

Kognitiv atferdsterapi ved insomni

VEILEDER FOR BEHANDLERE

Torkil Berge, Ingrid Hyldmo, Bente
Bull-Hansen, Hilde Sofie Hamre og
Nina Lang, 2025 (2. utgave)

Innhold

Forord

Et folkehelseproblem – diagnostikk, årsaker og behandling

- Insomni, somatisk sykdom og psykiske lidelser
- Diagnostikk
- Årsaker til insomni
- Kognitiv atferdsterapi for insomni
- Medikamenter for insomni

Struktur og kartlegging

- Kartleggingsverktøy

Del 1. Forståelse av søvnproblemer og kartlegging av søvnmonster

- Etterlevelse av stimuluskontroll og søvnrestriksjon
- Hjemmeoppgaver
- Informasjon til pårørende og bruk av medhjelpere
- Informasjon om søvn og søvnproblemer
- Kartlegging av søvnmonstret

Del 2. Handlingsstrategier

Samling 2: Vaneendring og stimuluskontroll

- Stimuluskontroll
- Bruk av en handlingsplan

Samling 3: Søvnrestriksjon

- Søvnrestriksjon – begrensnings av tiden man er våken
- Stopptanker

Del 3. Mentale strategier

Samling 4. En støttende indre samtale

- Oppfølging av handlingsstrategiene
- Tankens kraft og vår indre dialog
- Oppfatninger om søvn og søvnproblemer
- Avspenning og visualisering

Samling 5. Kvernetanker: grubling og bekymring

- Selektiv oppmerksomhet

Del 4. Oppsummering og veien videre

Samling 6: Strategier for vedlikehold

Samling 7: Veien videre

Referanser

Forord

Du kan her lese om et behandlingsopplegg for insomni utviklet ved Diakonhjemmet Sykehus. Det er laget to arbeidsbøker for pasienten, en for individualbehandling og en for behandling i gruppe/mestringskurs. Denne veilederen er for deg som er helsepersonell. Innholdet i behandlingen er detaljert beskrevet i arbeidsbøkene. Vi vil ta utgangspunkt i gruppebehandlingen, men beskrivelsen er høyst relevant for deg som vil tilby individuell behandling. Tiltakene er de samme. Strukturen skiller seg noe, for eksempel ved at behandlingen i gruppe har samlinger på to timer hver gang, mens det er lagt opp til enkelttimer i den individuelle behandlingen.

Behandlingsopplegget er laget av psykologene Torkil Berge, Ingrid Hyldmo, Nina Lang og Helle Skogstad Riege, lege Bente Bull-Hansen, psykiatrisk sykepleier Kari Agnes Myhre og brukerrepresentant Hilde Sofie Hamre. Det bygger på godt dokumenterte metoder innenfor kognitiv atferdsterapi ved insomni. Ved Diakonhjemmet Sykehus holdes behandlingen som kurs for pasienter med somatisk sykdom og insomni ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, og for pasienter med psykisk lidelse og insomni ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Opplegget er utviklet med støtte fra Stiftelsen Dam gjennom Norsk Revmatikerforbund.

Behandlingen er egnet for alle som har insomni, uavhengig av om de har en annen komorbid lidelse. Tilbudet kan gis av helsepersonell både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Alt materiell er lagt ut på

<https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/sovnproblemer/>.

Det er utviklet tre andre behandlingsopplegg ved Diakonhjemmet Sykehus med støtte fra Stiftelsen Dam, som alle er lagt ut på [kognitiv.no](https://www.kognitiv.no). Det er mestring av vedvarende utmattelse ved sykdom, helsepsykologisk behandling ved langvarige smerter og kognitiv atferdsterapi ved irritabel tarmsyndrom.

I arbeidsboken er det to lydfiler som du kan høre på. De omhandler bruk av handlingsregler i vaneendring og tiltak mot kvernetanker.

¹Takk til Ståle Pallesen, professor ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Børge Sivertsen, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, og overlege/forsker Kåre Osnes, for faglig bistand til prosjektet.

Tilnærmingen bygger på kognitiv atferdsterapi, som består av flere elementer:

- ▶ *Søvnhygiene* med råd om hvordan søvnen kan forbedres
- ▶ *Avspenningsteknikker* rettet mot kroppslig aktivisering som forstyrrer søvnen
- ▶ *Mentale strategier* (kognitive intervensjoner) rettet mot kartlegging og endring av tanker om søvn og søvntap som er uforenlige med å få sove, og å redusere tiden som brukes til grubling og bekymring
- ▶ *Stimuluskontroll* 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

Behandlingsopplegget vi beskriver har med alle disse elementene, men legger særlig vekt på stimuluskontroll, søvnrestriksjon og mentale strategier.

Behandlingen består av fire deler:

- ▶ Del 1 presenterer en forståelse av søvn og årsaker til insomni, søvnhygieniske tiltak samt en metode for kartlegging av søvnmonstret.
- ▶ Del 2 omhandler bruk av handlingsstrategiene stimuluskontroll og søvnrestriksjon.
- ▶ Del 3 tar for seg mentale strategier for en konstruktiv indre dialog og tiltak mot grubling og bekymring.

Samtidig settes det ved hver samling av tid til å følge opp pasientens bruk av handlingsstrategier.

- ▶ Del 4 er en oppsummering og utforming av en plan for vedlikehold.

Et folkehelseproblem

– diagnostikk, årsaker og behandling

En stor del av befolkningen har søvnvansker fra tid til annen. Forekomsten varierer fra land til land. I Norge økte forekomsten fra 11,9 % i 2000 til 15,5 % i 2010 (Pallesen et al., 2014). Færre enn 15 % av personer med søvnvansker blir fanget opp av helsevesenet, og disse får primært medikamenter, en behandling som ikke anbefales ved langvarige søvnproblemer (Nordhus & Pallesen, 2007). Langvarige søvnproblemer svekker daglig funksjon og livskvalitet, og er en hovedårsak til sykefravær (Karlson et al., 2011; Kyle et al., 2010). De samfunnsmessige kostnadene er meget store, i første rekke forbundet med redusert produktivitet i arbeidslivet (Daley et al., 2009; Kessler et al., 2009).

Insomni, somatisk sykdom og psykiske lidelser

Det er en overhyppighet av insomni både ved somatiske sykdommer og psykiske lidelser (Smith, et al., 2005; Taylor et al., 2007). Et flertall av personer med revmatisk sykdom forteller at de sliter med søvnen, og dette er også et stort problem hos personer med for eksempel kreftsykdom, astma, diabetes, nyresykdom, stoffskiftesykdom og hjertesykdom (Laugsand et al., 2014; Smith et al. 2005). Over 50 % av pasienter med langvarige smerter rapporterer om søvnproblemer (Breivik et al., 2006). En norsk undersøkelse blant pasienter på venterommet til fastlegen, viste en forekomst av insomni på nesten 54 % (Bjorvatn et al., 2017). Du kan lese mer om forholdet mellom somatisk sykdom og insomni i Berge et al. (2019) og Sivertsen et al. (2014).

Psykiske lidelser og insomni ledsager og kan forsterke hverandre. Insomni kan være en medvirkende årsak til utvikling og tilbakefall av psykiske lidelser så vel som rusmiddelproblemer (Baglioni et al., 2011; Li et al., 2016; Spiegelhalder et al., 2013). Det er for eksempel om lag dobbelt så stor risiko for å utvikle depresjon ved insomni (Baglioni et al., 2011). Insomni er forbundet med svakere resultater i medikamentell og psykoterapeutisk behandling av depresjon (Troxel et al., 2012), mens behandling av komorbid insomni gir bedring i depressive symptomer (Gebara et al., 2017). Generelt antas om lag 50–80 % av pasienter med en psykisk lidelse å ha søvnproblemer, og om lag 50 % av pasienter med søvnproblemer har en psykisk lidelse, som depresjon, angstlidelser, bipolar lidelse, psykoselidelser og rusmiddelproblemer (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

For pasienter med bipolar lidelse bør man være varsom med søvnrestriksjon, da søvndeprivasjon kan utløse maniske og hypomane tilstander. Her kan du som behandler foreslå tilpasninger, noe som er omtalt senere i veilederen. Det er gode resultater av kognitiv atferdsterapi i behandling av insomni for pasienter med bipolar lidelse (Harvey et al., 2015).

Hos pasienter med posttraumatisk stresslidelse bør man vie angsten for å oppleve mareritt oppmerksomhet, og det er her utviklet en egen behandling («imagery rehearsal therapy», Berge, 2007; Krakow et al., 2001; Krakow & Zadra, 2006). Det samme gjelder når seksuelle overgrep har funnet sted på soverommet, og i forbindelse med søvn (Smith et al., 2005).

Insomni er et utbredt problem ved psykoselidelser, for eksempel hos pasienter med en schizofreni-diagnose. Søvnløshet, ofte i kombinasjon med andre søvnsykdommer, bidrar i vesentlig grad til redusert livskvalitet i denne pasientgruppen, også når det kontrolleres for depresjon. Insomni gir svekket respons på og etterlevelse av behandling for psykoselidelsen. Behandling av insomni ved psykoselidelser beskrives av Freeman et al. (2015) og Waters et al. (2017).

Diagnostikk

I 3. utgave av International Classification of Sleep Disorders utgjør insomni en egen hovedgruppe. Her skilles mellom kronisk (mer enn 3 måneder) og kortvarig (mindre enn 3 måneder) insomni (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Insomni innebærer manglende evne til å sovne inn eller å opprettholde søvnen. I tillegg opplever personen nedsatt fungering på dagtid og et betydelig ubehag. Noen har problemer med innsovning, andre med oppvåkninger gjennom natten og atter andre med tidlig oppvåkning om morgenen.

Tidligere ble det anvendt et diagnostisk skille mellom primær og sekundær insomni, for eksempel at søvnproblemene var sekundære til depresjon eller angstlidelse. Dette skillet anses i dag som uhensiktsmessig (Bjorvatn et al., 2018). Insomni kan både være en utløsende og en opprettholdende faktor ved for eksempel depresjon, og kan bidra til tilbakefall av nye episoder med depresjon (Baglioni et al., 2011). Søvnproblemene kan ofte bestå selv etter suksessfull behandling av den psykiske lidelsen. Dessuten kan kognitiv atferdsterapi for insomni bedre både søvnproblemene og den komorbide lidelsen, for eksempel angstlidelse (Harvey, 2005; Spiegelhalder et al., 2013; Taylor & Pruiksma, 2014). Endelig er det ikke lett å gjøre et reliabelt skille mellom primær og sekundær insomni, fordi det kan være vanskelig å identifisere spesifikke årsaksforhold. Et bedre alternativ er derfor betegnelsen komorbid insomni (Rybarczyk et al., 2005). Som hovedregel bør selvstendige behandlingstiltak rettes mot søvnproblemene uavhengig av om pasienten også har en annen lidelse.

” *Insomni innebærer manglende evne til å sovne inn eller å opprettholde søvnen.*

Årsaker til insomni

Søvnproblemer har tre typer av årsaker: sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og vedlikeholdende faktorer (Bastien et al., 2004; Spielman & Glovinsky, 1991).

Viktige *sårbarhetsfaktorer* er tendens til bekymring, høy alder, kvinnelig kjønn og arvelig belastning.

Utløsende faktorer er sykdom, skade og smerter, kriser og belastninger, stress i arbeid og på skole, døgnrytmeforstyrrelser som følge av skiftarbeid eller tidssoneforflytninger, og dårlige søvnvaner. Biologiske endringer knyttet til graviditet og menopause kan være utløsende, likeså rollen som småbarnsforeldre (Sateia, 2004).

Vedlikeholdende faktorer bidrar til at søvnproblemene ikke avtar, selv når den utløsende faktoren ikke lenger er virksom. Mange har overdrevne negative forestillinger om hvilke konsekvenser dårlig søvn har for arbeid, skole og privatliv, eller urealistiske oppfatninger om hvor mye søvn de trenger for å fungere optimalt. Soverom og seng assosieres gradvis med noe negativt, som grublerier og frustrerende våkenhet, og man utvikler «lakenskrekk». Søvnvanskene forsterkes av at man attribuerer sønnavanskene til ytre og stabile faktorer, for eksempel «kjemisk ubalanse», smerter og høy alder. Slike forhold kan selvsagt bidra, men man overser da det som faktisk kan påvirkes, og kan føle seg maktesløs overfor det som er utenfor ens kontroll.

Oppfattheten av søvnen gir prestasjonsangst for å sove, og forhøyet fysiologisk aktivering. Oppmerksomheten rettes mot forhold som vanskeliggjør søvnen, som hjertebank og urineringsstrang, lyder og tiden som har forløpt. Ved oppvåkning er man fokusert på kroppslige tegn på at man har sovet lite. I løpet av dagen rettes oppmerksomheten selektivt mot tegn til tretthet, dårlig humør og problemer med konsentrasjon og hukommelse, og man kommer inn i en ond sirkel (Harvey, 2005). Dessuten vil kompenserende strategier, for eksempel å sove så lenge man kan i helger for å ta igjen «tapt søvn», bidra til å holde problemene ved like (Hauri & Fisher, 1986).

” Mange har overdrevne negative forestillinger om hvilke konsekvenser dårlig søvn har for arbeid, skole og privatliv, eller urealistiske oppfatninger om hvor mye søvn de trenger for å fungere optimalt.

Kognitiv atferdsterapi for insomni

Kognitiv atferdsterapi er anbefalt behandling ved insomni, med god vitenskapelig dokumentasjon, både som behandling individuelt og i gruppe, og som veiledet selvhjelp (Bjorvatn et al., 2018; Irwin et al., 2006; Morin et al., 2003; Okajima, 2018). Både korttids- og langtidseffekten er godt dokumentert (Traumer et al., 2015).

Studier som er gjort med kognitiv atferdsterapi for insomni for pasienter med somatisk sykdom, viser tilsvarende resultater som for pasienter uten sykdom, og metodene som benyttes er i hovedsak de samme (Okajima, 2018; Wu et al., 2015). Samtidig er det ofte viktig å gjøre tilpasninger, for eksempel på grunn av smerter, kløe, hetetokter, pusteproblemer, kvalme og hoste om natten, vedvarende utmattelse om dagen, sykehusinnleggelseser og medisiner som motvirker god søvn. Tilnærmingen er med god effekt prøvd ut for søvnproblemer ved atrose (Smith et al., 2015; Vitiello et al., 2009), fibromyalgi (Edinger et al., 2005; Martínez et al., 2014), brystkreft (Quesnel et al., 2003; Epstein & Dirksen, 2007), gynekologisk-, prostata- og bryst- og tarmkreft (Espie et al., 2008; Matthews et al., 2014; Ritterband et al., 2012), hjertesykdom (Rybarczyk et al., 2005, 2011), kronisk obstruktiv lungesykdom (Kapella et al., 2011; Rybarczyk et al., 2005), tinnitus og hørselsproblemer (Jansson-Fröjmark et al., 2012), Parkinson (Romenets et al., 2013) og langvarige smerter (Currie et al., 2000; Tang, 2009).

Kognitiv atferdsterapi for insomni baseres som nevnt på flere supplerende tilnærminger, som stimuluskontroll, søvnrestriksjon og kognitive intervensjoner. Tilnærmingen er også prøvd ut som veiledet selvhjelp, med minimal telefonkontakt mellom pasient og terapeut, med gode resultater blant annet for eldre pasienter med atrose eller hjertesykdom (Rybarczyk et al., 2011). I sistnevnte studie viste bedringen å holde seg et år etter avslutning.

Tilnærmingen er bygget på klare og lett forståelige prinsipper, og det legges opp til et nært samarbeid mellom pasient og behandler. Det er svært tilfredsstillende å kunne tilby slik behandling, fordi du som behandler kan bidra til å bedre livskvaliteten for mennesker som i årevis har slitt med søvnproblemer. Varigheten av søvnproblemene synes nemlig ikke å predikere grad av bedring, når man først mottar rett behandling (Morin & Espie, 2003).

” Det er svært tilfredsstillende å kunne tilby slik behandling, fordi du som behandler kan bidra til å bedre livskvaliteten for mennesker som i årevis har slitt med søvnproblemer.

Pasienten fører en *søvnloggbok* for å kartlegge søvnvaner og søvnmengde. Det innebærer en systematisk registrering av leggetid, innsovningstid, nattlige oppvåkninger og oppvåkningstidspunkt (Carney et al., 2012). Man kan dessuten registrere soving på dagtid, fungering på dagtid og søvnkvalitet, eller andre viktige faktorer som kan påvirke søvnen. Hensikten med stimuluskontroll og søvnrestriksjon er at leggetid, soverom og seng skal styrkes som utløsere for søvn (Bootzin et al., 1991; Glovinsky & Spielman, 1991) samt å styrke kvaliteten på søvnen og stabilisere døgnrytmen. Man skal utvikle nye søvnvaner som øker sjansen for å falle i søvn, forbli i søvnen, ha god søvnkvalitet og ikke våkne tidligere enn nødvendig.

Mange som lider av søvnløshet, har utviklet negative holdninger om søvn som bør identifiseres, testes ut og eventuelt korrigeres. I terapi av søvnproblemer legger man dessuten vekt på metakognisjon, det vil si de tanker og antakelser vi har om våre egne tankeprosesser (Flavell, 1979). Personer med søvnproblemer har mer positive holdninger til å bekymre seg i sengen enn personer med god søvn, som at det bidrar til «å rydde i tankene» (Harvey, 2003). De kan bruke våkne nattetimer til å tenke på morgendagens problemer, selv om de innser at bekymringen virker aktiverende. De kan også være opptatt av å følge med på hva de tenker, og forgjeves prøve å skru av stressende tanker, noe som forsterker opplevelsen av ikke å ha kontroll over egne tanker (Palagini et al., 2016). I behandlingen rettes tiltak mot selektiv oppmerksomhet på og grubling rundt søvnproblemene både om natten og på dagtid. Man kan blant annet utforme atferdsekspiriment der pasienten får testet ut gyldigheten av sine oppfatninger (se Berge & Pallesen (2015), Harvey (2005) og Ree & Harvey, 2004).

” *Mange som lider av søvnløshet, har utviklet negative holdninger om søvn som bør identifiseres, testes ut og eventuelt korrigeres.*

Medikamenter for insomni

Medikamenter gis ofte ved søvnproblemer, enten i form av benzodiazepiner eller benzodiazepinliknende medikamenter (zopiklon og zolpidem). På kort sikt kan disse komme til nytte, som midlertidig hjelp i en overgangsfase. Slik behandling bør vanligvis tidsbegrenses til to–tre uker. For langvarige søvnproblemer kan bruk av medikamenter, og da spesielt benzodiazepiner, være uheldig. Andelen dyp søvn kan reduseres (Sivertsen et al., 2006), og medikamentet kan ha omfattende bivirkninger, for eksempel tretthet om dagen. Dessuten kan man utvikle toleranse etter bare noen uker med daglig bruk. Man må innta stadig større dose for å oppnå samme virkning som i startfasen. Når man slutter med medikamentet, kan man i flere netter igjen få problemer med søvnen. Dette kalles rekyleffekten. En bør altså være tilbakeholden med å tilby medikamenter ved langvarige søvnproblemer (Bjorvatn, 2016). For pasienter som ønsker å slutte med medikasjon anbefales en nedtrappingsplan i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi for insomni (Morin et al., 2004).

En norsk studie sammenliknet effekten av kognitiv atferdsterapi og zopiklon hos eldre pasienter med insomni, mange av dem med komorbid somatisk sykdom. Den psykologiske behandlingen ga bedre effekt enn den medikamentelle både på kort og på lang sikt, og på både subjektive og objektive søvnmaal (Sivertsen et al., 2006). Medikamenter kan ofte være mer til skade enn til gagn. Derfor er det uheldig at pasienter sjelden tilbys psykologisk behandling for søvnproblemer fordi helsepersonell mangler kunnskap om metoder vi vet har effekt.

Kapitlet «Råd om bruk av medikamenter for søvnproblemer» i arbeidsboken presenterer mulige bivirkninger av medikamenter for insomni. Samtidig understrekes det at pasientene kan velge å stå på medikamenter de tar, i samme dose, til de har kommet i gang med tiltakene i behandlingen. Når de har innført dem og fått en bedre søvn, kan de i samråd med legen sin trappe ned medikasjonen. Inntil da bør de som en hovedregel ikke gjøre endringer i dosering eller i måten de tar medikamentet på.

Struktur og kartlegging

Både kursopplegget og opplegget for individuell behandling består av fire deler. Del 1 (samling 1 i opplegget for behandling i gruppe) presenterer en forståelse av søvnproblemer i tråd med kognitiv atferdsterapi, samt bruk av søvndagbok og råd om søvnhygiene. Del 2 (samling 2 og 3) omhandler bruk av handlingsstrategier i form av stimuluskontroll og søvnrestriksjon.

Del 3 (samling 4 og 5) tar for seg negative tankemønstre om søvn, mentale verktøy for en konstruktiv indre dialog og tiltak mot grubling og bekymring som forsterker søvnproblemer. Del 4 (samling 6 og 7) er en oppsummering og utforming av en plan for vedlikehold og tilbakefallsforebygging. Syvende samling holdes to måneder etter sjette samling for å oppsummere erfaringer og ved behov kunne korrigere kursen.

I den individuelle behandlingen anbefales det å bruke to timer på del 1, tre timer på del 2, to timer på del 3, og to timer på del 4, totalt ni timer.

Sammen med pasienten vurderer du som behandler hvor mye tid som passer på hver del, ut fra pasientens behov og ønsker, og erfaringer dere gjør underveis. Også i individuell behandling anbefales å ha siste time om lag to måneder etter nest siste time. Da får pasienten gjort erfaringer med vedlikehold av tiltakene på egenhånd, og så diskutert disse med deg.

Pasientene kan ha problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon. Spesielt de som har somatisk sykdom kan kjenne ubehag og smerter ved å sitte lenge i ro. Ivareta behovet for pauser, slik at pasientene ikke blir slitne og mister konsentrasjonen. Snakk også med pasienten om disse problemene underveis i behandlingen, og be jevnlig om tilbakemelding.

Kartleggingsverktøy

Vi anbefaler at du før første kurssamling ber deltakerne fylle ut Bergen Insomnia Scale (Pallesen et al., 2008). Dette skjemaet anbefales også fylt ut ved siste sesjon, som evaluering av deltakernes utbytte av kurset. Dessuten kan deltakerne fylle ut skjemaet Tanker og følelser om søvnproblemenes innvirkning på dagliglivet (Daytime Insomnia Symptom Response; Carney et al., 2013) på første samling og som hjemmeoppgave før femte eller sjette samling. Ønsker du en mer omfattende kartlegging, anbefales Global Sleep Assessment Questionnaire (Roth et al., 2002). I arbeid med kartlegging av tanker og tankemønstre som bidrar til søvnproblemer, kan du benytte Night-Time Thoughts Questionnaire (Watts et al., 1994) eller Penn State Worry Questionnaire (Pallesen et al., 2006). Alle de nevnte skjemaene finnes på www.kognitiv.no.

Søvn dagboken er det viktigste kartleggingsinstrumentet. Det er utarbeidet en konsensusrapport om hva som bør være med i en slik søvnlogg (Carney et al., 2012). Vi har valgt ut de sentrale spørsmålene for å regne ut søvneffektivitet, og har erfaring med at det gjør søvn dagboken mer oversiktlig og enklere å håndtere for deltakerne. Du finner en mer omfattende søvn dagbok på www.sovno.no.

Del 1

– Forståelse av søvnproblemer og kartlegging av søvnmønstre

1. Informasjon om behandlingen
2. En kognitiv atferdsmessig tilnærming
3. Utløsende og vedlikeholdende årsaker til søvnproblemer
4. Regulering av søvn og søvnhygiene
5. Introduksjon til søvndagboken
6. Presentasjon av hjemmeoppgaver

Presenter deg selv (eller dere dersom det er to kursledere), og vis til at det i arbeidsboken som pasientene har fått, står dagsorden for denne og de neste samlingene samt oppsummeringer og hjemmeoppgaver. Be dem presentere seg selv og hvordan søvnproblemer arter seg for dem. Foreta så en runde der forventninger (og tvil) løftes frem. Deltakerne kan gjerne snakke sammen to og to, for å sikre at alle får sagt noe, før du ber om innspill i plenum. Du har her anledning til å anerkjenne hvor belastende søvnproblemer er. Du kan også validere fortvilelsen og maktesløsheten mange opplever over ikke å kunne vinne søvnen tilbake tross mange forsøk. På en nøktern måte formidler du ønske om og tro på at behandlingen vil være til hjelp for pasientene .

Det er mye som skal med i den første samlingen. Av tidsmessige hensyn er det derfor punkter som tas opp på andre samling som like godt kunne vært tatt med første gang. Etter hvert som du får erfaring med å holde kurset – eller den individuelle behandlingen – vil du trolig merke at det er lettere å disponere stoffet og at du har en opplevelse av å få bedre tid. Du blir gjerne også flinkere til å få frem viktige budskap gjennom dialog med pasientene.

Gi informasjon om opplegget. Informasjonen er samlet i punktene nedenfor. Til noen av punktene følger en tekst med innrykk, som forslag til hva du kan si. Det er nødvendig med individuell tilpasning der du bruker de ordene som passer for deg og dialogen du har med pasientene.

Ved *lærings- og mestringskurs* vil likeperson, som inngår som en av kurslederne, fortelle om egne erfaringer med tilnærmingen, enten ved å ha et innlegg om dette innledningsvis eller som en oppsummering. Formidlingen kan også skje underveis, med direkte innspill på de ulike punktene, for eksempel erfaringer rundt det å få fylt ut søvndagboken og gjennomført andre hjemmeoppgaver (se Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019) for mer informasjon om likepersonens rolle og utforming av lærings- og mestringskurs).

Si at kognitiv atferdsterapi er en godt dokumentert terapiform der målet er å mestre søvnproblemer, somatisk sykdom med langvarige smerter og vedvarende utmattelse, psykiske lidelser og plager, og stressproblemer. Det vil kreve en innsats med hjemmeoppgaver mellom hver samling og lesing av materiell med konkrete råd om hvordan man kan gå frem. Si at du er klar over at det vil være krevende. Minn samtidig på at tid og krefter investert i å gjøre hjemmeoppgavene vil styrke utbyttet. Be pasientene om å tenke på behandlingen som en måte å prioritere seg selv og egne behov på. Det å vinne søvnen tilbake vil styrke livskvaliteten.

Hensikten er å lære verktøy som kan bidra til at man mestrer søvnproblemene bedre. På samlingene vil dere prioritere selve verktøyene mer enn en detaljert gjennomgang av den enkeltes situasjon og problemer. Disse problemene vil selvsagt bli tematisert, men da med vekt på hvordan pasientene best kan anvende verktøyene for å møte problemene på en bedre måte. Få frem holdningen du ønsker at de skal ta med seg, nemlig å stille opp for seg selv på en mest mulig støttende, konstruktiv og hjelpsom måte. Tiltakene i behandlingen bygger på anbefalinger som helsemyndighetene gir for langvarige søvnproblemer. Tiltakene krever tid og energi, men kan hjelpe dem til å få bedre søvn. Et motto kan være: «Stol på prosjektet!».

Gå kort igjennom temaer for samlingene, og vis til oversikten over kurssamlingene som står i arbeidsboken (og tilsvarende til timeoversikten i arbeidsboken for individuell behandling). Orienter om at hver samling (eller behandlingstid) vil ha en klar struktur og dagsorden, og at ditt ansvar er å passe tiden og se til at dere kommer igjennom alle punktene. Det er viktig at det ikke blir for mange punkter, for da blir det for liten tid til hvert enkelt punkt. Pasientene kan oppleve det som heseblesende, uoversiktlig og slitsomt.

” *Hensikten er å lære verktøy som kan bidra til at man mestrer søvnproblemene bedre.*

Etterlevelse av stimuluskontroll og søvnrestriksjon

I studier har etterlevelsen av metodene stimuluskontroll og søvnrestriksjon, variert mellom 55 % og 89 % (Vincent et al., 2008). Tallene er i tråd med etterlevelse av andre behandlingstiltak ved for eksempel diabetes og hjertesykdom.

Faktorer forbundet med lav etterlevelse er:

- ▶ Lav mestringstro om egen evne til å følge opp prinsippene i søvnbehandlingen
- ▶ Demoralisering etter tidligere mislykkede forsøk på mestring av søvnproblemer
- ▶ Sykdomsforståelse preget av manglende tro på egen mulighet til å påvirke sykdommen og plagene forbundet med den, som smerter, utmattelse og søvnproblemer
- ▶ Høy grad av søvnighet og energimangel på dagtid
- ▶ Ubehag, irritasjon og kjedsomhet forbundet med å forlate soverommet om natten
- ▶ Frykt for å forstyrre andre
- ▶ Tanker om at metodene kan forverre smerter og sykdom

Ha samtaler om barrierer for etterlevelse av tiltak gjennom hele behandlingsforløpet. Da kan dere også vurdere løsninger for å overkomme barrierer. På kurset kan deltakerne to og to, og senere i plenum, beskrive både hindringer og mulige tiltak.

Gi råd om hvordan man kan unngå kvernetanker om søvnproblemene. Si at dere vil gå inn på mentale strategier for å møte de negative tankene om maktesløshet og håpløshet som kan dukke opp fra tid til annen. Gi likevel en forsmak på metodene. Eksempler er å være seg bevisst hvilke negative stopptanker som kan dukke opp, for eksempel etter en ekstra vanskelig natt: «Dette er nytteløst!». Det er lurt å ha forberedt støttetanker å møte dem med, og unngå å gå i diskusjon med dem. Aksepter dem, og la dem være. Ha fokus på oppgavene. Vær tålmodig. Stol på at metodene i behandlingen har solid forskningsmessig støtte og anbefales av helsemyndighetene. Noen pasienter kan her trenge mentale strategier for å møte bekymringstanker om at disse metodene likevel skal forverre smerter, utmattelse og sykdom.

Hjemmeoppgaver

Hver samling eller behandlingstid starter med en gjennomgang av hjemmeoppgavene, og avsluttes med presentasjon av nye hjemmeoppgaver. Si at du er klar over at det er krevende med hjemmeoppgaver, spesielt når søvnvansker gjør at man har mindre overskudd. Det vil derfor bli lagt vekt på å snakke om barrierer og mulige løsninger for hver hjemmeoppgave. Eksempler på slike tiltak er å dele inn leseoppgaver i håndterlige porsjoner, ha pauser og skrive stikkord for å huske poengene. Et hjelpemiddel for å gjennomføre hjemmeoppgaver er å bruke en godt dokumentert metode for endring av vaner, kalt handlingsregler, eller «hvis-så»-formuleringer («implementation intentions», Berge & Fjerstad, 2020; Berge, Dehli & Fjerstad, 2016; Gollwitzer & Sheeran, 2006; Mairs & Mullan, 2015), for eksempel:

- ▶ «Hvis jeg har spist middag, så skal jeg ta frem arbeidsboken og lese den i stuen»
- ▶ «Hvis jeg har spist frokost, så skal jeg fylle ut søvndagboken på kjøkkenet»
- ▶ «Hvis jeg ikke får sove, så skal jeg stå opp etter 15 minutter og gå inn i stuen til jeg blir søvnig» (stimuluskontroll)
- ▶ «Hvis jeg blir opptatt av at jeg er ukonsentrert, så skal jeg minne meg selv på at det skjer med alle og at det ikke er noe å bry seg om, og flytte oppmerksomheten mot det jeg holder på med» (tiltak mot selektiv oppmerksomhet og grubling)

Handlingsregler, se kapitlet «Bruk av handlingsregler ved vaneendring», kan bidra til økt gjennomføring av hjemmeoppgaver. De er nyttige for å innføre nye og konstruktive vanemønstre, i forbindelse med stimuluskontroll og mentale strategier mot kvernetanker (se Berge & Fjerstad (2020) for råd om bruk av handlingsregler).

Be pasientene om å sette av tid til hjemmeoppgavene, og å la dem bli en vane. Men si også at ting kan komme i veien og man ikke får gjort det man har planlagt. Vær tydelig på at dersom man ikke har gjort hjemmeoppgaven, er det viktig at man likevel kommer til neste samling (eller behandlingstid). Vis at du ønsker å forebygge frafall. Orienter eventuelt om at du vil ta kontakt per telefon for å orientere om hva dere gjorde og om hjemmeoppgaven til neste gang dersom man ikke kommer. Spør i så fall om det er i orden.

Informasjon til pårørende og bruk av medhjelper

Noen har en partner de deler seng med, og familie de bor sammen med. Hvilken informasjon bør gis til dem om behandlingen? De bør for eksempel ha kjennskap til prinsippene for stimuluskontroll og søvnrestriksjon, og for tiltak mot grubling om søvnproblemene på dagtid. Vis til kapitlet «Informasjon til pårørende».

Fortell at det kan være nyttig å bruke en medhjelper, et familiemedlem eller en venn, som innvies i arbeidet og er en støttespiller. Medhjelperen kan lese informasjonen i arbeidsboken og diskutere gjennomføring av hjemmeoppgaver og tiltak. Spør om pasientene har tanker om hvem som kunne fungert som en slik støttespiller. Si at noen bruker en medhjelper, mens andre ikke ønsker eller har mulighet for det. Den enkelte vet selv hva som er best.

Informasjon om søvn og søvnproblemer

Vi bruker i snitt en tredel av livet vårt på å sove, og selv om vi fortsatt ikke vet nøyaktig hvorfor vi sover, er de fleste enige i at søvn er nyttig for oss. Samtidig har menneskekroppen en god evne til å tolerere mangel på søvn. Vi er vanligvis fullt ut i stand til å skjøtte daglige gjøremål selv om vi har sovet lite. Det er viktig å minne oss selv på når vi ikke får sove.

Det er store forskjeller med hensyn til hvor mye hver av oss trenger av søvn, fra seks til ni timer per natt, selv om voksne gjennomsnittlig sover rundt syv timer per natt. Søvnbehovet vil dessuten variere gjennom livet.

Vi vurderer gjerne søvnen vår ut fra hvor lenge vi sover, men det er minst like viktig hvor dypt vi sover. Det er vanlig å dele søvnen inn i fire stadier (Iber et al., 2007). Forklar her, gjerne ved bruk av tavle eller flippover, de firesøvnstadiene som illustrerer sykliske endringer i søvndybde gjennom natten.

«Første stadium (N1) særpreges av døsighet. Det er en overgangstilstand mellom våkenhet og søvn, som vanligvis bare varer noen minutter. Den neste stadiet (N2) kjennetegnes fortsatt av lett søvn, men vi er nå noe vanskeligere å vekke. Det tredje stadiet (N3) er den dype søvnen, som særlig sees i de første tre timene av søvnperioden. Det er en rolig og energisparende tilstand, som er viktig for at vi skal føle oss uthvilte når vi våkner. Vi er vanskelige å vekke fra dyp søvn. Sover vi lite, vil vi få mer dyp søvn når vi først sover – søvnen kan altså bli mer effektiv og energisparende. Det kan være en støttetanke for den som sover lite. Det fjerde stadiet (R) er preget av at vi drømmer. Vi kan se når man er i denne fasen, fordi det er raske øyebevegelser under de lukkede øyelokkene («Rapid Eye Movement», REM-søvn). Et mål er å få mer av den dype søvnen, som det er vanskeligere å bli vekket av. Metodene stimuluskontroll og søvnrestriksjon styrker kvaliteten på og dybden av søvnen.»

Vis til kapitlet «Andre søvnsykdommer». Gå raskt gjennom dem med vekt på forsinket døgnrytmeforstyrrelse, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser og søvnapné. Si fra om behovet for utredning ved mistanke om andre søvnsykdommer. Be pasientene om å lese kapitlet til neste gang, og om å informere deg dersom de vurderer at de kan ha en annen søvnsykdom.

Si at kapitlet «Årsaker til insomni (søvnløshet)» omhandler det som dere skal gjennomgå nå. Forklar at kildene til søvnproblemer er mange, og at det som opprettholder dem over tid, kan være noe annet enn det som utløste dem. Enkle og ensidige årsaksforklaringer er ofte til liten hjelp.

«Utløsende årsaker til søvnproblemer er stressende livssituasjoner og belastninger. Mange opplever at vanskelige livsoverganger, for eksempel graviditet, overgangsalder, at barna flytter hjemmefra eller samlivsbrudd, kan få uheldige konsekvenser for nattesøvn. Også smerter er en årsak til søvnproblemer. For mange med langvarige smerter eller kroppslige plager i forbindelse med sykdom eller skade, kan sengen bli det stedet hvor man virkelig kjenner hvor vondt det er å ha vondt.»

Presiser at en viktig *oppretholdende faktor* ofte er at man utvikler negative forventninger til søvnen sin. Man er frustrert og bekymret, og man opplever å ikke ha kontroll over søvnproblemene sine lengre. Bekymring for ikke å få sove er derfor et sentralt problem for mange med søvnproblemer. I tillegg har det betydning hvordan vi tenker om søvnproblemene også på dagtid.

«Bekymring over å ha mistet kontroll over egen søvn kan vikle deg inn i negative tankespiraler. De kan både komme på dagtid hvor du gjerne skulle vært opplagt, og ved leggetid når «lakenskrekken» skyller over deg. Grubling over hvordan du er svekket av søvnmangel, for eksempel ved å mangle energi og ha vansker med konsentrasjon, kan forsterke problemene ytterligere.»

Forhold som påvirker søvnen

Vis til kapitlet «Regulering av søvn og søvnhygiene». Informer om at særlig tre forhold påvirker søvnmønsteret. Det første er søvntrykket, altså hvor lenge vi har vært våkne. Som trykket i urinblæren blir sterkere jo lengre vi venter med å gå på toalettet, blir søvntrykket sterkere når vi går lenge våkne. Det andre som påvirker søvnmønsteret er døgnrytmen, der det blant annet er viktig å stå opp til samme tidspunkt hver dag og å ha noe tid ute i dagslys. For det tredje påvirkes søvnen av vår atferd gjennom døgnet. Si at vi i behandlingen også vil rette oppmerksomheten mot hva pasientene tenker rundt søvnproblemene og konsekvenser av søvnmangel, og hvordan de kan påvirke uhensiktsmessige tankemønstre. Du kan utdype dette på følgende måte:

«Søvnproblemer preges av et forstyrret samspill mellom tre forhold som regulerer søvnen. For det første reguleres søvnen av en likevektsfaktor (homeostatisk faktor). Denne innebærer at vi får et økende søvnbehov i tråd med hvor lenge vi har vært våkne. Det å slumre på sofaen kan derfor redusere sannsynligheten for å sove om natten. Mengden av den dype søvnen (søvnstadie N3) er positivt forbundet med hvor lenge vi har vært våkne. For det andre er søvnen regulert av døgnrytmen, som opprettholdes gjennom lys og mørke så vel som av de mange gjøremål som gir hverdagen form. Ved å sove lenge i helgene, kan man forstyrre døgnrytmen, med økte søvnproblemer natt til mandag. Ved å stå opp til samme tid hver dag styrker man døgnrytmen. En stabil døgnrytme er viktig for søvnlengden vår. For det tredje reguleres søvnen av søvnhygiene, vaner og atferd. Vi påvirkes blant annet av bekymringer, støy, alkohol, koffein og fysisk aktivitet.»

Søvnhygiene

Presenter de viktigste søvnhygienerådene ved å sette rådene i sammenheng med søvntrykk, ivaretagelse av den dype søvnen og døgnrytme. Her kan du også vise til spørreskjemaet «Søvnhygiene» (Sleep Hygiene Index, SHI-13; Mastin et al., 2006). Pasientene kan fylle det ut til neste gang. Slik kan de få sjekket egen atferd mot rådene for søvnhygiene.

Legg vekt på at den som har hatt søvnproblemer i lengre tid, gjerne har fått en rekke råd om søvnhygiene og at virkningen av disse tiltakene dessverre ofte har vist seg å være til liten hjelp. Denne behandlingen er rettet mot metoder med bedre dokumentasjon. Ha som utgangspunkt at pasientene trolig har kjennskap til rådene for god søvnhygiene, og spør tidlig om deres erfaringer med dem. Vær likevel oppmerksom på at noen har en uheldig praksis, som for eksempel å ta med seg mobil og surfe på nettet mens de er i sengen.

Kartlegging av søvnmønsteret

Vis til søvndagboken i arbeidsboken. Si at den består av bolker som skal fylles inn for hver dag, både i ukedager og helg. All søvn og våkentid gjennom natten skal dokumenteres. Gå gjennom hver bolk i fellesskap, og presiser at pasientene ikke skal bruke klokke som hjelpemiddel ved utfylling. De skal heller ikke notere tidspunkter i løpet av natten. Anbefal å fylle ut søvndagboken når de står opp om morgenen. Tidspunktene som noteres i loggen bygger altså på omtrentlige anslag. Å bli for opptatt av klokken vil påvirke søvnen på en uheldig måte.

I søvndagboken er det en kolonne for kommentarer. Her har pasientene mulighet til å skrive inn nyttig informasjon. De bestemmer selv hva de noterer. **Det kan være stikkord om ulike forhold som kan ha påvirket søvnen denne natten, for eksempel:**

- Om de har sovet på dagtid, og i så fall når og hvor lenge
- Inntak av koffein (kaffe, te, cola, sjokolade) eller alkohol
- Bruk av medikamenter
- Om det har skjedd noe dagen før som kan ha hatt betydning
- Kvernetanker som forstyrrer søvnen
- Deres vurdering av søvnens kvalitet eller dybde, på en skala fra 0 til 10, der 10 er maksimalt tilfreds og 0 er maksimalt utilfreds

Hvordan og hvorfor registrere?

Å føre søvndagbok er krevende. Det innebærer å sette av tid på morgenen til å notere hvordan natten har forløpt. De som skal på jobb, kan trenge å stå opp litt tidligere for å notere. Hvordan skal man greie å motivere seg til det? Og hvordan skal man huske å fylle ut søvndagboken når morgenen er krevende og stressende? Be pasientene om å se for seg situasjonen, og spør etter konkrete løsninger. Be om forslag til lure husketeknikker, som å ha en strikk på hånden, henge opp huskelapper, lage en påminnelse på mobilen og informere sin medhjelper. Hvilke strategier pleier de å benytte seg av for å huske ting?

Forklar at regelmessig selvregistrering av søvnmønsteret er en forutsetning for metodene på kurset, både stimuluskontroll og søvnrestriksjon.

Si også at:

«Undersøkelser har vist at en slik registrering i seg selv bidrar til bedre søvn. Du får bedre oversikt over eget søvnmønster, og du kan registrere fremskritt og tilbakeskritt. Hvis du har hatt en lang, fæl og søvnløs natt, kan søvndagboken tjene som en påminnelse om at det ikke alltid er slik. Det vil styrke dine forventninger og din lojalitet til behandlingen. Søvndagboken blir en måte å dokumentere hva som virker, og hva som ikke virker. Det er viktig, for det er så lett å bli demoralisert av søvnproblemer. Gjennom nedtegnelsene blir du en forsker på din søvn, noe som i seg selv øker følelsen av kontroll og mestring.»

La pasientene få tid til å diskutere detaljene i gjennomføringen. De må ha en konkret plan for når oppgaven skal gjøres, hvor mye tid de kan sette av, hvor de skal gjøre det, hjelpemidler de skal bruke (notisbok, pc, mobil) og om de skal ha en medhjelper. Pasientene vil også ha spørsmål som de trenger konkrete svar på. Du finner svar på noen av dem i kapitlet «Kartlegging ved bruk av søvndagbok», se avsnittet «Vanlige spørsmål».

På kurset kan du be deltakerne summe to og to:

- ▶ Hva ser de for seg kan bli barrierer for regelmessig føring av søvndagboken, og hva kan være tiltak for å overkomme disse barrierene?
- ▶ Be dem så løfte frem viktige punkter for gjennomføring i plenum.

■ Hjemmeoppgaver – Del 1

1:

- ▶ Les kapitlet «Årsaker til insomni (søvnløshet)». Tenk etter hva som kan være opprettholdende faktorer for søvnproblemene, både om natten og dagen.
-

2:

- ▶ Les kapitlet «Andre søvnsykdommer». Vurder om du kan ha en av søvnsykdommene. Informer i så fall kurslederne om det på neste samling. Du kan også gå inn på www.sovno.no, og ta en test på ulike søvnsykdommer.
-

3:

- ▶ Les kapitlet «Regulering av søvn og søvnhygiene» og fyll ut skjemaet Søvnhygiene (SHI-13) på side 13. Hva kan være nyttig for deg å endre?
-

4:

- ▶ Les kapitlet «Kartlegging ved bruk av søvndagbok».
-

5:

- ▶ Fyll ut søvndagbok.
-

6:

- ▶ Gi kapitlet «Informasjon til pårørende» til de du tenker er viktig at vet noe om behandlingen.
-

Del 2

– Handlingsstrategier

Samling 2: Vaneendring og stimuluskontroll

1. Gjennomgang av forrige ukes hjemmeoppgaver
2. Vaner, vaneendring og handlingsregler
3. Presentasjon av stimuluskontroll
4. Gjennomgang av handlingsplan
5. Medikamenter ved søvnproblemer
6. Presentasjon av hjemmeoppgaver

Spør om pasientene har fått lest kapitlene i arbeidsboken og hvilke refleksjoner de har gjort seg. Gå så inn på søvndagboken: Hvordan erfarte de å gjøre hjemmeoppgaven, hvilke barrierer dukket opp med å gjennomføre den og hvordan prøvde de å forsere barrierene?

Få frem deres egne vurderinger av sine observasjoner. Etabler en atmosfære der dere som vennlige og faktaorienterte journalister går igjennom kartleggingen. Anerkjenn strev og vansker.

Stimuluskontroll og vaneendring

Stimuluskontroll er en godt dokumentert metode, men som ikke er lett å gjennomføre konsekvent. For noen vil den være et brudd med hva de tidligere har gjort for å prøve å håndtere søvnproblemene. Stimuluskontroll innebærer å endre vaner. Det er vanskelig i seg selv, særlig når slike endringer også oppleves som fysisk slitsomme og ubehagelige. Vaneendring krever systematisk gjentakelse av ny, ønsket atferd over tid. Her kan bruk av handlingsregler være nyttig, se kapitlet om det i arbeidsboken.

Mye av det vi gjør er påvirket av særpreg ved situasjonen vi befinner oss i. Over tid vil slike særpreg bli utløsere for de samme handlingene.

«Det finnes mange eksempler i hverdagen på koblinger mellom bestemte handlinger og bestemte situasjoner som over tid har blitt automatiserte for oss. Noen må alltid ha popkorn eller sjokolade når de er på kino – til tross for at de nettopp har spist. På samme måte som kinosalen utløser trang til snop, vil også sengen og soverommet kunne gi en følelse av ro og søvnighet. Enkelte klager faktisk over at de sovner med en gang de har lagt hodet på puten, selv om de hadde tenkt å lese først. Da har de et godt fungerende søvnmiljø. For dem som har søvnproblemer, kan sengen og soverommet tvert imot utløse våkenhet og bekymring, smerter og frustrasjon. De har et søvnmiljø som ikke fungerer.»

Mange opplever at de er søvnige om kvelden, men våkner opp idet de forbereder seg på å legge seg. Da er leggeritualer og soverom blitt betinget til kroppslig og mental aktivering. Deler av innlæringen skjer trolig som betingingslæring, der nervesystemet automatisk og vanemessig blir aktivert, uavhengig av personens bevisste kontroll. Derfor er det viktig å legge til rette for systematisk avbetinging og tilvenning der soverommet igjen assosieres med hvile og avspenning. Det gjør man ved å flytte sin aktiverte kropp og hjerne over i et annet rom, og slik får skjermet soverommet for uroen.

Utgangspunktet for stimuluskontroll er at leggetid, soverom og seng skal styrkes som utløsere for søvn. Man utvikler nye søvnvaner som øker sjansen for å falle i søvn, forbli i søvnen og ikke våkne tidligere enn nødvendig. Metoden krever systematisk jobbing og egeninnsats. Pasientene må øve regelmessig på de nye vanene.

Du kan her beskrive de sentrale leddene i metoden, slik de er beskrevet i kapitlet «Stimuluskontroll ved søvnproblemer».

” *Utgangspunktet for stimuluskontroll er at leggetid, soverom og seng skal styrkes som utløsere for søvn.*

” For pasienter som har langvarige smerter, kan du si at målet er at de skal få mer av den dype søvnen som er vanskeligere å bli vekket av.

Noen kan innvende at det er bedre å ligge og døse i sengen enn å være våken i et annet rom. Her kan du kommentere at det er få personer med langvarige søvnproblemer som virkelig slapper av i sengen, uten å være frustrert, anspent og fortvilet. Dessuten er det dessverre slik at det å ligge i en avslappet tilstand ikke nødvendigvis gir så mye ny energi. Å ligge ubevegelig erstatter ikke den energigivende dype søvnen, som er målet i behandlingen. Poenget er å la være å ta ut en kortsiktig gevinst for å oppnå en større gevinst på sikt. Kostnaden ved å bli liggende i sengen er at søvnproblemene forsterkes.

For pasienter som har langvarige smerter, kan du si at målet er at de skal få mer av den dype søvnen som er vanskeligere å bli vekket av. Stimuluskontroll og søvnrestriksjon, metoden som er tema for neste samling, er metoder som begge styrker den dype søvnen.

Understrek at stimuluskontroll er en krevende metode. Man kan gjerne starte entusiastisk, men når resultatene lar vente på seg, er det fare for at man mister motivasjonen og gir opp for tidlig – ofte før metoden får tid til å virke og de nye søvnbringende vanene er etablert. Det er nemlig vanlig at man i begynnelsen får enda mer problemer med søvnen. Det er derfor viktig at du forsikrer deg om at pasientene er 100 prosent klar over hvilken strategi som skal følges:

«Du skal altså legge deg først når du er søvnig (ikke kun trøtt eller sliten), og stå opp til samme tid hver morgen uansett hvor mye du har sovet. Hvis du ikke får sove innen anslagsvis et kvarter, så skal du stå opp. Dersom du våkner i løpet av natten, skal du stå opp med det samme du tenker at «Nå er jeg våken» – eller når du merker at du begynner å bli frustrert over å ha våknet, eller etter maksimalt et kvarter. Hovedregelen er denne: Hver gang du legger deg, faller du raskt i søvn, eller så er du ikke i sengen lenger.»

Det er viktig at du har – og formidler – stor forståelse for at pasientens «nattarbeid» ved søvnproblemer er slitsomt og belastende, ikke minst stimuluskontroll. I de sene nattetimer er det lett for selv den mest motiverte pasient å gi opp – ved å si til seg selv at det er best å utsette dette, jeg prøver å få sove likevel, uten å stå opp. Du kan her støtte pasienten i at det er vanskelig å tenke klart når en er slik i halvsøvn.

Deler av hjernen «skrus av» om natten, nettopp de delene som ellers tar seg av impulskontroll og logisk tenkning (frontallappene). Derfor er man- gelen på oppfølging «ikke pasientens skyld», men kan heller ses som en påminnelse om viktigheten av at pasienten prøver å være klar og tydelig i sin indre samtale om natten. Her kan man øve inn formuleringer man bruker som påminnelser der og da, gjerne som en «hvis-så»-formuleringer (se kapitlet i arbeidsboken om handlingsregler).

Valider også de sterke følelsene som er knyttet til søvnproblemer. Mange pasienter føler at de er drevet til yttergrensene. Om natten kan de overvel- des av frustrasjon og sinne, håpløshet og maktesløshet, men også av dyp sorg over å føle seg som avskåret fra søvnens fellesskap og et uthvilt liv.

Forklar at pasientene ikke bør vente noen bedring den første uken, kanskje først etter to uker. Spør dem om hvordan de kan få til et samarbeid med dem som de eventuelt lever sammen med, for eksempel ved at sengepartneren innstiller seg på hva som vil skje, og prøver ikke å la seg forstyrre.

Pasientene skal altså fra nå av innføre prinsippene for stimuluskontroll hver eneste natt. De vil høste erfaringer som vil bli tema for diskusjon på hver samling fremover. Det er viktig at de samler på observasjoner om hva som viser seg som nyttige grep for å gjennomføre metoden, men også hva som er barrierer. Her vil de kunne utveksle nyttige erfaringer underveis. Som behandler vil du gi råd basert på hva forskning har vist er viktig for gjennomføring.

Dessuten skal pasientene fortsette å føre søvndagbok hver natt. Den er et grunnlag for justeringer underveis, slik at man bygger på sine erfaringer og gjør kloke valg. Metoden som er tema for neste samling – søvnrestriksjon – bygger også på informasjon samlet inn fra to ukers føring av søvndagbok. De skal bruke dataene til å regne ut «søvn- effektiviteten», det vil si hvor mye av tiden i sengen de faktisk sover.

Bruk av en handlingsplan

Si at når man følger planen for stimuluskontroll, vil man tidvis kunne oppleve det som å bli styrt og ikke kunne gjøre det som føles riktig der og da, for eksempel bli liggende i sengen. Her kan man minne seg selv på at det er en selv som har laget planen. Den er et ledd i et prosjekt der man ønsker å ta styring i eget liv og ta søvnen tilbake.

Det er viktig at pasientene lager en konkret handlingsplan for hvordan de skal gå frem for å implementere metodene. Gå gjennom et eksempel i plenum, og la de få ti minutter til å påbegynne sin egen handlingsplan.

Du kan nevne noen nyttige grep for gjennomføring av stimuluskontroll. Ha en plan for hvilke konkrete monotone aktiviteter som kan utføres når man står opp i løpet av natten. Vit hvor man skal oppholde seg. Det må ikke være for kaldt i dette rommet. Ha belysningen skrudd ned i forkant. Ha gjerne fremme en notisbok der plagsomme bekymringstanker skrives ned stikkordsmessig.

Du kan be pasientene om å gjennomføre følgende tankeøvelse:

- Forestill deg at du har laget en handlingsplan for tiden du beveger deg ut av sengen når du ikke får sove. Se for deg at en venn har satt opp nøyaktig samme plan, og at du nå skal gi vennen din kloke råd om å gjøre justeringer av planen. Hva ville du lagt vekt på da?

■ Hjemmeoppgaver – Del 2

1:

- ▶ Les kapitlet «Bruk av handlingsregler ved vaneendring».
-

2:

- ▶ Les kapitlet «Stimuluskontroll ved søvnproblemer» og innfør stimuluskontroll hver natt. Bestem deg for et fast stå-opp tidspunkt.
-

3:

- ▶ Les kapitlet «Medikamenter som kan bidra til søvnproblemer» og «Råd om bruk av medikamenter for søvnproblemer».
-

4:

- ▶ Fortsett å fylle ut søvndagbok.
-

5:

- ▶ Lag din egen handlingsplan (se kapitlet om dette i arbeidsboken).
-

Samling 3

– Søvnrestriksjon

1. Gjennomgang av forrige ukes hjemmeoppgaver
2. Gjennomgang av søvnrestriksjon
3. Utrekning av egen søvneffektivitet
4. Presentasjon av hjemmeoppgaver

Start med å gå gjennom hjemmeoppgavene, som var erfaringer med søvndagbok, stimuluskontroll, handlingsregler og handlingsplan. Be deltakerne snakke sammen to og to om sine erfaringer: Hvilke hindringer oppsto, og hvordan søkte man å overkomme dem?

Søvnrestriksjon - begrensnig av tiden man er våken i sengen

Vis til kapitlet «Søvnrestriksjon – en metode for å styrke kvaliteten på søvnen». Mange personer med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove, og i alle fall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at noen som har fem timers nattesøvn ligger dobbelt så lenge i sengen. Søvnrestriksjon er en metode som stiller store krav til motivasjon og utholdenhet.

Presenter metoden slik:

«Du begrenser tiden på soverommet til det tidsrommet da du vanligvis sover. Hvis du i snitt sover seks timer, skal du ikke være mer i sengen enn akkurat den tiden. Det er viktig å ha et fast tidspunkt hvor du står opp, for eksempel kl. 6, og da må du regne deg seks timer bakover til kl. 24 for å finne tidspunktet du skal legge deg. Ettersom det kan være vanskelig å holde seg våken så sent, er det viktig at du planlegger et program med aktiviteter for kvelden. Gjør gjerne noe du trives med og som motiverer deg for ekstra innsats. Etter hvert som du sover bedre, tillates gradvis mer tid i sengen, med en økning på 15 minutter en gang i uken.»

” Hensikten er å styrke den naturlige rytmen for søvn og våkenhet som reguleres av hjernen.

Man skal vente med å legge seg til et fastsatt tidspunkt for tidligst mulig leggetid. Dersom man ikke er søvnig da, skal man, i tråd med prinsippene for stimuluskontroll, vente med å legge seg til man føler seg søvnig. Hensikten er å styrke den naturlige rytmen for søvn og våkenhet som reguleres av hjernen. Dessuten er det viktig å redusere tiden man ligger våken i sengen. Det sikrer mer effektiv søvn.

«Søvneffektiviteten regnes ukentlig ut fra søvndagboken. Når den er på 85 prosent, det vil si at du sover 85 % av tiden du er i sengen, økes tiden i sengen med 15 minutter for den neste uken. Det betyr at du kan legge deg 15 minutter tidligere. Slik vil du gradvis finne ut av hvilket søvnbehov du har. Søvnrestriksjon er altså også en metode for å avklare hvor mye søvn du faktisk trenger. Du kan tilpasse tiden du tilbringer i sengen ut fra det. Du skal imidlertid ikke begrense tiden i sengen til mindre enn fem timer per natt.»

Dersom søvneffektiviteten er mindre enn 85 % siste uke, begrenses tiden på soverommet til antall timer man faktisk har sovet. For å regne ut tiden som kan tilbringes i sengen bruker man søvndagboken til å regne ut hvor mye man i gjennomsnitt sov siste 1–2 uker. Tiden man lå våken i sengen telles ikke med. Man setter opp en fast tid for å stå opp, og teller seg tilbake det antall timer man i gjennomsnitt sov for å finne tidspunktet for å legge seg.

Gå gjennom en eller to eksempler på tavle eller flippover fra pasientene på hvordan de kan finne sitt leggetidspunkt basert på data fra søvndagboken. Det er krevende for de fleste å regne ut søvneffektivitet, så vi anbefaler at du har øvd deg på forhånd. For å lette utregningen kan dere benytte App-en Sleep-Diary utviklet av Magnus Nordmo, men bruk helst papirversjonen av dagboken, fordi den gir bedre oversikt. Det anbefales hver dag å skrive antall timer i sengen, antall timer i søvn og søvneffektivitet, og til sist regne ut gjennomsnittet for hele uken.

I løpet av tredje samling må det være et mål at pasientene har regnet ut sin søvneffektivitet for siste uke. Sett av tid til at alle gjør dette i samlingen. Vær forberedt på at ikke alle vil klare det, og at du må hjelpe til med utregninger. Ta med kalkulator som letter utregningen.

Når alle har regnet ut sin søvneffektivitet siste uke, må de ta stilling til om de vil ta i bruk søvnrestriksjon. Du kan si at søvnrestriksjon er spesielt nyttig når:

- Kvaliteten på søvnen din er dårlig, med urolig og lite forfriskende søvn, samtidig som du har lengre perioder i løpet av natten med lett og overfladisk søvn
- Du har mange, men kortvarige oppvåkninger i løpet av natten
- Det er vanskelig på grunn av smerter og andre plager å stå opp flere ganger i løpet av natten

Pasienter med *bipolar lidelse* bør informeres om at søvndeprivasjon kan utløse en episode med mani og hypomani. Derfor anbefaler vi at pasienten, i samarbeid med behandler eller kursleder, utfører en mer individuelt tilpasset og forsiktig søvnrestriksjon og begrenser tiden i sengen noe mindre enn foreslått over. Man kan for eksempel instruere pasienten til kun å begrense tiden i sengen til gjennomsnittlig søvntid for voksne, for eksempel syv timer, eventuelt seks timer. Stabilisering av døgnrytmen med faste legge- og stå-opp tidspunkter vil være spesielt viktig. Legg her særlig vekt på tiden pasienten står opp om morgnen, da lys og aktivitet om morgnen er viktig for å synkronisere døgnrytmen (Harvey, 2008).

Si at pasientene hver gang fremover vil bli spurt om sin søvneffektivitet siste uke og at de må regne ut den før de kommer.

Oversikt over søvnmønsteret

Vis også til et annet skjema i arbeidsboken: «Oversikt søvnmønster». Mange synes at det er nyttig å få en oversikt over uken som helhet. Her kan de fylle ut sitt planlagte legge- og stå-opp tidspunkt for uken, basert på utregninger fra uken før. På slutten av hver uke kan de fylle ut gjennomsnittlig tid i sengen og tid sovet for uken som var, og notere ukens søvneffektivitet. Da kan de følge med uke for uke, og se endringene gjennom hele behandlingen. Det styrker motivasjon og håp.

” *Pasienter med bipolar lidelse bør informeres om at søvndeprivasjon kan utløse en episode med mani og hypomani. Derfor anbefaler vi at pasienten utfører en mer individuelt tilpasset og forsiktig søvnrestriksjon.*

” *Tanker som er verbalisert og bevisstgjort på forhånd, vil ikke ha samme gjennomslagskraft når de kommer senere.*

Stopptanker

Søvnrestriksjon er krevende å gjennomføre. Fremhev at det er en effektiv metode for å forbedre søvnkvalitet. Forbered pasientene på at de likevel må regne med at det dukker opp mange «stopptanker», for eksempel om at det ikke nytter og at det bare er å gi opp. Spør dem om hvilke stopptanker de må være forberedt på. Tanker som er verbalisert og bevisstgjort på forhånd, vil ikke ha samme gjennomslagskraft når de kommer senere. Det er lettere å se dem som tanker og ikke fakta. Man kan dessuten ha forberedt støttetanker å svare dem med. Hva mener deltakerne kan være nyttige påminnelser i en slik situasjon?

Du kan råde pasientene om ikke å gå inn i en diskusjon med slike negative tanker, i hvert fall ikke på natten. De kan minne seg selv på at opplegget de jobber med bygger på metoder med solid dokumentasjon. Da unngår de stadig å måtte diskutere med slike tanker, det fører ikke noe nytt med seg. Det er å gå inn på stopptankenens premisser, og det er de ikke verdt.

«Om du blir i tvil med hensyn til gjennomføring, diskuter med en medhjelper eller ta diskusjonen med deg selv på et senere tidspunkt når du er i balanse og har mer overskudd. Da kan du gjøre en mer nyansert vurdering.»

Si at dere i neste samling vil gå over til et annet tema, mentale strategier, som er et viktig supplement til metoder som stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Samtidig vil dere i starten av de neste samlingene ta opp hvordan det går med pasientens bruk av disse handlingsstrategiene. Understrek viktigheten av at pasienten har med seg søvndagboken for uken som har gått.

■ Hjemmeoppgaver

1:

- ▶ Fortsette å føre søvndagbok.
-

2:

- ▶ Opprettholde prinsippene fra stimuluskontroll og min handlingsplan.
-

3:

- ▶ Les kapitlet «Søvnrestriksjon – en metode for å styrke kvaliteten på søvnen» og innfør søvnrestriksjon som metode (Noen vil ha god effekt av stimuluskontroll alene og vil derfor ikke ha behov for søvnrestriksjon).
-

4:

- ▶ Regn ut din søvneffektivitet til neste samling.
-

Del 3 – Mentale strategier

Samling 4 – En støttende indre samtale

1. Gjennomgang av forrige ukes hjemmeoppgaver
2. Avspenning, oppmerksomt nærvær og pusteøvelser
3. Tankens kraft og vår indre dialog
4. Presentasjon av ABCD-skjemaet
5. Drøfting av eksempler på situasjoner, tanker og følelser
6. Presentasjon av neste ukes hjemmeoppgaver

Oppfølging av handlingsstrategiene

Start med erfaringene med føring av søvndagbok, og bruk av stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Hvilke hindringer dukker opp for gjennomføring, og hvordan har pasientene prøvd å forsere dem?

Etter vår erfaring trenger de fleste pasienter systematisk oppfølging for å sikre at prinsippene for stimuluskontroll og søvnrestriksjon er forstått og at de omsettes i praksis slik de skal. Selv om de lider sterkt under sine søvnvansker, og derfor i utgangspunktet er motiverte, vil enkelte kunne oppleve metodene som konstraintuitive. Dessuten kan metodene innebære at de midlertidig går inn i en fase med forverret søvntap. Derfor må de fullt ut forstå begrunnelsen for intervensjonene.

Det er viktig at du som behandler er trofast mot de grunnleggende og evidensbaserte prinsippene for stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Det er unektelig metoder som er krevende og vanskelige for pasienten. Desto viktigere er at du formidler tro, med bakgrunn i hva forskningen viser, på at disse metodene på sikt kan bidra til å snu et uheldig søvn-mønster. Som behandler må du evne å formidle både tålmodighet og håp. Det kan ta tid å endre på søvn-mønstre etablert over flere år. Pasienten må være forberedt på at det på veien mot målet ofte blir skuffelser, i form av søvnløse netter og fortvilelse.

” De som har søvnproblemer, tenker typisk mer på søvn enn de som ikke har slike problemer.

Det er nyttig at du har tilgang til søvndagbøkene. Da får du blant annet fulgt med på hvordan søvneffektiviteten utvikler seg og har et bedre grunnlag for å gi råd. I individualbehandlingen er det bare én søvndagbok å forholde seg til, slik at det ikke blir så tidkrevende. I gruppebehandlingen følger vi opp søvndagbøkene ved at deltakerne først deler sine erfaringer to og to, og så drøfter ulike problemstillinger i plenum. Deretter kan vi ha en rask runde der kurslederne snakker med deltakere enkeltvis. En mulighet her er at deltakerne leverer inn søvndagbøkene til en kursleder i starten, slik at denne får noen minutter til å se over dem, for å få forberedt sine innspill.

Tankens kraft og vår indre dialog

De som har søvnproblemer, tenker typisk mer på søvn enn de som ikke har slike problemer. Disse tankene kan bidra til å forsterke søvnproblemene i seg selv, ved å gi økt prestasjonsangst for ikke å få til å sove. De fører til uønsket oppmerksomhet rundt konsekvensene av søvnmangel.

Du kan formidle budskapet om at søvnproblemer krever mental styrke:

«Du kan prøve å snakke til deg selv på en konstruktiv måte som er til hjelp og ikke til hinder. Vær bevisst hvilke tanker du skal lytte til og hvilke du helst skal la fare, fordi de ikke bringer noe godt med seg og svekker håp. Det betyr ikke å undertrykke negative tanker eller tenke urealistisk positivt, for det er et umulig prosjekt og vil bare gjøre vondt verre. Dersom du forsøker å skyve vekk negative tanker, vil det bare føre til det motsatte, at tankene presser seg på med fornyet styrke. Men du har mulighet til å påvirke hvor mye oppmerksomhet du gir de negative tankene, hvor mye du velger å tro på dem og hvilken innflytelse de skal få over deg.»

Demonstrer den paradoksale effekten av forsøk på tankeundertrykkelse ved å gi øvelsen: «Ikke tenk på en isbjørn». Bekymringstanker og andre negative tanker vil melde seg igjen, på samme måte som isbjørnen gjerne kommer labbende under (paradoksalt effekt) eller etter slike forsøk (rekyl-effekt). Derfor er det lurt å trene på å akseptere at tankene dukker opp uten å gi dem mye oppmerksomhet. Etter en stund vil tankene drive bort.

- Første fase er å bruke ABCD-modellen til å øve på å legge merke til hvilke negative tanker, både på dagtid og om natten, som kan bidra til å forsterke søvnproblemer og til å gi uønsket oppmerksomhet rundt konsekvensene av søvnproblemer. Når man er dem bevisst, kan man ta stilling til deres gyldighet og funksjon, og hente frem alternative tanker som kan være mer konstruktive.
- Andre fase er å identifisere de negative tankene når de kommer og la være å gi dem oppmerksomhet, men uten å prøve å undertrykke dem. Det gjelder både når de kommer som negative automatiske tanker og som gjentakende og utmattende kvernetanker om fortid og fremtid. De negative tankene kan være om søvmangel eller om andre negative emner, som smerter i kroppen eller selvkritikk.

Snakk innledningsvis om bevissthetens strøm, at hjernen pumper tanker som hjertet pumper blod. Mange av disse tankene er lite gjennomtenkte og faktabaserte. Det er viktig å trene seg i å identifisere hvilke tanker som er konstruktive og hvilke som er destruktive. Ikke minst er bekymringstanker om natten ofte lite faktabaserte og overdrevne, selv om de føles riktige der og da. Si at det å snu negative tankemønstre både på dagtid og nattestid krever systematisk jobbing. Tegn ABCD-modellen på tavle eller flippover, og forklar hva som ligger i situasjon (A), tanke (B), konsekvenser (C) og alternative tanker (D):

- A – Hva er situasjonen?
- B – Hvilke tanker eller bilder farer gjennom hodet?
- C – Hvilke følelser dukker opp, hvordan reagerer kroppen, og hva gjør du?
- D – Finnes det en annen og mer konstruktiv måte å forstå situasjonen på?

Illustrer først ved hjelp av et enkelt eksempel, som når man sitter i et møte og ikke deltar like aktivt som de andre og tenker tilbake på søvnproblemene natten før som årsak. Et annet eksempel kan være når du ligger i sengen og ikke får sove – hvilke tanker eller bilder dukker opp? Hvilke følelser, og hvordan reagerer kroppen? Finnes det andre tanker som kan gi andre responser?

Si at tanker mister noe av sin umiddelbare påvirkningskraft når vi har en økt bevissthet om dem, det vil si når vi kan se dem som tanker og ikke fakta. Det gjør det gjerne lettere å finne frem til alternative tanker, eller velge å la være å gi dem oppmerksomhet.

” Si at det å snu negative tankemønstre både på dagtid og nattestid krever systematisk jobbing.

Aktivering og prestasjonsangst

Følgende tanker fører til aktivering og prestasjonsangst som er uforenelig med søvn (Berge & Pallesen, 2015):

- Overdrivelser og selektiv hukommelse: «Hver gang jeg sover dårlig, fungerer jeg dårlig om dagen»
- Tvangspregede tanker om søvnen: «Jeg må sove i natt»
- Katastrofetanker: «Søvnløsheten ødelegger livet mitt»
- Overgeneraliseringer: «Søvnen min er alltid dårlig»
- Dikotom tenkning: «Siden jeg ennå ikke har klart å sove inn, blir dette en dårlig natt»

Be pasienter om å komme med eksempler på aktuelle situasjoner, med tilknyttede tanker og følelser. Be dem komme med forslag til mulige alternative tanker i situasjonen som beskrives.

I arbeidsboken foreslås tre typer av støttetanker i ABCD-modellen, altså i D-kolonnen for alternative tanker:

1. **Fornuftige støttetanker (Hva er fakta?), for eksempel:**
«Selv om jeg sover dårlig, får jeg likevel gjort en del arbeid dagen etter»
2. **Vennlige støttetanker som formidler egenomsorg i en vanskelig situasjon:** «Hva ville jeg sagt til en venn som opplevde det samme som meg?»
3. **Pragmatiske støttetanker, som ikke går inn i innholdet i tanken, men stiller spørsmål om tankens funksjon:** «Hjelper det meg å tenke dette nå?». Hvis tanken ikke er til hjelp, kan man velge ikke å gi den oppmerksomhet og konsentrere seg om andre ting

Den pragmatiske støttespilleren er spesielt nyttig ved insomni. Mange av teknikkene for å flytte oppmerksomheten fra påtrengende grubling og bekymring, kan anvendes ved negative tanker generelt. Du kan formidle dette til pasientene. Ikke minst negative tanker som dukker opp om natten, for eksempel «Jeg kommer aldri til å bli kvitt søvnplagene» eller «Ingenting av det jeg gjør er til hjelp», er det lurt ikke å gå i diskusjon med. Det er bedre å registrere at de er der, og så la være å gi dem oppmerksomhet. Samtidig bør man ikke prøve å presse vekk tankene. Her brukes øvelsen «ikke tenk på en isbjørn», for å demonstrere at forsøk på tankeundertrykking ikke er veien å gå. Øvelsen gjentas i sesjonen om kvernetanker.

” Et mål er å endre årsaksforklaringer fra ytre og ukontrollerbare forhold til indre og kontrollerbare.

Utforske holdninger til søvn og søvnmangel

Personer med insomni har ofte hatt plagene i årevis. Deres holdninger om søvn og konsekvenser av søvnmangel er tilsvarende blitt dypt forankret i deres trossystem (Morin & Espie, 2003). Holdningsendring skjer gjerne best gjennom at de konkret får utforsket holdningenes gyldighet via atferdseksperimenter, ut fra mottoet: «Don't tell me, show me». Et eksempel er en person som til stadighet retter oppmerksomheten mot tretthet, ubehag og konsentrasjonsproblemer, tester ut hvordan det går når oppmerksomheten rettes utover mot det som skjer her og nå. Et annet eksempel er at en person som følger en strategi om å forsøke å spare energi på dårlige dager, prøver ut å gjøre det motsatte, ved å gå inn i mer engasjerende aktiviteter og aktivt bruke energi. Slik kan personen forhåpentligvis få demonstrert at det å være aktiv tross alt gir mer energi og et bedre humør. Bruk eksemplet som utgangspunkt for å spørre: Kan dere huske dager etter en natt med dårlig søvn hvor dere likevel var energiske, fordi det skjedde noe spennende og engasjerende?

Et mål er å endre årsaksforklaringer fra ytre og ukontrollerbare forhold til indre og kontrollerbare. Det inkluderer realistiske oppfatninger om søvn, for eksempel at det er normalt å våkne noen ganger i løpet av natten. Et annet viktig mål er å få pasienten til å bekymre seg mindre over søvnproblemene (Perlis et al., 2005).

Du kan si:

«Den mentale innstillingen til søvn er av stor betydning. Vi kan ikke tvinge søvnen frem. Jo mer vi anstrenger oss, desto vanskeligere kan det bli. Vi kan ikke slappe av og anstrenge oss på samme tid. Vi kan ikke defokusere tankene, når tankene er fokusert mot «å prøve». Søvn er som å surfe. Du kan forberede deg, ha det rette utstyret, men så må du bare padle ut og vente på den rette bølgen. Du kan ikke tvinge bølgen til å komme, bare være der når den kommer.

Et viktig mål er dessuten at du reduserer betydningen av søvn. Mange lar søvnproblemene styre livet. De kan sykmelde seg, avlyse avtaler og redusere fritidsaktiviteter. Men det er viktig at du ikke gir søvnen en større rolle enn den fortjener. Du kan bygge opp toleranse for søvntap ved å gjennomføre dagen som planlagt, uavhengig av søvnen. Nettopp etter en natt med dårlig søvn kan du planlegge aktiviteter som gir en opplevelse av mestring og tilfredsstillelse.»

La pasientene lese gjennom skjemaet «Oppfatninger om søvn og søvnproblemer». Si at dersom man sier seg enig i mange av disse utsagnene, kan man ha holdninger som bidrar til å opprettholde søvnproblemer. Si at det kan være lurt å flytte oppfatningen en del mot venstre her, det vil si at de sier seg mindre enig i utsagnene. På denne og neste samling vil dere diskutere gyldigheten av utsagnene, og vurdere muligheten for å erstatte dem med mer fleksible, nyanserte og hjelpsomme holdninger.

La pasientene diskutere to og to: Hvilke holdninger og oppfatninger hadde de om søvnproblemene sine tidligere, og er noen av disse nå i endring?

Avspenning og visualisering

Pasienter som lider av søvnløshet har oftere høy fysiologisk aktivering, både på dagtid og ved innsovningstidspunktet (Morin & Espie, 2003). Tilsvarende er det vanlig med høy kognitiv aktivering – «tankekjør» med påtrengende tanker – og ledsagende følelsesmessig aktivering. For å dempe aktivering benyttes metoder som progressiv muskelavspenning, autogen trening, meditasjon, hypnose og biofeedback. Den mest benyttede teknikken i søvnfeltet er Bernstein og Borkovecs (1973) progressive muskelavspenningsteknikk.

Det legges ikke særlig vekt på avspenningstrening i dette behandlingsopplegget. Bakgrunnen er et ønske om å benytte mest mulig av tiden til oppfølging av stimuluskontroll og søvnrestriksjon, som er metodene med størst dokumentert effekt, og dernest de supplerende mentale strategiene. Jo flere elementer man trekker inn i et behandlingsopplegg, desto mindre tid får man til de ulike intervensjonene. Men vi tar opp temaet avspenning, og viser her til et kapittel i arbeidsboken som henviser til øvelser på nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Det henvises i arbeidsboken også til apper for oppmerksomt nærvær («mindfulness») på Helsebibliotekets nettsider. Oppmerksomt nærvær kan fungere som avspenning og mental frakobling. Mindfulness-meditasjon har i seg selv begrenset dokumentasjon ved behandling av insomni (Gong et al., 2016).

På mestringskurset kan du spørre pasientene om deres erfaring med bruk av avspenningstrening, meditasjon eller ulike mindfulness-teknikker. Noen pasienter har funnet metoder de har nytte av, og kan dele sine erfaringer med de andre deltakerne.

Du kan også nevne metoden *visualisering*. Den innebærer at man ser for seg beroligende bilder, enten positive, for eksempel en vakker dag på stranden eller i fjellet, eller nøytrale, som stearinlys, timeglass, lyspære eller frukt (Harvey & Payne, 2002).

■ Hjemmeoppgaver

1:

- ▶ Les kapitlet «Mentale strategier ved søvnproblemer». Ta for deg to situasjoner der du opplevde at søvnproblemene dine var involvert, og der negative tanker i situasjonen gjorde vondt verre. Skriv ned stikkord i et ABCD-skjema for hver situasjon. Om mulig, skriv alternative tanker, gjerne basert på det du har lært så langt i behandlingen, i D-kolonnen
-

2:

- ▶ Fyll ut skjemaet «Oppfatninger om søvn og søvnproblemer», dersom det ikke ble gjort under denne samlingen.
-

Samling 5 – Kvernetanker: grubling og bekymring

1. Oppfølging av søvndagbok, stimuluskontroll og søvnrestriksjon
2. Gjennomgang av forrige ukes hjemmeoppgaver
3. Selektiv oppmerksomhet
4. Hva er kvernetanker?
5. Felles øvelse: Mine negative tankegjengangere
6. Tiltak mot kvernetanker
7. Presentasjon av neste ukes hjemmeoppgaver

Dere starter som på forrige samling med en oppfølging av søvndagbøker, stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Hvilke erfaringer har pasientene gjort seg? Hvilke hindringer dukker opp for gjennomføring, og hvordan har de prøvd å forsere dem?

Gå så inn på hjemmeoppgavene. Spør om hvordan det var å kartlegge negative automatiske tanker og å finne alternative tanker.

I den påfølgende diskusjonen kan du si at det er nyttig å bruke ABCD-skjemaet til å avdekke de aller mest negative tankegjengangerne. Da blir man mer bevisst slike tanker og kan lettere stille spørsmål ved dem neste gang de dukker på. Disse tankene er gjerne ekstreme og unyanserte. Slik sett er det nyttig å stille seg selv spørsmålet: Hva er det mest negative jeg tror jeg tenkte i situasjonen?

Spør også om pasientenes erfaringer fra å fylle ut skjemaet «Oppfatninger om søvn og søvnproblemer». Si at utsagnene uttrykker oppfatninger som i forskning er vist å være forbundet med søvnproblemer. Derfor kan det være lurt å sette spørsmålstegn ved dem, nyansere dem og gjerne erstatte dem med mer fleksible og hjelpsomme oppfatninger.

Si så litt om kvernetanker. Man kan kverne fremover i form av bekymring om hva som kan gå galt i fremtiden, og bakover som grubling om hva som har gått galt i fortiden. Dessuten kan man gruble om situasjonen her og nå, om søvnproblemene, tretthet, mangel på energi og konsentrasjonsproblemer.

” *Man kan la tankene være der de er, uten å diskutere med dem eller prøve å få dem vekk.*

Det kan være nyttig å skille mellom repeterende kverning («brooding») og konstruktiv refleksjon (Treyner et al., 2003). Her har det betydning om tankene har en påtrengende form, gjerne ved å bli trigget av negative følelser eller kroppslige plager, eller en mer bevisst valgt og målrettet form (García et al., 2017). Ved bevisst valgt refleksjon, setter man selv opp tid og sted for å gå inn i et vanskelig tema, og man er i følelsesmessig balanse, ikke sliten og nedbrutt. Fortrinnsvis har man en fortrolig person å reflektere sammen med.

Kartlegging av kvernetanker

Vi har oversatt et kartleggingsskjema for grubling rundt søvnproblemer: «Tanker og følelser om søvnproblemene innvirkning på dagliglivet» («Daytime Insomnia Symptom Response Scale (DISRS)»; (Carney et al., 2013; Edinger & Carney, 2014), som vi gir pasientene både på første og femte samling. Her spørres det om grubletanker om følelsen av slitenhet; hvor vanskelig det er å konsentrere seg; hvor lite motivert en er; hvordan alt krever mer anstrengelse enn vanlig; hvorfor en ikke kommer i gang; hvordan det verker i kroppen; hvor irritabel en er; at en ikke har energi til å komme gjennom dagen. Slike kvernetanker stjeler energi, gir økt tretthet og nedstemthet, forsterker søvnproblemene om natten og svekker funksjon på dagtid (Carney et al., 2013). De er også forbundet med uheldige mestringsstrategier, som å tilbringe mer tid våken i sengen.

Du kan formidle at en strategi mot kvernetanker er å få oversikt over dem, akseptere at de er der, og så spørre seg selv om hvor nyttig det er å tenke på dette nå eller i det hele tatt å tenke slik. Så kan man la tankene være der de er, uten å diskutere med dem eller prøve å få dem vekk. De vil blekne etter en stund dersom man ikke gir dem oppmerksomhet. Minn kursdeltakerne på «Ikke tenk på en isbjørn»-øvelsen fra forrige samling. Ta gjerne og gjenta den. Spør om forslag til måter «å la tanker fare» på. Kursdeltakere har ofte kloke innspill til metoder som har fungert for dem tidligere.

«Det er høyst forståelig at tanker om hvor trett – eller våken – du er, fyller sinnet ditt, akkurat som andre plager fra kroppen gjør. Når de kommer, er kunsten å ikke dvele ved dem – vi er ikke dømt til å gå like energisk inn i alt det som fyker gjennom hjernen til enhver tid, tusenvis av tanker hver dag. Du kan akseptere tankens tilstedeværelse, uten å gjøre noe med den. La den bare fare. Jo mindre oppmerksomhet den får, desto bedre.»

Tiltak mot kvernetanker

Gå inn på hvordan pasientene kan motvirke grubling over skadevirkninger av søvnmangel og bekymring for ikke å få sove. Husk at noen kan ha positive holdninger til å bekymre seg i sengen, som at det bidrar til «å rydde i tankene» (Harvey, 2003). De kan bruke våkne nattetimer til å tenke på morgendagens problemer, selv om de innser at bekymringen virker aktiverende. Pasientene kan altså på samme tid ha negative og positive holdninger til bekymring og grubling. Begge holdninger kan bidra til å forsterke tendensen til kvernetanker. Mange har sterk bekymring for egen bekymring kombinert med en følelse av avmakt og av å mangle kontroll over kvernetankene. De er bekymret for at ukontrollerbare bekymringstanker skal hindre dem i å sove, og gjør store anstrengelser for å presse disse tankene vekk, noe som gjør vondt verre.

Spør også om strategier pasientene bruker for å kontrollere tankene, som unngåelse, sikringsstrategier og tankeundertrykking: «Føler du at du har kontroll over tankene? Hva gjør du for å få kontroll?». Mange benytter uheldige sikringsstrategier som tjener til å forsterke kvernetankenes innflytelse, ved at de får mer oppmerksomhet. Gjennom diskusjonen løfter du frem en annen holdning, preget av aksept av tankenes tilstedeværelse. Du anbefaler pasientene å trene på å flytte oppmerksomheten over på andre ting, gjerne på det som skjer her og nå.

Kvernetanker kan ta form av innarbeidede mentale vaner (Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014). De er da automatiserte, blir trigget av ulike stimuli, og er ikke styrt av bevisste valg. Vanens makt er stor, og det krever trening å innarbeide andre og konstruktive mentale vaner. Det innebærer å trene, om og om igjen, på å flytte oppmerksomheten over på detaljer i situasjonen her og nå, tenke konkret og løsningsorientert, men også å være i kontakt med følelser. Vi anbefaler her bruk av handlingsregler, i form av «hvis-så»-formuleringer, slik det er beskrevet i kapitlet «Bruk av handlingsregler ved vaneendring»: «Hvis kverntankene kommer, så skal jeg ...». «Så»-delen av formuleringen kan være en påminnelse om ikke å gi tankene oppmerksomhet og et konkret råd om hva som er lurt å gjøre i situasjonen (Berge & Fjerstad, 2020; Gollwitzer, 1999). Et eksempel er: «Hvis jeg blir opptatt av at jeg er ukonsentrert, så skal jeg minne meg selv på at det skjer med alle, og flytte oppmerksomheten mot det jeg holder på med».

” Vanens makt er stor, og det krever trening å innarbeide andre og konstruktive mentale vaner.

Selektiv oppmerksomhet

Si at med det samme man våkner etter en dårlig natt, vil man gjerne fokusere på at man ikke har fått nok søvn. Det leder til selektiv oppmerksomhet mot svekket fungering på dagtid («Jeg føler meg uopplagt ...») som forklares med dårlig søvn («... fordi jeg ikke har sovet bra»). Tegn på at man ikke fungerer optimalt utover dagen, for eksempel problemer med konsentrasjon og hukommelse, tilskrives dårlig søvn, selv når andre forklaringer også er mulig. Unngåelse, som å avlyse avtaler fordi en er uopplagt, hindrer en i å få avkreftet slike antakelser. Du kan her gi følgende illustrasjon:

«Sist natt fikk du ikke sove, og du er utmattet dagen etter. Du kjenner øynene verker, nakken strammer seg og hodepinen er ikke langt unna. Du tenker at dette ikke hadde skjedd hvis du bare hadde fått en god natts søvn natten før. Om bare tre kvarter skal du i et krevende møte. Du tenker: 'Så typisk at søvnproblemene alltid skal stikke kjepper i hjulene dine når du skal noe viktig dagen etter!'. Du føler deg så sliten og uvel at du avlyser møtet og drar hjem tidlig. Det er ingen vits når du uansett ikke kan bidra.»

Si at møteavlysningen i eksemplet ovenfor kan utløse nye bekymringer og økt aktivering. Du kan eventuelt her tegne opp en variant av «panikk-sirkelen», som illustrerer den onde sirkelen med selektiv oppmerksomhet i form av negativ tolkning av mentale eller kroppslige symptomer, uheldig bruk av sikringsatferd, som resulterer i forsterket oppmerksomhet på det man frykter. Spør pasientene om dette er en ond sirkel de kan kjenne seg igjen i.

Du kan si at for å få kontroll over søvnproblemer, er det viktig å unngå at selektiv oppmerksomhet forstørker de opplevde skadevirkningene av søvnmangel. Den kan også føre til økt prestasjonsangst for ikke å få sove (Harvey, 2005). Over tid er den selektive oppmerksomheten for mange blitt en automatisert vane. Derfor er det viktig å bli bevisst når det skjer. Så anbefales man om ikke å gå i diskusjon med tankene, men la dem bare være. Flytt heller oppmerksomheten over på det som det er ønskelig å være oppmerksom på der og da.

Samtidig anbefales pasientene å trene på å begrense tiden som brukes på bekymring og grubling, både på dagtid og nattestid. Man kan for eksempel bruke en loggbok der bekymringene skrives ned for å revurderes i dagslys. Målet er at man skal stille seg færre abstrakte, generelle og deprimerende «hvorfor»-spørsmål («Hvorfor får jeg ikke sove?»), og urovekkende og skremmende «tenk om»-spørsmål («Hva vil skje i morgen hvis jeg ikke snart får sove?»). I arbeidsboken er det forslag til en rekke ulike teknikker.

■ Hjemmeoppgaver

1:

- ▶ Les kapitlet «Kvernetanker som stjeler energi og forsterker søvnproblemer». Få oversikt over gjentakende gruble- og bekymringstanker i hverdagen. Bruk en eller to dager, der du prøver å legge merke til hvilke kvernetanker som dukker opp og hva som utløser dem.
 - Hvor mye tid bruker du til disse kvernetankene?
 - Hvilken tid på dagen er den verste?
Legg spesielt merke til hvor ofte du tenker på søvn og konsekvenser av søvnmangel. Skriv ned noen stikkord om hvilke temaer kvernetankene typisk kretser rundt. Tenk så på hvilke av de beskrevne tiltakene mot kvernetanker som kan være nyttige for deg, og prøv ut ett eller to tiltak i praksis.
-

2:

- ▶ Fyll ut kartleggingsskjema «Tanker og følelser om søvnproblemenes innvirkning på dagliglivet», som også ble fylt ut på første samling.
-

3:

- ▶ Fortsett å fylle ut søvndagbok og å utføre stimuluskontroll og søvnrestriksjon samt å regne ut søvneffektivitet.
-

Del 4 – Oppsummering og veien videre

Samling 6 – Strategier for vedlikehold

1. Oppfølging av søvndagbok, stimuluskontroll og søvnrestriksjon
2. Gjennomgang av forrige ukes hjemmeoppgaver
3. Oppsummering av metodene som er presentert i behandlingen
4. Plan for videre gjennomføring av metodene og forebygging av tilbakefall

Dere starter igjen med en oppfølging av søvndagbøker, stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Hvilke erfaringer har pasientene gjort seg?

Gå så inn på hjemmeoppgavene:

- ▶ Kan dere anslå hvor mye tid dere brukte på kvernetanker?
- ▶ Hva gjorde dere for å forsøke å kontrollere dem?
- ▶ Når dere nå vurderer kvaliteten på kvernetankene, er de gyldige og nyttige?

Understrek at selv om vurderingen av gyldighet nå kanskje er annerledes, kan negative tanker føles viktige og være svært overbevisende når de først kommer. Det gjelder ikke minst når du ligger søvnløs klokken tre om natten. Hvordan skal du der og da kunne minne deg på at disse tankene har lite å bidra med og ikke gi dem din oppmerksomhet? Spør om deres refleksjoner etter på ny å ha fylt ut skjemaet «Tanker og følelser om søvnproblemenes innvirkning på dagliglivet».

Oppsummering

Denne nest siste samlingen er rettet mot oppsummering av metodene som er presentert gjennom kurset. Her er det også mulighet for å oppklare uklarheter eller tvil som kan ha oppstått gjennom samlingene. Sentralt står spørsmålet om hvordan pasientene skal huske disse metodene og implementere dem i egen hverdag. Pass her på at det er pasientene selv som i størst mulig grad repeterer de viktige poengene, etter at du har gitt noen stikkord. På denne samlingen snakker deltakerne også om hvilke barrierer de ser for seg at de vil støte på i ukene som kommer. De skal nå lage en handlingsplan for de nærmeste åtte ukene.

«Det er et viktig skille mellom tilbakefall og tilbakeskritt. De fleste av oss har perioder med dårlig søvn. Det er uunngåelig. Tilbakeskritt bør snarere ventes enn fryktes. Men når de kommer, er det lett å miste perspektivet, bli skuffet og få nederlagsfølelse. Lag derfor en plan for tilbakefallsforebygging som styrker din følelse av kontroll og selvtillit når søvnen er dårlig. Skriv ned viktige poenger i det du har lært, som en huskeliste, for eksempel for bruk av stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Hensikten er å forberede seg, ikke for å ta sorgene på forskudd, men for å ha en beredskap.»

Legg vekt på hvordan pasientene skal videreføre arbeidet med metodene. Det er lurt å gi seg selv påminnelser, slik at de nye tenkemåtene ikke går i glemmeboken eller blir slukt av gamle vanemønstre. Be om eksempler på husketeknikker.

” *Sentralt står spørsmålet om hvordan pasientene skal huske disse metodene og implementere dem i egen hverdag.*

■ Hjemmeoppgaver

1:

- ▶ Det er krevende å endre vanemønstre. Hva blir den viktigste hindringen for å fortsette å bruke det du har lært i behandlingen? Hva er din strategi for å forebygge tilbakefall? Her kan det være klokt å ta frem handlingsplanen din, og oppdatere denne.

2:

- ▶ Det anbefales å ha siste time om lag to måneder etter nest siste time. Da får du gjort erfaringer med vedlikehold av tiltakene på egenhånd, og så diskutert disse med behandler. Du kan eventuelt lage en ny handlingsplan som er direkte rettet inn mot denne perioden. Du kan også skrive ned spørsmål som dukker opp som du vil ta med til siste time.

3:

- ▶ Fortsett å fylle ut søvndagbok og å utføre stimuluskontroll og søvnrestriksjon, samt å regne ut søvneffektivitet.

4:

- ▶ Det kan være nyttig at søvndagboken for de siste to ukene før siste time leveres inn til behandler, slik at du får en tilbakemelding på denne. Dette er en beslutning som tas med din behandler.
-

Samling 7 – Veien videre

1. Hvordan har det gått siden sist?
2. Plan for veien videre og forebygging av tilbakefall
3. Tilbakemelding på og evaluering av behandlingen

Samling 7 avholdes om lag åtte uker etter samling 6, og er rettet mot å innhente og drøfte pasientenes erfaringer. Spør om de har laget en handlingsplan som en strategi for å forebygge tilbakefall.

Samlingen kan inneholde en kort oppsummering av metodene på kurset, gjerne i form av dialog med pasientene. Pass på at det er deltakerne selv som i størst mulig grad repeterer de viktige poengene, etter at du har gitt noen stikkord. Skriv gjerne opp på tavlen eller flippover deltakernes innspill til forebygging av tilbakefall og mestring av tilbakeskritt. Legg vekt på pasientenes erfaringer med å huske og anvende metodene i egen hverdag. Noen vil fortelle at de i løpet av tiden som har gått siden sist har gått tilbake til atferd og tenkemåter som bidrar til å opprettholde søvnproblemer, for eksempel å bli liggende rastløs i sengen.

I evalueringen av behandlingstilbudet kan du spørre pasientene om hva som har vært nyttig og hva som eventuelt kunne ha vært gjort annerledes. Gi tilbakemelding om deres innsats og mot, og si gjerne også noe om din personlige glede over å ha fått anledning til å delta i samarbeidet.

Referanser

- American Academy of Sleep Medicine (2014). *The International Classification of Sleep Disorders* (3. utg.). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U. et al. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1), 10–19.
- Bastien, C.H., Vallieres, A. & Morin, C.M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 2(1), 50–62.
- Berge, T. (2007). Behandling av mareritt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 441–447.
- Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2016). *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag* (2. utg.). Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020). Bruk av handlingsregler i vaneendring. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bruk-av-handlingsregler-i-vaneendring/>
- Berge, T. & Pallesen, S. (2015). Søvnproblemer. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 319–332). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training. A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Bjorvatn, B. (2016). Medikamentell behandling av insomni blant voksne. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 124(7–8), 28–31.
- Bjorvatn, B., Meland, E, Flo, E. & Mildestvedt, T. (2017). High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioners. *Family Practice*, 34(1), 20–24.
- Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Waage, S., Holsten, F. & Pallesen, S. (2018). *Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni*. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/sovnforstyrrelser/retningslinjer/nasjonal-anbefaling-for-utredning-og-behandling-av-insomni>
- Bonnet, M.H. & Arand, D.L. (1997). Physiological activation in patients with sleep state misperception. *Psychosomatic Medicine*, 59(5), 533–540.
- Bootzin, R.R., Epstein, D. & Woods, J.M. (1991). Stimulus control instructions. I: P.J. Hauri (red.), *Case studies in insomnia* (s. 19–28). New York: Plenum Medical Book Company.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–333.
- Carney, C.E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J.D., Krystal, A.D., Lichtstein, K.L. & Morin, C.M. (2012). The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35(2), 287–302.
- Carney, C.E., Harris, A. L., Falco, A. & Edinger, J.D. (2013). The relation between insomnia symptoms, mood, and rumination about insomnia symptoms. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(6), 567–575.
- Carskadon, M.A. & Dement, W.C. (2000). Normal human sleep: An overview. I: M.H. Kryger, T. Roth & W.C. Dement (red.), *Principles and practice of sleep medicine* (3. utg., s. 15–25). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Currie, S.R., Wilson, K.G., Pontefract, A.J. & deLaplante, L. (2000). Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 407–416.
- Daley, M., Morin, C.M., LeBlanc, M., Grégoire, J.-P. & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32(1), 55–64.

- Edinger, J.D. & Carney, C.E. (2014). *Overcoming insomnia. A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Edinger, J.D., Wohlgemuth, W.K., Krystal, A.D. & Rice, J.R. (2005). Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 165(21), 2527–2535.
- Epstein, D.R. & Dirksen, S.R. (2007). Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 51–59.
- Espie, C.A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L.M., White, C.A. et al. (2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(28), 4651–4658.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-development inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911.
- Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2007). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 394–402.
- Freeman, D., Waite, F., Startup, H., Myers, E., Lister, R., McNerney, J. et al. (2015). Efficacy of cognitive behavioural interventions for sleep improvements in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): A prospective, assessor-blind, randomized controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 975–983.
- García, F.E., Duque, A. & Cova, F. (2017). The four faces of rumination to stressful events: A psychometric analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(6), 758–756.
- Gebara, M.A., Siripong, N., DiNapoli, E.A., Maree, R.D., Germain, A., Reynolds, C.F. et al. (2018) Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 35(8), 717–731.
- Glovinsky, P.B. & Spielman, A.J. (1991). Sleep restriction therapy. I: P.J. Hauri (red.), *Case studies in insomnia* (s. 49–63). New York: Plenum Medical Book Company.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
- Gollwitzer, P.M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38(6), 69–119.
- Gong, H., Ni, C.-X., Liu, Y.-Z., Su, W.-J., Lian, Y.-J., Peng, W. & Jiang, C.-L. et al., (2016). Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 1–6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.016.
- Harvey, A.G. (2003). Beliefs about the utility of presleep worry: An investigation of individuals with insomnia and good sleepers. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 403–414.
- Harvey, A.G. (2005). A cognitive theory and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(1), 41–59.
- Harvey, A.G. (2008). Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 820–829.
- Harvey, A.G. & Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: Distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 267–277.
- Harvey, A.G., Soehner, A.M., Kaplan, K.A., Hein, K., Lee, J., Kanady, J. et al. (2015). Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 564–577.
- Hauri, P.J. & Fisher, J. (1986). Persistent psychophysiological (learned) insomnia. *Sleep*, 9(1), 38–53.
- Iber, C., Ancoli-Israel, S., Chesson, A. & Quan, S.F. (red). (2007). *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology, and technical specification*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.

- Irwin, M.R., Cole, J.C. & Nicassio, P.M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology, 25*(1), 3–14.
- Jansson-Fröjmark, Linton, S.J., Flink, I. K., Granberg, S., Danermark, B. & Norell-Clarke, A. (2012). Cognitive-behavioral therapy for insomnia co-morbid with hearing impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19*(2), 224–234.
- Kapella, M.C., Herdegen, J.J., Perlis, M.L., Shaver, J.L., Larson, J.L., Law, J.A. & Carley, D.W. (2011). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with COPD is feasible with preliminary evidence of positive sleep and fatigue effects. *International Journal of COPD, 6*, 625–635.
- Karlson, C.W., Gallagher, M.W., Olson, C.A. & Hamilton, N.A. (2013). Insomnia symptoms and well-being: Longitudinal follow up. *Health Psychology, 32*(3), 311–319.
- 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*(5), 537–545.
- Krakow, B. & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(1), 45–70.
- Kyle, S.D., Espie, C.A. & Morgan K. (2010). «...Not just a minor thing, it is something major, which stops you from functioning daily»: Quality of life and daytime functioning in insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 8*(3), 123–140.
- Laugsand, L.E., Strand, L.B., Platou, C., Vatten, L.J. & Janszky, I. (2014). Insomnia and the risk of incident heart failure: A population study. *European Heart Journal, 35*(21), 1382–1393.
- Li, L., Wu, C., Gan, Y., Qo, X. & Lu, Z. (2016). Insomnia and the risk of depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry, 16*(1): 375. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Coulouvrat, C., Hajak, G., Roth, T., Shahly, V. et al., (2011). Insomnia and the performance of US workers: Results from the America insomnia survey. *Sleep, 34*(9), 1161–1171.
- Mairs, L. & Mullan, B. (2015). Self-monitoring vs. implementation intentions: A comparison of behaviour change techniques to improve sleep hygiene and sleep outcomes in students. *International Journal of Behavioral Medicine, 22*(5), 635–644.
- Martínez, M.P., Miró, E., Sánchez, A.I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J.W.S. & Buéla-Casal, G. (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(4), 683–697.
- Mastin, D.F., Bryson, J. & Corwyn, R. (2006). Assessment of sleep hygiene using the sleep hygiene index. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(3), 223–227.
- Matthews, E.E., Berger, A.M., Schmiede, S. J., Cook, P.F., McCarthy, M. S., Moore, C.M. & Aloia, M.S. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Oncology Nursing Forum, 41*(3), 241–253.
- Morin, C.M. & Espie, C.A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Morin, C.M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J. & Vallières, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry, 161*(2), 332–342.
- Morin, C.M., Bastien, C. & Savard, J. (2003). Current status of cognitive-behavior therapy for insomnia: Evidence for treatment effectiveness and feasibility. I: M.L. Perlis & K.L. Lichstein (red.), *Treating sleep disorders. Principles and practice of behavioral sleep medicine* (s. 262–286). Hoboken, NJ: Wiley.

- Nordhus, I.H. & Pallesen, S. (2007). Psykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 413–422.
- Okajima, I. & Inoue, Y. (2018). Efficacy of cognitive behavioral therapy for comorbid insomnia: a meta-analysis. *Sleep and Biological Rhythms*, 16(1), 21–35.
- Palagini, L., Bruno, R.M., Paolo, T., Caccavale, L., Gronchi, A., Mauri, M. et al. (2016). Association between stress-related sleep reactivity and metacognitive beliefs about sleep in insomnia disorder: Preliminary results. *Behavioral Sleep Medicine*, 14(6), 636–649.
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I.H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M. & Morin, C.M. (2008). A new scale for measuring insomnia: The Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 107(3), 691–706.
- Pallesen, S., Nordhus, I.H., Carlstedt, B., Thayer, J.F. & Johnsen, T.B. (2006). A Norwegian adaptation of the Penn State Worry Questionnaire: Factor structure, reliability, validity and norms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 281–291.
- Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I.H. & Bjorvatn, B. (2014). A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine*, 15(2), 173–179.
- Perlis, M.L., Jungquist, C., Smith, M.T. & Posner, D. (2005). *Cognitive behavioral treatment of insomnia. A session-by-session guide*. New York: Springer
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H. & Morin, C.M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 189–200.
- Ree, M. & Harvey, A. (2004). Insomnia. I: J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook (red.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (ss. 287–305). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ritterband, L.M., Bailey, E.T., Thorndike, F.P., Lord, H.R., Farrell-Carnahan, L. & Baum, L. D. (2012). Initial evaluation of an Internet intervention to improve the sleep of cancer survivors with insomnia. *Psycho-Oncology*, 21(7), 695–705.
- Romenets, S.R., Creti, L., Fichten, C., Bales, S., Libman, E., Pelletier, A. & Postuma, R.B. (2013). Doxepin and cognitive behavioural therapy for insomnia in patients with Parkinson's disease – A randomized study. *Parkinsonism and Related Disorders*, 19(7), 670–675.
- Roth, T., Zammit, G., Kushida, C., Doghramji, K., Mathias, S.D., Wong, J.M. & Buysse, D.J. (2002). A new questionnaire to detect sleep disorders. *Sleep Medicine*, 3(2), 99–108.
- Rybarczyk, B., Mack, L., Harris, J.H. & Stepanski, E. (2011). Testing two types of self-help CBT-I for insomnia in older adults with arthritis or coronary artery disease. *Rehabilitation Psychology*, 56(4), 257–266.
- Rybarczyk, B., Stepanski, E., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P. & Davis, A. (2005). A placebo-controlled test of cognitive-behavioral therapy for comorbid insomnia in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1164–1174.
- Sateia, M.J. & Nowell, P.D. (2004). Insomnia. *Lancet*, 364(9449), 1959–1973.
- Sivertsen, B., Lallukka, T., Salo, P., Pallesen, S., Hysing, M., Krokstad, S. & Øverland, S. (2014). Insomnia as a risk factor for ill health: Results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *Journal of Sleep Research*, 23(2), 124–132.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O.E., Kvale, G., Nielsen, G.H. & Nordhus, I.H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs Zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*, 295(24), 2851–2858.
- Smith, M.T., Edwards, R.R., McCann, U.D. & Haythornthwaite, J.A. (2007). The effects of sleep deprivation on pain inhibition and spontaneous pain in women. *Sleep*, 30(4), 494–505.
- Smith, M.T., Finan, P.H., Buenaver, L.F., Robinson, M., Haque, U., Quain, A. et al. (2015). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in knee osteoarthritis: a randomized, double-blind, active placebo-controlled clinical trial. *Arthritis & Rheumatology*, 67(5), 1221–1233.
- Smith, M.T., Huang, M.I. & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for

- chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 559–592.
- Spiegelhalder, K., Regen, W., Nanovska, S., Baglioni, C. & Riemann, D. (2013). Comorbid sleep disorders in neuropsychiatric disorders across the life cycle. *Current Psychiatry Reports*, 15(5), 364–365.
- Spielman, A.J. & Glovinsky, P.B. (1991). The varied nature of insomnia. I: P. Hauri (red.), *Case studies in insomnia* (s. 1–15). New York: Plenum.
- Tang, N.K.Y. (2009). Cognitive-behavioral therapy for sleep abnormalities of chronic pain patients. *Current Rheumatology Reports*, 11(6), 451–460.
- Taylor, D.J., Mallory, L.J., Lichstein, K.L., Durrence, H., Riedel, B.W. & Bush, A.J. (2007). Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*, 30(2), 213–218.
- Trauer, J.M., Qian, M.Y., Doyle, J.S., Rajaratnam, S.M.W. & Cunningham, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 163(3), 191–204.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.
- Troxel, W.M., Kupfer, D.J., Reynolds, C.F., Frank, E., Thase, M.E., Miewald, J.M. & Buysse, D.J. et al. (2012). Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(4), 478–485.
- Vincent, N., Lewycky, S. & Finnegan, H. (2008). Barriers to engagement in sleep restriction and stimulus control in chronic insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 820–828.
- Vitiello, M.V., Rybarczyk, B., Von Korf, M. & Stepanski, E.J. (2009). Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep and decreases pain in older adults with co-morbid insomnia and osteoarthritis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(49), 355–362.
- Waters, F., Ree, M.J. & Chiu, V. (2017). *Delivering CBT for insomnia in psychosis. A clinical guide*. Routledge.
- Watkins, E.R. & Nolen-Hoeksema, S. (2014). A habit-goal framework of depressive rumination. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 24–34.
- Watts, F.N., Coyle, K. & East, M.P. (1994). The contribution of worry to insomnia. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(Pt 2), 211–220.
- Wu, J.Q., Appleman, E.R., Salazar, R.D. & Ong, J.C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(9), 1461–1472.