv i søvnproblemene. Snakker med pasienten om hva som har utløst problemene, hvordan de startet, og utviklet seg, og om hva man har gjort for å få det bedre.

– Men selve behandlingen er rettet mot de opprettholdende heller enn de utløsende faktorene, sier han.

## **Hvorfor må vi sove?**

Men hvorfor trenger vi å sove? Hvorfor har ikke evolusjonsprosessen ført til at vi kan greie oss med mindre søvn? Forskningen i det siste tiåret gir svar som har ført til endringer i forståelsen av søvn, og som utvider vår forståelse også av hva som skjer når vi ikke får nok søvn, forklarer Kallestad.

Mens vi sover, foregår det prosesser som er viktige for vår daglige fungering. Grunnforskning gir ny kunnskap om søvnens betydning for læring og for følelseslivet vårt. De fleste har opplevd at vi får kortere lunte når vi har sovet lite. Det handler egentlig om evnen til å regulere følelser, som påvirkes ved lite søvn. Studier har også vist at lite søvn gjør at evnen til å gjenkjenne andres følelser og å lese andres ansiktsuttrykk blir dårlig. Fra grunnforskningen kommer det også kunnskap om hvorfor søvn er viktig spesielt for humøret vårt og stemningsleiet.

– Dette er interessant kunnskap for psykologer, mener jeg. Når søvnen forstyrres, blir helt grunnleggende psykologiske prosesser forstyrret. Gjør vi noe med søvnvanskene, vil det kunne påvirke hvordan vi fungerer og har det til daglig. Det er også noe terapeuter kan ha i bakhodet når de jobber med søvnproblemer.

– Søvnvansker er et stort folkehelseproblem, og dere mener at dette behandlingstilbudet gir bedre effekt enn medisin. Hva vil du helt kort si til helseministeren?

– Sammen med forskere ved Folkehelseinstituttet arbeider vi nå med flere behandlingsstudier der vi undersøker en nettbasert søvnbehandling som virker svært lovende. Hvis det kan dokumenteres at denne behandlingen gir god hjelp for pasientene, vil vi gå videre med å arbeide for at behandlingen skal bli tilgjengelig for hele befolkningen, og her trenger vi samarbeid med helsepolitikere.

### **Håvard Kallestad**

- Psykologspesialist og postdoktor ved Institutt for nevromedisin ved NTNU, Trondheim
- Disputerte 30. november 2012 med avhandlingen «Sleep disturbance: clinical significance in mental health care and cognitive factors».
- Miljøet har utgangspunkt i en forskningsklinikk for søvnvansker ved St. Olavs Hospital, Avdeling Østmarka og NTNU. De har flere pågående forskningsprosjekter med vekt på behandling og beskrivelse av søvnvansker ved ulike tilstander, som bipolar lidelse og døgnrytmeproblematikk, i tillegg til studier om nettbehandling av søvnvansker. Miljøet samarbeider tett med Avdeling for klinisk nevrofysiologi ved St. Olavs Hospital og Folkehelseinstituttet.

### **Anbefalt lesning fra Kallestad**

- Morin & Benca (2012). Chronic Insomnia. *The Lancet*, 379, 1129-1141.
- Christensen et al. (2016). Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3, 333-341.
- Manber et al. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Enhances Depression Outcome in Patients with Comorbid Major Depressive Disorder and Insomnia. *Sleep*, 31, 489-495.
- Goldstein & Walker (2014). The role of sleep in emotional brain functioning. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 679-708.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 12, 2016, side 1018-1021*

#### **TEKST**

**Nina Strand**, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

