

**Hvilken effekt har psykoterapi på søvn for ungdom
med angst og depresjon? En systematisk litteraturstudie.**

Synne Rønn Sætre

Veileder: Randi Ulberg

Professor ved institutt for klinisk medisin (UiO)

Spesialist i barne, ungdom -og voksenpsykiatri

Medisin profesjon

Universitetet i Oslo (UiO)

Det medisinske fakultet



ABSTRACT

Background: The prevalence of anxiety and depression among children and adolescents is on the rise. Concurrently, a growing number of youths are experiencing difficulties with sleep. Adolescents suffering from psychological disorders frequently have a greater incidence of sleep issues compared to healthy adolescents. The objective of the systematic literature review is to examine the effect of psychotherapy on sleep in adolescent with anxiety and depression, for the age group of 12-18 years.

Methods: A systematic search was conducted through the two databases Ovid MEDLINE and PsychInfo. All research literature up until September 14th 2023 was included. Screening was done using Zotero. The methodological quality of the included studies was assessed by use of Mixed Method Appraisal Tool.

Results: From a total of 527 articles, only 4 were included in the systematic review. All of them were secondary RCTs. Two of the studies examine the effect of psychotherapy on sleep for adolescents with depression, while the two others examine the same issue on adolescents with anxiety. Results are somewhat diverging regarding the research question, however, there are observed similarities between the studies focusing on the effect of psychodynamic therapies on sleep for anxiety and depression respectively.

Conclusion: This systematic review confirms the limited availability of material regarding the effect of psychotherapy on sleep for adolescence with anxiety and depression. The results have found that treatment with psychotherapy, specifically STPP (short-term psychodynamic psychotherapy) and CBT (cognitive-behavioral therapy), is effective on sleep for adolescents with depression. For adolescents with anxiety, neither group-based nor online CBT show any effect on sleep. Further research is needed on adolescents as a distinct group, as the adolescent population differs from both children and adults in terms of mental disorders and sleep. This to optimize treatment for adolescents with anxiety, depression, and sleep disturbances in the future.

TAKK TIL

Jeg vil benytte anledningen til å takke veileder Randi Ulberg for tett oppfølging, samt god hjelp gjennom hele skriveprosessen. Hyppige veiledermøter og morgenkaffe med resten av gjengen som har hatt Randi som veileder, har gitt solid drahjelp og motivasjon på veien. Jeg må også rette en takk til bibliotekar Skjalg Tønnessen Kalvik ved det medisinske bibliotek ved UiO på Rikshospitalet for god hjelp med søkeprosessen. I tillegg vil jeg rette en stor takk til pappa, Sverre Sætre og samboer Simen Ingebrigtsen for gode innspill i både bakgrunn -og diskusjonsdel.

FORKORTELSER

STPP	Short-time Psychoanalytic Psychotherapy
PDT	Psychodynamic therapy
BPI	Brief Psychosocial Intervention
SCL-90-R	Symtome Checklist 90 Revised
IMPACT	Improving Mood with Psychoanalytic and Cognitive Psychotherapy
FEST-IT	The First Experimental Study of Transference work – In Teenagers
NHS	National Health Service UK
CAMHS	Child and adolescent mental health service clinics
RCT	Randomisert kontrollert studie
K-SADS-PL	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – present life
MFQ	The self-report Mood and Feelings Questionnaire
GCBT	Group-cognitive behavioral therapy
SCAS	Spencer Children´s Anxiety Scale
CGI-I	Global Impression-Improvement
CGAS	Children´s global Assesment Scale
SCAS-C	The Spence Children´s Anxiety Scale-Child
SCAS-P	The Spence Children´s Anxiety Scale-Parent
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CBCL	Child Behaviour Checklist
MDD	Major Depressive Disorder
SRPs	Sleep Related Problems
RCT	Randomiserte kontrollert studie

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.....	7
1.2 Formål med litteraturstudien og presentasjon av problemstilling.....	7
2. BAKGRUNN.....	8
2.1 Prevalens av angst og depresjon blant barn og ungdom.....	8
2.2 Risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos ungdom.....	8
2.3 Ungdom, søvn og psykisk helse.....	9
2.3.1 <i>Hva vet vi egentlig om betydningen av søvn hos ungdom?</i>	
2.3.2 <i>Økning av ungdommer som sover for lite</i>	
2.3.3 <i>Hvor mye søvn er tilstrekkelig for ungdommer?</i>	
2.3.4 <i>Hvorfor er det så vanskelig for ungdom å få nok søvn?</i>	
2.3.5 <i>Søvnforstyrrelser hos ungdom</i>	
2.4 Sammenhengen mellom søvnvansker og psykiske lidelser.....	11
2.5 Behandling av angst og depresjon hos ungdom.....	11
3. METODE.....	13
3.1 Søkestrategi.....	13
3.2 Seleksjonskriterier, inklusjon og eksklusjon.....	16
3.3 Studieseleksjon og screening.....	17
3.4 Kvalitetsvurdering.....	18
4. RESULTATER.....	19
4.1 Oversikt over inkluderte studier.....	19
4.2 Beskrivelse av inkluderte studier.....	19
4.2.1 <i>Reynolds et al., (2020)</i>	
4.2.2 <i>Schønning et al., (2022)</i>	
4.2.3 <i>Donovan et al., (2017)</i>	
4.2.4 <i>Haugland et al., (2022)</i>	

5. DISKUSJON.....	28
5.1 Hovedfunn.....	29
5.2 Vurdering av inkluderte studier.....	29
5.2.1 <i>Vurdering av Reynolds et al., (2020)</i>	
5.2.2 <i>Vurdering av Schönning et al., (2022)</i>	
5.2.3 <i>Vurdering av Donovan et al., (2017)</i>	
5.2.4 <i>Vurdering av Haugland et al., (2022)</i>	
5.3 Vurdering av den systematiske oversikten.....	34
5.4 Diskusjon av hovedfunn i lys av problemstilling og andre studier.....	35
6. KONKLUSJON.....	37
7. LITTERATURHENVISNINGER.....	38

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Psykisk helse er et stort og viktig tema som har fått økt oppmerksomhet de siste årene, og jeg finner feltet svært engasjerende. Mine erfaringer fra klinisk praksis og en generell nysgjerrighet for pediatri og psykisk helse har ledet meg frem til å utforske barn -og ungdomspsykiatri i denne oppgaven.

Jeg har alltid interessert meg for hvordan ulike livsstilsfaktorer, eksempelvis kosthold og søvn, kan bidra til å optimalisere helsen vår. Spesielt fascinerende er det å se hvordan søvn påvirker vår psykiske helse. Søvnvansker kan være utløsende for psykiske lidelser som angst og depresjon, og samtidig kan psykiske lidelser forsterke eller forårsake søvnproblemer. Søvn har fått økt oppmerksomhet og blitt forsket mer på de siste årene, antakeligvis fordi man har erkjent hvor grunnleggende dette er for menneskets fysiske og psykiske helse.

Forskning viser at flere ungdommer lider av søvmangel, og mange studier peker på en sammenheng mellom søvnvansker og psykiske lidelser. Dette har trigget en nysgjerrighet for hvordan søvnrelaterte utfordringer håndteres i behandlingen av ungdommer med angst og depresjon, og i hvilken grad behandlingen påvirker søvnen. Når det kommer til psykoterapeutiske behandlinger for ungdom foreligger det generelt lite forskning knyttet til virkningsmekanismer og hvilke behandlinger som har best effekt (1). Kanskje ikke overraskende, foreligger det også lite forskning på hvilken effekt psykoterapi har på søvn for ungdom med angst og depresjon.

1.2 Formålet med litteraturstudien og presentasjon av problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke effekten av psykoterapi på søvn hos ungdom med angst og depresjon. Gjennom en systematisk oversikt av relevante studier på området skal jeg forsøke å besvare problemstillingen «*Hvilken effekt har psykoterapi på søvn for ungdom med angst og depresjon?*».

Økt kunnskap innenfor dette området vil forhåpentligvis legge grunnlaget for en bedre og mer effektiv behandling av ungdommer som sliter med søvn, angst -og depresjonsproblematikk i fremtiden. Denne litteraturstudien kan bidra til å sette søkelys på viktige sammenhenger og

identifisere områder som krever ytterligere forskning.

For å senere kunne besvare problemstillingen litteraturoppgaven reiser, vil jeg i det kommende kapittelet presentere relevant litteratur og forskning på området for å gi en bedre forståelse av sammenhengen mellom depresjon, angst, psykoterapi og søvn.

2. BAKGRUNN

2.1 Prevalens av angst og depresjon blant barn og ungdom

Økningen av antall barn og unge med psykiske lidelser er et bekymringsfullt helseproblem. Globalt anslås det at 1 av 7 ungdommer fra 10-19 år antas å ha en psykisk lidelse, og 40 % av disse skyldes angst og depresjon (2). Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at depresjon og angst er blant de ledende årsakene til sykdom og uførhet blant ungdom (3), noe som har store konsekvenser både på det individuelle, samfunnsmessige og økonomiske planet. Tall fra WHO fra 2019 viser at 58 millioner unge har en form for angstlidelse, og 23 millioner unge lever med depresjon, begge på verdensbasis (3).

Oppsummeringer i internasjonale forekomstundersøkelser, Barican et al., (2022) og Polanczyk et al., (2015), rapporterer at 13 % av barn og unge under 18 år har en psykisk lidelse (4,5), men understreker at det er variasjoner fra land til land, og man ser en høyere forekomst hos ungdommer fra 12-18 år enn hos yngre barn (5). Disse funnene støttes av en lignende oppsummeringsstudie fra en europeisk forekomstundersøkelse, Sacco et al., (2022), som rapporterer at 16% av barn og unge mellom 5-18 år har en psykisk lidelse (6). Om man ser til Norge, er forekomsten av depresjon blant barn og unge i alderen 4-17 år mellom 0,1-2,7 % (7-11), mens forekomsten av angstlidelser i tilsvarende alder er mellom 1,5-5,3 % (7,8,11,12). Sammenlignet med forskning gjort på unge under 18 år i andre høy-inntektsland, er tallene relativt like, med 1,3 % for depresjon og 5,2 % for angstlidelser (4,13).

2.2 Risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos ungdom

Det er mange faktorer som har innvirkning på trivsel og psykisk helse hos ungdom. Eksempelvis kan vold, fattigdom, stigma, ekskludering, samt det å leve i ustabile omgivelser, øker risikoen for å utvikle psykiske helseproblemer (3). Andre risikofaktorer som kan bidra til

psykisk uhelse er skolepress, vanskelige sosiale relasjoner, oppvekstvilkår, sosiale medier, og søvnvansker (13). Risikofaktorer for psykisk uhelse kan gi psykiske plager, som igjen kan utvikle seg til psykiske lidelser, eksempelvis angst og depresjon. Årsaken til angst og depresjon hos ungdom er mange og sammensatte, og det kan skyldes et samspill mellom miljømessige og genetiske risikofaktorer (14,15). Samtidig er ungdomshjernen særlig utsatt for stress og at dette øke sårbarheten for ungdoms psykiske helse (16).

2.3 Ungdom, søvn og psykisk helse

2.3.1 Hva vet vi egentlig om betydningen av søvn hos ungdom?

I en oversiktsartikkel fra 2016 av American Academy of Sleep Medicine understrekes det at mangel på nok søvn for barn og unge kan føre til høyere risiko for diabetes, fedme, skader, dårligere mental helse, samt utfordringer med oppmerksomhet, konsentrasjon og adferd og læringsproblemer (17). En norsk studie gjort av Sivertsen et al., (2014), om sammenhengen mellom søvn og depresjon, viser at unge med søvnvansker har fem ganger høyere risiko for depresjon sammenlignet med unge som sover godt (18). I en nylig publisert amerikansk randomisert kontrollert studie fra 2023 fant Lauren D. Asarnow med flere at 80 % av deprimerte ungdommer legger seg sent og er oppe til langt på natt (19). Forskning peker på en klar sammenheng mellom mangel på søvn og psykisk uhelse og at dette virker begge veier. Det er kjent at regelmessig søvn til rett tid er assosiert med lengre varighet og høyere kvalitet og at dette kan ha en forebyggende effekt på ungdommers psykiske helse (20).

2.3.2 Økning av ungdommer som sover for lite

Rapporten om folkehelse fra Folkehelseinstituttet (FHI), som omhandler søvn og søvnvansker blant ungdom, indikerer at norske barn og ungdom generelt sett får for lite søvn (21).

Nasjonale data fra Ungdata-undersøkelsen blant 109.700 norske ungdommer fra 2022 bekrefter at dette er en utfordring. På spørsmålet om man har vært plaget av søvnproblemer siste uken svarer kun 32% av ungdommene at de «ikke er plaget i det hele tatt» (22). Dette indikerer at 68 % av ungdommene som deltok i undersøkelsen hadde en form for søvnproblemer i større eller mindre grad. En studie blant norske ungdommer fra 2021 viser at 84% ungdommer får mindre søvn enn anbefalt (23), og de sover knapt 6,5 timer per natt i ukedagene (24). I tillegg er det registrert en generell økning av innsovningsvansker blant ungdommer i perioden 1983-2005, (25) og så mye som en fjerdedel av norske ungdommer oppfyller kliniske kriterier for insomni (24). Resultatet fra disse studiene er i samsvar med

internasjonale funn, og viser at gjennomsnittlig søvnlengde for ungdom mellom 10-15 år har, i perioden 1985-2004, blitt ytterligere redusert med 21 minutter. Dette er begrunnet i senere leggetid (21,26).

2.3.3 Hvor mye søvn er tilstrekkelig for ungdommer?

The American Academy of Sleep Medicine anbefaler at tenåringer i alderen 13-18 år bør sove 8-10 timer per døgn (17). De samme anbefalingene støttes også av National Sleep Foundation og Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno) ved Helse Bergen RHF, Haukland Universitetssjukehus (27,28) (Tabel 1).

Tabell 1. Anbefalt søvnlegde for ungdom (National Sleep Foundation) (27)

Alder	Anbefalt søvnlengde	Kan være normalt
6 – 13 år	9 – 11 timer	7 – 12 timer
14 – 17 år	8 – 10 timer	7 – 11 timer
18 – 25 år	7 – 9 timer	6 – 11 timer

2.3.4 Hvorfor er det så vanskelig for ungdom å få nok søvn?

Tenårene representerer en sensitiv fase i livet, preget av betydelige fysiske, følelsesmessige, kognitive, nevrologiske og sosiale transformasjoner (28). Dette gjelder også for søvn og søvnreguleringen. I ungdomsårene skjer det et biologisk skifte i døgnrytmen, som innebærer at døgnrytmen forskyves i favør av kvelden. Dette innebærer at ungdommene blir mer B-mennesker og foretrekker å gå i seng senere og stå opp senere (29). Denne endringen kan forklares av dype strukturelle endringer i hjernen, der mengden dyp søvn reduseres (28) og det oppstår en gradvis oppbygging av et homeostatisk søvntrykk som forsinket søvn/våkenhets syklusen (30). Det er viktig å understreke at dette er helt normalt i ungdomsårene, men skiller seg fra døgnrytmen til både barn og voksne. Dette kalles sosial jetlag og beskriver en foretrukket døgnrytme som er i utakt med samfunnet ellers. Dette gjør at det kan bli vanskelig å tilpasse seg krav fra omgivelsene, og utgjør en ikke ubetydelig utfordring for ungdommene det gjelder (28).

2.3.5 Søvnforstyrrelser hos ungdom

Forsinket søvnfase er den døgnrytmeforstyrrelsen som er mest utbredt hos ungdom, og

forekomsten er antatt å være over 5% (28). Den vanligste og mest utbredte søvnlidelsen er insomni, en søvnforstyrrelse der kjernesymptomene er dårlig eller lite søvn grunnet innsovningsvansker, urolig nattesøvn eller tidlig oppvåkning som påvirker dagfunksjon (31,32). Hypersomni, eller overdreven søvnighet, er en søvnlidelse som også kan debutere i ungdomsårene. Til sammenligning med insomni, opptrer denne mye sjeldnere (28).

2.4 Sammenhengen mellom søvnvansker og psykiske lidelser

Sammenhengen mellom søvnvansker og psykiske lidelser er bekreftet gjennom flere studier. I Chase & Pincus, (2011) rapporterte 90% av ungdommer med klinisk angstlidelse samtidig søvnrelaterte problemer (33). I Goodyer et al., (2017) var søvnforstyrrelser det hyppigste rapporterte symptomet, med 92% blant ungdommene med klinisk depresjonslidelse.

Søvnendringer regnes ofte som biologisk markør for psykiske lidelser (28). Søvnendringer kan komme i forkant eller etterkant av en depresjon eller angstepisode, og for lite søvn kan igjen føre til angst og depresjon. «...although specific mechanisms are not fully understood at present, research supports shared biological, cognitive, and environmental risk factors and the notion that the relationship between anxiety and sleep is bidirectional” (34–36) skriver Peterman i sin studie fra 2016 (37). Dette gjelder så vel for depresjon. Søvnvansker er ikke bare symptom på underliggende psykisk lidelse, søvnvansker og psykiske lidelser er begge selvstendige komorbide tilstander. Årsakssammenhengen er dog ikke opplagt grunnet gjensidig påvirkning (38).

2.5 Behandling av angst og depresjon hos ungdom

Retningslinjer for behandling av angst og depresjon for ungdom kan variere mellom ulike land og organisasjoner, men vanligvis er anbefalinger basert på evidensbasert praksis og beste tilgjengelige forskning. Psykodynamisk psykoterapi (PDT) og kognitiv adferdsterapi (CBT) er eksempler på vanlige behandlingsformer for angst og depresjon, både for ungdom og voksne. Begge behandlingsformene representerer psykoterapeutisk behandling som innebærer bruk av psykologiske tilnærminger for behandling av psykiske lidelser. Psykoterapi er samtalerapi mellom terapeut og pasient der behandlingen tar sikte på å hjelpe pasienten med å identifisere vanskelige følelser for å kunne endre tanker og adferd (39). Faktorer som ungdommens alder og utviklingstrinn utgjør spesifikke forhold som skiller psykoterapi for ungdom fra psykoterapi for voksne. I tillegg vil andre faktorer som terapeutens medmenneskelige ferdigheter, foreldrenes måte å være omsorgspersoner på, samt deres

forventninger til terapeuten påvirke behandlingsforløpet og resultatet (40,41). For både angst- og depresjonslidelser er det viktig at behandlingen er individuelt tilpasset og har en multimodal tilnærming (42,43).

Når det gjelder behandling av angstlidelser hos barn -og ungdom har kognitiv adferdsterapi (CBT) vært gullstandarden og er dokumentert i flest studier (44). Dette støttes både i norske og internasjonale retningslinjer. Forskning har vist at to tredjedeler av barn og unge med angstproblematikk forbedres med CBT (45), både på kortere og lengre sikt (46).

I studien Lindqvist et al., (2020) om internetbasert psykodynamisk terapi (IPDT) for ungdom med depresjon, ble det rapportert bedre effekt på angst hos ungdom med depresjon når de får IPDT sammenlignet internetbasert kognitiv adferdsterapi (ICBT) (47). Nyere forskning fra IMPACT-studien av Goodyer et al., (2017) har også sett en god effekt av psykodynamisk terapi (PDT) for ungdommer med depresjon og komorbide angstsymptomer, og konkluderer med at PDT kan være vel så effektivt for ungdom med angst. Medisiner kan også brukes i behandling av angstlidelser hos unge, men er ikke førstevalg i behandling (46).

I behandlingen av depressive lidelser står også psykoterapi sentralt. Det finnes god støtte for at psykodynamisk terapi har god effekt på depresjon blant ungdom (48). Man har også sett at Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) kan være like effektivt som andre typer behandlinger (eks. CBT) i behandlingen for barn og unge med depresjon (40). Goodyear et al., (2017) underbygger dette i sin studie. Resultatet av studien viste til en generell likhet mellom kognitiv adferdsterapi (CBT) og psykodynamisk terapi (PDT) som behandlingsmetode for reduksjon av depresjonssymptomer (49). Likevel så man at 85 % av deltakerne som hadde mottatt STPP ikke oppfylte kriteriene for depresjon ett år etter behandling, mot 75% for CBT. Dette ga ikke et signifikant utslag i studien, men peker på at STPP kan være en god behandling for depresjon over tid. Man kan i alvorlige tilfeller av depresjon vurdere å legge til medikamentell behandling, men dette kun dersom responsen på ikke-medikamentell behandling er dårlig (43).

3. METODE

Dette er et systematisk litteraturstudie som undersøker effekten av psykoterapi på søvn for ungdom med angst og depresjon.

3.1 Søkestrategi

For å belyse problemstillingen «*Hvilken effekt har psykoterapi på søvn for ungdom med angst og depresjon?*», ble det utført et systematisk litteratursøk. Litteratursøket ble gjort med utgangspunkt i databasene OVID Medline (pubmed) og PsychInfo, samt et frisøk Google Scholar for å være sikker på at ingen relevante artikler ble utelukket. Siste oppdaterte litteratursøk ble utført 14.09.23, i databasene Ovid MEDLINE (pubmed) og PsychInfo. De samme søkeordene ble brukt begge steder. Det var ingen tidsbegrensing i søket og all litteratur til og med søkedato ble inkludert.

I tabell 1a. og 1b. nedenfor finner man en oversikt over hvordan søkene ble gjennomført i databasene, samt hvilke søkeord og MeSH-ord det ble lagt vekt på. Som tabellene viser er «psychotherapy», «anxiety», «depression» og «sleep» essensielle søkeord. Ordene «psychotherapy» og «sleep» er linket til mange MeSH-ord, og var de mest utfordrende ordene å begrense. I tråd med problemstillingen ble både «psychodynamic therapy/ies» og «cognitive therapy/ies» inkludert for å ikke utelukke noen relevante studier. For «sleep» ble det inkludert alle relevante MeSH-ord som var kategorisert under søvnvansker. Dette for å inkludere studier som omfattet hele skalaen av utfordringer knyttet til søvn, fra generelle søvnvansker til søvnlidelser som eksempelvis insomni. Samme strategi ble benyttet forhold til angst og depresjon for å få opp studier som både så på diagnosene individuelt, men også sammen. I tillegg ble de ulike søkeordene med AND og OR kombinert der det var hensiktsmessig, for å begrense og spisse søket.

I søket ble det ikke satt noen begrensinger på studiedesign. Primært regnet jeg med å få en del søk på randomiserte kontrollerte studier, men ønsket ikke å utelukke noen da andre studiedesign som eksempelvis systematiske oppsummeringer kunne være nyttige i bakgrunn eller diskusjonsdelen av oppgaven. Det samme gjaldt for språk, da man kunne hente ut relevant info fra sammendrag og artikler. Grunnet kvalitetssikring, ble søket til slutt begrenset til kun fagfelleverderte artikler i de aktuelle databaser. Søket ble også begrenset i forhold til alder, der det ble huket av for «adolescence (13-18 years)», selv om inklusjonskriteriene

godtar nedre aldersgrense på 12 år.

Tabel 2a. Søk i databasen Ovid MEDLINE® ALL

Ovid MEDLINE® ALL 1946 To September 14, 2023

Dato for søk: 14.09.2023

Antall treff: 322

#	Searches	Results
1	exp Psychotherapy/	219293
2	(psychotherapy or psychodynamic therapy or psychodynamic therapies or cognitive behavior therapy or cognitive-behavioral therapy or CBT).mp.	126614
3	1 or 2	240008
4	exp Anxiety Disorders/	90930
5	Anxiety or anxious.mp.	319910
6	4 or 5	356251
7	exp Depression/	151986
8	Depression or depressed.mp	555494
9	7 or 8	555494
10	6 or 9	766964
11	Sleep Disorders, Circadian Rhythm/ or Sleep Quality/ or Sleep Duration/ or “Sleep Initiation and Maintenance Disorders” / or Sleep, Rem/ or Sleep Wake Disorders/ or Sleep-Wake Transition Disorders/ or Sleep Hygiene/ or Sleep Disorder, Intrinsic/ or REM Sleep Behavior Disorder/ or Sleep Latency/ or Sleep Stages/ or Sleep Aousal Disorders/ or Sleep Deprivation/	124117
12	sleep.mp.	245429

13	11 or 12	245429
14	3 and 10 and 13	2730
15	limit 14 to “adolescent (13 to 18 years)”	322

Tabell 2b. Søk i databasen APA PsycInfo

APA PsycInfo 1806 to September Week 37 2023

Dato for søk: 14.09.2023

Antall treff: 205

#	Searches	Results
1	exp Psychotherapy/	223397
2	(psychotherapy or psychodynamic therapy or psychodynamic therapies or cognitive behavior therapy or cognitive-behavior therapy or cognitive behavioral therapies).mp.	184841
3	1 or 2	289961
4	exp Anxiety Disorders/	43068
5	anxiety.mp.	288496
6	4 or 5	296723
7	Exp Recurrent Depression/ or exp Atypical Depression/ or exp “Depression (Emotion)”/ or exp Reactive Depression/	296723
8	depression.mp.	388550
9	7 or 8	388550
10	6 or 9	551597
11	exp Sleep Deprivation/ or exp Sleep Treatment/ or exp Sleep/ or exp Sleep Onset/ or exp REM Sleep Behavior Disorder/ or exp Sleep Wake Cycle/ or exp Sleep Quality/ or exp Sleep Wake Disorders/	64678

12	sleep.mp.	95420
13	11 or 12	103482
14	3 and 10 and 13	2200
15	limit 14 to 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>	205

Tabell 3. Oversikt over antall treff i de ulike databasene

<i>Database</i>	<i>Antall treff</i>
MEDLINE (Ovid)	322
PsycInfo (Ovid)	205
Antall referanser før dublettsjekk	527
Antall referanser etter dublettsjekk	472

3.2 Seleksjonskriterier, inklusjon og eksklusjon

For at seleksjonsprosessen av artikler skulle være enklere, utarbeidet jeg klare inklusjons -og eksklusjonskriterier før selektering.

Tabell 4. Inklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	
a.	Studien må være publisert i en fagfelleverdert database
b.	Populasjonen må være i aldersgruppen 12-18 år
c.	Alle de inkluderte deltakerne må ha angst og/eller depresjon
d.	Alle de inkluderte deltakerne må ha utfordringer knyttet til søvn*
	Deltakerne må gå i en type psykodynamisk behandling for angst og/eller depresjon
f.	Artikkelen må være skrevet på engelsk

* Omfatter både søvnvansker og søvnforstyrrelser

Tabell 5. Eksklusjonskriterier

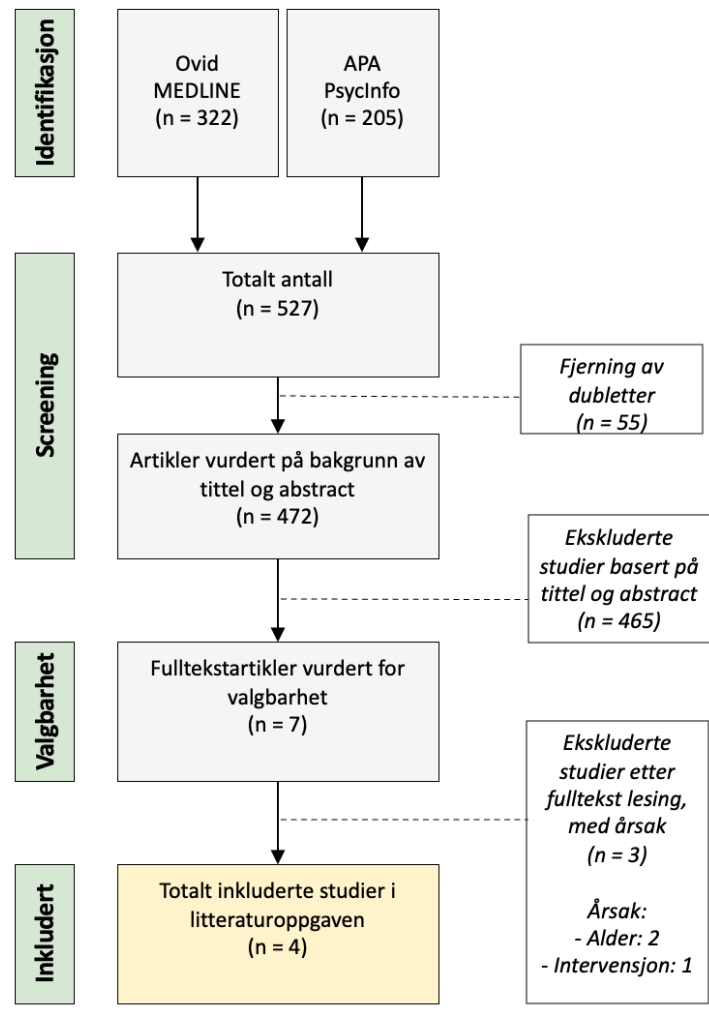
EKSKLUSJONSKRITERIER	
a.	Pasientpopulasjonen har en annen diagnose en angst og/eller depresjon

b.	Pasientpopulasjonen ikke representerer aldersgruppen 12-18 år
c.	Pasientene har ikke utfordringer knyttet til søvn *

* Omfatter både sømnavsker og søvnforstyrrelser

3.3 Studieseleksjon og screening

Tabell 6. Flytdiagram som viser studieseleksjon og screeningsprosessen



Etter valg av inklusjons -og eksklusjonskriterier, samt gjennomføring av søket overførte jeg alle data til sorteringsverktøyet Zotero. Søket i APA PsychInfo og Ovid MEDLINE resulterte i totalt 527 artikler. 55 av disse ble tatt vekk etter fjerning av dubletter. 472 gjenværende artikler ble systematisk gjennomgått basert på tittel og abstract, og 464 artikler ekskludert i tråd med inklusjons -og eksklusjonskriterier. Av 472 artikler sto jeg igjen med 7 som ble lest i fulltekst. Etter vurdering i samsvar med inklusjons -og eksklusjonskriterier ble to artikler ekskludert på grunnlag av feil i pasientpopulasjonen og én grunnet feil i intervensjon. Dette

resulterte i 4 inkluderte artikler, som hver representerte ulike sekundærstudie. Disse studiene var utført av Reynolds et al., (2020) (50), Schönning et al., (2022) (51), Donovan et al., (2017) (52) og Haugland et al., (2022) (53).

3.4 Kvalitetsvurdering

Tabell 7. Kvalitetsvurdering av inkluderte studier ved hjelp av Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) (54).

		SCREENET FOR ... (Ja, nei, uklart)		KVANTITATIVE RTCs (Ja/nei/uklart)				
		Klart forsknings-spørsmål	Innsamlet data muliggjør å svare ut forsknings-spørsmål	Randomisering er hensiktsmessig utført	Gruppene er sammenlignbare ved baseline	Fullstendige resultatdata	Utfalls-bedømmere er blindet for intervensjonen som tilbys	Deltagerne holdt seg til den tildelte intervensjonen
RCTs	ARTIKKEL							
Ja	Reynolds et al., (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Schönning et al., (2022)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Donovan et al., (2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Haugland et al., (2022)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Den metodologiske kvalitetsvurdering for de inkluderte studien er evaluert ved hjelp av Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (54). Alle de inkluderte studiene i den systematiske oversikten er sekundære, kvantitative randomiserte kontrollerte studier. De har alle klare forskningsspørsmål som gjør det mulig gjennom kvantitative analyser å svare godt ut på forskerspørsmålet. Randomiseringen er hensiktsmessig utført og gruppene er sammenlignbare ved baseline i alle studier. Når det gjelder fullstendig resultatdata rapporterer alle studier om at store deler av deltakergruppen har fullført intervensjonen, og de er godt innenfor det som er akseptabelt i forhold til frafall av deltakere over tid. Alle studiene beskriver at deltakerne var blindet for behandlingen som ble tilbudt, og alle holdt seg til den tildelte intervensjonen. For Haugland et al., (2022) er dette beskrevet i studie, men for de andre studiene er dette beskrevet i primærstudiet de hentet data fra.

4. RESULTATER

4.1 Oversikt over inkluderte studier

Tabell 8. Oversikt over inkluderte artikler for systematisk oversikt på effekt av psykoterapi på søvn for ungdom med angst og depresjon.

Forfatter	Land	Forsknings-spørsmål	Diagnose	Alder	Antall deltagere	Studie-design	Studietype	Type psykoterapi brukt i behandling	Måleredskap	Hovedfunn	Effekt av psykoterapi på søvn?
Schønning et al. (2022)	Norge	Do Sleep Disturbances Improve Following Psychoanalytic Psychotherapy for Adolescent Depression?	Depresjon	16-18 år (84% jenter)	n = 69	RCT	Sekundærstudie fra Ulberg et al., (2021) (FEST-IT-studien)	STPP	BDI-II SCL-90-R	Søvnforstyrrelser forbedres gjennom behandling av STPP, med eller uten overføringsarbeid.	Ja
Reynolds et al. (2020)	UK	Do sleep disturbances in depressed adolescents improve following psychological treatment for depression?	Depresjon	12-18 år (75% jenter)	n = 465	RCT	Sekundærstudie fra Goodyear et al., (2017) (IMPACT-studien)	STPP CBT BPI	K-SADS-PL MFQ	Reduksjon i frekvensen av søvnproblemer etter behandling, for noen deltakere.	Ja
Donovan et al. (2017)	Australia	Does an online CBT program for anxiety impact upon sleep problems in anxious youth?	Angst	7-12 år (barn), 12-18 år (ungdom)	n=134 7-12 år (n=63), 12-18 år (n=71)	RCT	Sekundærstudie fra March et al., 2009 og Spencer et al., 2011.	Online- CBT	CGAS SCAS-P/ C CES-D CBCL	Nettbasert KAT for unge med angstlidelser kan oppnå endringer i søvnrelaterte problemer for barn, men ikke for ungdom.	Nei
Haugland et al. (2022)	Norge	Effect of early intervention for anxiety on sleep outcomes in adolescents	Angst	12-16 år (84% jenter)	n=313	RCT	Sekundærstudie fra Haugland et al., (2017)	GCBT (kort eller standardlengde-behandling)	Likert skala SCAS CGI-I	Ingen effekt av tidlig intervensjon på søvn for ungdom med angst.	Nei

4.2 Beskrivelse av inkluderte studier

Nedenfor vil jeg ta for meg de fire studiene hver for seg, og beskrive dem i sin helhet. Her vil jeg blant annet ta for meg studienes design, rekruttering, metode, og resultat.

4.2.1 Reynolds et al., (2020)

Beskrivelse av studien

Reynolds et al. (2020) (50) undersøker effekten av depresjonsbehandling på søvn for ungdommer og har følgende forskningsspørsmål; «Do Sleep Disturbances in Depressed Adolescents Improve following psychological treatment for depression?». For å besvare sin problemstilling har de brukt sekundære, utforskende post-hoc analyser fra en stor multisenter randomisert kontrollert studie, IMPACT-studien (Improving Mood with Psychoanalytic and Cognitive Psychotherapy) (49), der det var en høy prevalens av søvnsymptomer ved baseline. Målet med studien var todelt. Først å beskrive problemer knyttet til søvn for ungdommer med

depresjon og deretter undersøke effekten av tre distinkte psykologiske behandlingsformer på søvnproblemer for ungdom med depresjon.

Rekruttering

I studien ble det rekruttert 465 deltakere i alderen 12-18 år (75% kvinner) fra 15 NHS-tjenester (National Health Service), CAMHS (child and adolescent mental health service), i tre regioner av England. Alle møtte de diagnostiske kriteriene for MDD (major depressiv disorder) basert på K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) (55).

Metode

Deltakerene ble randomisert i tre behandlingsgrener; Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy (STPP), kognitiv adferdsterapi (CBT) og Brief Psychosocial Intervention (BPI). BPI ble valgt som en aktiv kontrollbehandling. Lengden på behandlingen varierte for de tre ulike behandlingsgrenene med 28 økter over 30 uker for STPP, 20 økter over 30 uker for CBT og 12 økter over 20 uker for BPI. Manualene tilhørende CBT og STPP spesifiserte ikke hvordan man skulle adressere problemene med søvn, mens BPI-manualen identifiserte søvnhygiene som en rutineintervensjon behandleren kunne tilby.

Måleredskap

Kiddie-Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia Present and Lifetime (K-SADS-PL) (55) og the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) (56) var måleredskaper som ble brukt for å kartlegge søvnvansker og depresjonssymptomer ved baseline, etter behandling (36 uker) og oppfølging etter behandlingsslutt (86 uker).

K-SADS-PL er et semi-strukturert intervju som kartlegger tilstedeværelse eller fravær av symptomer på depresjon siste to uker (55). Denne inkluderer seks søvnforstyrrelses-symptomer som sier noe om tilstedeværelse av individuell søvnforstyrrelse; initial insomni, middels insomni, terminal insomni, hypersomni, døgnreversering/søvnfasesyndrom («circadian reversal») og ikke-restorativ søvn. I denne studien ble K-SADS-PL gjennomført gjennom intervju av både ungdommen og foreldre.

The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) er et selvrapporteringskjema bestående av 33 spørsmål som undersøker tilstedeværelse av depressive symptomer siste to uker.

Selvrapporteringskjema er laget for å avdekke ulike symptomer spesifisert i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) for en episode med MDD, som eksempelvis søvnforstyrrelser (49,56,57)

Resultater

Det ble rapportert at 92% av ungdommene som hadde søvnvansker ved baseline nådde terskelen for et symptom ved hjelp av K-SADS-PL. De mest rapporterte problemene knyttet til søvn var non-restorativ søvn (søvn av lav kvalitet (58)) og initial insomni. Det var ingen forskjell mellom behandlingsgruppene for frekvens av søvnproblemer på baseline.

For å gjennomføre statistiske analyser brukte de selvrapporteringskjemaet MFQ for å si noe om pre-post behandlingsendring i søvnforstyrrelser. Dette kunne blant annet fortelle om insomni og hypersomni. Deretter brukte forfatterne statistiske analyseverktøyet ANOVA for å vurdere variabilitet i behandlingsform og variabilitet i tid innenfor de tre behandlingsformene som undersøkte gjennomsnittscoren for insomni og hypersomni.

For insomni kunne man se en signifikant hovedeffekt av tid ($V = 0.43$, $F(2,274) = 103.54$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.43$). Dette betyr at deltakerne opplevde mindre insomni etter behandlingsforløpet, uavhengig av hvilken behandlingsmodalitet som ble brukt. Parvise sammenligninger viste en generell bedring av symptomer på insomni mellom baseline og behandlingsslutt ($p < .001$) og mellom baseline og oppfølging et år etter behandlingsslutt ($p < .001$), men de fant ingen signifikant forskjell når det gjaldt insomni fra behandlingsslutt til oppfølging ($p = 0.23$). Videre fant forskerne ut at det ikke var noen signifikant effekt på de ulike behandlingsformene når det gjaldt hvordan ungdommene rapporterte for insomni ($F(2, 275) = 0.27$, $p = .77$, $\eta^2 < 0.01$). Det ble heller ikke funnet en signifikant interaksjon mellom tid og behandlingsgren ($V = 0.02$, $F(4, 550) = 1.20$, $p = .31$, $\eta^2 < 0.01$). Det var derfor ikke noen signifikant forskjell mellom målinger gjort på forskjellige tidspunkter av studien mellom de forskjellige behandlingsgruppene. Insomni-symptomer ble generelt sett ble redusert over tid, uavhengig av hvilken behandling deltakerne var i. Hypersomni ble sjelden rapportert på MFQ og her var det ingen signifikant effekt av tid, behandling eller behandlingsinteraksjon.

Forfatterne undersøkte også hva ungdommene rapporterte om søvn i det kliniske intervjuet K-SADS-PL ved baseline, behandlingsslutt og oppfølging. For å vurdere om de søvn-relaterte

symptomene ble redusert gjennom behandling brukte de også her ANOVA med uavhengig behandlingsvariabel både for de tre behandlingsgrenene og for de tre tidsaspektene (baseline, behandlingsslutt og oppfølging). Her fant de også at søvnutfordringene var signifikant lavere etter behandlingen av depresjon ($F(1.90, 390.61) = 106.70, p < .001$). Dette var rapportert mellom baseline og behandlingsslutt ($p < .001$) og baseline og oppfølging ($p < .001$), men ikke mellom behandlingsslutt og oppfølging ($p = 0.06$). Det var heller ingen signifikans mellom de tre behandlingssarmene og antall rapporterte søvnproblemer, $F(2, 206) = 0.43, p = .65$. Ei heller var det signifikans mellom de tre behandlingsmodalitetene og tiden/over tid, ($F(3.79, 390.61) = 1.13, p = .34$).

Resultatene viser en markert reduksjon i frekvensen av søvnproblemer etter behandling, men likevel rapporterer halvparten vedvarende søvnproblemer ved behandlingsslutt og oppfølging. Samtidig peker de på at 1/3 av ungdommer ble friske fra MDD fortsatt rapporterte om vedvarende søvnutfordringer etter behandling og ved oppfølging. I alle tre behandlingsmodaliteter rapporterte ungdommene færre problemer med søvn etter behandling et år senere. Studien peker på en generell effekt på søvn av behandling med STPP, CBT og BPI, men ingen forskjell mellom de ulike behandlingene.

4.2.2 Schönning et al., (2022)

Beskrivelse av studien

I artikkelen «Do sleep disturbance Improve Following Psychoanalytic Psychotherapy for Adolescent Depression» (51) beskriver Schönning og medforfattere sekundærstudien de har gjort på en tidligere norsk randomisert kontrollert studie, FEST-IT (First Experimental Study of Transference Work – In Teenagers) (59). Schönning et. al., (2022) viser til IMPACT-studien gjort av Reynolds et al. (2021) (50), som har sett at Short-time Psychoanalytic Psychotherapy (STPP) på depresjon kan ha en samtidig effekt på søvnforstyrrelser hos ungdom I tillegg til å undersøke dette ønsker de å se på om bruk av overføringsterapi i behandling kan ha en ytterligere effekt på søvn.

Rekruttering

I studien ble det rekruttert 69 deltakere i alderen 16-18 år (85% kvinner) fra BUP (Barne og ungdomspsykiatriske poliklinikker) i Helse Sør-Øst, fortrinnsvis fra Oslo og både urbane og landlige strøk i Vestfold. Deltakerne er ungdommer som møtte diagnostiske kriterier for

MDD (Major Depressive Disorder) diagnostisert med Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) (60), men det pekes også på at ungdommene kan ha flere komorbiditeter.

Metode

I studien ble deltakerne randomisert i to grupper. Begge gruppene ble tilbudt individuell terapi i økter på 45 min ukentlig, i 28 uker. Den ene gruppen fikk Short-Time Psychoanalytic Psychotherapy (STPP) med overføringsterapi (n=39), mens den andre gruppen fikk STPP uten overføringsterapi (n=30). Den sistnevnte gruppen ble brukt som sammenligningsgruppe. STPP er en type psykodynamisk korttids-terapi, med varighet på under 40 behandlingsøkter (61). For den gruppen som fikk overføringsterapi i tillegg la de vekt på overføringsterapeutiske teknikker som utforsket pasient-terapeut forholdet. Ingen av behandlingsgruppene vurderte spesifikt hvordan man skulle håndtere søvnforstyrrelser som en rutineintervensjon. Schönning et. al., (2022) presiserer at de bruker den samme behandlingsmetoden og behandlingsmanualen som ble brukt i IMPACT-studien av Reynolds et al., (2017) (62).

Måleredskap

I denne studien har de brukt Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) (63) og Beck Depression Inventory (BDI-II) (64) for å monitorere pasientene gjennom behandlingsforløpet. Begge måleredskapene ble vurdert ved baseline, etter 20 behandlingstimer (20 uker), etter behandlingsslutt (28 uker) og et års oppfølging etter behandlingsslutt (80 uker). SCL-90-R er et selvrappporterende scoringsverktøy for å kartlegge psykiske plager og symptomer for personer over 13 år (63). I Schönning et. al., (2022) har de brukt tre spesifikke søvnrelaterte spørsmål fra SCL-90-R som primære utfallsmål for å monitorere søvn-forstyrrelser; vanskelighet med å falle i søvn, oppvåkning på morgenen og rastløs eller forstyrret søvn. Alle spørsmålene er knyttet til hovedsymptomer på insomni. Når det gjelder sekundære utfallsmål i denne studien brukes Beck Depression Inventory (BDI-II) (64) for å bedømme grad av depresjon, samt endringer i depresjonstilstand.

For statistiske analyser har de benyttet seg av IBM SPSS, der Pearsons korrelasjonskoeffisient ble brukt for å undersøke korrelasjon mellom selv-rapporterte søvn-problemer i SCL-90-R og selvrappporterte depresjonssymptomer i BDI-II. Grenseverdi for statistisk signifikans var $p < 0.05$.

Resultater

Resultatet av studien viste at det var ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene vedrørende frekvensen av søvnproblemer ved baseline, mens sammenhengen mellom søvnsymptomer og depressive symptomer gjennom behandlingsforløpet varierte for gruppene. Ved baseline var korrelasjonen mellom søvnsymptomer og depressive symptomer liten og ikke signifikant ($r(56) = 0.122$, $n = 68$, $p = 0.321$) for begge gruppene. Ved 20 ukers oppfølging ($r(35) = 0.497$, $n = 37$, $p = 0.002$) og ved behandlingsslutt ($r(56) = 0.348$, $n = 58$, $p = 0.007$) kunne man se en signifikant moderat korrelasjon. Tilsvarende signifikant moderat korrelasjon kunne man også finne for begge gruppene ved oppfølging et år etter behandlingsslutt ($r(43) = 0.520$, $n = 45$, $p < 0.001$). Disse funnene indikerer at man fant signifikante effekt av tid for korrelasjon mellom søvnsymptomer og depressive symptomer individuelt for begge grupper gjennom behandlingsløpet. Men når man så på interaksjonen «behandling x tid», og sammenlignet behandlingsutfall på tvers av gruppene, fant man ikke signifikant forskjell i effekt på søvn, for gruppen som fikk STPP med overføringsterapi sammenlignet med de som kun fikk STPP. Resultatene i studien peker på at behandling med STPP har effekt på søvn, men om man mottar behandling med STPP med eller uten overføringsterapi, er ikke dette utslagsgivende for søvnen. Schönning et. al., (2022) kunne derfor konkludere med at STPP for depresjon hos ungdom har effekt på samtidig søvnforstyrrelser, uavhengig av om ungdommen mottar overføringsbehandling eller ikke.

4.2.3 Donovan et al., (2017)

Beskrivelse av studien

I Donovan et al., (2017) (52) reiser de spørsmålet «Does an Online CBT Program for Anxiety Impact Upon Sleep Problems in Anxious Youth». Målet med studien er å vurdere om de transdiagnostiske, terapeutiske elementer av en online-CBT for angst også påvirker søvnrelaterte problemer (SRPs) for unge med angst. Studien er en sekundærstudie, basert på to tidligere studier av March et al., (2009) (65) og Spencer et al., (2011) (66) som forsket på internettbasert kognitiv adferdsterapi for unge med angst.

Rekruttering

I Donovan et al., (2017) gjør de studier på 134 barn og ungdom, hvorav 63 barn fra 7-12 år er ekstrahert fra en tidligere studie av March et al., (2009), mens 71 ungdommer fra 12-18 år er ekstrahert fra en tidligere studie av Spence et al., (2011). I min litteraturstudie går jeg kun

videre med utvalget fra Spence et al., (2011), ungdom i alderen 12-18 år, da dette er i tråd med mine inklusjonskriterier. Donovan et al., (2017) har et tydelig skille i sine analyser av barn (March et al., (2009)) og ungdom (Spence et al., (2011)) som muliggjør å kun se på analysene og resultatet av gruppen med ungdommer. Alle deltakerne hadde komorbide angstlidelser av klinisk betydning, jf. the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child and Parent Versions (ADIS-C/P) (67).

Metode

I studien brukte de nettbasert kognitiv adferdsterapi som behandlingsmetode, som de omtaler som NET (Content of the Intervention Internet-based treatment). De 71 deltakere fra Spence et al., (2011) ble randomisert til å enten motta internettbehandling (NET, n=44) eller stå på venteliste, «wait list condition» (WLC, n=27). Sistnevnte var kontrollgruppen i studien.

Deltakerne som mottok internettbasert behandling, NET, gjennomførte programmet BRAVE for Teenagers – ONLINE (68). For ungdommer i alderen 12-18 år innebar dette 10 økter med ungdommen alene, samt 5 økter sammen med foreldrene. I tillegg var det inkludert to ekstra ungdoms -og foreldreøkter ved siden av de vanlige øktene etter 1 og 3 måneder i behandlingsløpet. Deltakere på ventelisten (WCL) hadde ingen form for planlagt kontakt med prosjektteamet i løpet av 12-ukers perioden. Deltakerne fikk kontaktinformasjon til forskerne i tilfelle klinisk forverring av symptomer, men ingen tok kontakt under studien. Etter 12 uker var WLC-deltakere ikke lenger en del av studien, og fikk tilbud om NET på lik linje som de andre deltakerne (66).

Måleredskap

Alle måleredskap ble vurdert før oppstart av behandling, etter behandling (12 uker), og ved 6-mnd oppfølging. Sistnevnte ble kun aktuelt for gruppen som mottok NET.

Children's global Assessment Scale (CGAS) (69) vurderte «global functioning», det generelle, psykososiale funksjonsnivået til deltakeren (70). Angstsymptomer ble vurdert med The Spence Children's Anxiety Scale-Parent (SCAS-P) (71) and child (SCAS-C) (72), mens depresjonssymptomer ble for ungdommer målt ved hjelp av the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (73).

Søvn-relaterte problemer ble målt ved å bruke en sammensetting av de syv søvnrelaterte spørsmålene i The Child Behaviour Checklist (CBCL) (74). De syv søvnrelaterte spørsmålene

(SRPs) var mareritt, overtrøtt uten god grunn, sover mindre enn barn flest, sover mer enn barn flest gjennom dagen og/eller natta, snakker eller går i søvne, vanskeligheter med å sove og veter sengen. I Donovan et al., (2011) ble alle søvn-spørsmålene summert opp i en sammenhengende søvn-score, der høyere score indikerte økte søvn-relaterte problemer.

Resultater

Assosiasjon mellom angst og SRP

Studien rapporterer at søvnproblemer er sterkt korrelert med depresjonsymptomer rapportert av ungdommen selv, men er ikke relatert til alvorlighetsgrad av angstsymptomer. Studiene fant ikke signifikant forskjell på deltakerne som var diagnostisert med GAD, sammenlignet med de som ikke var diagnostisert med GAD med hensyn på søvn, i ANOVA analysene. De fant heller ingen kjønnsforskjeller på søvnrelaterte problemer.

Endringer i SRPs ved BRAVE-ONLINE-program

Ved mål før oppstart av behandling fant man ingen signifikant forskjell mellom NET og WLC for ungdom på SRPs, ($F(1, 69) = .303, p = .584, d = .13$). Dette betyr at det ikke var noen forskjell i søvnrelaterte utfordringer mellom deltakerne før man startet studien. Analysen som ble utført på søvnrelaterte problemer viste en signifikant effekt for tid, ($G(1, 64.86) = 14.94, p > .001$), som peker i retning av at både WLC og NET deltakere viste til en reduksjon i SRPs fra pre-post evaluering. Analysene på tvers av preevaluering, postevaluering og 6-mnd oppfølging viste også til en signifikant effekt i tid, ($F(2, 47.78) = 6.68, p = .003$). Den tydelige reduksjonen av SRPs ved postevaluering var oppretthold ved 6-mnd oppfølging. Dette peker på at søvnutfordringene ble bedre med tiden, men dette uavhengig av om de fikk behandling eller ikke. Analysene viste også at «the condition x time effect» ikke var signifikant, ($F(1, 64.86) = 0.147, p = 0.685$). Dette peker på at det var ingen endring i søvnrelaterte problemer som et resultat av å ha deltatt i BRAVE-ONLINE programmet, det vil si at det ikke var noe forskjell mellom WLC og NET-gruppen. Forskerne konkluderte med at CBT for unge med angstlidelser kan føre til endringer i søvnrelaterte problemer (SRPs) for barn, men ikke for ungdom.

4.2.4 Haugland et al., (2022)

Beskrivelse av studien

«Effect of early intervention for anxiety on sleep outcomes in adolescents: a randomized trial»

av Haugland et al., (2022) (53) er en sekundærstudie som benyttet data fra en tidligere randomisert kontrollert studie (RTC) fra 2017. I primærstudien, Haugland et al., (2017) (75) var søvn var inkludert som et sekundært utfall i to intervensjoner med gruppebasert kognitiv adferdsterapi (GCBT). I Haugland et al., (2022) undersøker de effekten av tidlig intervensjon for angst på søvn for ungdommer.

Rekruttering

Deltakere i studien var 313 ungdommer mellom 12-16 år. Disse ble rekruttert av skolehelsetjenesten fra flere norske videregående skoler, både i rurale og urbane strøk. Alle deltakerne hadde et forhøyet nivå av angst, det vil si selv-rapporterte eller foreldrerapporterte angstsymptomer, ≥ 25 på Spence Schildrens Anxiety Scale (SCAS) (72)), og angst som påvirker det daglige livet med en score på ≥ 1 på det første spørsmålet på Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS) (76).

Metode

I primærstudien ble ungdommer randomisert i tre grupper. Den første gruppen (n=118) deltok i et 10-ukers gruppebasert kognitiv adferdsterapi (GCBT-intervention) med en standardlengde på behandlingen, som innebar ti møter à 1,5 time. Den andre gruppen (n=91) deltok også i et 10-ukers gruppebasert kognitiv adferdsterapi (GCBT-intervention), men en kortere versjon med 5 møter av noe kortere varighet. Den siste gruppen (n=104) ble plassert på venteliste (WL) og fikk tiltaket 10 uker senere. Gruppen med standardlengde-behandling brukte programmet Cool Kids (CK) (77), et CBT-program for ungdommer med angst. Gruppen med kortere behandling brukte programmet Vaag (78). Begge programmer inkluderte generelle -intervensjoner for angst, som for eksempel kognitiv restrukturering, eksponeringsoppgaver og lekser. Ingen av programmene stiller spørsmål gjeldende søvnhygiene eller har intervensjoner på søvn.

Måleredskap

Spørreskjemaer om selvrapporterte angstsymptomer, depressive symptomer, og søvnkarakteristika ble fulgt opp pre -og postintervensjon, post venteliste og oppfølging etter 1 år. Både rapport om søvnutfall og symptomer på angst og depresjon ble rapportert av ungdommene selv gjennom Likert-skala. Insomni («difficulties initiating and maintaining sleep» (DIMS)), trøtthet/søvnighet («tiredness/sleepiness»), tiden man sover i sengen («time in bed» (TIB)), ventetid for innsettende søvn («Sleep onset latency» (SOL)), søvnvarighet

(«sleep duration») var emner som ble kartlagt i forbindelse med mål på søvn. Angst og depresjonssymptomer ble vurdert ut i fra Spencer Children's Anxiety Scale (SCAS) (72), mens Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) (79,80) ble brukt for å vurdere endringer i kliniske symptomer, særlig med tanke på angstsymptomer.

Resultater

I perioden fra før til etter behandling rapporterte ungdommene redusert insomni (odds ratio (OR) = 0.42, $p < 0.001$) og kortere ventetid for innsettende søvn («sleep onset latency») ($d = 0.27$, $p < 0.001$). For insomni var denne effekten opprettholdt et år etter behandlingsslutt (OR = 0.54, $p = 0.020$). For søvnvarighet («sleep duration») ble det ikke funnet noen endring fra pre- til post-intervensjon, men kortere søvnvarighet var observert fra pre-intervensjon til 1 år oppfølging etter behandlingsslutt. Dette peker på at søvnen ble bedre i løpet av tiden deltakerne ble fulgt opp. Likevel fant man ingen effekt av gruppebasert kognitiv adferdsterapi på søvn når man sammenlignet intervensjonsgruppene; deltakerne som mottok gruppebasert kognitiv terapi (GCBT), med deltakerne som sto på venteliste (WL). Det ble heller ikke funnet noen forskjell i utfallet av søvn for gruppen som hadde kort behandlingsintervensjon sammenlignet med gruppen som hadde normal lengde på behandlingsintervensjon. Ungdom som responderte på behandlingen og fikk mindre angst etter GCBT, slo ikke ut annerledes i forhold til søvnutfall enn ungdommene som ikke hadde behandlingsrespons. Derfor konkluderer studien med at angst-fokusert gruppebasert kognitiv adferdsterapi (GCBT) ikke viste noe effekt på søvn og mener at spesifikke strategier målrettet mot søvnproblemer må inkluderes i GCBT når det brukes tidlig intervensjon for ungdom med angst. Det er dermed ikke grunnlag for å si at tiltaket hadde effekt på søvn.

5. DISKUSJON

Denne systematiske litteraturstudien har som formål å besvare problemstillingen «*Hvilken effekt har psykoterapi på søvn for ungdom med angst og depresjon?*», ved hjelp av fire sekundære randomiserte kontrollerte studier fra fire identifiserbare artikler. I den påfølgende delen vil resultatene av studiene vurderes og funnene drøftes i lys av problemstillingen og relaterte studier på området.

5.1 Hovedfunn

Reynolds et al. (2020) undersøker effekten av depresjonsbehandling på søvn for ungdommer ved bruk av tre distinkte psykologiske behandlingsformer, Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy (STPP), kognitiv adferdsterapi (CBT) og Brief Psycososial Intervention (BPI). Studien konkluderer med at behandling med STPP, CBT og BPI gir en generell bedring av søvnvansker, og at det ikke er noen forskjell mellom de ulike behandlingene.

Schønning et al., (2022) undersøker om Short-time Psychoanalytic Psyckotherapy (STPP) på depresjon kan ha en samtidig effekt på søvnforstyrrelser hos ungdom, og om overføringsterapi i behandling kan ha en ytterligere effekt på søvn. I sin studie konkluderer de med at STPP for depresjon hos ungdom har effekt på samtidig søvnforstyrrelser, uavhengig av om ungdommen mottar overføringsbehandling eller ikke.

Donovan et al., (2017) undersøker om en nettbasert kognitiv adferdsterapi (online-CBT) for unge med angst også påvirker søvnrelaterte problemer (SRPs). Studien konkluderer med at kognitiv adferdsterapi for unge med angstlidelser kan føre til endringer i søvnrelaterte problemer for barn, men ikke for ungdom.

Haugland et al., (2021) undersøker effekten av tidlig intervensjon for angst på søvn for ungdommer ved hjelp av gruppebasert kognitiv adferdsterapi, og konkluderer med at angst-fokusert GCBT ikke viser noe effekt på søvn.

5.2 Vurdering av inkluderte studier

5.2.1 Vurdering av Reynolds et al., (2020)

Reynolds et al. (2020) er den første studien som utforsker bedring av søvnforstyrrelser som følge av en psykologisk behandling for ungdommer med depresjon. Artikkelen rapporterer sekundære dataanalyser fra en stor randomisert kontrollert studie, IMPACT-studien av Goodyer m.fl. (49). Studien har en stor deltakergruppe på 456 deltakere, og dekker hele aldersspennet av ungdommer fra 12-18 år. Dette gir en god representasjon av hele ungdomspopulasjonen. Det er gjennomført randomisering og studien har en kontrollgruppe (BPI). Deltakerne ble fulgt over en periode på 86 uker og det ble gjort 3 målinger totalt for alle gruppene. Alle inkluderte deltakere møtte kliniske kriterier for MDD basert på K-SADS, som er et velkjent og hyppig brukt verktøy for vurdering av psykopatologi for barn og unge

(55).

I studien ble KSADS-PL brukt for vurdering av søvn. Hadde ikke studien vært en sekundærstudie, kan det tenkes at forskerne hadde brukt et annet måleredskap mer spesifikt for vurdering av effekt på søvn. K-SADS-PL inkluderte seks spørsmål om søvnforstyrrelses-symptomer relaterte til insomni, som gir et bredere perspektiv enn det som ble dekket i Schönning et al., (2022). Intervjuet K-SADS-PL ble i studien gjort både på foreldre og ungdom. Å inkludere foreldreperspektivet kan gi en bredere forståelse av søvnutfordringene, men kan samtidig bidra til overrapportering. I fremtiden bør man tilstrebe å utforske alternative metoder for søvnmåling, slik at mer nøyaktige og pålitelige vurderinger av søvnkvalitet og problemer kan sikres.

Det er interessant å merke seg at CBT og STPP ikke spesifiserte hvordan søvn skulle adresseres, mens BPI-veilederen identifiserer søvnhygiene som en rutineintervensjon som behandleren kan tilby. Dette så likevel ikke ut til å ha noen påvirkning på resultatet. Likevel er det viktig å merke seg at studien hadde noen begrensinger. Fraværet av en venteliste-kontrollgruppe gjør det vanskeligere å fastslå om forbedringen i søvnproblemer skyldes behandlingen alene eller om det kunne være en naturlig forbedring over tid. Videre varierte behandlingens lengde og antall møter mellom behandlingsgruppene. Selv om dette ikke synes å ha påvirket resultatet i studien, kan det ha innvirkning på generaliseringen av resultatene til andre populasjoner eller behandlingssammenhenger.

Et annet interessant funn er at en tredjedel av ungdommene som ble friske fra MDD rapporterte om vedvarende søvnutfordringer etter behandling og ved oppfølging. Dette antyder at det i noen tilfeller kan være nødvendig å implementere behandlingsmetoder spesifikt rettet mot søvnutfordringer. Som Reynolds et al. (2020) påpeker, er det også viktig å erkjenne utfordringen med å vurdere søvnproblemer både som et symptom og som en mulig årsaksfaktor for depresjon.

5.2.2 Vurdering av Schönning et al., (2022)

Schönning et al., (2022) representerer en av de første studiene som ser på forbedring av søvnforstyrrelser gjennom psykologisk behandling av ungdom med depresjon. Studien bidrar til en bredere forståelse av søvnproblemer hos ungdommer med depresjon, samt hvordan

STPP kan være en nyttig behandlingsform for ungdommer med depresjon som også opplever søvnforstyrrelser.

Studiet til Schönning et al., (2022) er en sekundærstudie fra en tidligere randomisert kontrollert studie, FEST-IT-studien (kilde). Deltakerne ble randomiserte til å motta STPP med eller uten overføringsterapi, og sistnevnte fungerer som en kontrollgruppe. Rapporterte søvnproblemer på baseline var like for begge gruppene. Studiet ble gjennomført over en periode på 1,5 år hvor deltakerne fra begge grupper ble målt fire ganger. Forskerne har valgt liberale inklusjonskriterier, som har sørget for å gi et godt klinisk bilde, tross komorbide pasienter. Alle de inkluderte deltakerne har MDD (Major Depressive Disorder), vurdert etter M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), som er anerkjent for høy validitet (60).

Studien rapporterte om en signifikant korrelasjon mellom selvrapporterte depressive symptomer og insomni, som styrker hypotesen om en sammenheng mellom søvnproblemer og depresjon, noe man har sett i tidligere studier. Samtidig viser de at STPP fører til reduksjon av søvnproblemer og en reduksjon av symptomer på insomni under behandling. Funnet støttes av en tidligere studie, Reynolds et al., (2021), noe som øker påliteligheten av resultatene til Schönning et al., (2022).

Et overraskende funn for forskerne var at symptomer på insomni ikke viste en signifikant korrelasjon med selvrapporterte symptomer på «baseline». En mulig årsak kan være mangelen på sykdomsinnsikt blant deltakerne. Det er potensielt vanskelig for den enkelte deltaker å skille symptomer på depresjon fra symptomer på insomni. Dette kan føre til underrapportering av søvnsymptomer, da disse er selvrapporterte og ikke objektivt målt.

I studien ble søvnvansker monitorert ved hjelp av SCL-90-R, med tre spesifikke søvnrelaterte spørsmål knyttet til hovedsymptomer på insomni. Dersom dette ikke hadde vært en sekundærstudie, kan det tenkes at forskerne ville valgt et mer spesifikt kartleggingsverktøy som også kunne identifisert bredere i forhold til generelle søvnvansker, men også andre søvnlidelser.

Det er viktig å merke seg at studien hadde en relativt liten deltakergruppe med 69

ungdommer. En annen svakhet var at de to ulike gruppene ikke hadde samme behandlingsfrekvens. Studien hadde også en høy andel jenter sammenlignet med gutter. Spørsmålet om hvorvidt ungdom i alderen 16-18 år er representativt for hele ungdomspopulasjonen er også av betydning.

5.2.3 Vurdering av Donovan et al., (2017)

Donovan et al., (2017) er den første studien som har fokusert spesifikt på endring i søvn blant ungdommer med angst gjennom en CBT. Studien er en sekundærstudie, som bygger på to tidligere randomiserte kontrollerte studier av March et al., (2009) og Spence et al., (2011). Et tydelig skille mellom barn og ungdom i studien tillater å kunne betrakte analysene Donovan et al., (2017) har gjort på Spencer et al., (2011). Studien rapporterer at søvnproblemer er sterkt korrelert med depresjonssymptomer rapportert av ungdommen selv, men er ikke relatert til alvorlighetsgrad av angstsymptomer. Dette samsvarer med funnet om at søvnproblemer rapportert av foreldre relateres til depresjonssymptomer hos ungdommen. Resultatet skiller seg fra funnene hos barn der søvnproblemer er korrelert med både alvorlighetsgrad av hoveddiagnose og angstsymptomer rapportert av både foreldre og barn. Det tydelige skillet er en klar styrke ved studien og muliggjør et mer differensiert resultat.

Studien hadde en begrenset deltakergruppe, med færre enn 50 deltakere i pasientpopulasjonen som mottok behandling. Av de 71 deltakerne fra Spence et al., (2011) ble 44 randomisert til å enten motta internettbehandling (NET), mens 27 ble satt på venteliste (WLC). Den siste gruppen fungerte som kontrollgruppen i studien. Til tross for liten deltakergruppe dekker studien et aldersspenn fra 12-18 år.

I studien ble det gjennomført begrensede oppfølgingsvurderinger. Begge gruppene ble sammenlignet ved oppstart av behandling og etter behandling, mens kun gruppen som mottok NET-behandling ble målt ved 6-mnd oppfølging. Dette kan påvirke sammenligningsgrunnlaget mellom gruppene, og er en begrensning ved studien.

Ettersom primærstudiet ikke opprinnelig inkluderte søvn som en del av sitt forskningsfokus, ble CBCL (child behavior checklist) brukt som måleverktøy. Dette måleverktøyet gir en rimelig indikasjon på søvn, men det er trolig ikke det mest sensitive vurderingsverktøyet for SRPs. Spørsmålene som stilles om søvn er av en mer barnlig karakter, noe som kan gjøre det

vanskeligere å fange opp ungdommer sine søvnvansker. Haugland. et al (2022) påpeker at noen av søvnspørsmålene i Donovan som berører søvn er overlappende og nært beslektet med angst, noe som kompliserer muligheten til å skille mellom søvnproblemer og angstsymptomer (53). Vurdering av søvn basert på foreldrerapportering kan være spesielt utfordrende med ungdommer, da søvn og angst kan være vanskelig å observere direkte for foreldre.

5.2.4 Vurdering av Haugland et al., (2022)

Studien er en sekundærstudie som baserer seg på data fra en tidligere randomisert kontrollert studie (RTC). I primærstudien er det gjennomført randomisering og studien har en venteliste-kontrollgruppe. Studien har en stor deltakergruppe på 313 ungdommer mellom 12-16 år, med en overrepresentasjon av jenter i populasjonen. Resultatet viser at 84% av deltakerne fullførte intervensjonen, og dette antyder høy ekstern validitet av funnene. Resultatene, spesielt mangel på endring i søvnutfall gjennom angstfokuset CBT, stemmer overens med funnene rapportert i Donovan et al., (2017).

Noe som skiller Haugland et al., (2022) fra de andre studiene er at det opprinnelige forskningsspørsmålet var rettet mot søvn. I Haugland et al. (2017) var søvn inkludert som et sekundært utfall i to intervensjoner med gruppebasert kognitiv adferdsterapi (GCBT). Dette gjør at spesifikke målinger for å vurdere søvn var inkludert i studien, i motsetning til Donovan et al., (2017), som hadde overlappende målinger som dekket både søvn og angst. Dette er en styrke ved studien. Søvnvurdering ble gjort ut ifra en Likert-skala sammensatt av forskerne, med relevante spørsmål knyttet til insomni og søvnforstyrrelser.

I motsetning til Donovan et al., (2017) inkluderte Haugland et al., (2022) selvrapporterte svar fra ungdom, og ikke foreldrerapporterte svar. Dette kan betraktes som en potensiell begrensning ved studien, da foreldrerapportering ofte brukes som et supplement til ungdommens egenrapportering for å gi et mer helhetlig bilde av situasjonen. En nyere studie på søvnlengde hos ungdommer, fant ikke noen signifikant forskjell mellom selvrapporterte subjektive målinger og objektive søvnmålinger ved aktigrafi (81). Dette funnet kan støtte bruk av selvrapporterte søvnmålinger og bidra til å styrke resultatet av studien. Derfor kan selvrapporterende søvnmålinger være en pålitelig indikator på søvnforstyrrelser, spesielt når det gjelder symptomer på insomni.

5.3 Vurdering av den systematiske oversikten

Funn, styrker og svakheter ved den systematiske oversikten må nøye vurderes for å forstå påliteligheten og gyldigheten av resultatene.

En klar styrke er at alle inkluderte studier er randomiserte kontrollerte studier (RCTs), som anses som gullstandarden innen medisinsk forskning (82). Videre er studiene kvalitetsvurdert og sikret ved bruk av Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (54) som vist i «tabel.6», og bidrar til å sikre en grundig evaluering av studienes metodologiske kvalitet.

Imidlertid er det viktig å erkjenne begrensningene. Den systematiske oversikten har få inkluderte studier. Dette er en begrensning i seg selv, men også et interessant funn som peker på at området utforsket i denne systematiske litteraturstudien trenger mer forskning. Meg bekjent finnes det enda ikke et primærstudie som utforsker samme problemstilling på ungdom. Selv om problemstillingen er spesifikk, favner den bredt i form av at den inkluderer flere typer psykoterapi, søvnvansker og søvnlidelser, angst og depresjon hos ungdom. Dette kan føre til kompleksiteter ved sammenligning.

Et annet funn ved litteraturstudien er at alle inkluderte studier er sekundærstudier. For alle studiene bortsett fra Haugland et al., (2021) var det opprinnelige forskningsspørsmålet ikke rettet mot søvn. Dette kan begrense kvaliteten på sønvvurderingene i studiene, da sønvmålingene kunne vært ytterligere optimalisert. Forskjellige tilnærminger til måling av søvn kan gjøre det utfordrende å sammenligne effekter på tvers av studiene.

Det bør også tas i betraktning at søket ble begrenset til aldersgruppen 13-18 år, men noen relevante studier med et aldersspenn fra 12-18 år ble inkludert. Dette kan ha ført til tap av relevante studier eller manglende representasjon av yngre aldersgrupper. Til slutt er det viktig å nevne at alle studiene er relativt nye, noe som kan påvirke generaliserbarheten av resultatene til andre populasjoner eller over tid.

Disse begrensningene understreker viktigheten av å tolke resultatene med forsiktighet og at den kan være mulige mangler ved den systematiske oversikten. Det peker også på behovet for videre forskning, som tar hensyn til disse begrensningene, for å bedre forstå sammenhengen mellom psykiske lidelser og søvnvansker hos ungdom.

5.4 Diskusjon av hovedfunn i lys av problemstilling og andre studier

Oppsummering av hovedfunn viser at resultatene fra de ulike studiene varierer når det gjelder å besvare problemstillingen «*Hvilken effekt har psykoterapi på søvn for ungdom med angst og depresjon?*». Ulikheter i valg av behandlingsformer og måleverktøy gjør det vanskelig å trekke direkte sammenlignbare konklusjoner eller å identifisere en ensartet trend. Til tross for denne forskjellen i fokus, observeres likheter mellom studiene som ser på angstbehandling, Donovan et al. (2017) og Haugland et al. (2022) og likheter mellom studiene som ser på depresjonsbehandling, Schönning et al. (2022) og Reynolds et al. (2020) når det kommer til effekten på søvn. Alle studiene kan si noe om effekten den psykoterapeutiske behandlingen i sin respektive studie har på søvn.

Både Reynolds et al., (2020) og Schönning et al., (2022) konkluderer med at psykoterapi har effekt på søvn for ungdommer med depresjon, og svarer godt på problemstillingen i denne litteraturstudien. Reynolds et al., (2020) peker på at man kan forvente forbedring av søvnvansker, uavhengig av hvilke psykoterapeutiske tilnærminger man gir (STPP, CBT, eller BPI). Schönning et al., (2022) bekrefter i sin studie at STPP har effekt på søvnvansker og at symptomer på insomni ble signifikant redusert fra baseline til behandlingsslutt. Studiene støtter opp under at psykoterapeutiske tilnærminger, kanskje særlig STPP, kan være effektive i behandlingen av søvnforstyrrelser blant ungdom med depresjon. Både Reynolds et al., (2020) og Schönning et al., (2022) har kliniske implikasjoner for videre forskning og behandlingspraksis for ungdom med depresjon. Resultatene av studiene bekrefter at depresjon søvn henger sammen og at man kan oppnå bedring av søvnvansker i psykoterapeutisk behandling av depresjon. Samtidig reiser studiene nye spørsmål om hvorvidt en mer målrettet psykoterapeutisk behandling for søvnvansker ville bedret symptomene ytterligere. En interessant studie i den forbindelse er en nylig publisert amerikansk RCT, fra Lauren D. Asarnow m.fl. Studien rapportere at deprimerte ungdommer som fikk søvnterapi slet mindre psykisk, sammenlignet med de som bare fikk livsstilsråd. For deprimerte tenåringer kan det se ut som at behandling av søvnproblemer er spesielt viktig (19,83).

Donovan et al., (2017) og Haugland et al., (2022) konkluderer med at både gruppebasert og nettbasert angstfokuset kognitiv adferdsterapi ikke viser effekt på søvn for ungdommer med angst. Til tross for at ingen av studiene kan vise til noen effekt på søvn, kan de likevel ha store implikasjoner for videre forskning og behandlingspraksis. Resultatene til Donovan et al.,

(2017) antyder at terapiens effekt på søvn kan være avhengig av alderen til pasientene, og at det kan være mer effektivt for yngre pasienter sammenlignet med ungdommer. Denne konklusjonen understreker viktigheten av å vurdere aldersrelaterte faktorer når man utforsker effekten av terapi på søvn hos pasienter med angstlidelser. Donovan et al., (2017) peker også på en studie fra 2011 av Belleville m.fl. (84) som har sett en moderat reduksjon av SRPs ved behandling av angst, men at denne studien, som mange andre, var gjort blant en voksen populasjon. Peterman et al., (2016) fant også en reduksjon av SRPs ved behandling med fysisk CBT, men denne studien var gjort på barn og ungdom mellom 7-17 år. Donovan et al., (2017) fant en tilsvarende effekt på søvn for behandling av angst på barn mellom 7-12, men ikke samme effekt for barn mellom 12-18 år.

Dette understreker behovet for å identifisere og anerkjenne ungdom som en egen gruppe, både i behandlingsøyemed og i forskning. Som adressert i kapittel 2.3 er det viktig å være klar over hvor utbredt søvnvansker er for ungdom, særlig i forbindelse med psykiske lidelser som angst og depresjon, og hvor vesentlig søvn er for ungdomshjernen. Ved å betrakte barn og ungdom som en samlet populasjon kan viktige nyanseringer glippe. Dette er problematisk når man skal finne ut hvilken behandling som virker best.

I tillegg til aldersrelaterte faktorer, peker Haugland et al., (2022) på at det mangler forskning på effekten av angst-fokusert CBT på søvn hos ungdommer, særlig med hensyn til de potensielle forskjellene i utviklingsnivå hos deltakerne. Selv om frekvensen av søvnproblemer kan være lik blant barn og ungdom, kan selve søvnmønstret variere på grunn av de ulike utviklingsstadiene de er i. Dette understreker behovet for en differensiert tilnærming til vurdering og behandling av søvnproblemer hos ungdom med angst, som tar hensyn til deres individuelle behov og utviklingsstadier. Haugland et al., (2017) fant at ungdommer med angst hadde høy score for depresjon. Likevel fant man ikke at gruppebasert CBT for angst gav utslag på søvn i Haugland et al., (2022). Dette kan tyde på at behandling rettet mot angst, ikke gir like stor effekt for søvn som behandling for depresjon. Både Donovan et al., (2017) og Haugland et al., (2022) viser at man ikke skal anta at søvnen bedrer seg gjennom angst-fokusert kognitiv adferdsterapi. Dette indikerer behovet for en direkte målrettet tilnærming til behandling av søvnproblemer hos ungdom med angst, uavhengig av andre behandlingsformer de mottar.

Vi vet at søvnvansker er svært vanlig hos ungdom med psykiske lidelser. Til tross for at

søvnvansker er svært utbredt blant pasienter i psykisk helsevern i Norge, vet man av forskning at søvnvansker i liten grad blir diagnostisert (21,85). Imidlertid kan det være uklart hvilket ansvar behandlere har for å adressere dette spesifikt og hvordan søvnrelaterte utfordringer blir integrert i behandlingen for ungdommer med angst og depresjon. Dette genererer nye interessante problemstillinger som hvordan søvnvansker skal behandles for ungdom med depresjon og angst. Dette fordrer at man er kjent med effekten ulike behandlinger har på samtidige søvnforstyrrelser hos denne gruppen. Dette fremhever behovet for ytterligere forskning og klinisk praksis for å finne behandlingsstrategier som er direkte rettet mot søvnutfordringer og utforske hvordan man skal inkludere dette i behandlingen for ungdom med psykiske lidelser.

6. KONKLUSJON

Denne systematiske oversikten viser at behandling med psykoterapi, henholdsvis Short-time Psychodynamic Psychotherapy (STPP) og kognitiv adferdsterapi (CBT), har en effekt på søvn for ungdom med depresjon. For ungdom med angst, viser hverken gruppebasert eller internettbasert CBT noen effekt på søvn. Denne systematiske oversikten bekrefter at det finnes lite forskning på hvilken effekt psykoterapi har på søvn for ungdom med angst og depresjon og understreker behovet av ytterligere forskning på området.

7. LITTERATURLISTE

1. Psykoterapi for unge - Institutt for klinisk medisin [Internett]. [sitert 2. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/grupper/psykoterapi-for-unge/index.html>
2. Hvert 11. minutt dør en ungdom av selvmord | UNICEF [Internett]. 2021 [sitert 11. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.unicef.no/nyheter/oppvekst/hvert-11-minutt-dor-en-ungdom-av-selvmord>
3. Mental disorders [Internett]. [sitert 2. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. Barican JL, Yung D, Schwartz C, Zheng Y, Georgiades K, Waddell C. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evid Based Ment Health*. februar 2022;25(1):36–44.
5. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 2015;56(3):345–65.
6. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 30. desember 2022;1–18.
7. Bøe T, Heiervang ER, Stormark KM, Lundervold AJ, Hysing M. Prevalence of psychiatric disorders in Norwegian 10-14-year-olds: Results from a cross-sectional study. *PloS One*. 2021;16(3):e0248864.
8. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, mfl. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. april 2007;46(4):438–47.
9. Morken IS, Viddal KR, Ranum B, Wichstrøm L. Depression from preschool to adolescence - five faces of stability. *J Child Psychol Psychiatry*. august 2021;62(8):1000–9.
10. Sund AM, Larsson B, Wichstrøm L. Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 31. august 2011;5:28.
11. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. juni 2012;53(6):695–705.
12. Steinsbekk S, Ranum B, Wichstrøm L. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *J Child Psychol Psychiatry*. mai 2022;63(5):527–34.
13. Folkehelseinstituttet [Internett]. 2023 [sitert 2. februar 2024]. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
14. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 2013;9:1–50.
15. Folkehelseinstituttet [Internett]. 2019 [sitert 15. februar 2024]. Risiko- og beskyttelsesfaktorer. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/ps/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>
16. Romeo RD. The impact of stress on the structure of the adolescent brain: Implications for adolescent mental health. *Brain Res*. 1. januar 2017;1654(Pt B):185–91.
17. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, mfl. Consensus

- Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 15. november 2016;12(11):1549–61.
18. Sivertsen B, Harvey AG, Lundervold AJ, Hysing M. Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. august 2014;23(8):681–9.
 19. Asarnow LD, Soehner A, Dolsen E, Dong L, Harvey AG. Report from a randomized control trial: improved alignment between circadian biology and sleep-wake behavior as a mechanism of depression symptom improvement in evening-type adolescents with depressive symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. desember 2023;64(12):1652–64.
 20. Castiglione-Fontanellaz CEG, Schaufler S, Wild S, Hamann C, Kaess M, Tarokh L. Sleep regularity in healthy adolescents: Associations with sleep duration, sleep quality, and mental health. *J Sleep Res*. august 2023;32(4):e13865.
 21. Folkehelseinstituttet [Internett]. 2023 [sitert 2. februar 2024]. Søvnvansker. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse/rapporten/>
 22. Bakken A, Bakken, A. (2022). Ungdata 2022. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 5/22. Oslo: NOVA, OsloMet. 2022. :Sammendrag side 2-7 og Kapittel 10 side 34.
 23. Saxvig IW, Bjorvatn B, Hysing M, Sivertsen B, Gradisar M, Pallesen S. Sleep in older adolescents. Results from a large cross-sectional, population-based study. *J Sleep Res*. august 2021;30(4):e13263.
 24. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *J Sleep Res*. oktober 2013;22(5):549–56.
 25. Pallesen S, Hetland J, Sivertsen B, Samdal O, Torsheim T, Nordhus IH. Time trends in sleep-onset difficulties among Norwegian adolescents: 1983--2005. *Scand J Public Health*. november 2008;36(8):889–95.
 26. Dollman J, Ridley K, Olds T, Lowe E. Trends in the duration of school-day sleep among 10- to 15-year-old South Australians between 1985 and 2004. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. juli 2007;96(7):1011–4.
 27. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, mfl. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*. desember 2015;1(4):233–43.
 28. Saxvig IW. Søvn hos ungdom [Internett]. 2021 [sitert 2. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovn sykdommer-sovno/sovn-hos-ungdom>
 29. How Do Teenagers Sleep Differently? | Matthew Walker [Internett]. 2019 [sitert 2. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.youtube.com/watch?v=wznDODyapbY>
 30. Crowley SJ, Acebo C, Carskadon MA. Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Med*. september 2007;8(6):602–12.
 31. de Zambotti M, Goldstone A, Colrain IM, Baker FC. Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact, and treatment. *Sleep Med Rev*. juni 2018;39:12–24.
 32. Bjorvatn B, Sivertsen B, Øyane N, Nordhus IH, Pallesen S. Insomni. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 10. september 2009 [sitert 2. februar 2024]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2009/09/tema-sovn/insomni>
 33. Chase RM, Pincus DB. Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. *Behav Sleep Med*. 2011;9(4):224–36.
 34. Dahl RE, Harvey AG. Sleep in Children and Adolescents with Behavioral and Emotional Disorders. *Sleep Child Adolesc*. 1. september 2007;2(3):501–11.
 35. Alfano CA, Beidel DC, Turner SM, Lewin DS. Preliminary evidence for sleep

- complaints among children referred for anxiety. *Sleep Med.* september 2006;7(6):467–73.
36. Dahl RE, Lewin DS. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* desember 2002;31(6 Suppl):175–84.
37. Peterman JS, Carper MM, Elkins RM, Comer JS, Pincus DB, Kendall PC. The effects of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety on sleep problems. *J Anxiety Disord.* 2016;37(co1, 8710131):78–88.
38. Holsten F, Pallesen S, Sivertsen B. Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskr Den Nor Legeforening.* 2011;131(7):688–91.
39. Psychotherapies - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internett]. [sitert 2. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies>
40. Midgley N, Reynolds S, Kelvin R, Loades M, Calderon A, Martin P, mfl. Therapists' techniques in the treatment of adolescent depression. *J Psychother Integr.* desember 2018;28(4):413–28.
41. Schønning T. Do sleep disturbances improve following psychodynamic psychotherapy for adolescent depression? (Project Thesis). 2021;Kapittel 1, side 10.
42. Angstlidelser [Internett]. [sitert 2. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/angstlidelser/>
43. NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok [Internett]. 2024 [sitert 2. februar 2024]. Depressive lidelser hos barn og unge - NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok. Tilgjengelig på: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/barnepsykiatri/tilstander-og-sykdommer/kliniske-tilstander/depressive-lidelser-hos-barn-og-unge/>
44. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 3. juni 2013;(6):CD004690.
45. Kendall PC, Peterman JS. CBT for Adolescents With Anxiety: Mature Yet Still Developing. *Am J Psychiatry.* juni 2015;172(6):519–30.
46. NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok [Internett]. 2023 [sitert 2. februar 2024]. Angstlidelser hos barn og unge - NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok. Tilgjengelig på: <https://legehandboka-no.ezproxy.uio.no/handboken/kliniske-kapitler/barnepsykiatri/tilstander-og-sykdommer/kliniske-tilstander/angstlidelser-hos-barn-og-unge/>
47. Lindqvist K, Mechler J, Carlbring P, Lilliengren P, Falkenström F, Andersson G, mfl. Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 30. mars 2020;22(3):e18047.
48. Midgley N, Kennedy E. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. *J Child Psychother.* 2011;37(3):232–60.
49. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, mfl. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(2):109–19.
50. Reynolds S, Orchard F, Midgley N, Kelvin R, Goodyer I. Do sleep disturbances in depressed adolescents improve following psychological treatment for depression? IMPACT consortium, Alfano CA Ginsburg, GS, Kingery, JN, APA, APA, Bertocci, MA, Dahl, RE, Williamson, DE, Iosif, A.M, Birmaher, B, Axelson, D, Ryan, ND, Blake, MJ, Blake, LM, Schwartz, O, Raniti, M, Waloszek, JM, Murray, G, McMakin, DL, Brent, DA, Poling, K, Buysse, DJ, Angst, J, Gamma, A, Ajdacic, V, Eich, D, Rössler, W, Carney, CE, Segal, ZV, Edinger, JD, Krystal, AD, Cheng, SK, Dizon, J, Clarke, G, Harvey, AG, Cliffe, B, Croker, A, Denne, M, Stallard, P, Costello, JE, Angold, A, Cousins, L, Whitaker, KJ, Widmer, B,

Midgley, N, Byford, S, Dubicka, B, Holland, F, Dahl, RE, Puig Antich, J, de Bruin, EJ, Bogels, SM, Oort, FJ, Meijer, AM, Dombrowski, AY, Cyranowski, JM, Mulsant, BH, Houck, PR, Buysse, DJ, Andreescu, C, Frank, E, Eaton, DK, McKnight Eily, LR, Lowry, R, Perry, GS, Presley Cantrell, L, Croft, JB, Gee, B, Orchard, F, Clarke, E, Joy, A, Clarke, T, Reynolds, S, Goodyer, IM, Reynolds, S, Barrett, B, Byford, S, Dubicka, B, Hill, J, Roberts, C, Goodyer, IM, Reynolds, S, Barrett, B, Byford, S, Dubicka, B, Hill, J, Roberts, C, Gradisar, M, Gardner, G, Dohnt, H, Gregory, AM, O'Connor, TG, Hiller, RM, Johnston, A, Dohnt, H, Lovato, N, Gradisar, M, Hilsenroth, MJ, Blagys, MD, Ackerman, SJ, Bonge, DR, Blais, MA, IMPACT Study CBT Sub Group, IMPACT Study CBT Sub Group, Johnson, EO, Roth, T, Schultz, L, Breslau, N, Joorman, J, Yoon, KL, Zetsche, U, Kaufman, J, Birmaher, B, Brent, D, Rao, U, Flynn, C, Moreci, P, Ryan, N,..., Kelvin, R, Dubicka, B, Byford, S, Fonagy, P, Hill, J, Reynolds, S, Kennard, B, Silva, S, Vitiello, B, Curry, J, Kratochvil, C, Simons, A, Sweeney, M,..., Koffel, EA, Koffel, JB, Gehrman, PR, Liu, X, Buysse, DJ, Gentzler, AL, Kiss, E, Mayer, L, Kapornai, K, Kovacs, M, Lofthouse, N, Gilchrist, R, Splaingard, M, Lovato, N, Gradisar, M, Martell, CR, Addis, ME, Jacobson, NS, Midgley, N, Reynolds, S, Kelvin, R, Loades, M, Calderon, A, Martin, P, O'Keeffe, S, Nierenberg, A, Husain, M, Trivedi, M, Fava, M, Warden, D, Wisniewski, S, Rush, A, Ohayon, MM, Roberts, RE, Zully, J, Smirne, S, Priest, RG, Orchard, F, Pass, L, Chessell, C, Moody, A, Ellis, J, Reynolds, S, Orchard, F, Pass, L, Marshall, T, Reynolds, S, Orchard, F, Pass, L, Reynolds, S, Owens, J, Peterman, JS, Carper, MM, Elkins, RM, Comer, JS, Pincus, DB, Kendall, PC, Platt, B, Waters, AM, Schulte Koerne, G, Engelmann, L, Salemink, E, Ritschel, LA, Ramirez, CL, Jones, M, Craighead, WE, Roane, BM, Taylor, DJ, Roberts, RE, Duong, HT, Rubin, DB, Shochat, T, Cohen Zion, M, Tzischinsky, O, Sinharay, S, Stern, HS, Russell, D, Sivertsen, B, Harvey, AG, Pallesen, S, Hysing, M, Staner, L, Stepanski, EJ, Wyatt, JK, Tabachnick, BG, Fidell, LS, Tang, TZ, DeRubeis, RJ, Beberman, R, Pham, T, Taylor, DJ, Roane, BM, Trauer, JM, Qian, MY, Doyle, JS, Rajaratnam, SM, Cunningham, D, Urrila, AS, Karlsson, L, Kiviruusu, O, Pelkonen, M, Strandholm, T, Marttunen, M, van Straten, A, van der Zweerde, T, Kleiboer, A, Cuijpers, P, Morin, CM, Lancee, J, Wake, M, Morton Allen, E, Poulakis, Z, Hiscock, H, Gallagher, S, Oberklaid, F, WHO, Wittmann, M, Dinich, J, Mellow, M, Roenneberg, T, Wu, JQ, Appleman, ER, Salazar, RD, Ong, JC, redaktører. *J Affect Disord.* 2020;262(Alfano, C.A., Ginsburg, G.S., Kingery, J.N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46(2), 224-232.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17242626>

<https://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000242233.06011.8e> 2007-01344-010.):205–10.

51. Schonning T, Dahl HSJ, Hummelén B, Ulberg R. Do Sleep Disturbances Improve Following Psychoanalytic Psychotherapy for Adolescent Depression?. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3).

52. Donovan CL, Spence SH, March S. Does an online CBT program for anxiety impact upon sleep problems in anxious youth? Achenbach TM Rescorla, LA, Alfano, CA, Beidel, DC, Turner, SM, Lewin, DS, Alfano, CA, Ginsburg, GS, Kingery, JN, Alfano, CA, Pina, AA, Zerr, AA, Villalta, IK, Alfano, CA, Zakem, AH, Costa, NM, Taylor, LK, Weems, CF, Altema, E, Van Der Werf, YD, Sanz Arigita, EJ, Voorn, TA, Rombouts, S, Kuijper, JP, Van Someren, EJ, Becker, SP, Ramsey, RR, Byars, KC, Belleville, G, Cousineau, H, Levrier, K, St Pierre Delorme, M, Booth, ML, Bernard, D, Quine, S, Kang, MS, Usherwood, T, Alperstein, G, Bennett, DL, Caporino, NE, Read, KL, Shiffman, N, Settapani, C, Kendall, PC, Compton, SN, Keeton, C, Chase, RM, Pincus, DB, Clementi, MA, Alfano, CA, Cobham, VE, Dadds, MR, Spence, SH, Compton, SN, March, JS, Brent, D, Albano, AM, Weersing, VR, Curry, J, Copeland, WE, Angold, A, Shanahan, L, Costello, EJ, Costello, EJ, Egger, HL, Copeland, W, Erkanli, A, Angold, A, Cowie, J, Alfano, CA, Patriquin, MA, Reynolds, KC, Talavera, D, Clementi, MA, Crowley, SJ, Acebo, C, Carskadon, MA, Do, YK, Shin, E, Bautista, M, Foo,

K, Donovan, CL, March, S, Donovan, CL, March, S, Dyrborg, J, Larsen, F, Nielsen, S, Byman, J, Buhl Nielsen, B, Gautre Delay, F, Faulstich, ME, Carey, MP, Ruggiero, L, Envart, P, Gresham, F, Gregory, AM, O'Connor, TG, Gregory, AM, Sadeh, A, Gregory, AM, Eley, TC, O'Connor, TG, Plomin, R, Hansen, BH, Skirbekk, B, Oerbeck, B, Richter, J, Kristensen, H, Ialongo, N, Edelsohn, G, Werthamer Larsson, L, Crockett, L, Kellam, S, Ialongo, N, Edelsohn, G, Werthamer Larsson, L, Crockett, L, Kellam, S, Johnson, EO, Chilcoat, HD, Breslau, N, Kendall, PC, Pimentel, SS, Lawrence, D, Johnson, S, Hafekost, JB, De Haan, K, Sawyer, M, Ainley, J, Zubrick, SR, LeBourgeois, MK, Giannotti, F, Cortesi, F, Wolfson, AR, Harsh, J, Luginbuehl, M, Bradley Klug, KL, Ferron, J, Anderson, WM, Benbadis, SR, Lyneham, HJ, Rapee, RM, March, S, Spence, SH, Donovan, CL, Merikangas, KR, He, JP, Burstein, M, Swendsen, J, Avenevoli, S, Case, B, Olfson, M, Moran, A, Everhart, D, Morrison, DN, McGee, ROB, Stanton, WR, Moseley, L, Gradisar, M, Muris, P, Schmidt, H, Merckelbach, H, Nauta, MH, Scholing, A, Rapee, RM, Abbott, M, Spence, SH, Waters, A, Noland, H, Price, JH, Dake, J, Telljohann, SK, Owens, JA, Spirito, A, McGuinn, M, Owens, JA, Spirito, A, McGuinn, MA, Nobile, C, Peterman, JS, Carper, MM, Kendall, PC, Peterman, JS, Carper, MM, Elkins, RM, Comer, JS, Pincus, DB, Kendall, PC, Radloff, LS, Radloff, LS, Rey, JM, Starling, J, Wever, C, Dossetor, DR, Plapp, JM, Shaffer, D, Gould, MS, Brasic, J, Ambrosini, P, Fisher, P, Bird, H, Aluwahlia, S, Shanahan, L, Copeland, WE, Angold, A, Bondy, CL, Costello, EJ, Short, MA, Gradisar, M, Lack, LC, Wright, HR, Short, MA, Gradisar, M, Lack, LC, Wright, HR, Dohnt, H, Silverman, WK, Albano, AM, Spence, SH, Spence, SH, Donovan, CL, March, S, Gamble, A, Anderson, RE, Prosser, S, Kenardy, J, Spence, SH, Donovan, CL, March, S, Gamble, A, Anderson, RE, Prosser, S, Kenardy, J, Spence, SH, Holmes, JM, March, S, Lipp, OV, Storch, EA, Murphy, TK, Lack, CW, Geffken, GR, Jacob, ML, Goodman, WK, Tikotzky, L, Sadeh, A, Wolfson, AR, Carskadon, MA, Wolitzky Taylor, K, Bobova, L, Zinbarg, RE, Mineka, S, Craske, MG, Wong, MM, Brower, KJ, Yoo, S, Gujar, N, Hu, P, Jolesz, FA, Walker, MP, redaktør. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;46(2):211–21.

53. Haugland BSM, Hysing M, Hoffart A, Haaland AT, Bjaastad JF, Wergeland GJ, mfl. Effect of early intervention for anxiety on sleep outcomes in adolescents: a randomized trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(10):1–15.

54. Hong Q, Pluye P, Fabregues S, Barlett G, Boardman F, Cargo M. MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT) VERSION 2018 User guide [Internett]. 2018. Tilgjengelig på: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf

55. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, mfl. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juli 1997;36(7):980–8.

56. Costello EJ, Angold A. Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens, and nets. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. november 1988;27(6):726–37.

57. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, mfl. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*. desember 1996;53(12):1129–36.

58. Biørnstad L. Søvnløshet kan gi høyere risiko for slag og hjertesykdom [Internett]. 2017 [sitert 16. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.forskning.no/statistikk-sovn/sovnloshet-kan-gi-hoyere-risiko-for-slag-og-hjertesykdom/355071>

59. Ulberg R, Hummelen B, Hersoug AG, Midgley N, Høglend PA, Dahl HSJ. The first experimental study of transference work-in teenagers (FEST-IT): a multicentre, observer- and patient-blind, randomised controlled component study. *BMC Psychiatry*. 17. februar 2021;21(1):106.

60. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, mfl. Mini International Neuropsychiatric Interview [Internett]. 2013 [sitert 12. februar 2024]. Tilgjengelig på: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t18597-000>
61. Cappelen F, Landmark AF, Stänicke LI, Nissen-Lie HA. Psykodynamisk terapi med barn og ungdom i dag. *Tidsskr Nor Psykologforening* [Internett]. 5. september 2018 [sitert 5. februar 2024];56(9). Tilgjengelig på: <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2018/09/psykodynamisk-terapi-med-barn-og-ungdom-i-dag>
62. Midgley N, Rhode M, Rustin M, Hughes C, Cregeen S. *IMPACT Group: Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy (STPP) for Adolescents with Moderate or Severe Depression: A Treatment Manual*; IMPACT Trial Office: Cambridge, UK, 2010. 2010.
63. Derogatis LR. *SCL 90 R administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Towson, MD; 1986.
64. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. desember 1996;67(3):588–97.
65. March S, Spence SH, Donovan CL. The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *J Pediatr Psychol*. juni 2009;34(5):474–87.
66. Spence SH, Donovan CL, March S, Gamble A, Anderson RE, Prosser S, mfl. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol*. oktober 2011;79(5):629–42.
67. Silverman WK, Albano AM. *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent Versions*. San Antonio: The Psychological Corporation - Harcourt, Brace & Company.; 1996.
68. Spence S, Donovan C, March S, Gamble A, Anderson R, Prosser S, mfl. Online CBT in the Treatment of Child and Adolescent Anxiety Disorders: Issues in the Development of BRAVE–ONLINE and Two Case Illustrations. *Behav Cogn Psychother*. 1. juli 2008;36.
69. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, mfl. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. november 1983;40(11):1228–31.
70. Pedersen GAF. Global funksjonsskåring – like aktuelt etter siste versjon av diagnosesystemet DSM. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 13. mai 2014 [sitert 5. februar 2024]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2014/05/kommentar-og-debatt/global-funksjonsskaring-aktuelt-etter-siste-versjon-av-diagnosesystemet>
71. Nauta MH, Scholing A, Rapee RM, Abbott M, Spence SH, Waters A. A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behav Res Ther*. juli 2004;42(7):813–39.
72. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*. mai 1998;36(5):545–66.
73. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385–401.
74. Achenbach TM (2001), Rescorla LA, mfl. *Manual of the Achenbach system of empirically based assessment—Child behavior checklist, teacher report form, and youth report*: Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.; 2001.
75. Haugland BSM, Raknes S, Haaland AT, Wergeland GJ, Bjaastad JF, Baste V, mfl. School-based cognitive behavioral interventions for anxious youth: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 4. mars 2017;18(1):100.
76. Lyneham HJ, Sburlati ES, Abbott MJ, Rapee RM, Hudson JL, Tolin DF, mfl. Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *J Anxiety*

Disord. oktober 2013;27(7):711–9.

77. Rapee R, Lyneham H, Schniering C, Wuthrich V, Abbott M, Hudson J, mfl. The cool kids child and adolescent anxiety program therapist manual (school version). Macquarie University, Sydney. Macquarie University, Sydney; 2006.
78. Raknes S, Haaland A, Haugland B, Wergeland G, Baastad J, Rogde A, mfl. VAAG. Et gruppetilbud for ungdom som vil tørre mer. RKBU Vest, Bergen; 2015.
79. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, Rockville, MD; 1976.
80. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry Edgmont Pa Townsh.* juli 2007;4(7):28–37.
81. Lucas-Thompson RG, Crain TL, Brossoit RM. Measuring sleep duration in adolescence: Comparing subjective and objective daily methods. *Sleep Health.* februar 2021;7(1):79–82.
82. Holck P. gullstandard – forskning. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2023 [sitert 15. februar 2024]. Tilgjengelig på: https://sml.snl.no/gullstandard_-_forskning
83. Kristiansen N. Ungdom som fikk hjelp til bedre søvn, slet mindre psykisk [Internett]. 2023 [sitert 13. februar 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.forskning.no/barn-og-ungdom-depresjon-psykiske-lidelser/ungdom-som-fikk-hjelp-til-bedre-sovn-slet-mindre-psykisk/2250511>
84. Belleville G, Cousineau H, Levrier K, St-Pierre-Delorme MÈ. Meta-analytic review of the impact of cognitive-behavior therapy for insomnia on concomitant anxiety. *Clin Psychol Rev.* juni 2011;31(4):638–52.
85. Kallestad H, Hansen B, Langsrud K, Ruud T, Morken G, Stiles TC, mfl. Differences between patients' and clinicians' report of sleep disturbance: a field study in mental health care in Norway. *BMC Psychiatry.* 23. november 2011;11:186.