

SVENSKA INSTITUTET FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE
FOR CBT/SCHEMATHERAPY

Ungdomar med sömnproblem

KBT-behandling i grupp vid en ungdomspsykiatrisk mottagning

Bodil Jonsson

Examensuppsats: Vt 2010

Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv beteendeterapi

Handledare Jan Lisspers, Leg Psykolog, Leg Psykoterapeut, Professor i Psykologi

Examinator: Hjördis Perris, Leg Psykolog, Leg Psykoterapeut, Docent i Medicinsk Psykologi

Ungdomar med sömnproblem

KBT-behandling i grupp vid en ungdomspsykiatrisk mottagning

Sammanfattning

Sömn är viktig för vår psykiska och fysiska hälsa. Sömnproblemen ökar i hela vårt samhälle och den allra största ökningen har skett i ungdomsgruppen där andelen ungdomar med sömnproblem tredubblats sedan 1981. Kognitiv beteendeterapeutisk behandling är en fungerande behandling vid primär insomni, KBT-I. Nyare forskning har visat att KBT-behandling även kan fungera för sömnproblem vid samtidig annan psykiatrisk problematik, det vill säga så kallad komorbid problematik. Forskningen omkring ungdomar med sömnproblem inom den psykiatriska verksamheten är i stort obefintlig. Föreliggande pilotstudie undersöker hur KBT-I-behandling fungerar för ungdomar med sömnproblem och komorbid problematik som behandlas inom en psykiatrisk mottagning. Inom ramen för studien har fyra grupper med ungdomar/unga vuxna i åldern 16-20 år behandlats vid sju tillfällen i gruppbehandling med KBT-I. Syftet med studien är att se om gruppbehandling för insomni ger effekt på sömnparametrar mätt med ISI samt om behandlingen gett någon effekt på ångest och depressionsparametrar mätt med HAD. Resultatet visar på signifikanta positiva effekter på sömnparametrar men utebliven effekt på ångest- och depressions-parametrar. Slutsatsen som kan dras är att KBT-behandling tycks vara en fungerande behandlingsmetod för sömnproblem för de ungdomar/unga vuxna inom psykiatrin som fullföljer behandlingen. Denna behandling behöver valideras ytterligare i större kontrollerade studier.

Nyckelord: KBT, KBT-I, Komorbid, Insomni, Ungdomar.

Examensuppsats vid legitimationsgrundande utbildning i kognitiv och beteendearikad psykoterapi

Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi
Vårterminen 2010

Författare: Bodil Jonsson, Legitimerad Psykolog

Handledare: Jan Lisspers, Leg Psykolog, Leg Psykoterapeut, Professor
Examinator: Hjärdis Perris, Leg Psykolog, Leg Psykoterapeut, Docent

INLEDNING.....	4
INSOMNI-DEFINITIONER	5
<i>Insomni</i>	6
<i>Primär insomni</i>	6
<i>Sekundär insomni</i>	6
<i>Komorbid insomni</i>	7
<i>Försenad sömnfas</i>	8
<i>Insomni vid ångest och depression</i>	9
PREVALENS OCH REMISSION	11
UNGDOMAR OCH SÖMN.....	11
<i>Ungdomars sömnproblem</i>	11
<i>Ungdomars sönmönster</i>	12
ORSAKER TILL SÖMNPROBLEM.....	13
<i>Bakomliggande faktorer</i>	13
<i>Vidmakthållande faktorer</i>	13
<i>24-timmarssamhället</i>	14
<i>Multitasking</i>	14
<i>Stress vår nya ohälsa</i>	15
KBT-BEHANDLING VID INSOMNI	15
<i>KBT- I</i>	15
<i>KBT-I vid komorbid insomni</i>	17
<i>Gruppbehandling av insomni</i>	17
<i>KBT-behandling med självhjälpböcker</i>	18
<i>KBT-behandling via internet</i>	18
<i>Andra KBT-behandlingsmodeller</i>	18
KBT-BEHANDLING JÄMFÖRT MED FARMAKOLOGISK BEHANDLING.....	19
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	20
<i>Syfte</i>	20
<i>Frågeställningar</i>	20
METOD	21
URVAL	21
INKLUSIONS-/EXKLUSIONSKRITERIER	22
DELTAGARE	22
INTERVENTION.....	23
DATAINSAMLING	24
<i>ISI</i>	24
<i>HAD</i>	24
PROCEDUR	25
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	26
DATAANALYS	27
RESULTAT	28
BORTFALL.....	28
ISI.....	29
HAD	30
DISKUSSION.....	32
REFERENSER	36
BILAGOR.....	42

Tack!

Jag vill tacka psykolog Marie Söderström, doktorand vid Karolinska institutet för inspiration och kunskap inför mitt arbete med sömngrupper. Jag vill rikta ett stort tack till professor Jan Lisspers på Avdelningen för psykologi vid Mittuniversitetet för värdefull handledning under arbetets gång. Vidare vill jag tacka doktorand Jens Bernhardsson på Avdelningen för psykologi vid Mittuniversitetet för hjälpen med databasen. Jag vill även tacka min man Petri Partanen för hjälp med den statistiska bearbetningen och korrekturläsning. Jag vill tacka sekreterare Elisabeth Wikström för hjälp med att boka och registrera deltagarna i sömngrupperna. Tack även till alla handläggare inom Barn- och ungdomspsykiatri och Ungdomspsykiatrisk mottagning som jag har samarbetat med i samband med de ungdomar som deltagit i behandlingen. Avslutningsvis vill jag tacka de ungdomar som har deltagit i denna undersökning - utan deras deltagande hade jag inte kunnat göra detta arbete!

Inledning

I Sverige har den psykiska ohälsan ökat sen 1990-talet - allra sämst mår de unga kvinnorna (SOU 2006:77). Sömnproblemen ökar i samhället i stort och den allra största ökningen har skett inom ungdomsgruppen och bland unga vuxna. Sömnproblem innebär ofta en stor påfrestning för de individer som är drabbade. Dålig sömn leder i hög grad till försämrad livskvalitet, då besvären försämrar arbetsprestationer och sociala relationer (Buysee, Germain, Moul & Nofzinger, 2005). De drabbade beskriver ofta dagtidssymtom i form av humörsvängningar, trötthet och koncentrationssvårigheter. I en studie av 3000 svenskar fann man att dålig sömn var relaterat till upplevd ohälsa och en mängd symtom så som exempelvis nedstämdhet, apati, nervositet, huvudvärk, minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter samt svårigheter att fatta beslut. De som rapporterade dålig sömn använde även mer sjukvård, tog mer medicin och var mer frånvarande från sina arbeten jämfört med dem som rapporterade en god sömn (Linton & Bryngelsson, 2000). Man har även funnit att det finns en koppling mellan kort sömn och suicidtankar och suicidförsök (Goodwin & Marusic, 2008).

Sömnproblem har även funnits vara relaterade till framtida hjärt-/kärlsjukdom (Parish & Shepard, 1990) och typ-II-diabetes (Mallon et al, 2005). Kroniska sömnproblem kan även påverka immunförsvaret på ett negativt sätt (Savard, Laroche, Simard, Ivers & Morin, 2003). Man vet även att sömnproblem innebär en ökad risk för olyckor. Antalet bilolyckor som sker till följd av trötthet har högre grad av invalidisering och dödstal än andra bilolyckor (Smith, Carrington & Trinder, 2005) Från samhällsperspektiv innebär sömnproblem ökade kostnader då de bidrar till exempel till sjukskrivningar i arbetslivet och studier som inte fullföljs.

Stress har länge betraktats som en viktig anledning till problem med sömnen. Aktuella forskningsresultat visar dessutom på att stressutlösta sömnbesvär föregår hälsosammanbrottet vid utmattningssyndrom (Söderström, in prep). Sömnproblem är även relaterade till många andra diagnoser, till exempel olika ångest- och depressionstillstånd. Det är vanligt att sömnproblem blir långvariga när de väl utvecklats. Forskning (se avsnitt "Insomni vid ångest och depression") visar på att obehandlade sömnstörningar ökar risken för att återinsjukna i depression.

Tidigare har olika former av sömnmedicin tillsammans med sömnhygieniska råd varit den enda behandling som kunnat tillhandahållas vid sömnproblem. Behandling med kognitiv

beteendeterapi (KBT) har länge visat sig vara en effektiv behandlingsmetod av *primär insomni*, det vill säga sömnstörning utan annan samtidig diagnos. På senare år har man även funnit KBT verksamt när sömnstörningen finns till följd av annan diagnos, så kallad *sekundär insomni*. Idag framhåller vissa sömnforskare att *komorbid insomni* är en bättre diagnos då sömnstörningar och andra diagnoser samverkar på ett komplext sätt.

Trots att det under de senaste åren bedrivits mycket forskning omkring KBT-behandling vid olika former av sömnstörningar så finns det mycket lite forskning kring behandling av ungdomar med sömnproblem. Det går inte att dra slutsatsen att den behandling som passar för vuxna automatiskt passar för behandling av ungdomsgruppen (Oetzel & Scherer, 2003). Det finns till dags dato inget skrivet om behandling av sömnstörning kopplat till ångest och depression hos ungdomar, vilket gör detta forskningsområde mycket angeläget.

Inom den så kallade ungdomspsykiatriska mottagningen möter man ungdomar/unga vuxna mellan 16-25 år, således den åldersgrupp där den psykiska ohälsan och sömnstörningarna ökar som allra mest. Allt fler ungdomar/unga vuxna anger sömnproblem som orsak när de söker kontakt med den ungdomspsykiatriska mottagningen. Av dem som söker behandling för sömnproblem har de flesta även annan psykiatrisk problematik. Vanligt är att man har varit nedstämd och haft ångest under en längre tid. Ofta har även sömnproblemen funnits med under flera års tid. Att hitta behandlingsformer som inte ger biverkningar och som ger bestående resultat är därför mycket angeläget.

Denna studie har som syfte att undersöka vilken effekt som KBT-gruppbehandling för ungdomar/unga vuxna med sömnstörningar har på sömnproblemen och graden av ångest- och depressionsbesvär. I litteraturöversikten kommer några för uppsatsen intressanta diagnoser att redovisas, vidare görs en redogörelse för hur sömnproblem kan samvariera med ångest- och depressionsbesvär. I det följande kapitlet finns även ett avsnitt om vad som kännetecknar ungdomars sömnmönster samt hur den stressrelaterade ohälsan i vårt 24-timmars-samhälle kan bidra till utvecklandet av långvariga sömnbesvär. Vidare kommer några av de KBT-behandlingsformer som finns för sömnstörningar att beskrivas. Avslutningsvis kommer en studie av fyra KBT-gruppbehandlingar av ungdomar/unga vuxna inom den ungdomspsykiatriska mottagningen att redovisas och diskuteras.

Insomni-definitioner

Insomni

Insomni beskrivs vanligen som bestående av tre kännetecken: (1) subjektiva sömnbesvär, (2) negativa dagtidssymtom och (3) obehag eller funktionsnedsättning i någon viktig del av livet. Det kan handla om svårigheter att somna på kvällen och/eller upprepade uppvaknanden på natten. För den drabbade innebär problemen trötthet, oro och nedstämdhet.

Primär insomni

Primär insomni definieras som svårigheter att initiera och/eller bibehålla sömn med därtill hörande dagtidssymtom. Besvären med sömnen ska ha funnits under minst en månads tid för att diagnos ska uppfyllas. För att kunna ställa diagnosen primär insomni så får sömnbesvären inte vara relaterade till medicinskt tillstånd eller någon annan psykiatrisk störning.

Primär insomni definieras utifrån DSM-IV som:

- A. Svårigheter att somna, täta uppvaknanden eller en känsla av att inte bli utsövd under minst en månad.
- B. Sömnstörningen (eller den åtföljande tröttheten under dagtid) orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- C. Sömnstörningen förekommer inte enbart i samband med narkolepsi, andningsrelaterad sömnstörning, störd dygnsrytm eller någon parasomni.
- D. Störningen förekommer inte enbart i samband med någon annan psykisk störning (t ex egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom, konfusion).
- E. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada.

Sekundär insomni

Sekundär insomni definieras som svårigheten att initiera eller bibehålla sömn som en konsekvens av annan primär medicinsk eller psykiatrisk störning.

Insomni i samband med annan axel I eller axel II diagnos definieras enligt DSM IV som:

A. Svårigheter att somna, täta uppvaknaden eller en känsla av att inte bli utsövd under minst en månad med åtföljande trötthet dagtid eller nedsatt funktionsförmåga dagtid.

B. sömnstörningen (eller dess direkta följdverkningar) orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

C. Sömnsvårigheterna bedöms ha samband med någon annan axel I- eller axel II-störning (t ex egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom, maladaptiv stressreaktion med ångestkänslor), men är av en svårighetsgrad som motiverar separat klinisk utredning.

D. Störningen förklaras inte bättre med någon annan sömnstörning (t ex narkolepsi, andningsrelaterad sömnstörning, någon parasomni).

E. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada.

Vid diagnostisering av sekundär insomni ser man insomnin som kausalt orsakad av det primära sjukdomstillståndet. Behandlingen har ofta fokuserat på det primära sjukdomstillståndet, i många fall hävdar forskare att det finns anledning att behandla även insomnin, då sekundär insomni är delvis oberoende och således inte alltid svarar på behandling av det primära sjukdomstillståndet (McCrae & Lichstein, 2001). Konventionellt har KBT-behandling av insomni direkt rekommenderats enbart vid primär insomni. Detta har resulterat i att mycket av den forskning som gjorts enbart inkluderat primär insomni. På senare tid har studier visat att behandling med KBT har varit effektiv vid sekundär insomni både vid medicinska och psykiatriska sjukdomstillstånd (Currie, Wilson, Pontefract et al, 2000; Lichstein & Wilson, 2000; Rybarczyk, Lopez, Benson, et al, 2002; Rybarczyk, Stepansky & Fogg, 2005)

Komorbid insomni

Benämningen komorbid insomni används allt oftare idag. Anledningen till att använda begreppet komorbid är att det många gånger inte går att reda ut vilken problematik som är primär och vilken som är sekundär. Stepanski och Rybarczyn (2006) framhåller benämningen komorbid insomni när insomni förekommer tillsammans med andra psykiatriska störningar där ingen av diagnoserna betraktas som primär respektive sekundär. I en epidemiologisk studie mötte 61 % av dem som rapporterade insomni även DSM-IV kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Ohayon, 1997).

De psykiatriska sjukdomstillstånden, såsom depression och ångest, är de sjukdomar som är starkast associerade med insomni (Ohayon, 1997; Buysse, Reynolds, Kupfer et al 1994). Ett annat fynd är att många patienter fortsätter att ha insomni även efter det att deras primära ångest eller depression har behandlats med framgång, vilket utmanar ett enkelt kausalt samband mellan dessa olika tillstånd (Zayfert & DeViva, 2004; Cartwright & Wood, 1991). Stepanski & Rybarczyk föreslår att komorbid insomni kan ses som en del av ett hyperarousal/stress-syndrom hellre än som ett tillstånd som är sekundärt till ett annat tillstånd. I en sådan modell är insomni relaterad till depression på grund av att risken för att utveckla båda tillstånden ökar beroende på de stora fysiologiska och psykologiska förändringar som sker till följd av stressande livshändelser. Författarna menar att en sådan modell förklarar den höga korrelationen mellan dessa båda tillstånd, utan behovet av att se den ena som orsakad av den andra. Utifrån ett stressperspektiv blir komorbiditeten mellan insomni och tillstånd som depression, ångest, smärttillstånd och kardiovaskulära tillstånd begriplig (Stepanski & Rybarczyk, 2006).

Försenad sömnfas

Försenad sömnfas (Delayed sleep phase syndrome) är ett vanligt förekommande men ofta odiagnostiserat tillstånd i ungdomsåren (Okawa & Uchiyama, 2007). Sömn-vakenhetsrytmen hos människan regleras av ett cirkadiskt tidssystem. Hos individer med försenad sömnfas är deras inre dygnsklocka i otakt med omgivningen. Dessa personer har svårigheter att somna på önskad tid på kvällen och att vakna upp på önskad tid på morgonen. De försöker att anpassa sig efter omgivningen, men misslyckas ofta och kan utveckla fysiska och psykiska problem i form av trötthet, huvudvärk, minskad aptit och depressivitet. Dessa personer har ofta svårt att

bibehålla sitt sociala nätverk och de kan även misslyckas med studier och med att klara av att anpassa sig till arbetstider. Det moderna 24-timmarsamhället innehåller många aktiviteter som går emot den normala dag-natt-indelningen. Till exempel skiftarbete, exponering av starkt ljus sent på kvällen, samt många andra aspekter av ett modernt liv, t ex att se på TV och spela dataspel kan leda till en desynkronisering av den normala cirkadiska rytmen.

En psykiatrisk komorbiditet är vanlig vid försenad sömnfas (Okawa & Uchiyama, 2007). En vanlig utveckling är ett tillbakadragande från ett normalt socialt liv.

Insomni vid ångest och depression

Sömnproblem är vanligt förekommande tillsammans med många olika ångesttillstånd. Vid exempelvis generaliserat ångesttillstånd (GAD), panikångest och posttraumatiskt stressyndrom är sömnproblem ett av diagnoskriterierna. Vid insomni förekommer ofta en förhöjd ångestnivå. Ångest innebär fysiologiskt en förhöjd arousal-nivå i kroppen, vilken är oförenlig med sömn. Även vid depression finns problem med sömnen med i diagnoskriterierna, då ofta i form av tidigt uppvaknande eller förlängd sömn. 60-84% av patienter med depression upplever besvär med sömnen (Taylor, Lichstein, Weinstock, Sanford & Temple, 2007). Insomniens roll vid ångest och depression är väl utforskad. I longitudinella studier har långvarig insomni visat sig öka risken för att utveckla en depressions- eller ångestsjukdom 1-30 år senare (Breslau, Roth, Rosenthal & Andreski, 1996; Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick & Klag, 1997; Mallon, Broman & Hetta, 2000; Ohayon & Roth, 2003; Perlis, Giles, Buysse, Tu & Kupfer, 1997).

Svenska forskare har i en prospektiv studie visat på att ångest är starkare relaterat till utvecklandet av insomni ett år senare än vad depression är (Jansson & Linton, 2006). I samma studie fann man även att ångest var den mekanism som dominerade förståelsen av insomni; hög ångest ökade risken att rapportera insomni med fyra gånger. Forskare har i en stor befolkningsstudie konstaterat att en psykiatrisk historia är nära relaterad till graden av och kronisiteten av insomni (Ohayon & Roth 2003). De kunde se att insomni-diagnos uppträdde tillsammans eller efter en ångestdiagnos och att insomni i hög grad föregick de affektiva diagnoserna. I ett annat material bestående av 1014 ungdomar mellan 13-16 år kunde man se att bland de med komorbid insomni så föregicks insomni av någon form av ångeststörning i 73 % av fallen (Johnson, Roth & Breslau, 2006).

Vid komorbiditet med depression så föregicks depressionen av insomni i 69 % av fallen (Johnsson, Roth & Breslau 2006). I en sammanfattning av åtta epidemiologiska studier kunde man se att insomni vid baseline (förmätning) innebar en signifikant ökad risk för depression vid uppföljning 1-3 år senare (Riemann, 2003). I en longitudiell studie av unga vuxna i åldern 21-30 år kunde man konstatera att risken för att utveckla egentlig depression var fyra gånger så hög för de som någon gång lidit av insomni i jämförelse med dem som inte haft insomni (Breslau et al., 1996). En studie från Houston, USA av ungdomar mellan 11-17 år visade att förekomsten och graden av insomni var förknippad med att över åren skatta högre värden av riskfaktorer för psykisk ohälsa som låg självkänsla, upplevelser av att vara mindre psykisk frisk än andra, lägre tillfredsställelse med livet, och högre grad av depression (Roberts et al, 2002).

Ångest och sömnproblem interagerar på ett komplext sätt. Dessa båda tillstånd påverkar varandra i båda riktningarna - sömnproblem finns inkluderade i de deskriptiva definitionerna av ångestdiagnoserna. Samtidigt som ångesttillstånd bidrar till sömnproblem så vet man att sömndeprivation framkallar ångestsymtom (Bourdet & Goldberg, 1994).

I en studie har man kunnat se att efter färdigbehandlad KBT-behandling vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) så återkom sömnproblemen i 48 % av fallen (Zayfert & DeViva, 2004). I en sammanställning om störd sömn och PTSD drog författarna slutsatsen att sömnfokuserad behandling borde ingå i standardbehandlingen av PTSD (Spoormaker & Montgomery, 2008).

I en pilotstudie av KBT-behandling av insomni hos personer med lätt depression kunde man se en minskning av skattandet av depressionsbesvär vid för- och eftermätning efter sex sessioner av KBT-behandling (Taylor, Lichstein, Weinstock, Sanford & Temple, 2007). I en studie av individer som hade egentlig depression samtidigt med insomni studerade man risken för återinsjuknande i depression och insomni efter behandling med antidepressiv medicinering (escitalopram) med tillägg av KBT-I. Man fann att tillägget med KBT-I resulterade i en högre grad av remission från depression. Kombinationen var även kopplad till ett högre tillfrisknande från insomni (Manber, Edinger, Gress, San Pedro-Salcedo, Kuo & Kalista, 2008)

Prevalens och remission

När man försöker att skapa sig en bild av hur många som är drabbade av insomni så får man olika svar beroende på hur man har definierat insomni. I vissa studier använder man insomni-besvär och kan då få en *prevalens* kring 30 % vilket betyder att 30 % i en vuxen befolkning är drabbade vid mättillfället. Om man använder en striktare insomni-definition får man lägre prevalens. I en epidemiologisk studie av förekomsten av sömnproblem och psykiatriska sjukdomar hos unga vuxna fann man att livsprevalensen för insomni var 16.6% (Breslau, Roth, Rosenthal & Andrenski, 1996). I en longitudinell studie av vuxna 20-60 år i Sverige fann man att prevalensen för insomni var 6.8%-9.7% vid två olika mätpunkter. 44,4% rapporterade fortsatt insomni ett år senare (Jansson-Fröjmark & Linton, 2008). För många av de drabbade blir sömnbesvären långdragna. Det sker en viss grad av spontan *remission*, det vill säga en viss andel av de drabbade blir av med sina sömnbesvär utan behandling. En större andel av de med svårare sömnbesvär behöver behandling för att bli av med sina sömnbesvär.

Ungdomar och sömn

Ungdomars sömnproblem

Sömnproblemen har ökat kraftigt i ungdomsgruppen sedan slutet av 1990-talet. I åldersgruppen 16-24 år uppgav 27 % av kvinnorna och 19 % av männen i Sverige att de haft besvär med sömnen under de senaste två veckorna (SOU 2006:77). Det finns mycket mindre forskning kring sömnproblem hos ungdomar än hos den vuxna befolkningen. I en stor prospektiv studie från USA där man bland annat tittade på sömnen hos ungdomar mellan 11-17 år fann man att symtom på insomni var vanligt: 17 % rapporterade att de inte var utvilade på morgonen, 6 % hade svårt att initiera sömn, 7 % upplevde trötthet på dagen och 5 % upplevde sig sömniga i stort sett varje dag (Roberts, Ramsay & Ger Chen, 2002). I samma studie fann man även ett klart samband mellan hur stora problem ungdomarna upplevde med sömnen och hur deras fungerande dagtid var.

I en studie av sömnproblem hos ungdomar i åldrarna 12-19 år i Hong Kong fann man att 19,1 % av ungdomarna hade svårt att somna, vaknade upp under natten eller vaknade upp för tidigt på morgnarna tre nätter eller fler per vecka under de senaste tre månaderna (Chung & Cheung, 2008). 3 % av ungdomarna mellan 13-16 år uppfyllde DSM-IV kriterierna för insomni. I samma studie kunde man även se att prevalensen av sömnproblem ökade under adolescensen och att den var högre bland flickorna. I studien kunde man konstatera att en hög upplevd stressnivå var den mest signifikanta riskfaktorn för insomni. I en studie av 750 ungdomar i åldern 14-15 år i Kalifornien kunde man se att mindre sömn föregående natt korrelerade med högre upplevd ångestnivå, depressivitet och sömnighet dagen därpå (Fuligni & Hardway, 2006).

Det är oklart huruvida det råder några könsskillnader när det gäller sömnproblem under ungdomsåren. Det finns studier som visar på att flickor i adolescensen rapporterar signifikant mer sömnstörningar än pojkar (Manni, Ratti, Marchioni, Castelnuovi, Murelli, Sartori, et al 1997). En longitudinell studie av 850 ungdomar kunde dock inte peka på några könsskillnader (Morrison, McGee & Stanton, 1992).

Sömnproblem under adolescensen har visat sig vara kroniska i hög grad, då studier har visat på att hälften av dem som rapporterar sömnproblem fortsätter att rapportera sömnproblem 2-4 år senare (Morrison, McGee, Stanton, 1992; Saarenpää-Heikkilä, Laippala & Koivikko, 2001).

Ungdomars sönmönster

Många biologiska, psykologiska och sociala förändringar sker under adolescensen, vilket gör denna period till en kritisk och instabil period under livet. Det finns evidens för att ungdomars sömnvanor förändrats under de senaste decennierna så att den totala sömntiden reducerats och att tiden för läggning sker allt senare. Sedan slutet av 1970-talet, speciellt under senare delen av 1990-talet har sömntiden minskat med uppskattningsvis en timme (Thorleifdottir, Björnsson, Benediktdottir, Gislason & Kristbjarnarson, 2002).

I en studie där man jämfört sömntrycket hos yngre pre-pubertala ungdomar med mer pubertalt mogna ungdomar genom mätningar med polysomnografi och av melatoninnivån i saliven fann man att sömntrycket var lägre hos de äldre ungdomarna. Forskarna menar att detta skulle

kunna "legitimera" en senare läggtid (Taylor, Jenni, Acebo & Carskadon, 2005). Många ungdomar senarelägger sina läggtider då de föredrar att vara uppe senare. Många ungdomar lever även i en form av ständig jetlag då de lägger sig mycket sent på fredag och lördag kväll och sover länge på lördag och söndag morgon. I genomsnitt skjuter ungdomar upp sin sömn med två timmar under fredag och lördag kväll, för att ta igen sömnen under lördags- och söndagsmorgonen (Yang & Spielman, 2001).

Orsaker till sömnproblem

Bakomliggande faktorer

Man brukar skilja mellan bakomliggande och vidmakthållande faktorer när det handlar om sömnproblem. De bakomliggande faktorerna kan vara många och svåra att tydligt definiera. Jansson (2006) hänvisar till utvecklingen av insomni som en komplex och till stora delar okänd process. Han menar att en relativt vedertagen uppfattning av hur insomni utvecklas över tid är att vissa faktorer gör en individ sårbar för att utveckla insomni. Han hänvisar bland annat till genetiska, medicinska och psykologiska faktorer. Hos individen kan det finnas en genetisk sårbarhet för lättstörd sömn. Många gånger sammanfaller uppkomsten av insomni med stressande livshändelser. När sömnstörningen väl är ett faktum så bidrar även ett flertal vidmakthållande faktorer till att sömnproblemen blir långvariga.

Vidmakthållande faktorer

Forskning visar att när väl insomni utvecklats så spelar psykologiska faktorer en stor roll för att vidmakthålla problemet (Espie, 2002). Viktiga vidmakthållande faktorer vid insomni är uppmärksamheten som sömnproblemet får för den drabbade. Oron för sömnlösheten och de konsekvenser som den för med sig bidrar till en ökad arousal där det sympatiska nervsystemet gör individens biologi uppvarvad. En prospektiv studie visade på att den mekanism som tydligast kopplades till insomni var farhågor om de negativa långtidskonsekvenserna av insomni (Jansson & Linton, 2007).

Ofta sker även en betingning, vilket innebär att sängen och sänggåendet blivit förknippad med sömnlöshet och oro. Det kan således räcka med att lägga huvudet på kudden för att oron över att inte kunna somna drar igång. Den drabbade försöker även med hjälp av olika strategier att hantera sitt problem. En sådan strategi kan vara att gå och lägga sig tidigt, vilket ofta leder till många vakna timmar i sängen. Lång vakenhet i sängen förstärker ofta oron som höjer den biologiska aktiveringen, vilken är oförenlig med sömn. En person som lider av sömnbrist hanterar många gånger sin trötthet på dagen med att dricka stora mängder koffeinhaltiga drycker, exempelvis kaffe eller energidrycker. Då koffeinet har en relativt lång halveringstid innebär det att biologin vid läggdags kan vara uppvarvad av koffein, vilket bäddar för såväl ångest som sömnlöshet.

24-timmarssamhället

Vi lever idag i ett samhälle som förändras i mycket snabb takt. Vi har blivit flexiblare då vi kan kommunicera med mobil telefoni och mobila bredband. Detta har bidragit till att gränsen mellan arbete och fritid suddats ut. Användningen av internet och mobiltelefoner ökar i hela samhället men kanske allra mest i ungdomsgruppen. De är ständigt nåbara och använder sin mobil till mycket: musik, telefoni, sms, spel, alarm med mera. Många ungdomar vittnar om att de aldrig slår av sina mobiltelefoner. Det ökade internetanvändandet innebär att information och kontakt med andra finns tillgänglig dygnet runt. Även tv sänder idag dygnet runt. Detta innebär att det idag är upp till den enskilde att stänga av tekniken, det finns inget naturligt slut på dagen som det fanns tidigare (Söderström, 2007). I en studie från Finland visade att intensivt dataanvändande var en hälsorisk för pojkar mellan 16-18 år när det påverkade sömnvanorna. För flickor mellan 16-18 var intensivt mobilanvändande associerat med en hälsorisk när användandet påverkade sömnen negativt (Punamäki, Wallenius, Nygård, Saarni & Rimpelä, 2007).

Multitasking

Den nya tekniken gör även att vi lever i ett stort informationsflöde. Att ägna sig åt flera saker samtidigt, så kallad multi-tasking är idag vanligt. Vi kan ha vår laptop i knäet när vi ser på tv och vi håller flera konversationer igång samtidigt när vi chattar på MSN, kanske samtidigt som vi sysslar med något annat. Klingberg (2007) menar att våra hjärnor idag är

översvämmade. Vi arbetar ofta i miljöer där vi splittrar vår uppmärksamhet mellan olika uppgifter. Vi vet att vår hjärna till viss del är plastisk och således är förmögen till anpassning. Men stora delar av vårt biologiska system har inte hunnit anpassa sig i samma takt som vårt samhälle har utvecklats.

Stress vår nya ohälsa

Währborg har beskrivit stressrelaterade sjukdomar som vår nya ohälsa (Währborg, 2009). Stress är ett stort område som ligger utanför denna uppsats ram att beskriva utförligt. Sammanfattningsvis så kan man beskriva stress som en obalans mellan krav och resurser. Kanske är det så att vårt nya samhälle ställer helt nya krav på oss, krav som vissa av oss på grund av olika anledningar kan ha svårt att anpassa oss till. Idag läggs stor vikt vid det individuella projektet som innebär att vi på en yttre nivå har en stor frihet att forma våra egna liv. Detta innebär att vi tvingas att ta ansvar för vem vi är och hur vi lever våra liv. Denna frihet kan bli tung att bära då besluten som ska tas anses avgörande för hur livet ska bli. Samtidigt som allt på en yttre nivå målas upp som möjligt så finns det även mycket som begränsar vår möjlighet till valfrihet, såsom ekonomi, social tillhörighet, begåvning med mera. De ungdomar som kommer till den ungdomspsykiatriska mottagningen framhåller ofta att de blir stressade av allt som de upplever att de måste leva upp till. De brukar lyfta upp krav på att prestera i skolan, välja rätt utbildning, se bra ut, ha många kompisar med mera.

KBT-behandling vid Insomni

KBT- I

KBT-behandling vid insomni går i forskningssammanhang under benämningen KBT-I. Denna behandling har väl dokumenterade och goda behandlingsresultat (Drake et al., 2003; Smith et al., 2002; Morin & Wooten, 1996; Murtagh & Greenwood, 1995). Effekterna av behandling finns även kvar över tid (Smith et al., 2002). KBT-I kan bedrivas enskilt eller i grupp. Mer om gruppbehandling beskrivs längre fram.

KBT-I består av både kognitiva och beteendeariktade interventioner. De kognitiva interventionerna adresserar tankeprocesser som tankar av oro, samt perceptuella processer t ex hur man uppfattar tiden som man har sovit samt t ex den förvrängning som sker då många patienter med sömnproblem undervärderar den mängd sömn som de får. Att adressera uppmärksamhetsprocesser är också en del av den kognitiva behandlingen då personer med sömnproblem tenderar att fokusera på både yttre och inre aspekter som talar emot att de ska somna, exempelvis klockans tickande samt andra störande ljud och inre förnimmelser och tecken på att de måste gå på toaletten. Personer med insomni har ofta ohjälpsamma övertygelser omkring sömnen, exempel på detta kan vara att man tänker att man måste sova åtta timmar för att fungera eller att de måste ställa in planerade aktiviteter efter en natt med lite sömn. Idén bakom de kognitiva interventionerna är att man med hjälp av kognitiv omstrukturering hjälper patienten att kritiskt ifrågasätta de ohjälpsamma antaganden som är kopplade till sömnproblemen. Detta sker t ex med hjälp av psykoedukation kring sömn samt olika former av beteendeeexperiment (Harvey, Tang & Browning, 2005).

Till de beteendeariktade interventionerna räknas stimuluskontroll och sömnrestriktion. Stimuluskontroll innebär att patienten uppmuntras att använda sin säng enbart till sömn och eventuellt sex. Samt uppmanas att stiga upp ur sängen om denne inte har somnat inom cirka 20 minuter. Detta har som syfte att bryta den betingning som ofta uppstår vid sömnproblem. Sömnrestriktion innebär att man minskar ner tiden i sängen till den tid som man faktiskt sover. Detta mått får man fram genom att föra registreringar i sömndagbok under en till två veckors tid. Minimitiden anges lite olika i olika manualer. En vanlig tid är att inte gå under fyra timmar i sängen. Man räknar då baklänges från den tid då man måste stiga upp för att fastställa tiden för läggning. Syftet med sömnrestriktion är att skapa ett ökat sömntryck via sömndeprivering för att underlätta insomning.

Sömnhygien är ett inslag i behandlingen som kan räknas till de beteendeariktade interventionerna. Sömnhygien innebär att se över sovrummet så att det håller en optimal temperatur och att det är mörkt och tyst vilket underlättar insomnandet. Till sömnhygien räknas även att se över sitt intag av koffein, nikotin och alkohol. En annan faktor rör matvanor och man strävar efter att se till att patienten inte går och lägger sig hungrig eller alltför mätt.

KBT-I vid komorbid insomni

Morin och Espie har skrivit en utförlig behandlingsmanual för insomni (Morin & Espie, 2004). Denna manual är validerad för behandling av personer med primär insomni. De framhåller dock att behandling utifrån denna manual är möjlig även vid insomni hos speciella populationer men att man kan behöva anpassa behandlingsmodellen efter vilka man har i behandling. Exempelvis menar dessa författare att man som behandlare kan behöva tillhandahålla extra stöd till personer med insomni i kombination med depression då de kan ha en låg motivation till att genomföra de beteendeterapeutiska förändringarna som ingår i behandlingen. De framhåller att kliniker behöver vara flexibla och anpassa interventionerna till varje specifik omständighet hos varje patient och till det kliniska sammanhang där behandlingen sker.

Gruppbehandling av insomni

Behandling av sömnproblem går både att bedrivas individuellt eller i grupp. Dessa båda format har sina för- och nackdelar. Vid en individuell behandling har man större möjlighet att individualisera behandlingen. En nackdel vid de individuella behandlingarna kan vara att det är svårare att genomföra de psykoedukativa inslagen av behandlingen som lämpar sig särskilt väl för gruppformatet. En annan fördel med gruppen är att de olika gruppdeltagarna kan få stöd av varandra - de känner sig mindre ensamma i sin problematik. Enligt psykolog Söderström som bedrivit mycket behandling av sömnstörningar både individuellt och i grupp brukar gruppbehandlingen ha ett upplägg på sju behandlingsträffar i jämförelse medan individuella behandlingar brukar ha tio träffar. En anledning till de färre antalet träffar för grupperna menar hon är att det blir en annan dynamik i gruppen som snabbare för behandlingen framåt (från föreläsning 090401 vid Svenska Institutet För Kognitiv Psykoterapi).

Svenska forskare har kunnat påvisa att KBT i grupp för individer som haft sömnproblem 3-12 månader var effektiv i att producera minskning av dysfunktionella antaganden och attityder i förhållande till sömn och till att minska de negativa dagtidssymtomen likväl som en förbättring av sömnmönstret (Jansson & Linton, 2005). Det finns en första pilotstudie med

KBT för ungdomar med insomni. Denna gruppbehandling som gav bra resultat riktade sig till ungdomar som tidigare fått behandling för missbruk (Bootzin & Stevens, 2005).

KBT-behandling med självhjälsböcker

Under de senaste åren har det kommit ett flertal självhjälsböcker på svenska som utgår från KBT-behandling. Några exempel på sådana självhjälsböcker är boken *Sömn* skriven av psykolog Söderström samt *Sov gott* av psykolog Jernelöv. Dessa böcker är upplagda enligt standardprinciperna för behandling vid insomni (se beskrivning om behandling vid insomni under rubriken "KBT-behandling för insomni"). Studier av så kallad biblioterapi visar att man kan erhålla god hjälp med hjälp av självhjälsböcker (van Straten & Cuijpers, 2009). En förutsättning för gynnsamt utfall är en individ med god motivation som har förmåga att arbeta självständigt.

KBT-behandling via internet

Internetbaserad självhjälp har fått stöd i forskning (Ström, Pettersson & Andersson, 2004). En internetbaserad behandling innehåller även den de ovan beskrivna inslagen. Behandlingen bygger ofta på olika former av självregistreringar, ofta i form av webb-baserade sömndagböcker samt olika hemuppgifter mellan de olika inslagen i behandlingen. Exempel på internetbaserade sömnbehandlingar är Livandas *Sömnskola* samt Apotekets *Sömnhjälpen*. De internetbaserade behandlingarna erbjuder ofta tilläggstjänster i form av personlig coachning under programmets gång. På så vis kan dessa program i viss mån individualisera behandlingen. Liksom självhjälsböcker kräver dessa behandlingar god motivation och förmåga att arbeta självständigt.

Andra KBT-behandlingsmodeller

Den senaste strömningen inom KBT som vanligen benämns tredje vågens KBT består av förhållningssätt som vanligen förknippas med ett mera österländskt tänkande och förhållande till livet. De så kallade mindfulness-baserade terapierna som kortfattat kan sägas handla om att lära sig att leva mer i nuet och om att träna på ett accepterande och icke-dömande

förhållningssätt innebär även en skillnad i hur man kan se på behandling av sömnproblem, där tydligare fokus ligger på acceptans- och mindfulness-strategier än på traditionella kognitiva och beteendeariktade strategier för förändring. Det bedrivs nu forskning utifrån denna modell som går under namnet MBCT-I.

Det finns även en ny lovande behandlingsmodell, CT-I (Cognitive Therapy for Insomnia), som är mer fokuserad på den kognitiva omstruktureringen (Harvey, Sharpley, Ree, Stinson & Clark, 2007). En fördel med den behandlingen är att den i en första pilotstudie har visat sig vara acceptabel för deltagarna, vilket innebär att deltagarna fullföljer behandlingen i hög grad - i studien där man tittade på CT-I skedde inga bortfall. Det finns även en liten studie om CT-I riktad till ungdomar med primär insomni. I den förekom dock bortfall liknande övrig behandling för ungdomar (Norell & Nylander, 2007).

KBT-behandling jämfört med farmakologisk behandling

I en välkontrollerad studie där man jämförde KBT-behandling med farmakologisk behandling visade sig KBT-behandlingen vara den mest potenta behandlingen när det gällde flertalet av de parametrar som man studerade. KBT var den mest sömneffektiva interventionen, den bidrog till den största förändringen av tid till insomnande och till bäst sömneffektivitet. Den bidrog till flest individer som fick ett normalt sömnmönster efter avslutad behandling. Denna effekt höll i sig vid uppföljning. Kombinationen av farmakologisk och KBT-behandling gav ingen terapeutisk vinst jämfört med enbart KBT-behandling. Enbart farmakologisk behandling gav måttliga behandlingseffekter och dessa försvann när medicineringen sattes ut. Slutsatsen av denna studie är att KBT bör vara första linjens behandling för unga och medelålders individer med insomningssvårigheter (Jacobs, Pace-Schott, Stickgold & Otto, 2004).

I en nyligen publicerad studie där man jämfört KBT-behandling enbart och i kombination med medicinering (zolpidem) för vuxna med långdragen insomni fann man att kombinationen av KBT och medicin hade bäst effekt om medicinen användes i början av behandlingen och

sedan sattes ut medan KBT behandlingen fortsatte (Morin, Vallières, Guay, Iers, Savant, Mérette, Bastien & Baillargeon, 2009).

Syfte och frågeställningar

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka vilken effekt som KBT-behandling för insomni har för ungdomar/unga vuxna i åldern 16-25 år som lider av insomni tillsammans med ångest- och/eller depressionsbesvär. Ett syfte är att se om behandlingen kan påverka graden av upplevda sömnproblem. Ett annat syfte är att undersöka om behandlingen för sömnproblemen kan påverka graden av upplevda ångest- och/eller depressionsbesvär.

Frågeställningar

1. Ger KBT-gruppbehandling för insomni mätbara positiva effekter på sömnstörning för patienter i åldern 16-25 år när den erbjuds till patienter som har komorbid psykiatrisk problematik i form av insomni tillsammans med ångest- och/eller depressionsbesvär?
2. Ger KBT-gruppbehandling för insomni mätbara positiva effekter på depressions- och ångestsymtom för patienter i åldrarna 16-25 år när den erbjuds till patienter med komorbid psykiatrisk problematik i form av insomni tillsammans med ångest- och/eller depressionsbesvär?

Metod

Urval

Rekrytering gjordes till behandlingen via behandlare på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) och via behandlare på ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM). En skriftlig inbjudan som innehöll information om behandlingen och studien delades ut av behandlare på BUP och UPM till patienter som kunde tänkas uppfylla inklusionskriterierna för behandlingen (*bilaga A*). Därefter fick patienterna anmäla intresse för deltagande varpå de kallades till ett bedömningsamtal.

Bedömningsamtalet bestod av en intervju omkring sömn och övrig psykisk och fysisk hälsa enligt föreslaget upplägg från manualen *Insomnia - A Clinical Guide to Assessment and Treatment* (Morin & Espie, 2004). Områden som berördes under bedömningsamtalet inkluderade: nuvarande sömnmönster, sömnkvalité, dagtidssymtom, sömnproblemets historia, sömnen tidigare i livet, allmänt hälsotillstånd och sjukdomshistoria, psykopatologi och historia av psykologiskt fungerande, differentialdiagnostik för sömnapné, periodic limb movements in sleep (PLMS) och restless legs syndrome (RLS), försenad sömnfas, parasomnier och narkolepsi samt nuvarande och tidigare behandling för sömnproblemen. Under bedömningsamtalet berördes även personens inställning till att arbeta med sömnproblemen i grupp. Under bedömningsamtalet administrerades även ISI - *Insomnia Severity Index* (*bilaga B*) och HAD - *Hospitality Anxiety and Depression Scale* (*bilaga C*).

Bedömningsamtalet hölls ungefär en månad innan behandlingen påbörjades för att pretestperioden skulle hinnas med innan start av behandling. Under bedömningsamtalet fick personerna såväl muntlig som skriftlig information om föreliggande pilotstudie samt fick ta ställning till om de ville delta i denna (*bilaga D*). Personerna fick under bedömningsamtalet även information om innehållet och strukturen i gruppbehandlings-programmet samt möjlighet att ställa frågor om behandlingen.

Inklusions-/exklusionskriterier

Inklusionskriterierna för deltagande i behandlingen var att (1) personen var mellan 16-25 år, samt (2) att patienten uppfyllde kriterierna för klinisk insomni av medel eller svår art enligt ISI samt (3) att det förelåg en komorbid psykiatrisk problematik i form av depressions- och/eller ångeststörning. Exklusionskriterier var (1) förekomst av annan primär sömnstörning, exempelvis sömnapné syndrom, restless legs, periodic limb movement samt (2) graviditet (3) pågående drogmissbruk (4) skiftarbete (5) förekomst av epilepsidiagnos eller bipolär diagnos.

Deltagare

Sammanlagt träffades 26 ungdomar för ett bedömningsamtal. Fyra personer av dessa bedömdes som icke lämpliga för behandlingen. Anledningen till det var hos en person epilepsi och RLS (restless legs syndrome), hos en annan ett pågående drogmissbruk, hos en tredje person en dålig timing för behandling, samt en fjärde person som själv valde att avstå på grund av en social fobi som denne först önskade få hjälp med. Således erbjöds 22 personer deltagande i behandling.

Av de 22 personer som erbjöds deltagande i grupp startade 19 personer behandlingen, en hade blivit bättre av medicinering innan behandlingen startades och två uteblev till behandling. Av dessa 19 personer var det fyra personer som bara kom till ett eller två behandlingstillfällen. Fyra personer kom till tre eller fyra behandlingsträffar, av dessa fyra var det en som i samråd med behandlingsansvarig avbröt behandlingen för att få hjälp med annan psykiatrisk problematik.

Sammantaget fullföljde 11 deltagare gruppbehandlingen (n=11). En gräns för fullföljande sattes vid deltagande i fem eller fler sessioner. Deltagarantalet varierade från 3-6 personer per grupp. Könsfördelningen var 8 kvinnor och 3 män. Åldern på deltagarna vid gruppstart varierade mellan 16 och 20 år med en median på 18 år. Trots att deltagarna var unga så hade de flesta haft sina sömnproblem under flera års tid. Vidare kom det under

bedömningssamtalet fram att deltagarna upplevde att deras sömnproblem på ett betydande sätt påverkade deras liv negativt inom flera områden såsom trötthet, minskad ork för kompisar och skola, humörpåverkan i form av ledsenhet och ilska samt minskad förmåga till koncentration och uppmärksamhet.

Intervention

KBT-I är den behandlingsintervention som studien avser utvärdera. KBT vid insomni består av både kognitiva och beteendeariktade interventioner, vilket tidigare beskrivits. Som underlag till behandlingen har i stor utsträckning Morin och Espies manual från 2004 använts.

I enighet med dessa författares rekommendationer har behandlingen anpassats till den aktuella kliniska gruppen som behandlingen vänt sig till. Då behandlingen vänt sig till personer som har insomni tillsammans med ångest- och/eller depressionsbesvär så har ett tillfälle använts till att belysa hur sömn-, ångest- och depressionsproblem kan hänga ihop och hur de ömsesidigt kan påverka varandra.

I senare KBT-modeller framhålls ofta ett innehåll av både acceptans- och förändringsstrategier. Ett tillägg till behandlingen har därför varit ett inslag kring acceptans och mindfulness. Detta tillägg är i linje med innehållet i senare behandlingsupplägg för sömnproblem (Söderström, 2007; Livandas sömnskola). Mindre vikt har lagts vid information om sömnmedicin och utsättning av sådan medicinering då deltagarna i denna studie i mycket liten omfattning använt sig av sömnmedicin. En översikt av innehållet i behandlingen fördelat över de sju träffarna finns som bilaga *bilaga E*. Behandlingen har följt en fast struktur varje behandlingsträff (*bilaga F*).

Under hela behandlingen har deltagarna dagligen registrerat sin sömn i en sömndagbok. Sömndagboken innehöll frågor om: tupplur föregående dag samt omfattningen av en eventuell tupplur, intag av sömnmedicin inklusive styrka och tidpunkt, tiden för läggning, tiden som det tog att somna, antalet gånger som de vaknade under natten, tiden som de var vaken vid varje tillfälle som de vaknade på natten, tiden för uppvaknande på morgonen

inklusive tiden för uppstigandet samt en skattning på hur de sovit under natten mellan 1-5 och slutligen antalet timmar som de sovit under natten (*bilaga G*).

Datainsamling

Efter att samtycke för deltagande i studien skrivits på av vederbörande och av vederbörandes målsman om personen var under 18 år, påbörjades datainsamlingen. Datainsamlingen har gjorts med hjälp av datoriserade versioner av ISI och HAD. Anledningen till att välja webbenkäter var att det bedömdes vara till hjälp för att få in så många mätningar som möjligt. Webbformulären administrerades sammanlagt vid nio tillfällen till varje deltagare, tre vid pretest-perioden (mätning före behandling), tre vid posttest-perioden (mätning efter behandling) och tre vid uppföljningsperioden efter sex månader. Mätningarna gjordes med en veckas mellanrum. Syftet med att administrera ISI och HAD tre gånger vid varje mätperiod var att få fram ett så säkert värde som möjligt. Personerna som deltog i studien fick påminnelse via sms om att det var dags att svara på webbformulären.

ISI

För att mäta deltagarnas upplevda sömnproblem och i vilken mån sömnproblemet stör personen i vardagen användes Insomnia Severity Index, ISI (Bastien, Vallières & Morin, 2001) översatt till svenska av (Jansson-Fröjmark, Örebro universitet) ISI är ett självskattningsformulär med sju påståenden kring sömn som bedöms på en femgradig skala, 0-4. Skalan delas in i fyra olika skalsteg och går från 0-28. En totalpoäng på 22-28 indikerar en svår klinisk insomni, 15-21 poäng bedöms som medelsvår insomni, 8-14 poäng bedöms som subklinisk insomni och 0-7 poäng visar på inga kliniskt signifikanta svårigheter. ISI bedöms ha tillförlitlig reliabilitet och validitet (Bastien, Vallières, & Morin, 2001).

HAD

För att mäta grad av ångest och depressionsbesvär användes Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD (Zigmont & Snaith, 1983), validerad i Sverige 1997 (Lisspers, Nygren &

Söderman, 1997). HAD är ett självskattningsformulär som består av sju frågor om ångestsymtom (HAD Å) och åtta frågor om depressionssymtom (HAD D). Svaren bedöms på en fyragradig skala mellan 0-3 på varje fråga. På ångestdelen kan 0-21 poäng uppnås och på depressionsdelen kan 0-24 poäng uppnås. En poäng på 8 eller mer indikerar ångest- respektive depressionsstörning. HAD är ett väl utprovat test för att mäta grad av ångest och nedstämdhet samt förändringar över tid med god reliabilitet och validitet (Bjelland, Dahl, Haug, Neckelmann, 2002).

Procedur

Innan studien påbörjades genomfördes en pilotgrupp hösten 2007. Syftet med denna var att få en första respons från de ungdomar som deltog i denna grupp kring hur de upplevt innehållet och formatet i behandlingen. Efter denna pilotgrupp gjordes vissa justeringar. Exempelvis ökades antalet träffar från sex till sju.

Vid rekryteringen av deltagarna till gruppen så distribuerades en skriftlig intresseinbjudan till samtliga handläggare på BUP och UPM (*bilaga A*) som de kunde dela ut till personer som hade sömnproblem samtidigt med ångest- och/eller depressionsproblematik. Personen ifråga fick därefter ta ställning till om de var intresserade av att delta i behandlingen.

Efter intresseanmälan kallades de till ett bedömningssamtal. Under bedömningssamtalet fick de antingen erbjudande att delta i behandlingen eller så förklarades varför behandlingen inte bedömdes som lämplig. De som bedömdes passa för behandlingen fick under bedömningssamtalet information om den studie som gjordes i anslutning till behandlingen. Formulär för samtycke skrevs på eller togs hem för ställningstagande av förälder om patienten var under 18 år, se vidare under avsnittet om etiska överväganden.

Då grupperna var rekryterade påbörjades perioden av pretest-mätning. Denna bestod i att de deltagare som rekryterats till nästkommande grupp fick besvara formulären ISI och HAD vid tre tillfällen med en veckas mellanrum. Samtliga enkäter besvarades via webbenkäter. Deltagarna fick en webbadress för att besvara enkäterna. Deltagarna fick personliga

användarnamn och inloggningsuppgifter, vilka gav dem tillträde till enkäterna som låg under Mittuniversitetets databas. Deltagarna fick påminnelse om att det var dags att besvara webbenkäten via ett sms-meddelande.

Efter det att pretestningarna var avslutade påbörjades behandlingen. Denna skedde två timmar under sju måndagar mellan 15:30-17:30, uppehåll hölls de gånger som det var skollov. För samtliga fyra grupper innebar det ett uppehåll på två veckor då antingen höstlov, sportlov eller påsklov inföll under behandlingsperioden. Behandlingsansvarig var vid samtliga grupper författaren till denna uppsats. Vid behandlingens avslut, i slutet av sjunde tillfället administrerades enkäten om hur de upplevt att arbeta i grupp med sina sömnproblem.

Efter att behandlingen var avslutad följdes en tre veckors period av posttestningar. ISI och HAD administrerades på liknande sätt som innan behandlingen med sms-påminnelse och webbenkäter. Efter ytterligare sex månader följde den tredje och sista mätperioden. Då togs kontakt via email med information om att det nu var dags för den sista mätperioden och en påminnelse om hur de skulle gå tillväga. I detta brev fanns deras personliga inloggningsuppgifter. Även denna gång besvarades ISI och HAD som webbenkäter med sms-påminnelse de dagar som de skulle besvara enkäterna. Vårterminen 2008 rekryterades den första gruppen som deltog i studien. Ytterligare en grupp hölls under vårterminen 2008. Därpå den tredje under höstterminen 2008 och den fjärde och sista under vårterminen 2009.

Etiska överväganden

Studien och behandlingen genomfördes i enlighet med de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden. Studien har följt de forskningsetiska principerna som finns inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Deltagarna och deras vårdnadshavare om de var under 18 år fick skriftlig information om syftet med studien. Under bedömningssamtalet fick deltagarna även muntlig information. De fick information om att deltagandet i studien var frivilligt. De fick kontaktuppgifter till behandlingsansvarig och till handledare. Deltagarna fick information om rätten att avbryta utan att ange skäl samt att de hade möjlighet att delta i behandlingen utan att delta i studien. Deltagarna fick information om att all data

avidentifierades och kodades. Deltagarna i studien fick information om att uppgifter som lämnats under studien inte kommer att användas till något annat än studien och inte kommer att föras vidare till andra vårdgivare eller myndigheter.

Dataanalys

Studien designades som en pre-post-uppföljnings-studiedesign med sammanlagt nio mättillfällen, tre vid varje mätperiod. På grund av ett stort bortfall av data vid mättillfällena två och tre vid varje mätperiod valdes till analysen det första mättillfället vid pretest-, posttest- respektive uppföljningstillfället, då kompletta data för samtliga som fullföljde behandlingen endast fanns vid dessa tillfällen.

Data analyserades med hjälp av en envägs-ANOVA för upprepade mättillfällen (oneway ANOVA repeated measures) med hjälp av SPSS. Data presenteras i visuell analys i ett tidsseriediagram. I den aktuella studien analyserades om det fanns signifikanta förändringar i data från pretest till posttest och till uppföljningen sex månader senare. Posthoc-testningar (LSD) gjordes för att undersöka var i tidsserien signifikanta förändringar skedde. Dessutom undersöktes signifikansen (χ^2) i förändringar av patienternas kliniska status enligt ISI.

Resultat

Bortfall

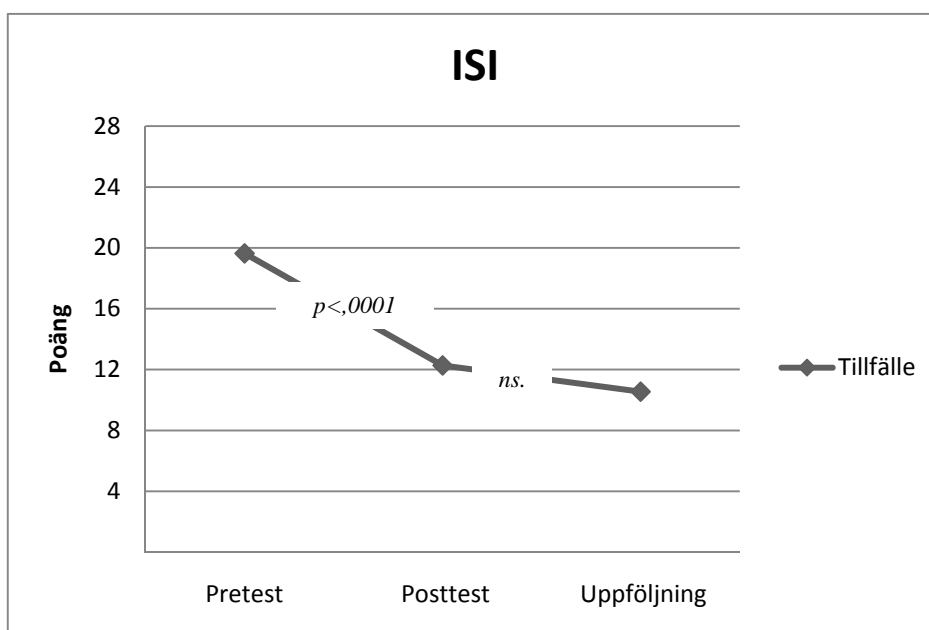
I denna undersökning var det elva personer som fullföljde behandlingen av de nitton personer som påbörjade behandlingen. Av de fyra personerna som endast deltog vid ett eller två behandlingstillfällen bedöms att en person avbröt på grund av att denne led av social fobi vilket försvårade dennes deltagande i gruppen och en annan person var vid gruppstart så pass deprimerad att denne hade svårt att komma till behandling. Hos de övriga två fanns inte tillräckligt med motivation att fortsätta behandlingen. Detta är behandlarens professionella bedömning som inte kan kontrolleras med de personer som det berör, då de enligt de forskningsetiska principerna har rätt att avbryta sin behandling utan att behöva uppge skälet till detta.

Av de fyra personer som deltog vid tre eller fyra behandlingsträffar var det en person som inte tyckte sig kunna prioritera behandlingsträffarna på grund av skolan, dennes behandlingsansvarige handläggare har dock förmedlat att personen i fråga var nöjd med behandlingen och tyckte sig ha fått hjälp med sina sömnproblem. En person gick som tidigare beskrivits in i en behandling för annan psykiatrisk problematik vilket tidsmässigt var svårt att förena med behandlingen i sömngruppen. Denne person var aktiv vid de behandlingstillfällen som hon deltog i. Ytterligare en person hade svårt att närvara fullt ut på grund av ett annat medicinskt tillstånd.

Som tidigare beskrivits i metoddelen genomfördes en envägs-ANOVA för upprepade mätningar på de olika måtten för sömnbesvär (ISI), samt för HAD som delades upp i skattningar kring ångest (HAD Å) samt depression (HAD D).

ISI

För skattningen av sömnbesvär uppvisade behandlingen ett signifikant resultat; $F(2) = 12.802$, $p = .0001$ med ett effektmått på $\eta^2 = .56$. Posthoc-testningar (LSD) visade att den signifikanta förändringen sker mellan pretest och posttest (dvs under behandlingstiden), medan ingen signifikant förändring av den genomsnittliga skattningen på ISI skedde under uppföljningsperioden. Detta innebär att graden av skattade sömnbesvär minskade som en följd av behandlingen, vilket åskådliggörs i tidsseriediagrammet nedan (figur 1).



Figur 1: Medelvärde för gruppens skattade sömnbesvär vid pretest-, posttest- och uppföljningstillfället. P-värden anger posthoc-testningar (LSD) av medelvärdesskillnader.

Om vi undersöker fördelningen skattade sömnbesvär enligt ISIs kriterier för insomni mellan de tre mättillfällena kan vi se (se tabell 1) att vid ingången till behandling uppfyllde samtliga individer kriterierna för klinisk insomni av medelsvår eller svår grad. Direkt efter behandlingen uppfyllde enbart två individer kriterierna för medelsvår eller svår klinisk insomni medan nio individer inte längre uppfyllde dessa. Vid uppföljning sex månader efter behandling hade det skett en ytterligare förbättring då ingen individ uppfyllde kriterierna för svår klinisk insomni, två uppfyllde kriterierna för medelsvår klinisk insomni. Fyra individer uppfyllde vid uppföljning överhuvudtaget inte längre några kliniskt signifikanta svårigheter, och fem uppfyllde knappt kriterierna. Andelen som ej uppvisar klinisk insomni vid både

eftermätning (n=9; 82%) och uppföljning (n=9; 82%) hade, jämfört med starten (n=0), ökat signifikant ($\chi^2=15,23$; $p=,0001$).

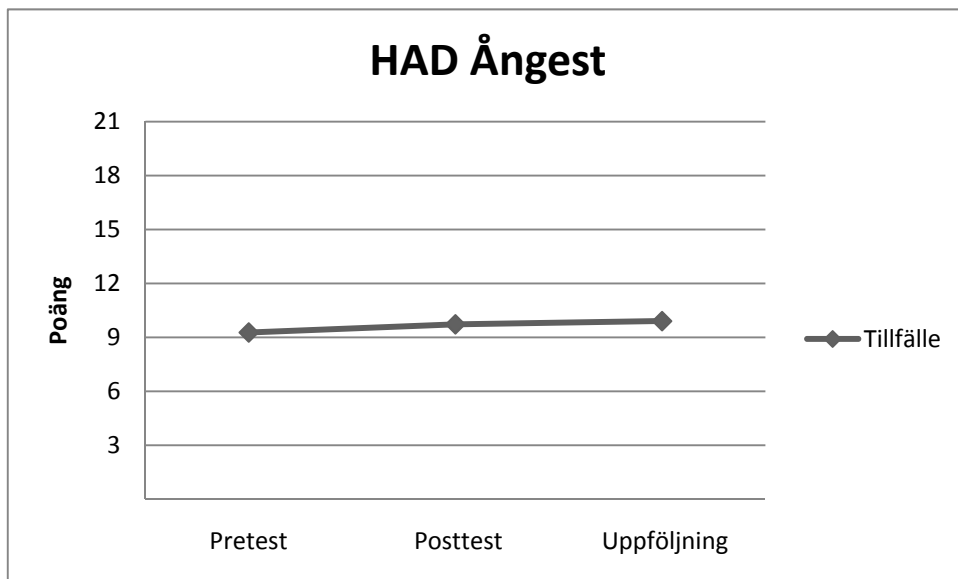
Totalpoäng	Pretest	Posttest	Uppföljning
0-7, Inga kliniskt signifikanta svårigheter	-	1	4
8-14, Uppfyller knappt kriterierna för insomni	-	8	5
15-21, Klinisk insomni: medel	8	1	2
22-28, Klinisk insomni, svår	3	1	-

Tabell 1: Fördelning skattade sömnbesvär enligt ISI-kriterier för insomni.

HAD

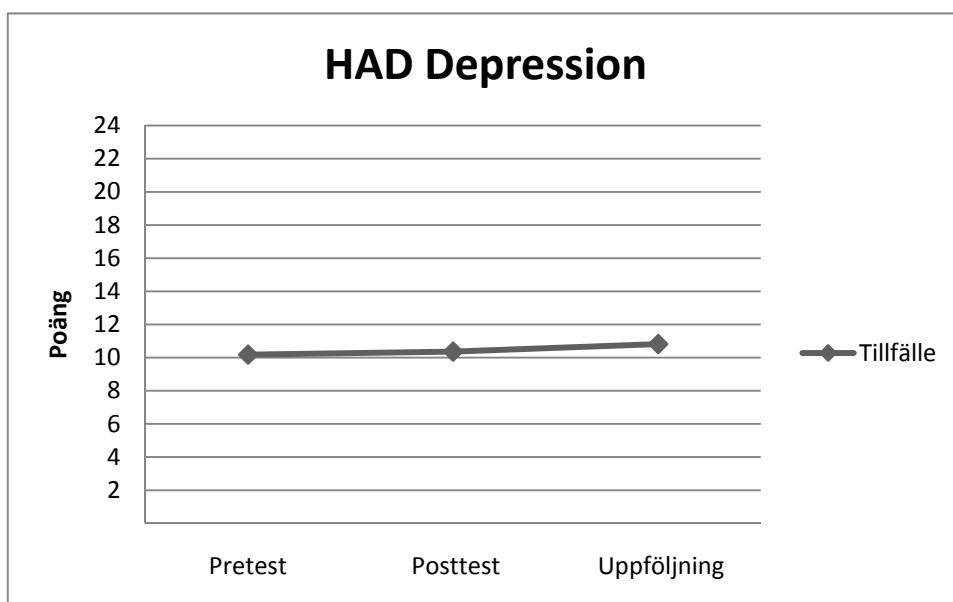
För skattningen av ångest och depression gjordes som tidigare beskrivits en uppdelning i skattningar kring ångest (HAD Å) samt skattningar kring depression (HAD D).

För skattningen av ångest uppvisade behandlingen ingen signifikant förändring; $F(2) = .82$, $p = .456$ med ett effektmått på $\eta^2 = .075$. Som tidseriediagrammet (figur 2) visar skedde ingen förändring av den skattade graden av ångestsymtom.



Figur 2: Medelvärde för gruppens skattade ångestbesvär vid pretest-, posttest- och uppföljningstillfället.

För skattningen av depression uppvisade behandlingen heller ingen signifikant förändring; $F(2) = .34$, $p = .718$ med ett effektmått på $\eta^2 = .033$. Som tidsseriediagrammet (diagram 3) visar skedde ingen förändring av den skattade graden av depressionssymtom.



Figur 3: Medelvärde för gruppens skattade depressionsbesvär vid pretest-, posttest- och uppföljningstillfället.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie har varit att se om KBT-behandling i grupp för insomni ger något resultat på sömnparametrar respektive ångest-/depressions-parametrar för ungdomar/unga vuxna med insomni med en komorbiditet av ångest och/eller depression. Resultatet i föreliggande studie visar på en signifikant positiv trend vad gäller förändring på sömnparametrar. De uppnådda förbättringarna kvarstår vid sex månaders uppföljning. Vid förmätning (pretest) uppfyllde samtliga deltagare klinisk insomni definierat utifrån ISI. Vid avslut var det bara två personer som uppfyllde klinisk insomni, nio personer hade vid avslut subkliniska värden. Tidigare har KBT-behandling för sömnproblem enbart rekommenderats till individer med primär insomni. Resultatet av föreliggande pilotstudie pekar i linje med senare tids forskning omkring komorbid insomni: KBT-behandling i grupp för insomni har god nytta för ungdomar/unga vuxna inom en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Behandlingen tycks inte ha haft någon transfer-effekt på individernas depressions- och ångestproblematik. När det gäller skattningarna på HAD så föreligger inga signifikanta förändringar.

Ett problem när man behandlar personer som har sömnproblem tillsammans med depression är att dessa individer på grund av sin depression även kan ha svårt att motivera sig för att genomföra olika förändringar. I KBT-behandling för sömnproblem ingår en hel del beteendeinriktade behandlingsinterventioner, exempelvis stimuluskontroll och sömnrestriktion som är krävande för individen att fullfölja. Tidigare studier har framhållit att många ungdomar som lider av depression har extremt svårt att orka hålla sig till föreslagna sömnsceman (Dahl, Ryan, Matty, Birmaher, Al-Shabbout, Williamsson, Kupfer, 1996). En annan svårighet när det gäller behandling av ungdomar med sömnproblem är att de har en stor tendens att vilja vara vakna på kvällar och nätter, då mycket av det sociala umgänget sker på sena tider. Detta kan försvåra i skapande av ett mer förutsägbart sönmönster. Det har varit en särskild utmaning att motivera ungdomarna för de långsiktiga vinsterna av att exempelvis konstanthålla tiden för uppstigning även under helgerna.

I beskrivningen av bortfallet så kan man ana att anledningen till att man inte fullföljt behandlingen varierar kraftigt. Allt från att man inte varit tillräckligt motiverad till att man på grund av andra faktorer inte hade möjlighet att fullfölja behandlingen. En bristande motivation kan förstås på flera sätt. Det kan vara så att man inte upplevt att denna behandling passat eller upplevts som för krävande. En annan orsak kan vara att man på grund av sin depression eller sömndeprivation saknat den ork som krävts för att genomföra behandlingen. För vissa har det nog även handlat om att de varit mer motiverade för annat, exempelvis för skolan. I den grupp som deltog vid tre eller fyra tillfällen är det möjligt att någon av dessa upplevt att deras sömnproblem blivit bättre redan efter dessa tillfällen och därför prioriterade annat än behandlingsträffarna.

En synpunkt som tydligt framträdde i slutet av behandlingen var att deltagarna i mycket begränsad omfattning hade använt sig av den cd-skiva som delades ut vid behandlingstillfälle 3, vilken innehöll övningar med muskulär avspänning och kropps-scanning (mindfulness). En vanlig kommentar var att de upplevde rösterna på cd:n som för långsamma. Ytterligare tolkningar till att de inte använde sig av cd:n skulle kunna vara att det var fel format. Kanske hade en variant på mp3 varit bättre då de flesta ungdomar använder sina mobiltelefoner till att lyssna på musik och radio. Kanske hade dessa övningar använts flitigare om vi under behandlingens gång hade arbetat mer konkret med liknande övningar under sessionerna.

Arbetet med sömndagbok var både utmanande och användbart. En svårighet var att många av ungdomarna inte hade någon sömndagbok med sig till behandlingsträffarna. Många gånger kom de direkt till behandlingen från skolan och hade då glömt att packa med sig sömndagboken på morgonen. De gånger som sömndagbok fanns med ifylld till behandlingsträffarna var det mycket användbart att analysera denna utifrån sömnformeln. Ursprungligen fanns en tanke om att jobba med en webb-baserad sömndagbok under gruppbehandlingen. Någon sådan fanns dock inte tillgänglig. Att använda sig av sömndagbok via internet hade kanske kunnat vara en hjälp för deltagarna i gruppen på så vis att behandlaren hade kunnat se över dessa innan behandlingstillfällena och de hade funnits tillgängliga vid träffarna.

Behandlarens uppfattning var att det till en början var svårt att motivera deltagarna till att konstanthålla tiden för uppstigande, framför allt beträffande helgerna. Det krävdes en hel del motiverande och analys av kortsiktiga och långsiktiga effekter av att genomföra dessa

behandlingsinslag. De ungdomar som använde sig av stimuluskontroll och sömnrestriktion hade stor hjälp av dessa delar av behandlingen.

Det föreligger ett antal begränsningar med föreliggande studie. En uppenbar brist är avsaknad av kontrollgrupp. Förbättringarna skulle kunna förklaras av andra faktorer än den genomgångna behandlingen, exempelvis skulle de kunna härledas till utvecklingsmässiga faktorer. Denna tolkning är dock inte trolig då deltagarna i behandlingen haft sina sömnproblem under en lång tid och problemen innan behandlingen beskrivits ha förvärrats över tid. Vidare tenderar långvariga sömnproblem att ha en relativt låg grad av spontan remission. Detta innebär att resultaten som uppstår vid avslutningen av behandlingen och ytterligare förstärks vid uppföljningen sex månader senare med stor sannolikhet är kopplade till den behandling som deltagarna fått. En annan möjlig svaghet är det begränsade antalet deltagare i undersökningen. Totalt ingår elva deltagare i analysen. Då studien är en pilotstudie för ungdomar/unga vuxna inom psykiatrin så är det lämpligt att utprova behandlingen för ett begränsat antal individer. Det är önskvärt att validera denna behandlingsform för ungdomar/unga vuxna genom en studie med ett större antal deltagare och kontrollgrupp.

Designen av studien med tre mätningar vid varje mätomgång, totalt nio mätningar var svår att genomföra i praktiken. Vissa individer har gjort skattningarna vid samtliga tillfällen, det vill säga vid tre tillfällen, vid varje mätperiod. En del har genomfört en till två skattningar vid varje mätomgång. Att genomföra skattningarna via webbenkäter har förmodligen bidragit till att så många mätningar trots allt kommit in. Framför allt har det varit en stor hjälp vid sexmånadersuppföljningen då ungdomar/unga vuxna är en mycket rörlig grupp som ofta flyttar för utbildningar och jobb.

Att behandla sömnproblem i grupp inom en ungdomspsykiatrisk mottagning verkar av resultaten i denna undersökning vara en framgångsrik metod för de individer som fullföljer behandlingen. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det en vinst att bedriva behandlingen i grupp då den är mer kostnadseffektiv. De som deltagit i gruppen har upplevt gruppen som ett stöd och de har gett uttryck för att det har varit skönt att känna sig mindre ensam om sina problem. En annan styrka med gruppformatet har varit att gruppdeltagarna har kunnat inspirera varandra.

Gruppformatet passar dock inte alla, exempelvis kan de som har problem med social fobi uppleva gruppformatet som ett hinder. Detta var aktuellt vid uppskattningsvis två av avhoppen. Det fanns enligt uppgift från övriga behandlare på BUP/UPM även individer som hade sömnproblem som aldrig anmälde sitt intresse för att delta i sömngruppsbehandlingen på grund av gruppformatet. Det är därför angeläget att det finns kunskap om principerna för behandling av insomni hos de behandlare inom psykiatrin som möter denna patientgrupp.

KBT-I behandling i grupp för ungdomar/unga vuxna inom psykiatrin som lider av sömnproblem tillsammans med ångest-/depressionsproblematik verkar utifrån denna pilotstudie vara en lovande behandling för dem som fullföljer behandlingen. KBT-I behöver dock ytterligare studeras. Att hitta fungerande behandlingar för ungdomar som lider av sömnproblem borde vara av stort intresse för att förhindra en ogynnsam hälsoutveckling bland unga människor

Referenser

Bastien, CH., Vallières, A & Morin, CM. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307.

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.

Bootzin, R.R. & Stevens, S.J. (2005). Adolescents, substance abuse and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review*, 25, 629-644.

Bourdet, C. & Goldberg, F. (1994). Insomnia in anxiety: sleep EEG changes. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, (1), 93-104.

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L. & Andeski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 38, 411-418.

Buysee, D.E., Germain, A., Moul, D. & Nofzinger, E.A. (2005). Sleep disorders and psychiatry. Washington DC: *American psychiatric publishing*, 29-65.

Buysse, D.J., Reynolds, C.F. 3rd., Kupfer, D.J., Thorpy, M.J., Bixler, E., Manfredi, R., Kales, A., Vgontzas, A., Stepansky, E., Roth, T., et al. (1994). Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from APA/NIMH DSM-IV FIELD TRIAL. *Sleep*, 17(7), 630-7.

Cartwright, R.D. & Wood, E. (1991). Adjustment disorders of sleep: the sleep effects of major stressful event and its resolution. *Psychiatry res*, 39(3), 199-209.

Chang, P.P., Ford, D.E., Mead, L.A., Cooper-Patrick, L., & Klang, M.E. (1997). Insomnia in Young Men and Subsequent Depression. *American Journal of Epidemiology*, Vol 146(2), 105-114.

Chung, K.F. & Cheung, M.M. (2008). Sleep-wake patterns and sleep disturbance among Hong Kong Chinese adolescents. *Sleep*, 31(2), 185-194.

Currie, S.R., Wilson, K.G., Pontefract, A.J. & deLaplante, L. (2000). Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 407-16.

Dahl, R.E., Ryan, N.D., Matty, M.K., Birmher, B., al-Shabbout, M., Williamson, D.E. & Kupfer, D.J. (1996). Sleep onset abnormalities in depressed adolescents. *Biological Psychiatry*, 15;39(6), 400-10.

Drake, C.L., Roehrs, T. & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depression and Anxiety. Special Issue: Panic and sleep disorders*, 18, 163-176.

DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Pilgrim press Danderyd.

- Espie, C.A. (2002). Insomnia: Conceptual Issues in the Development, Persistence, and Treatment of Sleep Disorders in Adults. *Annual Review of Psychology*, 53, 215-43.
- Fuligni, A.J. & Hardway, C. (2006). Daily Variation in Adolescents' Sleep, Activities, and Psychological Well-Being. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 353-378.
- Goodwin, R.D. & Marusic, A. (2008). Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep*, 1097-101.
- Harvey, A.G., Tang, N.K.Y. & Browning, I. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593-611.
- Harvey, A.G., Sharpley, A.L., Ree, M.J., Stinson, K. & Clark, D.M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2491-501.
- Jacobs, G.D., Pace-Schott, E.F., Stickgold, R. & Otto, M.W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 164(17), 1888-96.
- Jansson, M. (2006). Insomnia - Psykologiska mekanismer och KBT-behandling. *Webb-sokraten*, 2006-03-01.
- Jansson, M. & Linton, S.J. (2005). Cognitive-behavioral group therapy as an early intervention for insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 177-190.
- Jansson, M. & Linton, S.J. (2006). The role of anxiety and depression in the development of insomnia: Cross-sectional and prospective analyses. *Psychology and Health*, 21, 383-397.
- Jansson, M. & Linton, S.J. (2007). Psychological mechanism in the maintenance of insomnia: Arousal, distress, and sleep-related beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 511-21.
- Jansson-Fröjmark, M. & Linton, S.J. (2008). The Course of Insomnia over One Year: a Longitudinal Study in the General Population in Sweden. *Sleep*, 31(6), 881-886.
- Johnson, E.O., Roth, T. & Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 700-708.
- Klingberg, T. (2007). *Den översvämmande hjärnan – En bok om arbetsminne, IQ och den stigande informationsfloden*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lichstein, K.L., Wilson, N.M. & Johnson, C.T. (2000). Psychological treatment of secondary insomnia. *Psychological Aging*, 15, 232-240
- Linton, S.J & Bryngelsson, I-L. (2000). Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10, 169-183.

- Lisspers, J., Nygren, A. & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997:96: 281-286.
- Mallon, L., Broman, J.E. & Hetta, J. (2000). Relationship between insomnia, depression, and mortality: a 12-year follow-up of older adults in the community. *Psychogeriatrics*, Vol 12(3), 295-306.
- Mallon, L., Broman, J.E. & Hetta, J. (2005). High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care*, 28(11), 2762-7.
- Manber, R., Edinger, J.D., Gress, J.L., San Pedro-Salcedo, M.G., Kuo, T.F. & Laista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 4 (31), 489-95.
- Manni, R., Ratti, M.T., Marchioni, E., Castelnovo, G., Murelli, R., Santori, I., Galimberti, C.A. & Tartara, A. (1997). Poor sleep in adolescents: a study of 869 17-year-old Italian secondary school students. *Journal of Sleep Research*, 6(1), 44-9.
- McCrae, C.S. & Lichstein, K.L. (2001). Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities. *Sleep medicine Review*, 5(1), 47-61.
- Morin, C.M. & Espie, C.A. (2004). *Insomnia – a Clinical Guide to Assessment and Treatment*. New York: Springer.
- Morin, C. M. & Wooten, V. (1996), Psychological and pharmacological approaches to treating insomnia: Critical issues in assessing their separate and combined effects. *Clinical Psychology Review*, 16, 521-542.
- Morin, C.M., Vallières, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Mérette, C., Bastien, C. & Baillargeon, L. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 20;301(19), 2005-15.
- Morrison, D.N., McGee, R. & Stanton, W.R. (1992). Sleep problems in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 94-9.
- Murtagh, DR & Greenwood, KM. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 63(1): 79-89.
- Norell, A. & Nylander, E. (2007). Sleepless in Örebro – Effekter av kognitiv terapi med beteendeeexperiment på ungdomar med primär insomnia. Examensuppsats, Psykologprogrammet, Örebro Universitet.
- Oetzel, K.B. & Scherer, D.G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225.
- Ohayon, M.M. (1997). Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorder. *J Psyciat Res*, Vol 31, 3, 333-346.

Ohayon, M.M. & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, Vol 31(3). 9-15.

Okawa, M. & Uchiyama, M. (2007). Circadian rhythm sleep disorders: characteristics and entrainment pathology in delayed sleep phase and non-24-h sleep-wake syndrome. *Sleep Medicine Reviews*, 11(6), 485-96.

Perlis, M.L., Giles, D.E., Buysse, D.J., Tu, X. & Kupfer, D.J. (1997). Self reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 42, 209-212.

Parish, J.M. & Shepard, J.W. Jr. (1990). Cardiovascular effects of sleep disorders. *Chest*, 97(5), 1220-6.

Punamäki, R-L., Wallenius, M., Nygård, C-H., Saarni, L. & Rimpälä, A. (2007). Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in Adolescence: The role of sleeping habits and waking-time tiredness. *Journal of Adolescence*, 30, 569-585.

Riemann, D. & Voderholzer, U. (2003). Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, 76, 958-962.

Roberts, R. E., Ramsey Roberts, C. & Ger Chen, I. (2002). Impact of insomnia on future functioning of adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 651-669.

Rybarczyk, B., Lopez, M., Benson, R., Alsten, C. & Stepanski, E. (2002). Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychological Aging*, 17(2), 288-98.

Rybarczyk, B., Stepanski, E., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P. & Davis, A. (2005). A placebo-controlled test of cognitive-behavioral therapy for comorbid insomnia in older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 1164-74.

Saarenpää-Heikkilä, O., Laippala, P. & Koivikko, M. (2001). Subjective daytime sleepiness and its predictors in Finnish adolescents in an interview study. *Acta Paediatrica* 90(5), 552-7.

Savard, J., Laroche, L., Simards, S., Ivers, H. & Morin, C.M. (2003). Chronic insomnia and immune function. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 211-21.

Smith, M.T., Perlis, M.L., Park, A., Smith, M.S., Pennington, J., Giles, D.E. & Buysse, D.J. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behaviour therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 5-10.

Smith, S., Carrington, M. & Trinder, J. (2005). Subjective and predicted sleepiness while driving in young adults. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 1066-1073.

SOU 2006:77. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder.

- Spoormaker, V.I. & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Review*, 12(3), 169-84.
- Stepanski, E.J & Rybarczyk, B. (2006). Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Medicine Review*, 10, 7-18.
- Ström, L., Pettersson, R. & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 113-20.
- Söderström, M. (2007). *Sömn – Sov bättre med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva.
- Taylor, D.J., Jenni, O.G., Acebo, C. & Carskadon, M.A. (2005). Sleep tendency during extended wakefulness: insights into adolescent sleep regulation and behavior. *Journal of Sleep Research*, 14, 239-244.
- Taylor, D.J., Lichstein, K.L., Weinstock, J., Sanford, S. & Temple, J.R. (2007). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behavior Therapy*, 38, 49-57.
- Thorleifdottir, B., Björnsson, J.K., Benediktsdottir, B., Gislason, T. & Kristbjarnarson, H. (2002). Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1), 529-37.
- van Straten, A. & Cuijpers, P. (2009). Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. *Sleep Medicine Review*, 13(1), 61-71.
- Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Yang, C.M. & Spielman, A.J. (2001). The effect of a delayed weekend sleep pattern on sleep and morning functioning. *Psychology and Health*, 16, 715-25.
- Zayfert, C. & DeViva, J.C. (2004). Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. *Journal of Trauma Stress*, 17(1), 69-73.
- Zigmont, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.

Refererade webbadresser

Apotekets sömnhjälpen 2010-01-17:

<http://www.somnhjalpen.info/apoteket/intro.aspx>

Livandas sömnskola: 2010-01-17:

https://www.livanda.se/produkter_soemnproblem.aspx#lankankare

Muskulär avslappning. 2010-01-17

http://www.beteendeterapi.nu/arbetsmaterial/avslappning_muskular.mp3

Body scan: 2010-01-17

<http://mindfulness.ucsd.edu/Audio%20Files/20%20Min%20Body%20Scan.mp3>

Bilagor

- A. Inbjudan: KBT behandling vid sömnproblem
- B. ISI
- C. HAD
- D. Brev för samtycke
- E. Översikt av behandlingsupplägg
- F. Struktur på träffarna
- G. Sömn dagbok

Bilaga A

KBT BEHANDLING VID SÖMNPROBLEM

Planeras Starta xxxxxx på UPM.

Sömn är livsviktigt, vi behöver en fungerande sömn för att orka med de krav som ställs på oss och för att må bra i våra liv.

Idag har allt fler svårt att sova, ökningen av sömnproblem är allra störst inom ungdoms- och unga vuxna-gruppen.

Vi vänder oss till dig som har kontakt på BUP eller på UPM (16-25 år) och som har haft problem med sömnen under minst en månads tid, du kanske har svårt att somna in, eller vaknar många gånger under natten, eller vaknar upp mycket tidigare än vad du skulle önska. Viktigt är att du är motiverad att jobba med att förbättra din sömn och att du kan tänka dig att göra det i grupp.

Kognitiv beteende terapi (KBT) har visat sig vara den behandlingsmetod som är mest effektiv på lång sikt vid behandling av sömnproblem. I gruppen kommer vi att utgå från denna arbetsmetod. När man arbetar utifrån KBT så jobbar man utifrån hur situationen ser ut här och nu. Det innebär ett aktivt arbete med konkreta övningar och förändringsuppgifter. Vi kommer att arbeta med hemuppgifter i form av olika självregistreringar (sömndagbok) och andra uppgifter som syftar till att bryta gamla mönster och öva upp nya sätt att hantera sömnen på.

I anslutning till gruppbehandlingen kommer en behandlingsutvärdering att göras. Detta innebär att de som deltar i gruppen och ger sitt samtycke till deltagande i utvärderingen, kommer att få svara på några olika formulär både innan och efter behandlingen.

Gruppen kommer att bestå av ca sex deltagare och kommer att träffas vid sju tillfällen, måndag eftermiddag, med start xxxxxx. Behandlingsansvarig för gruppen kommer Leg Psykolog Bodil Jonsson att vara. Bodil kommer innan behandlingens start träffa deltagarna för ett individuellt bedömningsamtal. Plats i gruppen tilldelas efter det att anmälan kommit in. (förutsatt att man under bedömningssamtalet kommit fram till att denna form av behandling är lämplig).

Om du tycker att detta låter intressant så meddela din behandlare!

Bilaga B

ISI

De följande frågorna handlar om hur din sömn har varit under de senaste två veckorna. Bedöm frågorna utifrån hur det oftast varit för dig under den tiden, under både dagar och nätter. Svara på samtliga frågor.

1. Bedöm hur pass allvarliga dina sömnsvårigheter har varit under den senaste tiden.

<i>Svårigheter</i>	<i>Inga</i>	<i>Små</i>	<i>Medel</i>	<i>Stora</i>	<i>Mycket stora</i>
Somna på kvällen	0	1	2	3	4
Vakna upp under natten	0	1	2	3	4
Vakna för tidigt på morgonen	0	1	2	3	4

2. Hur nöjd/missnöjd är Du med ditt nuvarande sönmönster?

<i>Mycket nöjd</i>	<i>Nöjd</i>	<i>Varken eller</i>	<i>Missnöjd</i>	<i>Mycket missnöjd</i>
0	1	2	3	4

3. I hur pass hög grad anser Du att Dina sömnsvårigheter stör Dig i Din vardag (t.ex. trötthet, arbete, fritid, koncentration, minne och humör)?

<i>Inte alls störande</i>	<i>Lite störande</i>	<i>Något störande</i>	<i>Klart störande</i>	<i>Mycket störande</i>
0	1	2	3	4

4. I hur pass hög grad tror Du att andra personer märker av att Dina sömnsvårigheter försämrar Din livskvalité?

<i>Inte alls märkbart</i>	<i>Lite märkbart</i>	<i>Något märkbart</i>	<i>Klart märkbart</i>	<i>Mycket märkbart</i>
0	1	2	3	4

5. Hur oroad är Du över Dina nuvarande sömnsvårigheter?

<i>Inte alls oroad</i>	<i>Lite oroad</i>	<i>Något oroad</i>	<i>Klart oroad</i>	<i>Mycket oroad</i>
0	1	2	3	4

Poängsättning för ISI

Addera poängen för samtliga sju frågor (totalpoäng 0-28). En poäng för varje inringat symtom på fråga 7. Sammanlagd poäng	Tolkning
Totalpoäng 0-7	Inga kliniskt signifikanta svårigheter
Totalpoäng 8-14	Uppfyller knappt kriterierna för insomni
Totalpoäng 15-21	Klinisk insomni: medel
Totalpoäng 22-28	Klinisk insomni: svår

ISI = Insomnia Severity Index (Morin, 1993). Översatt av Markus Jansson 2005.

Bilaga C

INSTRUKTIONER: Läs varje påstående och sätt ett kryss i rutan till vänster om det svar som kommer närmast hur du känt dig under den senaste veckan. Fundera inte alltför länge. Det första svar som dyker upp är antagligen riktigare än ett svar som du funderat på länge. Svara på alla frågorna. Kryssa bara i en ruta för varje påstående!

1. Jag känner mig spänd eller "uppskruvad"

- FÖR DET MESTA
 OFTA
 DÅ OCH DÅ
 INTE ALLS

2. Jag uppskattar fortfarande samma saker som förut

- PRECIS LIKA MYCKET
 INTE RIKTIGT LIKA MYCKET
 BARA LITE
 NÄSTAN INTE ALLS

3. Jag känner mig rädd, som om något förfärligt håller på att hända

- FÖR DET MESTA
 OFTA
 DÅ OCH DÅ
 INTE ALLS

4. Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan

- LIKA MYCKET SOM JAG ALLTID HAR KUNNAT
 INTE RIKTIGT LIKA MYCKET SOM FÖRUT
 ABSOLUT INTE SÅ MYCKET SOM FÖRUT
 INTE ALLS

5. Oroande tankar kommer för mig

- MYCKET OFTA
 OFTA
 DÅ OCH DÅ
 NÅGON ENSTAKA GÅNG

6. Jag känner mig glad

- INTE ALLS
 INTE SÅ OFTA
 IBLAND
 FÖR DET MESTA

7. Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd

- ABSOLUT
 OFTAST
 INTE OFTA
 INTE ALLS

8. Jag känner mig som om allting går "på lågvarv"

- NÄSTAN JÄMT
 OFTA
 IBLAND
 INTE ALLS

9. Jag känner mig rädd, som om jag har "fjärilar i magen"

- INTE ALLS
 NÅGON GÅNG
 RÄTT OFTA
 MYCKET OFTA

10. Jag har tappat intresset för mitt utseende

- HELT OCH HÅLLET
 GANSKA MYCKET
 LITET GRAND
 INTE ALLS

11. Jag känner mig rastlös som om jag måste vara på språng

- VÄLDIGT MYCKET
 EN HEL DEL
 INTE SÅ MYCKET
 INTE ALLS

12. Jag ser fram emot saker och ting med glädje

- LIKA MYCKET SOM JAG ALLTID GJORT
 NÅGOT MINDRE ÄN JAG BRUKADE
 KLART MINDRE ÄN JAG BRUKADE
 NÄSTAN INTE ALLS

13. Jag får plötsliga panikkänslor

- MYCKET OFTA
 GANSKA OFTA
 INTE SÅ OFTA
 INTE ALLS

14. Jag kan njuta av en bra bok, eller ett bra radio- eller TV-program

- OFTA
 IBLAND
 INTE SÅ OFTA
 MYCKET SÄLLAN

Bilaga D

Brev för samtycke

Information om deltagande i vetenskaplig undersökning

Sömnsvårigheter är idag en vanlig problematik som ökar i hela befolkningen och allra mest i ungdoms- och unga vuxna gruppen. Det är därför av stor betydelse att den behandling som erbjuds inom vården fungerar så bra som möjligt.

Den här undersökningen syftar till att genomföra uppföljning efter avslutad gruppbehandling för sömnproblem vid den Ungdomspsykiatriska mottagningen i Östersund. En ökad förståelse och kunskap inom detta område har stor nytta för framtida insatser när det gäller ungdomar och unga vuxna med sömnproblem.

Du som får denna förfrågan har utifrån din typ av problem bedömts vara lämplig som deltagare i undersökningen och vi vill därför tillfråga dig om du kan tänka dig att delta i den?

Om du väljer att delta i denna undersökning så innebär det för din del:

1. Att du anmäler dig genom att skriva under blanketten om samtycke till deltagande (se nästa sida).
2. Att du vid sammanlagt nio tillfällen besvarar två olika formulär (samma formulär vid samtliga tillfällen) via datorn i form av webbenkäter. Mätningarna kommer att ske vid tre tillfällen innan gruppen startar, tre gånger vid behandlingens avslut samt ytterligare tre gånger sex månader efter behandlingen avslutats.

Skydd av personlig integritet

Undersökningen genomförs som ett samarbete mellan Jämtlands läns landsting och Mittuniversitetet under ledning av Professor Jan Lisspers.

Leg Psykolog Bodil Jonsson är ansvarig för undersökningen. Bodil Jonsson är anställd vid Barn och ungdomspsykiatriska verksamheten och arbetar vid den Ungdomspsykiatriska mottagningen, UPM i Östersund. Bodil Jonsson studerar till KBT-Psykoterapeut vid Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi och undersökningen görs som en del av denna specialistutbildning. De svar som du ger och de uppgifter som samlas in i undersökningen behandlas helt

konfidentiellt. Uppgifterna kommer att lagras och bearbetas endast med kodnummer, det vill säga inte med namn eller personnummer.

Deltagandet i den här undersökningen är frivilligt och du kan när som helst avbryta ett påbörjat deltagande. Om du väljer att delta eller inte har heller ingen som helst betydelse för din övriga nuvarande eller framtida behandling.

Eventuella frågor kring undersökningen kan ställas till:

Bodil Jonsson E -post Bodil.jonsson@jll.se

Jan Lisspers E -post Jan.Lisspers@miun.se

Samtycke till deltagande:

Undertecknad har tagit del av ovanstående information och har haft möjlighet att få svar på eventuella frågor kring undersökningens syfte och upplägg.

Genom min underteckning nedan samtycker jag till att delta i undersökningen

Namnteckning

Namnförtydligande

Ort

Datum

Gatuadress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

E -post

Målsmans namnteckning

(Vid deltagare under 18 år)

Bilaga E

Översikt av behandlingsupplägg

Behandlingsträff 1

Presentation av deltagarna i gruppen

Genomgång av sekretess inom gruppen

Presentation av behandlingen; innehåll och struktur

Insomni

Sömnfysiologi; Sömncykler, sömnlängd, sömnkvalité, sömnen genom livet

Sömnhygien; Koffein, nikotin, alkohol, droger, mat, fysisk aktivitet, ljud, ljus, temperatur, ventilation, sängkomfort

Introduktion av sömndagbok

Behandlingsträff 2

Egen problemanalys, hur tankar, känslor, reaktioner i kroppen och beteenden hänger samman

Onda cirklar kring sömnen

Genomgång av Sömnformeln, styrfunktioner för sömn

Sätt dina mål

Behandlingsträff 3

Stresskunskap; stressymtom, balans mellan krav och resurser, kamp/flyktprogrammet

Olika tekniker för avspänning lärs ut; snabbavspänning, diafragma-andning, muskulär avslappning, kroppsscanning

Innan läggdagsrutin, nedvarvning

CD skiva delades ut innehållande en muskulär avslappning och en kropps-scanning

Behandlingsträff 4

Betendeförändringar

Sömnrestriktion

Stimuluskontroll

Planera för natten

Förändringar på kort sikt och på lång sikt

Hantera trötthet

Behandlingsträff 5

Tankarnas påverkan

Tankarna på kvällen

Negativa automatiska tankar

Att identifiera ohjälpsamma tankar och realitetsanpassa dem

Tankefällor

Att bemöta tankar

Acceptansstrategier

Mindfulness - grundprinciper

Behandlingsträff 6

Kunskap om hur sömn, ångest och depression kan påverka varandra

Vanliga tankar vid depression och ångest

Beteendeaktivering

Att hantera oro

Närvaro och aktivitet

Behandlingsträff 7

Sammanfattning och repetition

Vad har jag lärt mig i sömngruppen?

Mina råd till mig själv

Gå vidare på egen hand

Utvärdering och avslut

Bilaga F

Struktur på behandlingsträffarna

Genomgång av sömndagbok

Genomgång av hemuppgift

Fika

Dagens tema

Ny hemuppgift

Summering och feed-back

Bilaga G

B. SÖMNDAGBOK

Fyll i dagbokens tio frågor varje morgon om hur du sovit. Läs instruktionerna för hur du besvarar de olika frågorna i kapitel 7.

	MÅNDAG /	TISDAG /	ONSDAG /	TORSDAG /	FREDAG /	LÖRDAG /	SÖNDAG /
1. Igår tog jag en tupplur mellan kl. ... och kl. ...							
2. Igår tog jag ... mg (sömnmedicin) kl. ...							
3. Igår gick jag och lade mig kl. ... och släckte lampan kl. ...							
4. Efter att jag släckt lampan somnade jag på ... minuter							
5. Jag vaknade ... gånger under natten							
6. Vid respektive uppvaknande var jag vaken ca ...							
7. I morse vaknade jag slutgiltigt kl. ... och steg upp kl. ...							
8. Efter att ha stigit upp idag kände jag mig ... (1=utmattad, 5=utsövd)							
9. Inatt sov jag, på det hela taget ... (1=mycket dåligt, 5=mycket bra)							
10. Inatt sov jag totalt ... timmar ... minuter (försök räkna ihop/uppskatta)							