

INSOMNIA INTERVIEW SCHEDULE

(© C.M. Morin, 1993)

Demografisk informasjon:

Navn:

Adresse:

Telefonnummer:

Kjønn:

Sivil status:

Yrke:

Utdanning:

I. Type søvn-våkenhets problem:

- | | | | | |
|--|-------|-------|----------|-----------|
| 1. Har du vansker med å falle i søvn? | Ingen | Milde | Moderate | Alvorlige |
| 2. Har du vansker med å sove sammenhengende? | Ingen | Milde | Moderate | Alvorlige |
| 3. Har du vansker med for tidlig morgenoppvåking? | Ingen | Milde | Moderate | Alvorlige |
| 4. Har du vansker med å holde deg våken på dagtid? | Ingen | Milde | Moderate | Alvorlige |

II. Nåværende søvn-våkenhetsrytme:

5. Når går du vanligvis til sengs på hverdagene? Klokken _____
6. Når våkner du endelig opp om morgenen? Klokken _____
7. Når står du vanligvis opp på hverdagene? Klokken _____
8. Har du samme søvn-våkenhetsrytme i helgene som på hverdagene? Ja Nei
9. Hvor ofte tar du en blund på dagtid (inklusive uintenderte)? _____ dager i uken
10. Sover du noen ganger på upassende steder eller til upassende tidspunkt? Ja Nei
11. Hvor mange netter pr. uke har du vansker med å sovne inn eller sove sammenhengende? _____ netter.
12. På en typisk kveld (i løpet av siste mnd), hvor lang tid tar det deg å sovne etter at lysene er slukket? _____ timer _____ minutter
13. I løpet av en typisk natt (i løpet av siste mnd) hvor mange ganger våkner du opp fra søvnen _____ ganger
14. Hva er det som vekker deg opp om natten?
 smerte støy late vannet barn husdyr partner spontant
15. I løpet av en typisk natt, hvor lenge er du våken midt på natten (totalt antall timer/min for alle oppvåkninger)? _____ timer _____ minutter
16. Hvor mye søvn pr. natt får du vanligvis? _____ timer _____ minutter

III. Hjelpemidler til søvnen:

17. Har du benyttet sovemidler i løpet av de 4 siste ukene ? Ja Nei
 a) Hvilket medikament? _____
 b) Har du fått dette på resept? Ja Nei
 c) Hvilken dose bruker du? _____
 d) Hvor mange dager pr. uke? _____ dager
18. Når benyttet du sovemidler for første gang? _____
 19. Når benyttet du sovemidler sist? _____
20. I løpet av de siste 4 ukene, har du benyttet alkohol som sovemiddel? Ja Nei
 a) Hvilken alkoholdrikk? _____
 b) Hvor mye alkohol drakk du? _____
 c) Hvor mange ganger i uken _____
21. (Dersom nei) Har du noen gang benyttet alkohol som sovemiddel? Ja Nei

IV. Søvnproblemhistorie (start, utvikling, varighet)

22. Hvor lange har du lidd av søvnløshet? _____ år _____ måneder
23. Var det noen spesielle livshendelser relatert til starten på søvnproblemene? (dødsfall i familien/venner, skilsmisse, pensjonering, medisinske eller emosjonelle problem).

24. Gradvis eller akutt start? _____
25. Hvordan har søvnløsheten din fremstått siden starten (f.eks. kontinuerlig, episodisk, årstidsavhengig etc)?

V. Soverom - miljøet

26. Sover du sammen med en partner? Ja Nei
 27. Er madrassen komfortabel? Ja Nei
 28. Er det stille på soverommet? Ja Nei
 29. Har du TV, radio eller telefon på soverommet? Ja Nei
 30. Er det skrivebord med arbeid som skal gjøres på soverommet? Ja Nei
 31. Leser du før du sovner? Ja Nei
 32. Hva er romtemperaturen om natten? _____

VI. Måltider, mosjon og rusmiddelvaner

33. Hvor mange ganger i uken mosjonerer du? _____
34. Mosjonere du noen ganger like før du legger deg? Ja Nei
35. Hvor mange kopper med koffeinholdig drikk drikker du hver dag? _____
 Antall etter middag? _____
36. Hvor mange sigaretter røyker du hver dag? _____
37. Hvor mange ml alkohol inntar du hver dag? _____
38. Hvordan er ditt væskeinntak om kvelden? _____

VII. Funksjonell analyse

39. Hvordan er din rutine like før du legger deg?

40. Hva gjør du når du ikke klarer å sovne inn, eller ikke klarer å sovne igjen etter oppvåkning?

41. Er søvnen din bedre/verre/den samme når du er borte fra hjemmet?

42. Er søvnen bedre/verre/den samme i helgene?

43. Hva kan forverre dine søvnproblem (f.eks. stress på arbeid, reiseplaner, etc)?

44. Hva kan forbedre søvnen din (f.eks. ferie, seksuell aktivitet, etc)?

45. Hvor bekymret er du over søvnvanskene dine?

46. Hvordan har søvnløsheten virket inn på livet ditt (humør, oppmerksomhet, prestasjoner)

47. Hvordan mestrer du konsekvensene søvnløsheten medfører på dagtid?

48. Har du mottatt behandling for søvnvanskene i det siste, bortsett fra sovepiller?

49. Hva fikk deg til å søke behandling på dette tidspunkt?

VIII. Symptomer på andre søvnlidelser

Har du eller din partner noen gang merket noe av det følgende, og hvis ja, hvor ofte i løpet av en vanlig uke vil du si at du/dere opplever disse symptomene?

- 50. *Restless legs*: Krypene eller stikkende følelser i bena (leggene) slik at en ikke kan holde bena i ro?
- 51. *Periodiske fotbevegelser*: Rykninger i bena om natten; oppvåkning med krampe i bena.
- 52. *Apnè*: Snorking, opphold i pusting om natten, kortpustethet, kvelningsfølelser om natten, morgenhodepine, brystmerter, tørr munn.
- 53. *Narkolepsi*: Søvnighetsangrep, søvnparalyse, hypnagoge hallusinasjoner, katapleksi.
- 54. *Gastro-øsofugal refluks*: sur smak i munnen, halsbrann, refluks.
- 55. *Parasomnier*: mareritt, night terrors, søvngjengeri/snakke i søvne, tanngnissing
- 56. *Søvn-våkenhets-rytme*: roterende skift eller nattskifts arbeid.

Diagnostisk inntrykk:

IX. Medisinsk historie/medikasjons bruk

57. Siste legeundersøkelse:

Vekt:____ Høyde:____

58. Nåværende medisinske lidelser:

59. Nåværende medikasjonsbruk:

60. Sykehusopphold/operasjoner:

X. Tidligere psykopatologi/psykiatrisk behandling

(Tilpasset fra strukturert klinisk intervju for DSM-III-R (SCID))

61. Mottar du nå psykologisk/psykiatrisk behandling for emosjonelle eller psykiske problemer?	Ja	Nei		
62. Har du eller noen i din familie noen gang blitt behandlet for emosjonelle eller psykiske helseproblemer?	Ja	Nei		
63. Har du eller noen i din familie noen gang vært innlagt på psykiatrisk sykehus?	Ja	Nei		
64. Har alkohol eller andre rusmidler forårsaket problemer for deg?	Ja	Nei		
65. Har du noen gang blitt behandlet for alkohol/stoffmisbruks problemer?	Ja	Nei		
66. Har det skjedd noe i det siste som har vært spesielt hardt/vanskelig for deg?	Ja	Nei		
67. Har du vansker i familien din eller på jobben?	Ja	Nei		
68. I løpet av den siste måneden, har det vært en periode der du har følt deg deprimert eller nedfor størsteparten av dagen nesten hver dag. Dersom ja, så lenge som 2 uker?	?	1	2	3
69. Har du mistet interessen for det meste eller mistet evnen til å glede deg over ting som tidligere gledet deg? Skjer dette nesten hver dag	?	1	2	3
70. I løpet av de siste 2 år, har du vært plaget av nedsatt humør mesteparten av dagen. Mer enn halvparten av tiden?	?	1	2	3
71. Har du noen gang opplevd et panikkanfall, der du plutselig følte deg redd, engstelig, eller ekstremt ukomfortabel. Hvis ja, har du hatt minst 4 anfall i løpet av en måned	?	1	2	3
72. Har du noen gang vært redd for å gå ut av huset alene, være i en stor menneskemengde, stå i en kø, eller reise med buss eller tog?	?	1	2	3
73. Har du noen gang vært plaget med tanker som det ikke var mening i, og som stadig kom tilbake selv når du prøvde å unngå dem?	?	1	2	3
74. I løpet av de siste 6 månedene, har du vært spesielt nervøs eller engstelig?	?	1	2	3
75. Bekymrer du deg mye over forferdelige ting som kan skje?	?	1	2	3
76. I løpet av de siste 6 månedene, vil du si at du har vært bekymret mesteparten av tiden (flere dager enn ikke)?	?	1	2	3

Dersom psykopatologi er til stede, evaluer dets start og tidsmessige utvikling i relasjon til søvnforstyrrelsen

Foreligger søvnløshet kun ved angst/depressive episoder?	Ja	Nei
Diagnostisk inntrykk:		

? = utilstrekkelig informasjon 1 = fravær 2 = subterskel 3 = tilstede