Foto: Regin Hjertholm

Søvn

Håvard Kallestad
Psykologspesialist, PhD

St. Olavs Hospital, Østmarka
NTNU Institutt for Psykisk Helse

Får vi den søvnen vi trenger?

Skille mellom:

a) De som bortprioriterer det å sove

b) De som ikke klarer å sove

ÅPENHJERTIG BJØRN RUNE GJELSTEN:

Lykkelig i sitt nye liv

● Skryter av kona ● Rikere enn noen gang ● Redd når han kjører offshore

SPORT MAGASINET

Finn fram dronninga i deg MOTE

Dagbladet

Fredag 17. januar 2007 Nr. 1 Uke 2. 139. årgang. Løssalg kr 15,00

VALLA-BRÅKET
Fra personsak til ei bombe
STEIN AABØ
KOMMENTAR, SIDE 3

PROSEDYREN I NOKAS-SAKEN
Sunn DNA-skepsis
JOHN OLAV EGELAND
KOMMENTAR, SIDE 16

VALPOLICELLA
Samme drue g fire ulike viner
MARIANNE JOHNSEN
MAT OG VIN, SIDE 27-29

VALLA-BRÅKET:

YSSEN:
– Hun ødela min selv-respekt

VALLA:
– Veldig god sam-vittighet

SIDE 8, 9 OG 10

Voldsom økning i bruk av sovetablette

1 av 3 sliter med SØVN

14 gode søvn-råd

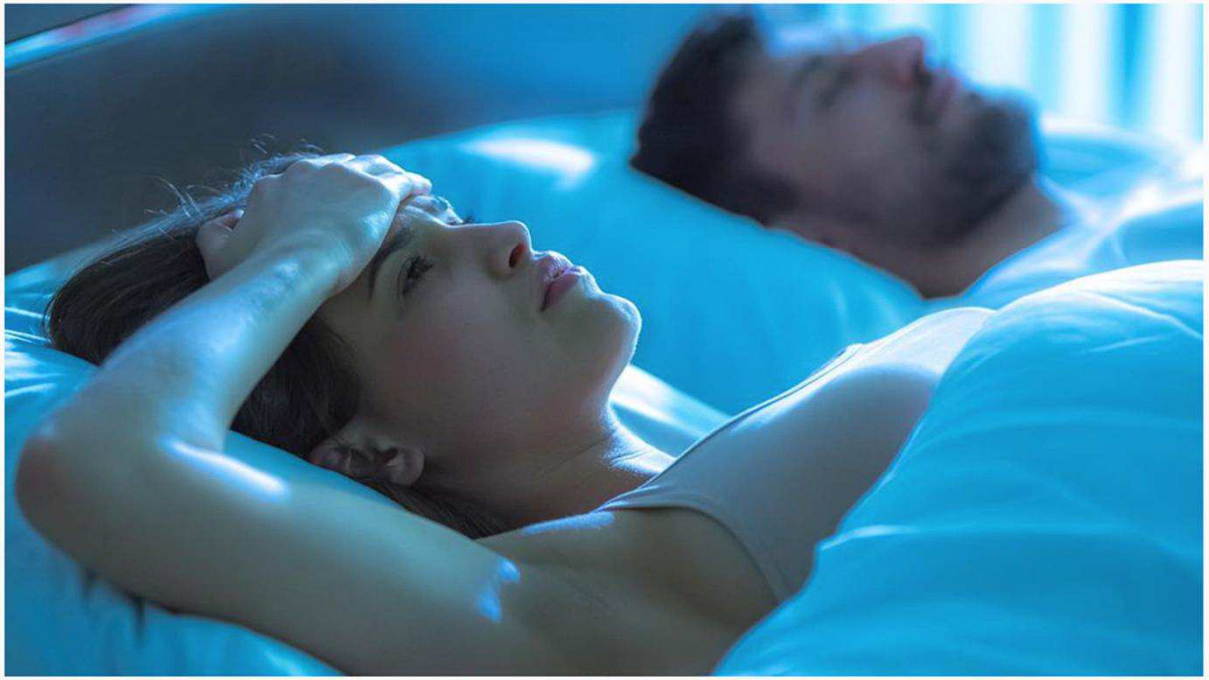
KVINNER SLITER MEST: Forbruket av sovetabletter har økt med 57 prosent på ti år. Stress, tv og Internett kan være noen av årsakene. Ekspertene er bekymret.

SIDE 21, 22 OG 23

Spennende for lærere/førskolelærere!

Dårlig søvn koster altfor mye

Det finnes en bedre kur mot søvnproblemer enn sovetabletter. Dessverre er det altfor få som får den beste hjelpen når de sliter med søvn.



Utbredt problem: Søvnvansker er et av de vanligste helseplagene og fører til mange sykmeldinger. Terapi er den beste medisinen, men dessverre er det forsvinnende få som får slik behandling. FOTO: ILLUSTRASJONSBILDE: SHUTTERSTOCK

Adresseavisen, 2019

Søvn og psykisk helse

- Mennesker med psykiske lidelser har svært ofte søvnvansker
- **Antakelse:** Søvnvanskene er sekundære til en primær lidelse
- **Funn:** 40-70% av pasienter med psykiske lidelser har fortsatt store søvnvansker etter behandling

Søvn og psykisk helse

- Alle språk har et uttrykk for «å sove på det»
- Søvn påvirker
  - Evnen til å regulere følelser
  - Evnen til å gjenkjenne følelser
  - Læring, hukommelse og konsentrasjon

Søvn og psykisk helse

- Behandling av søvnvansker gir
  - Bedring av søvn
  - Bedring av psykisk helse

Kognitiv atferdsterapi for Insomni (CBT-I)

Endelig har jeg skjønt det:
Å få sove krever hardt arbeid.

Kunsten å sove

«101 sauer. 102 sauer. 103 sauer ... 108 sauer. Jeg må huske å ringe søsteren min før tolv. 109 sauer. Æsj, glemte å varsle fotografen om jobb i morgen tidlig. 1 sau. 2 sauer. Klokka er ti over halv fire. Hva var det for slags lyd? 4 sauer. 5 sauer. 6 sauer – den hoppet ikke ordentlig over hinderet, teller den en gang til. 6 sauer. 7 sauer. Kanskje det hadde vært godt med laks til middag i morgen. Eller pasta, det går fort, jeg må jobbe seint. Fem over fire! Jeg må sove! 10 sauer. 11 sauer ... 19 sauer. Tornerose skulle bare visst hvor heldig hun var! Halv fem. Halv seks. En svart sau. Hvis jeg begynner å pakke i morgen, rekker jeg nok flyet i overmorgen. Kvart over seks. Nei! Den sauen hadde bare tre bein! Nå må jeg snart stå opp.»

Går du 24 timer uten søvn, blir oppmerksomheten din like dårlig som om du drikker tre whisky på en time. Sover du for lite, øker risikoen for psykiske problemer, diabetes og hjerte- og karsykdommer. Dessuten øker dødeligheten. Og appetitthormonet. Du får tid til å spise mer. Og blir overvektig.

Vi bruker en tredjedel av livet vårt på å sove, men 10–15 prosent av befolkningen lider av søvnproblemer.

«Ønsker du å sove lettere? Å sove bedre? Å finne små pusterom i hverdagen? Å kunne mer om søvn og søvnproblemer? Å ha mer overskudd og energi?»

Jeg haket kjapt av ja på alle disse fem spørsmålene der de hang på en lyktestolpe. Da skulle Søvnskolen være noe for meg. Og kurset «Bedre søvn».

Så der befant jeg meg en vinterdag, med beina i kors, på en radfamet matte på gulvet i Zenrommet på Oslos bedre vestkant, sammen med ti andre som heller ikke besøker drømmeland i tide og utide.

– Vi skal se på faktorer som påvirker søvnen vår, og da må vi starte fra morgenen av. Sa kursleder Hans Holter Solhjell.

Om morgenen har jeg mer enn nok med å komme meg på jobb, om ikke jeg skal tenke på å legge meg også.

Solhjell fortalte at han selv har sovet elendig. Han har hovedfag i pedagogikk, og er utdannet i «Sounder Sleep-systemet». I flere år har han undervist i psykologi, blant

Dagbladet Magasinet, 2012

Søvnrestriksjon

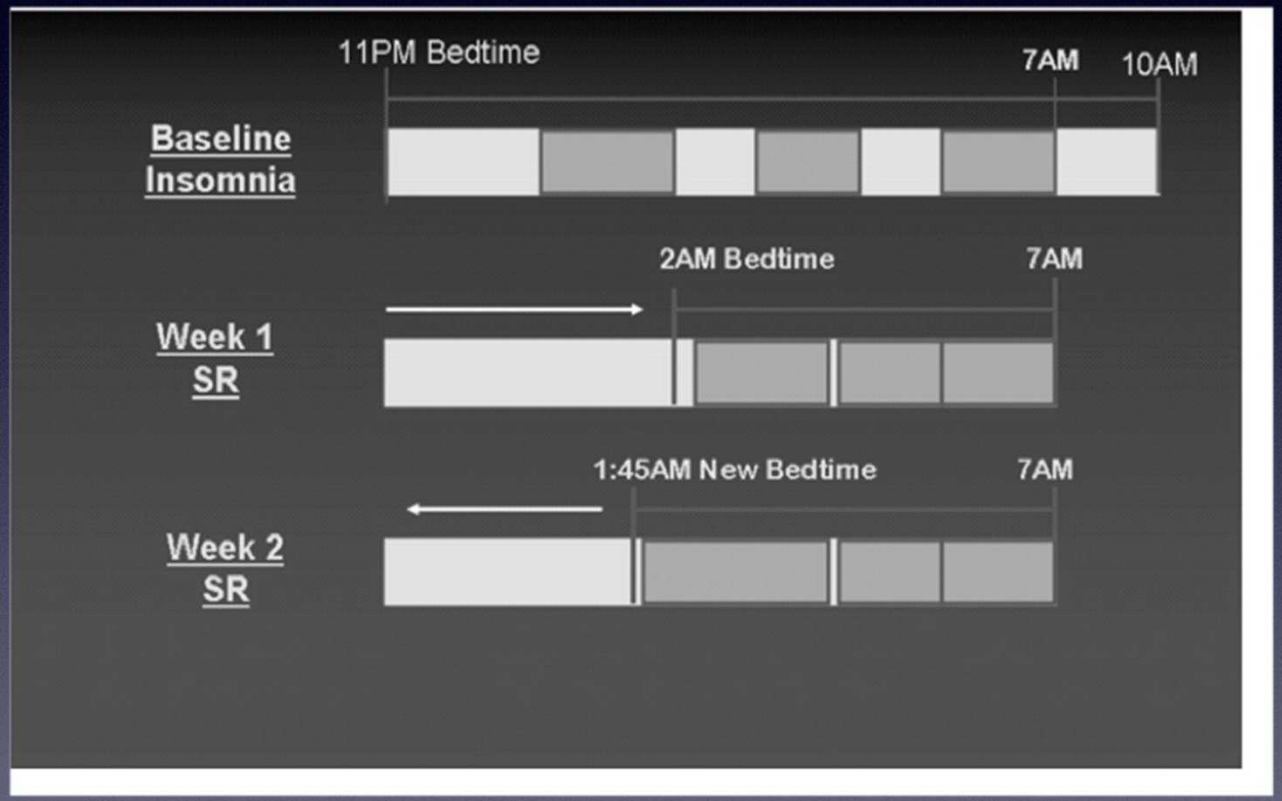


FIGURE 3.1. Sleep restriction.

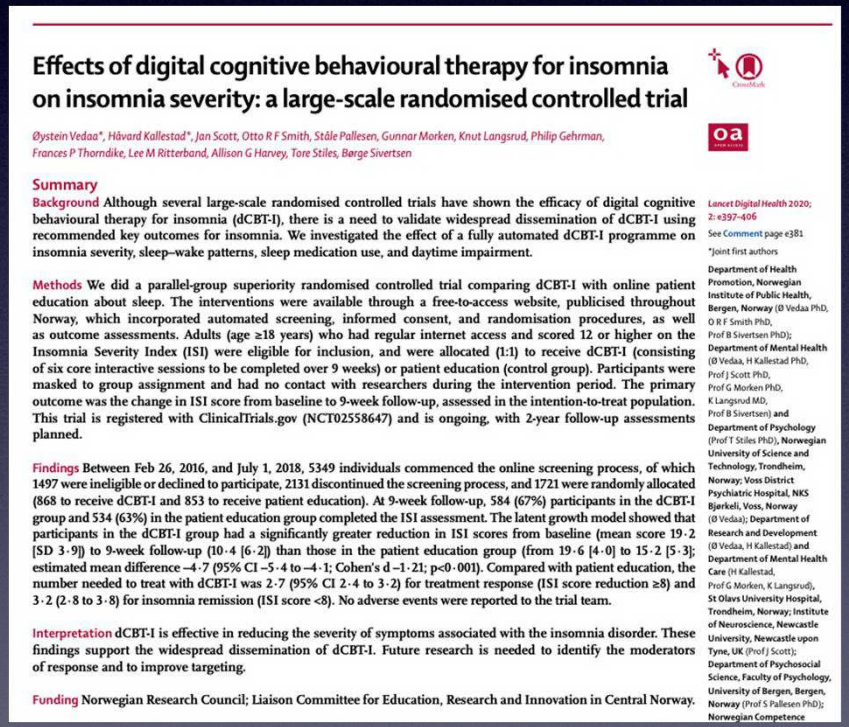
Perlis et al., 2005

Tilgjengelighet av behandling

- CBT-I er den beste behandlingen for insomni
- Flesteparten blir behandlet med søvnhygieneråd eller medisiner
- Vi ønsker å gjøre CBT-I tilgjengelig for hele befolkningen

Fra www til zzz?

- Digital søvnterapi
- Helautomatisk
- Basert på CBT-I
- Oversatt til norsk
- Fire studier i Norge for å undersøke effekten av behandlingen



Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial

Øystein Vedaa*, Håvard Kallestad*, Jan Scott, Otto R F Smith, Ståle Pallesen, Gunnar Morken, Knut Langsrud, Philip Gehrman, Frances P Thorndike, Lee M Ritterband, Allison G Harvey, Tore Stiles, Børge Sivertsen

Summary

Background Although several large-scale randomised controlled trials have shown the efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia (dCBT-I), there is a need to validate widespread dissemination of dCBT-I using recommended key outcomes for insomnia. We investigated the effect of a fully automated dCBT-I programme on insomnia severity, sleep–wake patterns, sleep medication use, and daytime impairment.

Methods We did a parallel-group superiority randomised controlled trial comparing dCBT-I with online patient education about sleep. The interventions were available through a free-to-access website, publicised throughout Norway, which incorporated automated screening, informed consent, and randomisation procedures, as well as outcome assessments. Adults (age ≥18 years) who had regular internet access and scored 12 or higher on the Insomnia Severity Index (ISI) were eligible for inclusion, and were allocated (1:1) to receive dCBT-I (consisting of six core interactive sessions to be completed over 9 weeks) or patient education (control group). Participants were masked to group assignment and had no contact with researchers during the intervention period. The primary outcome was the change in ISI score from baseline to 9-week follow-up, assessed in the intention-to-treat population. This trial is registered with ClinicalTrials.gov (NCT02558647) and is ongoing, with 2-year follow-up assessments planned.

Findings Between Feb 26, 2016, and July 1, 2018, 5349 individuals commenced the online screening process, of which 1497 were ineligible or declined to participate, 2131 discontinued the screening process, and 1721 were randomly allocated (868 to receive dCBT-I and 853 to receive patient education). At 9-week follow-up, 584 (67%) participants in the dCBT-I group and 534 (63%) in the patient education group completed the ISI assessment. The latent growth model showed that participants in the dCBT-I group had a significantly greater reduction in ISI scores from baseline (mean score 19·2 [SD 3·9]) to 9-week follow-up (10·4 [6·2]) than those in the patient education group (from 19·6 [4·0] to 15·2 [5·3]; estimated mean difference −4·7 (95% CI −5·4 to −4·1; Cohen's d −1·21; p<0·001). Compared with patient education, the number needed to treat with dCBT-I was 2·7 (95% CI 2·4 to 3·2) for treatment response (ISI score reduction ≥8) and 3·2 (2·8 to 3·8) for insomnia remission (ISI score <8). No adverse events were reported to the trial team.

Interpretation dCBT-I is effective in reducing the severity of symptoms associated with the insomnia disorder. These findings support the widespread dissemination of dCBT-I. Future research is needed to identify the moderators of response and to improve targeting.

Funding Norwegian Research Council; Liaison Committee for Education, Research and Innovation in Central Norway.

Lancet Digital Health 2020; 2: e397–406

See Comment page e381

*Joint first authors

Department of Health Promotion, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway (Ø Vedaa PhD, O R F Smith PhD, Prof B Sivertsen PhD); **Department of Mental Health** (Ø Vedaa, H Kallestad PhD, Prof J Scott PhD, Prof G Morken PhD, K Langsrud MD, Prof B Sivertsen) **and Department of Psychology** (Prof T Stiles PhD), **Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; Voss District Psychiatric Hospital, NKS Bjørkeli, Voss, Norway** (Ø Vedaa); **Department of Research and Development** (Ø Vedaa, H Kallestad) **and Department of Mental Health Care** (H Kallestad, Prof G Morken, K Langsrud), **St Olavs University Hospital, Trondheim, Norway; Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK** (Prof J Scott); **Department of Psychosocial Science, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway** (Prof S Pallesen PhD); **Norwegian Competence**

Digital søvnterapi

Døgnrytme gjennom livet

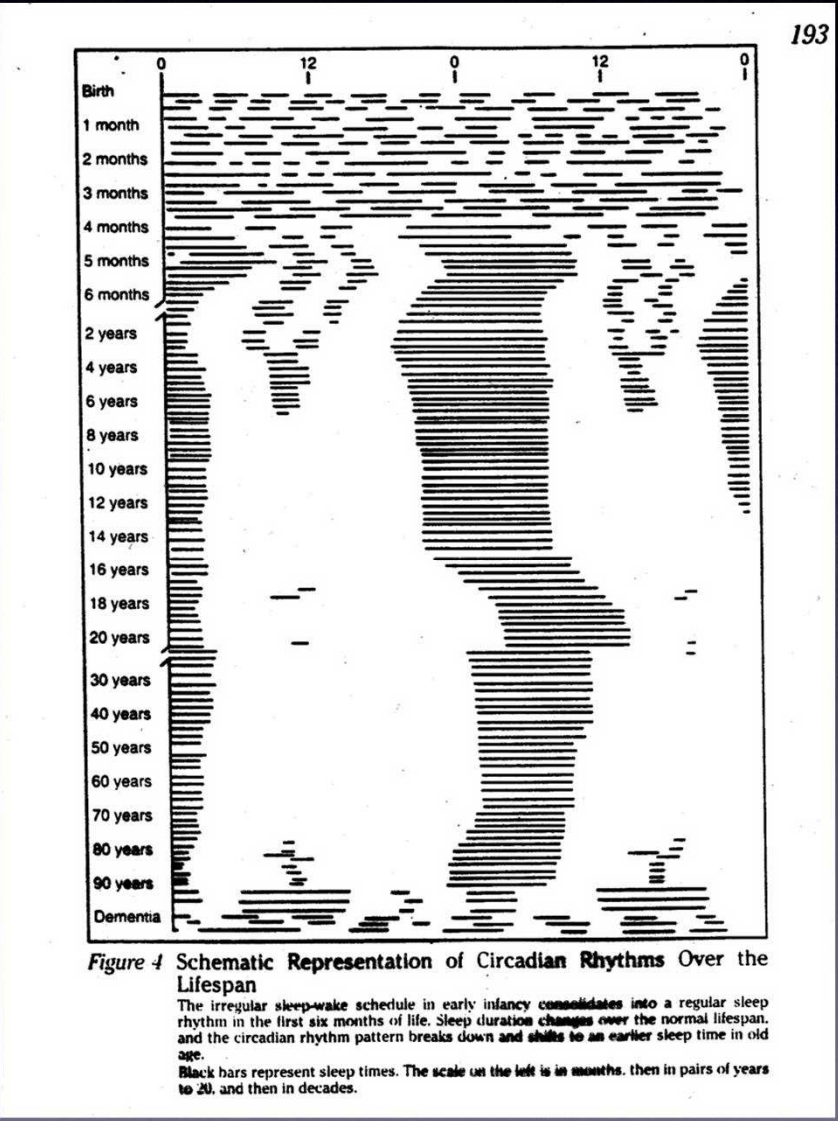
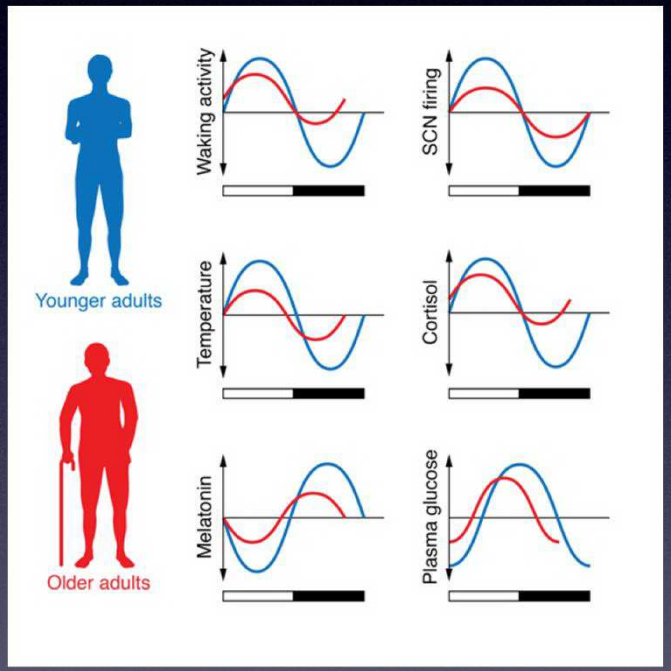


Figure 4 Schematic Representation of Circadian Rhythms Over the Lifespan

The irregular sleep-wake schedule in early infancy consolidates into a regular sleep rhythm in the first six months of life. Sleep duration changes over the normal lifespan, and the circadian rhythm pattern breaks down and shifts to an earlier sleep time in old age.

Black bars represent sleep times. The scale on the left is in months, then in pairs of years to 20, and then in decades.



Hood & Amir, 2017
'The ageing clock'

Lys, mørke og døgnrytmer

Lys på kvelden:
Mer B menneske

Lys på morgenen:
Mer A menneske