

Småbarnsfamiljers sömnproblem

*Monica Lidbeck, Barnhälsovården, Primärvården Partille
Paper, Hälsopsykologi 5 p., Psykologiska inst., Göteborgs Universitet*

Sömnproblem är mycket vanligt förekommande bland småbarnsfamiljer. Komplexa faktorer samverkar vid utvecklingen och vidmakt-hållandet av problemen. För att förstå dessa processer belyses generell kunskap kring sömnsvårigheter hos barn och vuxna, samt behandlingsmetoder.

Inledning

Inom barnhälsovården har psykologen som uppdrag att främja barns psykiska hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos småbarnsfamiljer (0-6 år). Vi möter vitt skilda frågeställningar men vissa teman är ofta förekommande, däribland sömnproblem hos barn och föräldrar. Vid medverkan i föräldragrupper kommer så gott som alltid frågor om barns sömn upp och diskussion kring hur föräldrar kan skapa goda sömnvanor med sitt barn. Många vittnar om hur påfrestande det är när barnet vaknar ofta och hur utmattade föräldrarna själva blir. En del av dessa familjer söker psykologkontakt för att få stöd att förändra de mönster som etablerats. Ibland beskriver föräldrarna, oftast mamman, att de själva utvecklat sömnstörning som de sammankopplar med barnens sömnproblem. Interventionen kan variera mellan enstaka samtal till längre kontakter och planeras utifrån familjernas behov.

- fallbeskrivning

En förälder, oftast mamman, har under längre tid sökt råd och stöd hos BVC-sjuksköterskan eftersom barnet sover dåligt på nätterna. Det vaknar flera gånger per natt och periodvis har mamman inte fått längre än ett par timmars sammanhängande sömn. Barnet somnar oftast om efter att ha fått välling eller blivit ompysslat i sängen. Nu är barnet 13 mån., ”kvällsnattningen” tar längre tid då barnet protesterar att bli lämnat eller vaknar av att läggas ner i sängen. Mamma beskriver hur hon fått allt svårare att sova själv då hon ”vet” att barnet ändå kommer vakna snart. När barnet är på väg att vakna går hon snabbt upp för att försöka få det att somna om. Mamma beskriver att tankarna går ”rundgång” och hon ligger klarvaken frustrerad över att hon ej kan somna om. Hon uttrycker ilska över barnets pappa som sover vidare men hon stressas också av att han arbetar och skall upp på morgonen och att 3-åringen kan vakna av babysnåls gråt. Hennes sömnbrist gör det svårare att orka med vardagarna som tenderar att bli fyllda av konflikter med 3-åringen. Hon är utmattad, ledsen och skuldtyngd över att inte orka vara den förälder hon önskar vara. När hon fått avlastning av sin man för att få sova har hon inte kunnat sova djupt och vaknat så snart hon hört barnet. Remiss skrivs till BVC-psykologen ”då mor inte orkar längre”.

Vid samtal med båda föräldrarna kartläggs situationen och de strategier de provat. Till- sammans beslutar de sig för att försöka förändra nattningsrutinerna på kvällen genom att lära barnet somna i sin säng och efter en tid börjar barnet sova bättre på nätterna. Det vaknar fortfarande då och då men somnar allt oftare om på egen hand.

Efter ett par månader beskriver föräldrarna att barnets sovvanor nu känns mer normala. Problemet kvarstår dock för mamman som har fortsatta sömnsvårigheter. ”Det är som om jag inte kan sova längre och det stressar mig något oerhört! Snart skall jag börja jobba och hur ska jag klara det?”. Relationen mellan makarna har börjat bli allt mer spänd då mannen anser att sömnproblemet hos barnet är avhjälpt och att det inte finns så stora skäl att ”stressa upp sig”. Kvinnan upplever att mannen inte alls förstår hennes situation, vilket spär på hennes stress. De sista nätterna har hon haft svårt att somna, har vaknat efter några timmar och inte kunnat somna om.

- frågeställning och syfte

Syftet är att i litteratur dels söka generell kunskap kring sömnsvårigheter och behandling av dessa, dels att specifikt försöka beskriva de komplexa faktorer som samverkar vid sömnstörning hos småbarnsföräldrar.

”Sov så gott!”

- om sömnens funktion och arkitektur

Sömn är ett tillstånd av vila och återhämtning för kropp och psyke med möjlighet till viktiga reparations- och uppbyggnadsprocesser. Barn behöver mer sömn än vuxna förmodligen på grund av den intensiva utvecklingen av kropp (bl.a. byggs immunförsvaret upp och barn växer på natten då tillväxthormon utsöndras) och psyke (bl.a. bearbetas sinnesintryck och förmågan till minne och koncentration påverkas). Faktum är att en femåring tillbringat mera tid i sömn än i vakenhet! (Smedje, 2004)

Hos både barn och vuxna växlar sömnen mellan olika perioder av ytlig och djup sömn. Genom sömnlaboratoriets registrering av EEG (mäter hjärnans aktivitet), EMG (mäter muskelaktivitet) och EOG (mäter ögonrörelser) kan sömnen indelas i två olika tillstånd; stadium I-IV-sömn och REM-sömn. Under I-IV sömn går vi i fyra stadier från den ytligaste sömnen då vi är lättväckta och mottagliga för intryck från omvärlden till djup-sömn då både kroppen och hjärnan går på sparlåga. Under REM-sömn (Rapid Eye Movements) drömmer vi och nervsystemet är i full gång eftersom hjärnan och ögonen är mycket aktiva, men vår kropp vilar då den viljestyrda muskulaturen är bortkopplad. Andningen är oregelbunden under REM-sömnen och andningssvårigheter, t.ex. vid kraftig snarkning, kan uppkomma (Smedje, 2004).

Sekvenser av stadium I-IV och REM-sömn återkommer i cykler under natten som skiljer sig åt mellan spädbarn, barn och vuxna. Ett spädbarn kan ha så många som åtta perioder av ytlig sömn under natten, då det ofta vaknar ofta upp. Om barnet vant sig vid att ha föräldrakontakt för att kunna somna om kan sömnproblem hos både barnet och föräldrarna utvecklas (Thunström, 2004). Barn har mycket djupsömn under de första timmarna av natten och sömnstörningar som sömngång och nattskräck förekommer vanligen då. Barn drömmer betydligt mer än vuxna och under senare delen av natten ökar

andelen REM-sömn och eventuella mardrömmar inträffar under detta sömnstadie (Smedje, 2004).

Sömnbehovet är individuellt och vår biologiska klocka som styr dygnsrytmen påverkas av våra gener. Kroppens hormoner har en dygnsrytm och hypothalamus sänker kroppstemperaturen och höjer melatoninhalten under den mörka delen av dygnet. Framåt morgonen minskar ljuskänsliga kärnor i hypothalamus melatoninhalten, kroppstemperaturen och kortisolhalten stiger. Naturligtvis påverkas sömnbehovet av hur länge vi varit vakna men också av våra mat- och motionsvanor (Smedje, 2004).

- om sönmönster hos små barn och vuxna

Människans sömnbehov varierar mellan olika åldrar (Hansson, 2000, Berg Brodén, 1993, Smedje, 2004, Bergqvist Månsson, 2002):

- Ett nyfött barn sover i genomsnitt 16 timmar per dygn (det varierar mellan 10-11 timmar upp till 17-20 timmar). Sömnperioderna är vanligtvis inte längre än 3-4 timmar, varken på dagen eller natten, och domineras av REM-sömn. Ungefär en gång i timmen är sömnen ytlig för att barnet ska kunna signalera när det behöver mat. Det vaknar när det är dags att äta och somnar ofta om vid bröstet eller nappflaskan. (Kopplingen mellan att vakna, suga och att somna in släpper de flesta barn, men en del har vanan kvar i högre ålder och det kan bidra till svårigheter att somna om på natten.) Barn som sover mycket lugnt och stilla och somnar om på egen hand riskerar att väckas av föräldrar som oroligt vill kolla att de andas. Barn som i sömnen rör sig mycket och gnyr kan plockas upp av föräldrar i tron att det är vaket. Inom en månad efter födelsen påbörjas anpassningen till en dygnsrytm som är baserad på både ljus-mörker och sociala stimuli; främst matningen. En del barn och föräldrar har svårigheter att finna en rytm när det gäller sömn och mat, dels på grund av faktorer som barnets temperament, dels utifrån deras ömsesidiga samspel.
- 4-7 månader: När vakenhetsperioderna på dagarna blir längre och barnet blir aktivare kan det runt halvåret börja sova runt 10-12 timmar på natten och klara sig med två sovstunder på dagen. Om barnet äter bra på dagen behöver det inte något nattmål längre men från 6 månaders ålder kan det lätt utvecklas till en vana. Barnet drömmer mycket men djupsömnperioderna blir längre.
- 8-9 månader Barnets utveckling kan ta stora steg och bidra till mer orolig sömn med drömmar och uppvaknanden då barnet söker föräldrarna på natten. Djupsömnen fortsätter att öka och parasomnier som nattskräck kan debutera.
- 1-2 år Barnet sover vanligtvis runt 12 timmar på natten men nästan var fjärde barn i ettårs-åldern vaknar flera gånger per natt och totalt vaknar hälften av alla barn med någon slags regelbundenhet. I två-årsåldern sover de flesta en stund på dagen. Det kan ta längre tid för två-åringen att somna men de vaknar inte lika ofta på natten och har lättare att somna om själv.

- 3-6 år I förskoleålderna har barnets dygn ofta funnit sin form med 12-14 timmars sömn. Andelen djupsömn är stor och ger en lugn sömn när de väl somnat, medan andra har förekomst av sömngång och nattskräck eller vaknar av oro och drömmar under natten.
- Vuxna drömmer betydligt mindre än barn och ju äldre vi blir desto mindre djupsömn och fler vakenhetsperioder har vi i 3-5 sömncykler per natt. Den första delen av natten domineras av djupsömn och för varje ny sömncykel blir drömmarna lite längre.

”Sovit gott?”

- förväntad sömn som småbarnsförälder

Livet i en småbarnsfamilj är intensivt och många kämpar med ambitionen att vara goda föräldrar i kombination med yrkesliv. I en undersökning från Statistiska Centralbyrån uppgav nästan var femte småbarnsmamma att de hade svårt att somna för att de låg och funderade på problem på jobbet (Bergqvist Månsson, 2002). Frågor kring barns sömnvanor är ständigt på BVC:s agenda då 20 % av småbarnsfamiljerna upplever sömnen som ett kroniskt problem (Hansson 2000). I en studie från Uppsala studerades 2066 barn mellan 6-18 månader och föräldrarna fick svara på frågor om barnens sömnvanor och eventuella sömnproblem. Av dessa hade knappt var femte barn mycket svårt att somna in vid läggdags och vart tredje vaknade och skrek många gånger på natten. Lindriga sömnsvårigheter var förstas ännu vanligare (Thunström, 2002).

Barns nattliga uppvaknanden kan vara en allvarlig stressfaktor för föräldrar som ofta väcks under natten och blir svårt utmattade. När föräldrar vaknar mitt i natten av barnets gråt ökar stresshormonet noradrenalin som svar på barnskriket. Dessa stressfysiologiska reaktioner ökar med antal uppvaknanden och långvarig brist på djupsömn påverkar framförallt HPA-axeln (Währborg, 2002). Sömnbristen kan ge ökad irritabilitet, leda till relationsproblem, sexuella problem och ökar risken för depression hos föräldrar. I extrema fall har sådan stress bidragit till barnmisshandel (Smedje, 2004).

Föräldrar vars barn utvecklat omfattande sömnsvårigheter rapporterade extrem trötthet, energilöshet och psykosomatiska besvär som huvudvärk, värk i axlar och rygg eller ”hela kroppen”, yrsel, hjärtklappning, svimningsanfall och viktnedgång. De ovan beskrivna stressreaktionerna skulle också kunna förklaras enligt Lazarus stressteori då föräldrarna fastnar i onda cirklar av sömnbrist, upplevd vanmakt och skuld och tilltagande psykiska och fysiska symtom (Rydén & Stenström, 2000).

-samspelet mellan barn och föräldrar vid sömnstörningar

För att förstå hur sömnstörningar utvecklas och vidmakthålls måste samspelet mellan barn och föräldrar beaktas. Barnet signalerar sina behov och föräldern svarar upp med spontana föräldrabeenden. Förälderns samspel med barnet genom imitation, ögonkontakt och kroppskontakt bidrar till att efterhand maximera tillstånden av lugn sömn och vakenhet.

Redan hos nyfödda kan tydliga skillnader iaktas beträffande temperament och aktivitetsnivå, vilket påverkar barnets förmåga att komma till ro och låta sig tröstas. Barn med hög aktivitetsnivå har visat sig vara överrepresenterade bland barn med sömnsvårigheter (Smedje, 2000). En annan viktig faktor är hur långa episoderna av lugn vakenhet är, då barnet tar in yttervärlden och finns tillgängligt för sociala kontakter. Med ett barn som är svårtröstat och som diffust signalerar sina behov riskerar föräldrarnas osäkerhet att öka och försvårar tillfredsställelsen.

Om föräldern inte förmår svara upp i samspel och barnet inte får hjälp med att finna en rytm i vakenhet och sömn, kan de antingen sova mer än andra barn eller reagera med skrikighet, missnöje och sömnsvårigheter beroende på barnets temperament. Således samverkar spädbarnets karaktär och förmåga att signalera sina behov med föräldrarnas kompetens i samspelet, vilket färgar utvecklingen av relationen mellan barn och föräldrar (Berg Brodén, 1993).

Vid tidiga och omfattande sömnstörningar är det vanligare att barnet ammas och äter oftare, sover i föräldrarnas säng och att det tidigare förekommit sömnproblem i familjen (Thunström, 2002). Föräldrarnas grad av uppmärksamhet medverkar alltså till att förstärka barnets sömnmönster och vanligast är att föräldrarnas omedelbara reaktion på barnets gråt vänjer barnet vid att söka deras närvaro. Det är genom insikten om sambandet mellan föräldrarnas respons och vidmakthållandet av barnets sömnsvårigheter som förändring blir möjlig (Dyregrov, 2002).

Trots att sömnproblem diskuteras ofta på BVC framkom i Uppsala-studien att en fjärdedel av familjerna med de allvarligaste sömnsvårigheterna inte var uppmärksammade på BVC. En del föräldrar går på högvarv på grund av utmattning och deras ruschiga tempo missförstås. I familjer med allvarliga sömnstörningar hos barnen var känslor av misslyckande i föräldrarollen och skuld i relation till barnet vanliga. Flertalet av mammorna upplevde att de förlorat kontroll i situationen och i relation till deras barn. Familjerna hade även en högre förekomst av psykosociala problem, bl.a. bristande socialt nätverk och överrepresentation av utom-europeiska invandrare (Thunström, 2002).

Metoder vid sömnsvårigheter hos små barn

Eftersom problemen är så vanligt förekommande har olika metoder utarbetats för att främja goda sömnvanor och en av de mest kända och omdiskuterade är den s.k. 5-minutersmetoden som går ut på att lära barnet somna själv. Tanken är att mönstren kring de nattliga uppvaknanden bryts om barnet kan somna om på egen hand (Eckerberg, 2004). Invändningarna mot metoden rör främst förhållningssättet när barnet protesterar och gråter efter att ha lämnats i sängen. Föräldrarna uppmanas då att låta barnet gråta fem minuter innan de tröstar det för att markera att det är läggdags och att barnets protester inte hjälper. I praktiken kan metoden tillämpas med olika modifieringar utifrån familjens situation och behov.

I Uppsala-studien klassificerades sömnsvårigheterna enligt ICSD (International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual). För att uppfylla kriterierna för svår sömnstörning skall barnet ha fördröjd insomning, vara vaket minst 2-3 gånger per natt i minst 10-15 minuter varje gång under minst fem nätter i veckan. 5 procent av

2066 barn bedömdes ha extremt svåra problem. 27 barn som hörde till denna kategori och som var mellan 6 månader och ett år erbjöds behandling under en månad. De vaknade och skrek i genomsnitt 6 gånger per natt (Thunström, 2002).

Först fick föräldrarna information om hur barns sömn fungerar och hur problem uppstår när barnen inte somnar om igen utan föräldrarnas medverkan. De stöttades till att välja en nattningsritual så att barnet somnar själv på kvällen för att kunna somna om på natten. De uppmanades att skilja på matdags och sovdags. De fick handledning i "kontrollerad tröstning" då det dåsiga, men vakna barnet, läggs i sängen. Om barnet börjar gråta, kommer föräldern tillbaka efter en minut och tröstar varmt men bestämt, helst utan att ta upp barnet ur sängen. På sikt ökas intervallen mellan tröstningarna. De fick information om vikten av vilan på dagen då övertrötta barn sover sämre på natten. Dessutom poängterades regelbundna matvanor och lekstunder med engagerad förälder. (För mer utförlig beskrivning av förhållningssätt se Thunström, 2004.)

Under behandlingstiden fick föräldrarna stöd genom att skriva sömndagbok som de kunde diskutera på BVC. Möjlighet gavs till telefonkontakt med barnpsykolog ett par gånger i veckan. De blev alla uppmuntrade att ta väl hand om sig själva för att orka. Barnen till de föräldrar som var deprimerade fick under en kort period sömnmedel för att föräldrarna skulle få en chans att återhämta sin mentala styrka. När månaden var över vaknade barnen i genomsnitt 1,8 gånger per natt. Resultaten höll i sig under uppföljande studier, den sista 5 år efter behandlingen (Thunström, 2002)

”Jag kan inte sova!”

- när blir sömnbrist problem?

I dagens samhälle sover vi mindre än i forna tider och i vår kultur betraktas ett litet sömnbehov som idealet. Samtidigt lider många av sömnsvårigheter och söker professionell hjälp av olika slag. Runt 25% av 20- 65-åringar uppger att de ofta sover för lite på grund av att de har svårt att somna, har flera uppvaknanden eller vaknar för tidigt. Upplevelsen av sömnkvaliteten är subjektiv och studier har visat att det finns personer som sover dåligt utan att vara medvetna om det, medan andra upplever att de sover förärligt illa vilket inte kan bekräftas vid sömnregistrering där allt är normalt.

5-10 % beräknas ha problem som uppfyller de medicinska diagnos-kriterierna för sömnstörning (Bergqvist Månsson, 2002):

Primär insomni (DSM IV)

- A. Svårighet att initiera eller vidmakthålla, eller icke-vederkvickande, sömn.
- B. Sömnstörningen (eller medföljande dagtrötthet) orsakar signifikant lidande eller funktionsinskränkning
- C. Sömnproblemet utgör inte del av annan sömnstörning (ex narkolepsi)
- D. Sömnproblemet utgör inte en följd av psykiatrisk störning
- E. Sömnproblemet orsakas inte av medicinering, drogmissbruk eller kroppslig sjukdom

Besvären skall förekomma minst varannan dag under en period av tre veckor.

Insomni kan preciseras med

- en förlängd insomningstid med mer än 45 minuter,
- flera uppvaknande som varar mer än fem minuter
- för tidigt uppvaknande med mer än 60 minuter,
- eller en total sömnförkortning med minst 90 minuter (Åkerstedt, 2002)

Den vanligaste orsaken till sömnproblem är stress. Hela nervsystemets uppvarvning genererar förhöjd vakenhet och vaksamhet, oavsett om det orsakas av positiv eller negativ stress. Sömnstörningar kan även uppkomma i samband med en kris och kvarstå efter att livet återgått till det normala. Det är lätt att hamna i onda cirklar och de utlösande faktorerna behöver inte vara de vidmakthållande. Det kan räcka med oron för att inte kunna sova (Bergqvist Månsson, 2002). Andra livsstilsfaktorer som ökar risken för sömnstörning är oregelbundna arbetstider och förtäring av alkohol innan sänggåendet vilket förkortar insomningstiden men minskar andelen djupsömn. En högljutt snarkande partner kan även bidra till försämrad sömn.

Det finns ytterligare sömnproblem:

- Hypersomnier – svårt att hålla sig vaken under dagtid (narkolepsi)
- Dygnsrytmstörningar – barn och vuxna som vänder på dygnet
- Parasomnier - andningsuppehåll under natten (sömnapne´)
 - sömngång
 - nattskräck
 - mardrömmar

och en rad andra besvärande fenomen under sömn; nattlig sängvätning, tandgnissling, sömnparalys, krypningar i benen, nattliga benkramper, rytmiska rörelser vid insomning m.fl. (Smedje, 2004).

- sömnens betydelse för hälsan

Sömnen har hälsofrämjande funktioner och bland annat stärks kroppens immunförsvar under sömn och hjärnan bearbetar intryck vilket påverkar minne och koncentrationsförmåga. Generellt gäller tumregeln att de flesta klarar att tappa upp till två timmars sömn varannan natt utan att drabbas av några men. Om man sover för lite och sömnunderskottet byggs på får det både psykiska och fysiska konsekvenser (Leander, 1997). Psykiatriker Lena Mallon följde i sin avhandling personer med sömnstörningar i en longitudinell studie och visade att kvinnor med sömnproblem hade fyra gånger så stor risk att drabbas av depressioner (Mallon, 2000). Förhållandet är även omvänt: är man deprimerad sover man sämre och ju sämre man sover desto svårare är det att komma ur depressionen (Leander, 1997).

Ett likadant samband finns mellan sjukdomar och sömn. Vissa sjukdomar får konsekvensen att man sover sämre t.ex. diabetes, struma, kroniska smärttillstånd och reumatiska sjukdomar. En del mediciner kan ge mardrömmar t.ex. vissa blodtrycksmediciner. Men hur kan man bli sjuk av för lite sömn? Kroppens ämnesomsättning rubbas med förhöjda socker- och blodfettnivåer som kan leda till det s.k. metabola syndromet med fetma, hjärt/kärlproblem och diabetes. (Währborg, 2002).

Ett exempel är det söt-sug som uppkommer vid trötthet. Sömnbristen triggas stresshormoner som i sin tur stör sockeromsättningen i kroppen och det aptitreglerande hormonet leptin minskar. Låga leptinhalter leder till ökat sug efter fet och söt mat (Åkerstedt, 2002). Även kortare perioder av dålig sömn kan ge upphov till störningar i ämnesomsättningen.

Män och kvinnor påverkas olika av störd sömn, där kvinnor har större benägenhet att bli deprimerade medan männen i högre grad drabbas av sjukdomar relaterade till det metaboliska syndromet: hjärt/kärlsjukdomar, för tidig död och diabetes (Bergqvist Månsson 2002).

Anamnestisk kartläggning och utredning

Barnpsykiatriker Hans Smedje i Uppsala har framarbetat information för vårdpersonal i samband med utredningar av sömnsvårigheter hos barn (Smedje, 2004). I materialet finns screeningformulär, sömndagbok, sömnanamnes och differentialdiagnostiska frågeställningar användbara vid kartläggning av barns sömnsvårigheter. En utredning bör även omfatta sömnhygien där förhållanden kring läggdags, sovvanor och dygnsrytm diskuteras.

I Uppsala-studien fann man följande riskfaktorer vid sömnsvårigheter hos barn; sviktande stöd i föräldrarnas relation och psykosociala problem som socioekonomiska svårigheter, trångboddhet och lyhördhet (Thunström, 2002)

Andra faktorer att beakta är förekomst av trauma, rädsla och oro för barnets hälsa, utveckling eller plötslig spädbarnsdöd (Dyregrov, 2002). Självklart är flertalet av ovanstående faktorer även relevanta vid kartläggning av vuxnas sömnproblem. En medicinsk utredning bör genomföras för att utesluta sådana orsaker till sömnsvårigheterna. Hos barn är det vanligt att komjölksallergi ger orolig sömn.

Vidare bör eventuell psykiatrisk problematik uppmärksammas särskilt med fokus på depression och ångest (Mallon, 2000).

På vissa sjukhus finns sömnlaboratorier dit patienter remitteras med misstänkta bakomliggande sömnstörningar eller sömnstörning med oklar bakgrund. Svensk Förening för Sömnforskning, SFSF, ger på sin hemsida (www.swedishsleepresearch.com) länkar till landets sömnkliniker.

Behandling av sömnstörning hos vuxna

Det finns goda möjligheter att komma tillrätta med sömnsvårigheter och över 70% blir friska med professionell behandling (Leander, 1997). I litteraturen finns en hel uppsjö med olika avslappningstekniker, kognitiva strategier och konkreta råd angående sömnhygien. Nedan kommer i korthet några vanligt förekommande metoder nämnas:

- Kognitiv-beteendeterapeutisk behandling har visat goda behandlingsresultat vid sömnstörningar. Den kan innefatta identifiering av kontraproduktiva tankar -”i natt kommer jag inte att kunna sova heller”, förändring av tankar och vanor som

vidmakthåller sömnproblemen, t.ex. engagerat TV-tittande, spännande läsning och datoranvändning, avslappningsteknik och sömnrestriktion - att senarelägga sänggåendet så att patienten är sömning och kan somna utan besvär, bibehålla regelbunden uppstigningstid och sedan gradvis tidigarelägga tidpunkten för sängdags (Smedje, 2004).

- När oro, tankar och minnen håller en vaken finns en rad strategier som att skriva ned dem tidigt på kvällen och använda bemästrings/-distraktionstekniker beskrivna av Dyregrov (2002).
- Avslappningstekniker baserade på andningsteknik t.ex. Benson eller Chóliz andningsmetod som bygger på ökad koldioxidhalt (Dyregrov, 2002 – en liten guldgruva med många kliniskt användbara metoder!).
- Sömnhygien – omfattar vanor innan läggdags, temperatur i sovrummet, sängens karaktär, miljön i sovrummet (ljus & ljud), eliminering av störande faktorer, sovvanor och dygnsrytm, livsstilsfaktorer som kost och motion (Bergqvist Månsson, 2002)

Medicinering undviks vanligen i barn och ungdomsåldrarna. En kortvarig behandling kan ibland vara nödvändig för att bryta ond cirkel. På senare år har Melatonin-behandling presenterats som ett alternativ men är inte helt utprövat (Smedje, 2004). Sömnmedel kan för vuxna fylla en funktion för att bryta den negativa spiralen men andra behandlingsinsatser behövs också för att komma till rätta med problemen (Leander, 1997).

Diskussion

Att tidigt uppmärksamma sömnproblem hos både barn och vuxna kan vara en förebyggande insats som på sikt kan begränsa lidande och spara resurser. Eftersom problemen är så vanligt förekommande är generella insatserna riktade på folkhälsolivå nödvändiga. Genom att uppmärksamma frågeställningen på BVC:s föräldragrupper kan många familjer nås. Det är motiverat utifrån den preventiva paradoxen som innebär att en liten insats riktad till många ger bättre resultat än försök att nå riskgruppen. Som psykolog verksam inom barnhälsovården ser jag även möjligheter att på sikt arbeta med gruppbehandling för familjer med uttalade sömnproblem, vilket med framgång har prövats på olika håll. Fördjupning genom litteraturstudierna har gett möjlighet till bättre förståelse för vuxnas sömnsvårigheter och jag anar att i många av de föräldrastödjande kontakterna kan finnas sömnstörningar i bakgrunden som vi missar. För psykologer som främst arbetar med vuxna har min ambition varit att ge fördjupad kunskap i småbarnfamiljers situation och peka på samverkande faktorer. Förhoppningsvis kan familjerna med extrema svårigheter uppmärksammas och erbjudas adekvat behandling.

Referenser

- Berg Brodén, M.(1993). Tidigt samspel – förutsättningen för utveckling. I Hwang, P. (red.), *Spädbarnets psykologi* (sid. 119-147). Stockholm: Natur och Kultur.
- Bergqvist Månsson, S. (2002) *Sömnboken – en handbok i konsten att sova*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg.
- Eckerberg, B. (2004). Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. *Acta Paediatrica*, 93, 126-134.
- Hansson, C. (2000). *Sömn och hälsa*. Stockholm: Bonnier Carlsen.
- Leander, G. (1997). *Tröstbok för sömnlösa – handboken för alla ofrivilliga nattugglor*. Stockholm: Valentin förlag.
- Mallon, L. (2000). *Insomnia: Prevalence, longitudinal course and health consequences - a twelve year perspective*. Doktorsavhandling, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
- Rydén, O. & Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi – psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Smedje, H. (2000). *Nighttime sleep and daytime behavior in children: Studies based on parents' perceptions of five to eight year old children*. Doktorsavhandling, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet.
- Smedje, H. (2004). *Sömnproblem hos barn och ungdom - Information för sjukvårdspersonal*. Akademiska Sjukhuset Uppsala, Barn- och ungdomspsykiatri, www.akademiska.se
- Svensk Förening för sömnforskning (SFSF). Hemsida: www.swedishsleepresearch.com
- Thunström, M. (2002). *Severe Sleep Problems among Infants. A Five-Year Prospective Study*. Doktorsavhandling, Institutionen för pediatrik, Uppsala universitet.
- Thunström, M. (2004). *Sömnproblem hos små barn*. www.growingpeople.se
- Währborg, P. (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Åkerstedt, T. (2002). *Sömnens betydelse för hälsa och arbete* Järvsö: Bauer Bok.