

CAPTO

[Lat. söka]

KBT-behandling av sömnstörning vid stressrelaterad ohälsa
– en utvärdering av sömngrupp vid Recure Rehab

Marianne Adolfsson



KBT-behandling av sömnstörning vid
stressrelaterad ohälsa
– en utvärdering av sömngrupp vid Recure Rehab

Marianne Adolfsson

Rapporten kan beställas från
Centrum för klinisk forskning
Utvecklingsstaben
Landstingshuset
651 85 Karlstad
054-61 70 75
pia.hird.jonasson@liv.se

Tryckt hos: Tryckeri AB Knappen, Karlstad 2009
ISSN 1652-9324

Innehåll

Förord	
Sammanfattning.....	8
Inledning.....	9
Vad är sömn?.....	9
Dygnsrhythm.....	9
Sömnstadier och sömncykler.....	9
Sömnstörningar.....	10
Alder.....	10
Könskillnader.....	11
Insomni.....	11
Konsekvenser av sömnstörningar.....	12
Insomni och ohälsa.....	12
Långtidsfrånvaro.....	13
Samband med sjukdom.....	13
Utvecklandet av sömnstörningar.....	13
Psyko­logiska mekanismer.....	14
Stress.....	15
Sömn och utmattningstillstånd.....	15
Kognitiva mekanismer.....	16
Behandling av insomni.....	16
Läkemedel.....	17
Kognitiv beteendemodell av insomni.....	17
Kognitiv beteendeterapi.....	18
Recure Rehab.....	19
Sömngrupp.....	20
Syfte.....	21
Metod.....	22
Tillvägagångssätt.....	22
Urval.....	22
Bortfall.....	23
Instrument.....	23
Sömn­dagbok.....	24
Beteendedagbok.....	25
Analys av material.....	25
Definition av begrepp.....	26
Insomni och sömnstörningar.....	25

<i>Effektiv sömmtid</i>	26
<i>Nattliga uppvaknanden</i>	26
Litteratursökning.....	26
Resultat.....	27
Förändring av sömn som den speglas hos deltagarna i sömndagboken.....	27
<i>Tupplurar</i>	27
<i>Läkemedel</i>	28
<i>Effektiv sömmtid</i>	28
<i>Nattliga uppvaknanden</i>	29
<i>Uppstigningstid</i>	31
<i>Sömnkvalitet</i>	31
<i>Total sömnmängd</i>	32
Förändring av beteende som det speglas hos deltagarna i beteendedagboken.....	32
<i>Promenader/ vistas ute i dagsljus</i>	32
<i>Motion/ rörelse av något slag</i>	32
<i>Summera dagen på kvällen</i>	33
<i>Skriva ned vad som skall hända i morgon</i>	33
<i>Anspänning</i>	33
<i>Antal kaffekoppar</i>	33
<i>Alkohol</i>	33
<i>Upppe på natten</i>	34
<i>Egna bemuppgifter</i>	34
<i>Vidmaktbällande och hantering av bakslag</i>	35
Utvärdering.....	35
<i>Sammanställning av nöjdhet</i>	35
Diskussion.....	37
Sömneffektivitet - sömnkvalitet.....	38
Variation i sömneffektivitet – en förklaring?.....	38
Goda cirklar.....	39
Reflektioner.....	39
Fördelar och nackdelar med arbete i grupp.....	40
Svagheter i studien.....	41
Kliniska implikationer.....	41
Referenser.....	42
Bilagor.....	44
Bilaga 1.....	44
Bilaga 2.....	45

Förord

Rapporten, som redovisar en utvärdering av två sömngrupper vid Recure Rehab, skrevs ursprungligen som ett examensarbete för psykoterapeutlegitimation vid Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi i Stockholm hösten 2007. Sedan dess har ytterligare sömngrupper genomförts och ingår nu i den ordinarie verksamheten.

Psykolog Marie Söderström, doktorand vid Karolinska Institutet och kliniskt verksam vid KBT-centralen i Stockholm var den som väckte intresset för sömnstörningar och möjligheter att behandla dessa. Hon var också handledare på det kliniska arbetet. Sömngrupperna leddes av författaren tillsammans med psykiater AnneSophie Mellvik-Resare respektive psykolog och psykoterapeut Anna-Lena Flygare, Recure Rehab. Handledare på uppsatsarbetet var Kjerstin Almqvist, docent i psykologi, Landstinget i Värmland. Stort tack till Er alla!

Min förhoppning är att rapporten ska visa sömnens centrala betydelse för vår hälsa och väcka intresse för behandling av insomni (sömlöshet) med kognitiva-beteendeterapeutiska metoder.

Arvika i september 2008

Marianne Adolfsson

Sammanfattning

Sömnstörningar har ökat de senaste åren och betraktas idag som ett folkhälsoproblem. Inom Landstinget i Värmland arbetar Recure Rehab med rehabilitering av personer med stressrelaterad ohälsa. Där har man som ett led i den ordinarie verksamheten genomfört två sömngrupper, det vill säga behandling av sömnstörningar med kognitiv beteendeterapi i grupp. Uppsatsen inleds med en forskningsöversikt av sömnstörningar och dess konsekvenser.

Syftet med denna uppsats är att redovisa en utvärdering av de två vid Recure Rehab genomförda sömngrupperna.

Totalt deltog 11 personer, samtliga kvinnor i åldrarna 33 – 63 år. Grupperna träffades vid åtta tillfällen under sammanlagt 3 - 4 månader. Sömn- och beteendedagböcker användes av deltagarna och analyserades liksom gruppledarnas minnesanteckningar. Förändringar i sönmönster redovisas i beskrivande diagram och löpande text utifrån de huvudteman som finns i sömn- respektive beteendedagböckerna.

Resultatet visar att behandling i grupp med kognitiv beteendeterapi (KBT) kan hjälpa mot långvariga sömnstörningar vid stressrelaterad ohälsa.

Inledning

Sömnen är av stor vikt för vårt välbefinnande, liksom för kreativa och kognitiva funktioner. Sömnsvårigheter har blivit ett allt vanligare problem och förbrukningen av sömnmediciner i Sverige har ökat med cirka 25 % de senaste 10 åren. De allra flesta upplever ibland någon typ av sömnstörning, men den går över på en eller ett par veckor. Mer ihållande sömnstörningar är vanliga och drabbar ungefär en tredjedel av befolkningen.

Åldersgruppen 25-34 år och den över 65 år har störst problem (Hetta, Broman & Mallon, 1999). För ungefär 10 % av befolkningen är sömnstörningen svår och kronisk (Åkerstedt, 2001).

Vad är sömn?

Sömnen kännetecknas av sänkt medvetenhet, sänkt fysiologisk aktivitet och ämnesomsättning. Puls och blodtryck sjunker liksom kroppstemperatur, muskelspänning och andningsfrekvens. Sömnen är en period av återhämtning för hjärnan och reparation av kroppen (Söderström, 2007).

Immunförsvaret aktiveras och tillväxthormon utsöndras, vilket är viktigt för cellreparationen. Sömnen tycks också underlätta nyskapandet av nervcellskopplingar i hjärnans minnesstrukturer.

Dygnsrytm

Människan har genom evolutionen anpassats till att vara aktiv på dagen och vilande på natten. Eftersom vårt synsinne inte är mörkeranpassat, så har vi varit beroende av dagsljus för att överleva. Vårt mentala och fysiologiska fungerande styrs från mellanhjärnan i cykler på cirka 24 timmar.

Kroppstemperatur och melatonininhalt ("mörkerhormon") är två tydliga markörer för detta. Kroppstemperaturen är som lägst mitt i natten, medan utsöndringen av melatonin då är som högst.

Sömnstadier och sömncykler

Sömnen återkommer under natten i cykler på cirka 1½ timme. Normalt har man 4-6 sömncykler under en natt. Varje cykel har olika typer av sömn och man talar om fem olika sömnstadier:

- stadium 1 - övergång från vaket tillstånd till sömn
- stadium 2 – "bassömn", som utgör cirka hälften av all sömn under natten
- stadium 3 och 4 – djupsömn, som uppgår till 10-15 % av den totala

sömnen. Detta är den viktigaste fasen för hjärnans återhämtning.

- REM-sömn (Rapid Eye Movement) – drömsömn som innebär högre fysiologisk uppvarmning (blodtryck, andning, puls), medan musklerna är helt avslappnade. Frontalloberna i hjärnan sover, medan de delar av hjärnan som hanterar känslor, minnen, syn- och hörselintryck är aktiverade som under vakenhet. REM-sömnen är viktig för minnesinlagring och bearbetning av känslor (Söderström, 2007).

Under de första sömn cyklerna sover vi större andel djupsömn än senare under natten. Efter de 3-4 första timmarnas sömn har vi fått den djupsömn vi behöver. REM-perioderna blir längre med varje sömn cykel. Om vi sover tills vi vaknar av oss själva, sker detta ofta i anslutning till en REM-period med drömmar.

Sömnsystemet är flexibelt och anpassas till sömnbehovet, så att djupsömnen upptar en proportionerligt större del av sömnen om vi sovit bristfälligt eller för lite. Ibland kan det dock dröja ett eller par dygn innan djupsömnen får en större del av sömn cykeln.

Sömnstörningar

Sömnstörningar har genom åren undersökts utifrån en mängd olika faktorer som ålder, kön, utbildnings- och inkomstnivå, skiftarbete, livsstil, smärta, olika typer av fysisk och psykisk ohälsa, samt stress.

Sutton, Moldofsky & Badley (1991) undersökte ett representativt urval av den kanadensiska befolkningen över 15 år. Resultaten bedöms vara generaliserbara. Data insamlades jämnt fördelat under tolv månader för att balansera säsongvariationer i sönmönster. De fann att cirka 24 % av befolkningen hade upplevt sömnstörningar. Andelen ökade med stigande ålder. Cirka 20 % i åldersgruppen 15-24 år hade sömnstörningar jämfört med 36 % i åldersgruppen över 75 år.

Kvinnor, ensamstående, änkor/änklingar löpte en ökad risk för sömnstörning. Låg socioekonomisk status och arbetslöshet var också riskfaktorer för sömnproblem. Man fann att de tre tyngsta riskfaktorerna var livssituation med hög stress, svår smärta och otillfredsställelse med den egna hälsan.

Ålder

Man har ofta förklarat sömnproblem hos äldre personer med att det är en del av det naturliga åldrandet. Sutton, Moldofsky & Badley (1991) fann dock vid sin analys att varken ålder eller livsstil hade samband med sömnproblem. Enligt denna forskargrupp är ålder inte i sig associerad med

sömnpromblem om man tar hänsyn till/justerar för en rad sociodemografiska och livsstilsfaktorer, stress och fysiska riskfaktorer. De menar att den ökade frekvensen av sömnstörningar i högre åldrar kan förklaras med att kroniska fysiska problem är vanligare förekommande hos äldre personer.

Könsskillnader

Världen över rapporteras att kvinnor har sömnpromblem i högre utsträckning än män. Enligt professor Torbjörn Åkerstedt (2007) har Sverige den högsta andelen kvinnor med sömnpromblem inom EU.

Restless legs (domningar och stickande känsla i benen av okänd orsak, som förekommer vid vila men går över vid muskelaktivitet) och periodic limb movements förekommer oftare bland kvinnor än bland män. 90 - 95 % av alla patienter med RLS (Restless Legs Syndrome) har uttalade sömnstörningar, såväl av insomningskaraktär som frekventa uppvakningar. 80 % av alla RLS-patienter har ofrivilliga rörelser i sömnen eller i vaket tillstånd. Dessa faktorer försämrar sömnen drastiskt så att ett stort antal patienter inte får tillräcklig nattvila och dessutom en kvalitativt sämre sömn (Restless Legs Förbundet, 2007).

Specifika somatiska hälsopromblem bland kvinnor, som störningar i menstruationscykeln och klimakteriebesvär, påverkar också sömnen negativt (Ferini-Strambi, 2004).

Insomni

Insomni, sömnlöshet, är den vanligaste typen av sömnstörning. Den brukar definieras som

- insomningspromblem (30-45 min för att somna)
- vakentid under natten mer än 30 – 45 min (mindre än 80 % sömn-effektivitet)
- alltför tidiga uppvaknanden
- mindre än 6 timmars sömn

För diagnos krävs ett av ovanstående symtom samt:

- konsekvenser dagtid
- att problemet finns minst 3 nätter/vecka under 3 månader

Av den totala gruppen insomniker lider 30 – 40 % av primär insomni, det vill säga sömnsvårigheterna är inte kopplade till någon annan störning. 60 – 70 % av insomnikerna har sekundär insomni, det vill säga de har samtidigt någon psykiatrisk störning, medicinsk sjukdom, drogpåverkan eller annan sömnstörning (Ekstedt, 2007).

Andra typer av sömnstörningar är till exempel narkolepsi, sömnapné och restless legs. Dessa störningar behandlas inte närmare i detta arbete.

Konsekvenser av sömnstörningar

Vid bristande djupsömn sjunker ämnesomsättningen i hjärnan, vilken får sänkt arbetskapacitet. En trött hjärna behöver fler celler för att klara ett jobb och förbrukar därmed ännu mer energi. Immunsystemet aktiveras, vi får sämre förmåga att hantera insulin och får en ökad okänslighet i serotoninreceptorerna (Åkerstedt, 2007).

Sömnstörningar har en avgörande påverkan på hur vi fungerar dagtid, såväl socialt som i yrkeslivet. Konsekvenserna av sömnlöshet (insomni) innebär stora kostnader både på individ- och samhällsnivå. Sömnstörningarna medför ökade kostnader i form av högre vårdkonsumtion, produktionsbortfall, större risk för samsjuklighet vad gäller fysisk och psykisk ohälsa samt ökad olycksfallsrisk (Jansson, 2005).

Enligt Vägverkets beräkningar orsakas till exempel mellan 20 och 40 procent av alla trafikolyckor av trötta bilförare (Vägverket, 2007). Olyckorna är ofta också svårare eftersom en bilförare som håller på att somna inte väjer eller försöker avvärja en annalkande olyckssituation. Olycksfall på arbetsplatser kan också bero på konsekvenser av sömnstörningar. Det är därför ett samhällsintresse att förstå och behandla insomni.

Insomni, ångesttillstånd och depression har flera symtom gemensamt, som till exempel sömnstörningar, trötthet och energibrist samt koncentrationsproblem. Vid ångeststörningar gäller dock oron fler områden i livet, och vid depression dominerar nedstämdhet och bristande glädje/intresse. Vid insomni gäller oron främst tankar kring sömnen (Morin & Espie, 2004).

Insomni och ohälsa

Flera undersökningar visar att insomni är en stor riskfaktor för utvecklandet av dålig psykisk hälsa. En stor del av insomnipatienterna lider av ångest och/eller depression. Deras situation dagtid präglas ofta av ångest, oro, depression, ökad vaksamhet och anspänning (Jansson, 2005). Ett intressant påpekande i Janssons avhandling är, att insomni ofta är en följd av oro och ångest, medan depression ofta följer efter insomni.

Martikainen et al (2003) fann att personer med sömnstörningar oftare beskrev sin hälsa som dålig eller ganska dålig jämfört med andra, och att de oftare led av depression, astma och högt blodtryck. Man fann att om dessa sjukdomar inte behandlades var frekvensen sömnstörningar högre. Sömnproblemen orsakades alltså inte av medicinering.

Långtidsfrånvaro

Risken för ny långtidsfrånvaro är dubblerad vid störd sömn eller trötthet. Sömnstörningar är en viktigare faktor än belastning och stress när det gäller långtidsfrånvaro enligt Åkerstedt (2007).

Samband med sjukdom

Det är väl känt att smärta och värk påverkar sömnen negativt. Flera forskare har funnit att högre grad av smärta/värk var associerade med högre risk för sömnstörning.

I en undersökning i fem europeiska länder (Ohayon, 2005) undersöktes sambandet mellan sömnstörningar och kronisk värk. Kvinnor rapporterade högre förekomst av värk än män och personer över 65 år hade mer värk än yngre. Mer än 40 % av personer med sömnstörningar rapporterade kronisk värk. Man fann att ryggvärk och ledsjukdomar samvarierade minst lika högt med sömnstörningar som med nedstämdhet.

Det viktigaste fyndet i studien var att kronisk värk är en starkt bidragande orsak till vidmakthållandet av sömnproblem. Sambandet mellan värk och sömn tycks vara dubbelriktat, så att värken försvårar insomnande och upprätthållande av sömnen och sömnstörningen förvärrar i sin tur värken.

Även flera andra sjukdomstillstånd kan påverka sömnen negativt, som till exempel andningsproblem, matsmältningsbesvär, hjärtsjukdom, neurologisk sjukdom och cancer.

Martikainen et al (2003) menar att medicinsk behandling av de somatiska sjukdomarna är viktigt för att förebygga sömnproblem, men att psykosociala faktorer tycks vara mer signifikant associerade med kroniska sömnproblem än de somatiska problemen.

Sammanfattningsvis tyder flera undersökningar på att sömnproblem är nära relaterade till hälsostatus. Metodologiska skillnader i undersökningarna kan förklara en del olika resultat, men ett vanligt fynd är att personer med sömnstörningar oftare utvecklar fysisk och psykisk ohälsa.

Utvecklandet av sömnstörningar

Utvecklandet av sömnstörningar är en komplex och ganska okänd process. Jansson (2005) refererar till en teoretisk modell av Spielman & Glovinsky (1991). De menar att det finns tre olika typer av faktorer som förklaring till sömnstörningars utvecklande hos en individ:

- Predisponerande faktorer gör vissa individer mer sårbara för sömnstörningar. Vilka dessa predisponerande faktorer är, vet man ännu inte.
- Utlösande faktorer som har samband med starten av insomni.
- Vidmakthållande faktorer för den uppkomna sömnstörningen

De predisponerande faktorerna är tämligen konstanta över tid, medan de utlösande faktorerna kanske bara finns vid starten av sömnstörningen, men sedan avtar eller försvinner. De vidmakthållande faktorerna däremot tenderar att bli mer framträdande över tid.

Cirka 75 % av dem som lider av kronisk insomni förklarar att debuterna av sömnproblemen föregicks av en stressande, oftast negativ livshändelse förknippad med familjen, hälsan eller händelser på arbetet eller i skolan (Jansson, 2005). Enligt Hetta et al (1999) var de vanligaste speciella händelser som föregått sömnstörningarna: personliga hälsoproblem (41 %), problem i familj eller släkt (19 %), problem på arbetet (18 %) och nära anhörigs död (15 %).

Andra utlösande faktorer kan vara medicinska åkommor, neurologiska sjukdomar, sömnstörningar, psykisk ohälsa, medicinering, miljöfaktorer och missbruk.

Ju längre insomnin varar, desto mer troligt är det att den utlösande faktorn försvinner eller mister sitt inflytande. Det är istället andra mekanismer som börjar bidra starkt till att problemen vidmakthålls.

Aktuell forskning menar att om insomni en gång etablerats karakteriseras den av ett återkommande och varaktigt tillstånd. Enligt tidigare forskning och modeller av insomni är psykologiska mekanismer starkt förknippade med vidmakthållandet av tillståndet (Jansson, 2005).

Psykologiska mekanismer

Insomni vidmakthålls av en ond cirkel, där flera olika psykologiska mekanismer ingår. Förutom oro och negativa tankar kan också uppmärksamhet, perception, beteende och inläring bidra till vidmakthållandet. (Jansson, 2005).

- Uppmärksamhet

Personer med insomni är ofta extra uppmärksamma på sömnen, och hot mot den startar ofta oro och negativa tankar kring sömn.

- Perception

Patienter med insomni har ofta en felaktig uppfattning om hur mycket de faktiskt sover jämfört med objektiva mätningar. Forskarna tror att missuppfattningen om hur mycket sömn man fått ökar oron och ångesten kring sömnen, vilket i sin tur försämrar sömnen, eftersom oro och anspänning motverkar insomnandet (Harvey, 2000).

- Beteende

Olämpliga beteenden kan vara både öppet iakttagbara, som att ta en tupp-lur, och osynliga, som att ligga och planera morgondagen. Man har också

sett att personer med insomni utvecklar säkerhetsbeteenden för att undvika ett förväntat resultat, oftast rädslan för att inte kunna somna (Harvey, 2000). Exempel på säkerhetsbeteenden vid sömnproblem är att försöka ”ta igen” sömn genom att lägga sig tidigare, sova längre på morgonen eller avstå från aktiviteter dagtid och ”ta det lugnt” (Jansson, 2005).

- Inläring

Akut insomni som resultat av en påfrestande situation kan utvecklas till kronisk insomni om individen börjar associera sänggåendet med vakenhet istället för sömn.

Stress

Stress har en direkt effekt på sömnen, men det är inte stress i form av att ”ha för mycket att göra” utan istället att ”inte kunna koppla av”, som är boven i dramat. Vi är byggda för att tåla stress, men det förutsätter att uppvarvningen balanseras av återhämtning innan nästa uppvarvning (Perski, 2002).

Jansson (2005) menar att kunskapen om hur stress påverkar utvecklandet av insomni fortfarande är oklart. Detta kan vara problematiskt, eftersom många teoretiska modeller och behandlingsmodeller för insomni baseras på föreställningen att stress vidmakthåller insomni.

Sutton, Moldofsky & Badley (1991) anger att den största riskfaktorn för sömnstörningar är livsstress, som till exempel arbetslöshet. Stressen kan vara associerad med grundläggande psykologiska svårigheter som stör sömnen och/eller bero på fysiska hälsoproblem. De anser därför att det är av stor vikt att upptäcka och åtgärda kroniska hälsoproblem, smärta/värk och livsstress vid diagnosticerande och behandling av sömnstörningar.

Sömn och utmattningstillstånd

Ekstedt (2005) har undersökt sambanden mellan sömnstörningar och utmattningssyndrom och funnit att den övervägande delen av långtids-sjukskrivna patienter med denna diagnos har problem med sömnen. Ekstedt beskriver en ”utmattningsspiral” av ökad belastning och minskad återhämtning. Det kan börja med en frivillig sömnbrist på grund av höga krav, starkt engagemang, stort ansvarsområde, svårigheter att säga nej, perfektionism, önskan att vara till lags och en överskattning av den egna orken. Detta kan leda till en negativ balans mellan återhämtning och belastning och bristande förmåga att vårda sig själv, man uppmärksammar inte varningssignaler från omgivningen och den egna kroppen. Om man inte har förmåga att varva ned kan det på sikt leda till kraftigt störd sömn och utmattningssyndrom.

Enligt undersökningar vid Karolinska Institutet kan man se att sömnstörningar i form av mikrouppvaknanden hos yngre personer i arbete föregår sjukskrivning med anledning av utmattningssyndrom. Den fragmenterade sömnen som blir resultatet av mikrouppvaknanden gör att djupsömnen inte blir tillräcklig och har ett samband med högre blodtryck, puls och förhöjda blodfetter. De undersökta personerna kände inte själva av sin fragmenterade sömn, men upplevelsen av trötthet trots sömn kan vara tecken på mikrouppvaknanden och således en varningssignal om att kroppen håller på att ta skada, innan personen själv upplever fysiska symtom.

Kognitiva mekanismer

Kognitiva processer finns i olika former, som till exempel oönskade negativa tankar, återkommande negativt tänkande, övertygelser eller metakognitiva processer. Forskningen menar att förhöjd kognitiv uppmärksamhet/anspanning (arousal) kan vara en viktigare störningsfaktor för sömnen än somatisk arousal (Jansson, 2005).

Kognitiva processer kan betraktas som huvudkomponenter i förklaringen till hur insomni vidmakthålls. De viktigaste kognitiva mekanismerna tycks vara oro och dysfunktionella uppfattningar samt attityder kring sömn. (Jansson, 2005).

Jämfört med goda sovare, är insomnipatienternas kognitiva aktiviteter strax före sänggåendet mer negativt färgade, okontrollerbara, mer upptagande, mindre avsiktliga, varar längre och orsakar mer sömnsvårigheter. Fokus ligger mer på tankar om sömnen, på allmänna bekymmer, på problemlösning eller planering, på klockan, på kroppsliga sensationer eller på den yttre miljön (Jansson, 2005).

Individer med insomni har också en tendens att katastrofiera kring konsekvenserna av att inte sova, och katastroftankarna vidmakthåller troligen effekterna av oron (Harvey, 2000). Sammanfattningsvis kan sägas att dysfunktionella antaganden och attityder kring sömn kan påverka vidmakthållandet av insomni.

Behandling av insomni

Trots att insomni är så vanligt förekommande är det bara omkring 5 % av patienterna som söker läkare för problemet. Uppskattningar visar att cirka 40 % av personer med insomni självmedicinerar med receptfria medel eller alkohol. Detta är ett bekymmer, eftersom receptfria medel och alkohol är ineffektiva och till och med kan vara skadliga (Jansson, 2005).

Enligt en svensk undersökning (Hetta, Broman & Mallon, 1999) hade majoriteten (64 %) av personer med svår insomni inte sökt läkare för sömnbesvären. Forskarna anser det anmärkningsvärt att bara en minoritet av personerna sökte läkare för sina sömnproblem. Detta menar de kan spegla en skepticism om vad man kan göra åt sömnproblem eller så kan det vara relaterat till depression och ångest.

Läkemedel

Insomni är inte bara underbehandlat utan också ofta ineffektivt behandlat. Den vanligaste åtgärden är läkemedelsbehandling. Ungefär hälften av de patienter som söker hjälp för insomni får sömnmedel. De flesta i gruppen svår insomni använde inga sömnmediciner (74 %) enligt Hetta, Broman & Mallon (1999).

Läkemedel har för närvarande begränsad effekt på kronisk insomni. Forskningen stöder en behandlingstid på 2 - 4 veckor med läkemedel, även om den kliniska effekten är tämligen måttlig. Läkemedelsbehandling medför ofta oönskade effekter som sämre sömnkvalitet, försämring av fungerandet dagtid, tidiga uppvaknanden, ångest dagtid, glömska, dämpande och brister i performance (Jansson, 2005). Om sömnmedel används regelbundet utvecklas ofta beroende, tolerans och missbruk.

Enligt en metaanalys på nyare sömnmedel (Stilnoct, Imovane och Sonata) till äldre personer gav läkemedlen cirka 25 minuters längre sovtid per natt jämfört med placebo och cirka ett uppvaknande mindre per natt. Biverkningarna var betydligt vanligare än man hade förväntat. Vanliga biverkningar var dagtrötthet, huvudvärk, mardrömmar, yrsel och balanssvårigheter samt kognitiva biverkningar som minnessvårigheter (Läkemedelskommittén, 2006).

Sammanfattningsvis menar Jansson (2005) att insomni är underdiagnostiserat och ofta ineffektivt behandlat. Läkemedelsbehandling, som är den vanligaste behandlingen för kronisk insomni har klara begränsningar.

På senare tid har man förstått att det främst är psykologiska mekanismer som vidmakthåller sömnlösheten. Idag ser man kognitiv beteendeterapi (KBT) som förstahandsalternativ när det gäller behandling av kronisk sömnlöshet.

Kognitiv beteendemodell av insomni

Jansson redogör i sin doktorsavhandling för två teoretiska modeller av insomni på kognitiv grund. En tidig modell utarbetades av Morin 1993. Han menade att arousal (kognitiv och fysiologisk uppvarvning), dysfunktionella kognitiva processer, olämpliga sovvanor och därav följande konsekvenser

vidmakthåller insomnin. Dessa faktorer samverkar med varandra och permanentar insomnin.

En nyare, kognitiv modell har föreslagits av Harvey, som menar att överdrivet negativ kognitiv aktivitet är inkörsporren till insomni. Den negativa kognitiva aktiviteten triggas selektivt uppmärksamhet på uppfattade hot, autonom arousal och stress. Detta leder till aktivering av det sympatiska nervsystemet, som i sin tur gör att ångest uppstår. Modellen menar således att sömnsvårigheter inte uppstår till följd av fel i sömn-vakenhets-systemet, utan är en direkt följd av flera kognitiva mekanismer.

Modellerna skiljer sig åt i förklaringen av hur insomni uppstår. Morin menar att hyperarousal är den utlösande faktorn, medan Harvey menar att det är den negativa kognitiva aktiviteten som är huvudorsak. Jansson menar att man bör se de två modellerna som kompletterande. Både Morins och Harveys modeller betonar att kronisk insomnia är ett multidimensionellt tillstånd och utvecklas över tid. En avgörande faktor tycks vara om en akut eller subakut insomni uppfattas som ett hot eller ej.

Båda modellerna betonar också att inlärd reaktioner i form av kognitioner, uppmärksamhet, perception, emotioner och beteende spelar en avgörande roll i vidmakthållandet av insomni. Morin och Harvey är eniga om att behandling av insomni bör riktas mot de vidmakthållande faktorerna.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) för sömnproblem har utvecklats och undersökts i kliniska sammanhang och i forskning under mer än fyrtio år. Det har publicerats mer än hundra studier kring effekten av KBT. Behandlingen går oftast ut på att stärka den naturliga sömn- och vakenhetsrytmen. Man arbetar med att bryta den inlärning som skett, där hjärnan associerar sängen med vakenhet och tankeverksamhet istället för sovande (Hetta, Pettersson & Ström, 2007). Dessutom brukar man arbeta med avslappningsövningar.

Forskningen visar att KBT för sömnproblem ger pålitliga och varaktiga förbättringar av sömnmönster och den subjektiva erfarenheten av sömn hos patienter med kronisk insomni. För den genomsnittliga patienten ger KBT-interventionerna kortare insomningstid, färre och kortare nattliga uppvaknanden samt förbättrad sömnkvalitet och ökad total sömntid. Omkring 70-80 % av patienterna har nytta av behandlingen, 50 % når kliniskt meningsfulla resultat och en tredjedel får god sömn. Förbättringarna har visat sig stabila vid uppföljning efter två år och har för de flesta till och med förbättrats ytterligare. KBT vid sömnbehandling har också visat sig vara kostnadseffektiv (Jansson, 2005).

Flera studier har jämfört KBT och läkemedelsbehandling vid insomni. Läkemedel ger i allmänhet snabbare effekt än KBT, men nyare forskning ifrågasätter om det finns någon skillnad vid korttidseffekter. På lång sikt är KBT överlägset läkemedelsbehandling (Jansson, 2005).

Det finns stora fördelar med KBT: goda behandlingseffekter, inga biverkningar, begränsad behandlingsinsats, bestående förbättring och kostnadseffektivitet. Begränsningarna med KBT är bristen på utbildade specialister, tämligen höga kostnader jämfört med enbart medicinering och uppfattningen att läkemedelsbehandling är mer effektiv (Jansson, 2005).

Målet med en KBT-behandling är den konkreta förändring, som klienten själv vill nå i sitt vardagsliv. Den bygger på ett aktivt samarbete mellan klient och terapeut. Klienten arbetar själv med hemuppgifter mellan träffarna. Terapeuten har en aktiv roll och uppmuntrar klienten att se samband mellan sina beteenden och hur han/hon mår i olika situationer. På så sätt skapas en lärandeprocess i behandlingen, som gör att klienten får mer kontroll över sin problematik. Fokus i behandlingen ligger på problem som finns här och nu och att ge klienten nya erfarenheter i nuet, som successivt leder till en ökad kompetens i vardagslivet, såväl känslomässigt som när det gäller konkreta beteenden (Söderström, 2007).

Recure Rehab

Recure Rehab är en specialiserad enhet inom Landstinget i Värmland som i januari 2005 startade rehabiliteringsverksamhet för personer med stressrelaterad ohälsa. Verksamheten bygger på ett tvärvetenskapligt arbetssätt och började som en samverkan mellan Psykologenheten, Sjukgymnastgruppen och den tidigare Hagagruppen i landstinget. Recure Rehab tar emot remisser från distriktsläkare, vilka har kvar ansvar för sjukskrivning och uppföljning. Patienterna skall vara medicinskt färdigutredda och inte ha svårare psykiatrisk problematik eller missbruk. Behandlingsteamet består av psykologer, sjukgymnaster, läkare och sekreterare/administrativ samordnare.

När en remiss inkommer kallas patienten till ett första informations-samtal och därefter till enskilda besök hos sjukgymnast, läkare respektive psykolog. Teamet gör sedan en gemensam bedömning av patientens förutsättningar för att delta i grupprehabiliteringen. Denna bedrivs i slutna grupper om max åtta personer och består av totalt sex tillfällen i samlingsgrupp ledd av två psykologer och sex tillfällen med övningar i basal kroppskännedom under ledning av sjukgymnast. Man träffas två timmar varje gång, en gång i veckan för samtal och en gång i veckan för basal kroppskännedom. Uppehåll i verksamheten görs under skolloven.

Varje patient får efter denna gruppverksamhet ett individuellt utvärderingssamtal både hos psykolog och sjukgymnast för att se om, och i så fall vilka, insikter och förändringar patienten gjort. En planering för den fortsatta rehabiliteringen görs och den kan till exempel bestå av enskild samtalskontakt, fortsättningsgrupp med basal kroppskännedom, arbets träning eller behandling hos annan vårdgivare. Deltagande i sömngrupp har erbjudits som ett led i den fortsatta rehabiliteringen.

Sömngrupp

Recure Rehab införde sömngrupp i den ordinarie verksamheten, då vi såg ett behov av att mer direkt angripa de sömnproblem, som några av deltagarna i rehabiliteringsgrupperna rapporterade. Modellen för gruppbehandling har utarbetats vid Stressmottagningen på Karolinska Institutet och materialet som användes kommer därifrån. Upplägget för sömngrupperna bygger på kunskapsförmedling om sömn i kombination med kognitiv beteendeterapi. Ett viktigt instrument är sömndagbok, där varje deltagare registrerar sitt sömnbeteende, se bilaga 1. Även en beteendedagbok för kartläggning av aktiviteter dagtid användes från andra gruppträffar, se bilaga 2.

Programmet omfattade 8 träffar under en tidsperiod av 3 - 4 månader. Under den första månaden träffades grupperna varje vecka, därefter glesades träffarna ut för att ge deltagarna tillfälle att prova nya rutiner och beteenden. Varje sammankomst innehöll ett teoriavsnitt om sömn och/eller kognitiva strategier, samt genomgång av sömn- och beteendedagböcker och individuella hemuppgifter. Teoriavsnitten tog upp teman som: sömnens olika faser och cyklicitet, dygnsrytm, sömnhygien, avspänning, stimulantia, fysiologi, neuropsykologi, stress, tanke-känsla-handling, automatiska tankar, tankefällor, onda cirklar, känslor som styr tankar, beredskap inför bakslag samt plan för vidmakthållande.

Syfte

Syftet med studien är att utvärdera effekterna av och deltagarnas nöjdhet med behandling i sömngrupp vid Recure Rehab.

Metod

Tillvägagångssätt

De två studerade sömngrupperna genomfördes inom Recure Rehabs ordinarie verksamhet. Deltagare som hade avslutat stresshanteringsprogrammet och som hade kvarstående subjektivt upplevda sömnsvårigheter och motivation att delta i gruppbehandling erbjöds att vara med. Grupperna bestod av deltagare från flera olika stresshanteringsgrupper. De kände alltså ofta minst en annan gruppmedlem sedan tidigare.

Deltagarna tillfrågades muntligt av personalen vid Recure Rehab, om de ville delta i en samtalsgrupp, som skulle arbeta specifikt med sömnproblem, och sömngruppens ramar och upplägg presenterades. Alla utom en av de tillfrågade tackade ja till den första sömngruppen. Denna person hade lång resväg och hade hunnit engagera sig i Friskvårdens gruppaktiviteter på hemorten. Vid start av den andra gruppen tackade tre tillfrågade personer nej på grund av att man inte ansåg sig ha tid, hade börjat arbeta och inte vill vara borta från jobbet, eller inte orkade. När vi fått ihop lämpligt antal deltagare startades grupperna. Den första gruppen bestod av sex och den andra gruppen av fem personer.

Varje sammankomst leddes av två gruppleddare. Huvudansvarig var författaren. I den första gruppen medverkade en läkare och i den andra gruppen en annan psykolog. Författaren kände alla deltagare sedan tidigare stresshanteringsprogram. Gruppleddarna ingick i samma arbetslag, men hade inte tidigare arbetat tillsammans på detta sätt.

Den första gruppens sammankomster varade 1.45 timme inklusive 10 - 15 minuters paus. Eftersom tiden upplevdes knapp av både deltagare och gruppleddare utökades den till 2 timmar inklusive paus i grupp 2. I grupp 2 inleddes och avslutades varje träff med en mindfulnessövning.

Varje sammankomst dokumenterades genom att båda gruppleddarna gjorde minnesanteckningar under och efter gruppträffarna.

Urval

Samtliga 11 deltagare var kvinnor. Alla hade genomgått Recure Rehabs program med samtalsgrupp om stresshantering och gruppvövningar i basal kroppskänedom. En del hade också deltagit i fortsättningsgrupper i samtal och/eller basal kroppskänedom. Några hade haft enskild samtalskontakt inom Recure Rehab. Åldern varierade mellan 33 och 63 år med genomsnittsåldern 44 år. Deltagarna hade haft sina sömnsvårigheter under längre tid, inte

sällan 10–30 år. Sömnproblemen var av varierande art: insomningsproblem, många uppvaknanden under natten, tidigt uppvaknande på morgonen, alltför långa sovperioder och sömn även dagtid, dock utan känsla av att vara utvilad. Ingen av deltagarna hade tidigare deltagit i sömngrupp. Några hade fått olika typer av medicin, som till exempel insomningstabletter, selektiva serotonin återupptagshämmande preparat (SSRI-preparat) mot depression och/eller ångestdämpande medicin.

Deltagarna var sjukskrivna helt eller delvis sedan längre tid tillbaka. Förekommande diagnoser var utmattningsdepression, ångest, stresstillstånd. En deltagare led av restless legs (RSL), en annan väntade på sömnapnéutredning på grund av snarkning. Medicinering med SSRI, värkmediciner och sömnmedicin var ej hinder för deltagande. Komorbiditet med depression eller ångest utgjorde heller inget hinder för deltagande.

Bortfall

Ingen deltagare har avbrutit sömngruppen. Däremot har det förekommit en viss frånvaro på grund av till exempel egen eller nära anhörigs sjukdom och tidigare planerad resa. Sammantaget låg närvaron på 83 %, median 88 %. Fyra av deltagarna hade en 100 % -ig närvaro.

Det visade sig svårt att få in fullständigt ifyllda sömn- och beteendedagböcker (se instrument nedan) för hela behandlingsperioden av alla deltagare. Orsaker till bortfallet var att man glömt ta med dagböckerna till träffarna, att de kommit bort eller att man inte fyllt i för till exempel en semestervecka. Ibland saknades registrering för vissa dygn i inlämnade dagböcker. 76 % av dagböckerna lämnades in och utgör underlaget för de redovisade beräkningarna.

Grupp 1 varade i totalt 14 veckor och hade sex deltagare: 6x14 dagböcker = 84. Av dessa inkom 62 stycken, det vill säga 74 %. I genomsnitt glömde gruppdeltagarna att lämna in 3,7 dagböcker (spridning 0 - 7).

Grupp 2 varade i totalt 17 veckor och hade fem deltagare: 5x17 dagböcker = 85. Av dessa inkom 67 stycken, det vill säga 79 %. I genomsnitt glömde gruppdeltagarna att lämna in 3,6 dagböcker (spridning 1 - 7).

Instrument

I undersökningen användes sömn- och beteendedagböcker för att se om, och i så fall vilka, förändringar som skedde i deltagarnas sömnmönster. Båda grupperna fick vid sista gruppträffen anonymt lämna en skriftlig utvärdering av sömngruppen. De fick också muntligt kommentera hur de såg på sina sömnproblem och vad gruppträffarna hade inneburit för dem.

Sömndagbok

De flesta forskningsstudier inom området använder sömndagböcker för att mäta effekten av behandling. Dagböcker används mellan behandlingstillfällena för att få så mycket som möjligt av problemet tydligt och konkretiserat, och terapeut och klient analyserar sedan tillsammans vad som hänt och varför (Söderström, 2007). Sömndagboken underlättar att se förändringar under behandlingen och att uppmärksamma att det förekommer bra nätter. Den selektiva perceptionen gör annars att främst de dåliga nätterna märks. Man kan också utläsa regelbundenhet, sovtider, medicinering, vad insomningsbesvär hänger ihop med, hur sammanhållen eller splittrad sömnen är, sömnkvalitet och utveckling över tid. Sömndagböcker har hög överensstämmelse med polysomnografiska fynd (EEG-registrering av sömn). Eftersom de subjektivt upplevda besvären är ett väsentligt drag i insomni är sömndagböcker av stor vikt (Morin, 2004).

I sömndagboken skall deltagarna ange tupplurar under dagen, eventuell sömnmedicin, tid för sänggående och tid då man släckte ljuset, insomningstid efter att ljuset släckts, antal uppvaknanden under natten och hur lång tid man var vaken, när man slutgiltigt vaknat på morgonen, tid då man steg upp och den uppskattade totala sömnlängden. Man kan utifrån dessa uppgifter räkna ut den effektiva sömntiden, det vill säga tid i sängen då man faktiskt sover i förhållande till den tid man ligger i sängen. I sömndagboken skattas också hur utsövd man känner sig och vilken sömnkvalitet man upplevt.

Uppgifterna om till exempel insomningstid eller vaken tid under natten är inte exakta, utan uppskattas av deltagarna själva. Sådana tider anges därför ofta i intervall, som ”5-10 minuter”. Det har i vissa dagböcker också uttryckts mer otydligt som ”länge” eller liknande. Antal uppvaknanden är också en osäker uppgift, även den ofta uttryckt i intervall som ”3-4 gånger” eller ”många”.

Vid första gruppträffen förklarades och demonstrerades sömndagboken. Vid följande träff gick varje deltagares sömndagbok igenom i gruppen. Sömndagböckerna fylldes i av deltagarna under veckorna och kopierades till gruppledarna vid starten av varje träff, för att det skulle vara lättare att tillsammans gå igenom dem med respektive deltagare. Det var dock bara deltagaren själv och gruppledarna, som fick läsa sömndagboken.

Under de senare träffarna, då deltagarna kom till gruppen med flera veckors sömndagböcker kunde vi inte av tidsskäl gå igenom dem lika noga. Istället fick deltagarna själva kommentera vilka upptäckter och erfarenheter de gjort sedan sist. Gruppledarna och de övriga medlemmarna kom med förslag och kommentarer, och samtalen fokuserade mer på mönster och förändringsarbete.

Beräkningarna i resultatdelen bygger på den första och sista sömndagboken, som deltagarna lämnat.

Beteendedagbok

Beteendedagboken infördes vid andra gruppträffen, då deltagarna lärt sig att föra sömndagbok. Beteendedagboken är ett effektivt medel för att påvisa hur dagens aktiviteter påverkar nattsömnen och omvänt hur nattsömnen har konsekvenser för hur dagen blir. I beteendedagboken registreras promenader (antal per dag), vistelse i dagsljus (antal minuter per dag), motion/rörelse av något slag förutom promenad, summering av dagen på kvällen, nedskrivning av morgondagens händelser, snabbavspänning (antal träningstillfällen per dag), längre avspänning eller liknande (antal tillfällen per dag), koffein- och alkoholintag, om man gått upp under föregående natt (antal gånger) samt redovisning av annat som kan ha betydelse eller egen hemuppgift.

Analys av material

Gruppsamtalen har analyserats utifrån minnesanteckningar från gruppledarna var för sig. De sömn- och beteendedagböcker, som deltagarna använt har sammanställts och analyserats, både vad gäller förändringar i sömnvanor, men också utifrån de personliga kommentarer och reflektioner som deltagarna antecknat.

Följande variabler har ställts samman från sömndagböckerna:

- Antal och längd av tupplurar
- Användning av läkemedel
- Sömneffektivitet
- Antal nattliga uppvaknanden
- Vaken tid under natten
- Uppstigningstid
- Rapporterad sömnkvalitet
- Total sömnmängd

Förändringar i sömneffektivitet, vakentid och antal uppvaknanden har sammanställts och redovisas i stapeldiagram.

Beteendedagböckerna och deltagarnas beskrivningar där har analyserats tillsammans med noteringarna från gruppsamtalen. Kvalitativa beskrivningar av deltagarnas erfarenheter har summerats vad gäller

- Promenader/utevistelse i dagsljus
- Motion/rörelse av något slag
- Summera dagen på kvällen
- Skriva ned vad som skall hända imorgon
- Avspänning
- Antal kaffekoppar under dagen
- Alkoholintag
- Upp på natten
- Egna hemuppgifter

Definition av begrepp

Insomni och sömnstörningar

I detta arbete används begreppen insomni och sömnstörningar parallellt.

Effektiv sömntid

Sömneffektivitet är ett vanligt mått inom sömnforskning. Den räknas fram genom att dividera faktisk sovtid med tid i sängen. Ett mått på bra sömn brukar enligt litteraturen ligga på 80 – 85 % (Jansson, 2005). Enligt Åkerstedt (2007) är 90 % sömneffektivitet god sömn, medan sömnproblem börjar vid 85 % och riktigt dålig sömn ligger på 65 % sömneffektivitet.

Nattliga uppvaknanden

Det är normalt att vakna till kortare stunder under natten. Vanligtvis minns vi inte våra uppvaknanden om de är kortare än 5 minuter. Fler än fyra uppvaknanden per natt är tecken på dålig sömn (Åkerstedt, 2007). För personer med insomni kan uppvaknandena vara ett av huvudproblemen, eftersom det ger en fragmenterad sömn och stör djupsömnen. Enligt forskningen på området är det främst oro, ångest och en förhöjd anspänning som ger uppvaknanden under natten (Jansson, 2005).

Litteratursökning

Litteratursökning har skett via databasen Cochrane Library, som innehåller kvalitetsbedömda, systematiska översiktsartiklar av studier inom ett visst område. Det finns stora mängder artiklar om sömn i forskningsarkiven, men urvalet har gällt senare års forskning och framför allt med inriktning mot sömn och KBT-behandling i Sverige.

Resultat

Deltagarna i studien hade vid gruppstarten långvariga och svåra sömnproblem, och var eller hade nyss varit sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa. Sömnproblemen var av olika typ. En del hade svårt att somna på kvällen, andra vaknade flera gånger varje natt. I gruppen fanns personer, som endast vaknade någon enstaka natt, medan andra låg vakna upp till halva tiden i sängen. Några sov middag upp till ett par timmar/dag. Någon sov många timmar men kände sig aldrig utsövd. Flera deltagare hade stora variationer i sitt sömnmönster, så att man en natt kunde vakna upp till 10 gånger, medan man en annan natt kanske bara vaknade tre gånger. Deltagarna hade utifrån sina unika problem olika mål med sömngruppen. En person önskade till exempel sova 3 nätter/vecka utan uppvaknanden, en annan ville komma igång snabbare på morgonen, en tredje ville känna sig mer utvilad.

En del tyckte först att det var besvärligt att fylla i den ganska detaljerade sömndagboken, men motståndet övervanns ganska snart då man insåg värdet av den.

Förändring av sömn som den speglas hos deltagarna i sömndagboken

Tupplurar

Flera av deltagarna brukade vid gruppstarten ta en kortare eller längre tupplur (variation 30 minuter – 6 timmar) en eller flera gånger i veckan. En deltagare beskrev sig som nattmänniska och kunde över huvud taget inte tänka sig att vara utan sin tupplur. Vid starten av sömngruppen sov hon middag varannan dag, oftast flera timmar. Då gruppen avslutades hade hon förändrat sina vanor till att sova högst 30 min dagtid och inte varje dag. Nattsömnen var klart förbättrad. En person som led av uppvaknanden under natten upptäckte, att de dagar hon tog en tupplur fick hon en sämre nattsömn, vilket gjorde henne motiverad att hålla sig vaken, men ha en ”aktiv vila” och hushålla med sin energi dagtid. Hon började träna snabbavspänning och gjorde en avslappningsövning på minst 10 minuter/dag, vilket sänkte den uppvarvning hon led av och nattsömnen blev så småningom klart förbättrad.

Läkemedel

Ett par deltagare hade fått sömnmedicin av läkare. De var ambivalenta till att ta den, eftersom de var rädda att bli beroende. En person hade haft sömntabletter de senaste sex åren varje kväll. Trots detta tog insomnandet lång tid. Hon var mycket rädd att släppa medicinen, eftersom hon trodde att den lilla sömn hon fick berodde på tablettarna. Gruppledarna frågade vid ett tillfälle om hon trodde att tablettarna hade någon effekt, men gav för övrigt inga råd eller förslag på att sluta.

Via sömndagboken kunde denna deltagare se att insomningstiden även med sömntablett var orimligt lång och det blev vändpunkten för henne. Hon arbetade mycket med sina tankefällor och blev fascinerad av hur effektivt det var. Hon slutade med medicinen på prov och märkte till sin förvåning att hon till och med somnade snabbare utan medicin. Sömneffektiviteten sjönk något för denna person, sannolikt hade hon sovit mer ”bassömn” med medicinen. Övriga gruppdeltagare lade märke till att hon såg både piggare, lugnare och gladare ut än tidigare.

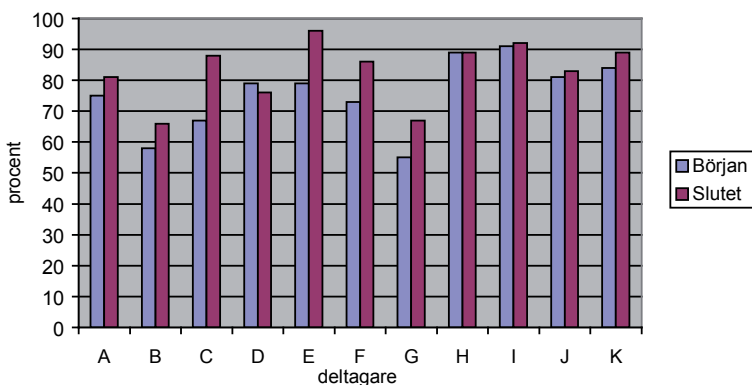
Den andra deltagaren hade sina insomningstabletter mest som en psykologisk trygghet, men tog ytterst sällan någon tablett.

Effektiv sömntid

Flera av deltagarna låg länge och läste, lyssnade på radio eller såg på TV i sängen. Den effektiva sömntiden i sängen blev därmed låg. Några låg också kvar i sängen upp till en timme efter att de vaknat på morgonen. En deltagare insåg att hon använde sängen som reträttplats från familjens krav, vilket gjorde att hon gick och lade sig flera timmar innan hon skulle sova. Dessa beteenden diskuterades i gruppen och förklaringar gavs till hur man kan lära kroppen att förknippa sängen med sömn.

Sömnrestriktion, att bara ligga i sängen under den tid man faktiskt sover, var en av de åtgärder som diskuterades och prövades av några deltagare. Motståndet mot att pröva var stort, men de som prövade sömnrestriktion märkte en stor skillnad i sömneffektivitet.

Sömneffektivitet i % i början och slutet av behandling



Figur 1. Jämförelse mellan sömneffektivitet i procent (medelvärde under en vecka) i början och slutet av behandlingen hos de deltagare som lämnade in sina sömndagböcker (n=11).

Samtliga personer förbättrade sin sömneffektivitet utom deltagare D och H. D hade nyligen slutat med de sömnmediciner hon använt dagligen de senaste sex åren, vilket gav en något lägre sömneffektivitet. H låg kvar på samma höga sömneffektivitet som från början. Åtta av de elva (73 %) deltagarna låg vid avslutningen på en sömneffektivitet på 80 % eller mer.

Nattliga uppvaknanden

I den undersökta gruppen varierade antalet uppvaknanden starkt, från inga uppvaknanden alls till mer än 5 uppvaknanden i genomsnitt varje natt i början. Tiden man var vaken vid varje uppvaknande varierade också kraftigt, från 1 – 2 minuter till 2 timmar.

En av gruppdeltagarna vaknade varje natt av bensmärter (tecken på restless legs syndrome). För att dämpa smärtorna gick hon upp och vandrade omkring i huset, och passade samtidigt på att ”kolla att allt var lugnt”. Hon arbetade via beteendexperiment med att bryta sina vanor och vid gruppens slut sov hon hela nätterna utan att vakna.

En annan deltagare vaknade vid gruppstarten alltid två gånger för att gå på toaletten. När hon ändå var uppe stod hon gärna och tittade ut i trädgården, vilket fördröjde tiden att somna om. Detta mönster hade hon haft i så många år att hon inte ens reflekterade över att hon skulle kunna sova hela natten. Hon prövade att inte följa impulsen att gå upp på natten, och fick i hemuppgift att bara ligga kvar och se vad som hände, om hon lät bli att gå upp. Vid gruppens slut sov denna person hela nätterna utan några uppvaknanden alls. Hennes negativa automatiska tankar handlade inte så

