

Medveten närvaro och beteendeterapi vid behandling av primär insomni: Effekter på sömn, uppmärksamhet, oro och ruminering

Sammanfattning

Uppmärksamhet/övervakning (monitoring) är en viktig komponent vid utvecklandet och vidmakthållandet av insomni. Genom medveten närvaro (MN) kan förmågan att rikta uppmärksamheten tränas upp. Syftet med studien var att undersöka effekten av MN i kombination med beteendeterapi (BT) vid behandling av primär insomni hos personer med hög uppmärksamhet/övervakning av sömnrelaterade stimuli. Behandlingens effekt på sömn och uppmärksamhet samt en eventuell sekundär effekt på oro och ruminering undersöktes. En single-subject design med en konstruktiv strategi användes och två behandlingar gavs, där hälften av deltagarna fick BT och hälften fick BT+MN. Resultaten visade att sömn, uppmärksamhet/övervakning och oro förbättrades av behandlingarna, men oberoende av MN. För framtida forskning rekommenderas en utökad design för att undersöka effekten av MN vid behandling av insomni.

Nyckelord. Insomni, uppmärksamhet/övervakning, medveten närvaro, beteendeterapi, single-subject, konstruktiv strategi.

Charlotte Alm & Åsa Tornell
Handledare: Markus Jansson-Fröjmark
Extern handledare: Kerstin Hennerdal
Psykologexamensuppsats, 30hp
VT 2011
Örebro Universitet

**Mindfulness and behavioral therapy as a treatment for primary insomnia:
The effect on sleep, monitoring, worry and rumination ¹**

Charlotte Alm & Åsa Tornell

*Department of Behavioral, Social and Legal Sciences
Psychology, Örebro University*

Abstract

People with insomnia attend to sleep-related stimuli during the day and night. This activity is called monitoring. In mindfulness (MN) attention plays a central part, and by practicing MN the ability to direct attention can be improved. The aim of this study was to explore the effect of MN and behavioral therapy (BT) when treating people with primary insomnia who tend to monitor sleep-related threat cues. The effect on sleep and monitoring was examined, as well as the secondary effect on worry and rumination. A single-subject design with a constructive strategy was used. Two different treatments were implemented and half of the participants were given BT and the other half BT+MN. Together the results showed that sleep, monitoring and worry improved, but independent of MN. A suggestion for future research is to extend the current design to further explore the effect of MN within the treatment of insomnia.

Keywords: Insomnia, monitoring, mindfulness, behavioral therapy, single-subject design, constructive strategy.

¹ *Psychology 10th term. Supervisor: Markus Jansson-Fröjmark*

Författarnas tack

Vårt främsta tack går till deltagarna i behandlingsstudien. Utan Er delaktighet hade uppsatsen inte varit möjlig att genomföra.

Ett stort tack riktar vi även till Markus Jansson-Fröjmark för ovärderlig hjälp och handledning.

Vi vill också tacka Zacharias Lundin för att han lånade ut sin röst och gav oss teknisk support.

Slutligen vill vi också tacka varandra för stöttningen i att ”vara i det nu vi inte alltid ville vara i” samt uppmuntran och glädjen vi gett varandra under arbetet.

Innehållsförteckning

Insomni	6
Psykologisk behandling av insomni	8
Insomni och uppmärksamhet	10
Medveten närvaro	12
Medveten närvaro och uppmärksamhet	14
Medveten närvaro och insomni	15
Sammanfattning	18
Syfte	19
Hypoteser	19
METOD	19
Design	19
Procedur	20
Deltagare	20
Telefonintervju	21
Bedömningssamtal	22
Beskrivning av deltagare	24
Behandlingen	26
Behandlingsintegritet	28
Material	29
Screeningformulär	29
Sömnmått	30
Mått på psykologiska faktorer	32

Processmått.....	33
<i>Utfall på processmått.....</i>	<i>35</i>
Analys.....	37
Visuell analys	37
För- och eftermätningar och procentuella skillnader	38
Klinisk signifikant förbättring	38
Etik	39
RESULTAT	40
Visuell analys	40
För- och eftermätningar och procentuella skillnader	49
Klinisk signifikant förbättring.....	52
DISKUSSION.....	52
Hypoteser	53
Kliniska implikationer.....	55
Styrkor med studien	56
Metodologiska brister.....	57
Summering	60
Referenser.....	61
Bilagor.....	67

Medveten närvaro och beteendeterapi vid behandling av primär insomni: Effekter på sömn, uppmärksamhet, oro och ruminering

Sömnen är viktig för oss människor och vi sover ungefär en tredjedel av våra liv. Flera faktorer är med och påverkar sömnbehovet. Dessa är till exempel kroppstemperaturcykeln, om man har varit vaken tillräckligt länge för att kroppen ska bli trött och om man har vänt på eller förskjutit dygnet (Morin, Savard, Ouellet, & Daley, 2002). Sömnbehovet beror även på produktionen av hormonet melatonin, som påverkas av dagsljus och mörker. Sömnen kan dessutom påverkas i mer eller mindre utsträckning av åldrande, stress, mediciner, sjukdom, träning och kosthållning. När vi sover sker olika processer i kroppen och dessa tros vara viktiga för att kroppen ska återhämta sig och byggas upp. I olika studier har man sett att det finns ett samband mellan sömnen och immunförsvaret och att det till exempel finns ett positivt samband mellan hur nöjd man är med sin sömn, sömnkvalitet eller mängden sömn och ett bättre immunförvar. Vidare har sömnen betydelse för bevästandet av vissa minnen. Man har till exempel sett att information som ska lagras i procedurminnet lagras olika bra beroende på om man sover bra eller dåligt (Nissen et al, 2011).

Insomni

Den kliniska benämningen insomni karakteriseras av svårigheter med att somna eller upprätthålla eller erhålla god sömnkvalitet (American Psychiatric Association, 2000). Insomni definieras utifrån patientens subjektiva klagomål på otillräcklig sömntid och/eller dålig sömnkvalitet under minst en månad, vilket leder till minskat välbefinnande och sämre funktionsförmåga inom flera viktiga områden, till exempel socialt och yrkesmässigt. För att kriterierna för diagnosen *primär* insomni ska uppfyllas kan inte sömnproblemen förklaras med en annan sömnstörning (t.ex. sömnnapné eller restless legs), psykisk sjukdom (t.ex. bipolär sjukdom eller generaliserat ångestsyndrom), droganvändning (t.ex. koffein eller antidepressiv medicin) eller sjukdom (t.ex. astma eller smärta).

En skillnad har gjorts mellan *primär* insomni och *sekundär* insomni med tanken att detta ska underlätta vid behandling (Stepanski & Rybarczyk, 2006). Sekundär insomni innebär att sömnproblemen förekommer som en konsekvens av någon annan medicinsk eller psykologisk problematik, till exempel restless legs, sömnapné eller depression. *Samsjuklig* insomni innebär att insomnin förekommer samtidigt som en annan medicinsk eller psykologisk problematik. Det har visat sig att människor med kronisk insomni i högre utsträckning än människor som inte har det rapporterar till exempel hjärtsjukdomar, högt blodtryck, andningsbesvär, neurologiska problem och kronisk smärta (Taylor et al., 2007). Därtill löper personer som har en historia av insomni och sömnbesvär ökad risk för att utveckla depression och det finns signifikanta samband mellan ångestsyndrom och insomni. (Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996; Breslau, Rosenthal, & Johnson, 2006). Det har också undersökts om det finns samband mellan insomni och utbrändhet. En studie visade att personer som arbetar och får höga poäng på test som mäter utbrändhet rapporterar sämre sömnkvalitet, mer trötthet och fler dagtidssymtom till följd av sömnbrist i jämförelse med personer som i lägre grad känner sig utbrända (Söderström, Ekstedt, Åkerstedt, Nilsson, & Axelsson, 2004). I en prospektiv studie visade resultaten att det finns samband mellan insomni och vidmakthållande av utbrändhet men att utbrändhet inte är relaterat till eventuell framtida insomni (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2010). Dock finns det andra studier som hävdar motsatsen, vilket delvis kan förklaras med att man har tillämpat skilda forskningsmetoder i olika studier. Det finns även ett visst samband mellan hur mycket man genomsnittligt sover under natten och ökad risk för att dö i förtid (Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber, & Marler, 2002). Insomni kan alltså vara en riskfaktor för att utveckla andra störningar (Harvey, 2002).

Prevalensen av insomni varierar i de studier som har undersökt detta (Ohayon, 2002). Variationen beror dels på vilken diagnos som är utgångspunkten vid den epidemiologiska

studien och dels på om det är insomni som diagnos eller symptom som är i fokus (Ohayon & Shapiro, 2002). Vid studier av hur många som uppfyller något insomnisymptom utan krav på att uppfylla DSM-IV diagnos uppfyllde 32.1% minst ett symptom i en svensk population (Ohayon & Bader, 2010). Utifrån en studie av 50 epidemiologiska studier från ett flertal populationer fann man att cirka 6 % uppfyller kriterierna för DSM-IV diagnosen insomni (Ohayon, 2002). Så många som en tredjedel av deltagarna i studien uppfyllde dock något av kriterierna för diagnosen. Insomni är vanligare bland äldre människor och det beror på flera faktorer, till exempel förändringar i dygnsrytm och att man ofta har fler sjukdomar vilka kan orsaka insomnin (Voyer, Verreault, Mengue, & Morin, 2006).

Psykologisk behandling av insomni

Insomni medför negativa konsekvenser för individ och samhälle till exempel genom kostnader för medicinsk vård, sömnmedicin, ökad sjukfrånvaro och olyckor (Stoller, 1994). Det finns även ett samband mellan dålig sömn och minskad arbetsförmåga, sämre koncentrationsförmåga, håglöshet och svårigheter med att fatta beslut (Linton & Bryngelsson, 2000). Med hänsyn till detta är det viktigt att få fram effektiva behandlingar.

Både beteenden och kognitioner är viktiga komponenter för vidmakthållandet av insomni och utifrån det har behandlingar i kognitiv beteendeterapi (KBT) för insomni utvecklats (Edinger & Carney, 2008). Kognitiv beteendeterapi för insomni (KBT-I) är en behandling som inkluderar en eller flera beteendekomponenter som sömnrestriktion, stimuluskontroll, sömnhygien och avslappningsträning, samt en kognitiv komponent som till exempel psykoedukation och kognitiv omstrukturering. (Ong, Shapiro, & Manber, 2008). En översiktsartikel visar att KBT för insomni har en positiv effekt på flera olika sömnvariabler och att effekten är större än till exempel behandling med bara avslappning eller medicinering (Morin et al., 2006).

De beteendeinterventioner inom KBT-I som har mest stöd i forskningen är

stimuluskontroll och sömnrestriktion (Taylor & Roane, 2010). Den som har mest forskningsstöd är stimuluskontroll. Stimuluskontroll bygger på teorin om betingning och tanken är att man genom att göra förändringar i sina sömnvanor ska börja associera sovrummet och sängen med sömn och trötthet istället för vakenhet och insomni. Stimuluskontroll genomförs med hjälp av olika "sömnregler". Dessa är: 1) man ska inte gå och lägga sig förrän man känner sig sömning; 2) om man inte somnat efter 15 minuter ska man gå upp ur sängen, lämna rummet och göra en lugn aktivitet tills man känner sig trött igen; 3) man ska till exempel inte arbeta, läsa, äta eller titta på TV i sängen/sovrummet. Dessa regler uppmanas man följa för att kopplingen mellan sängen och vakenhet och frustration och oro ska brytas.

Interventionen *sömnrestriktion* har också stöd i forskning (Taylor & Roane, 2010). Sömnrestriktion är också ett sätt att förstärka kopplingen mellan sängen och sömn samt att förbättra sömnvanor till exempel genom att minska på vakentid i sängen. Interventionen bygger på att begränsa tiden man ligger i sängen till den tid som man faktiskt sover. Tiden i sängen beräknas utifrån en baslinje där man räknar ut hur mycket man har sovit i genomsnitt under en viss tid (Edinger & Carney, 2008). Denna genomsnittliga tid, plus 30 min till insomning, blir den totala tid man får ligga i sängen. Tiden i sängen höjs sedan när sömneffektiviteten är tillräckligt hög, det vill säga när man sover större delen av tiden man ligger i sängen. Sömnrestriktion och stimuluskontroll har visat sig ha samma effektstorlek i studier (Taylor & Roane, 2010). Det har dock gjorts färre randomiserade studier med sömnrestriktion som enda intervention. Detta beror på att man oftast använder sig av sömnrestriktion i kombination med stimuluskontroll.

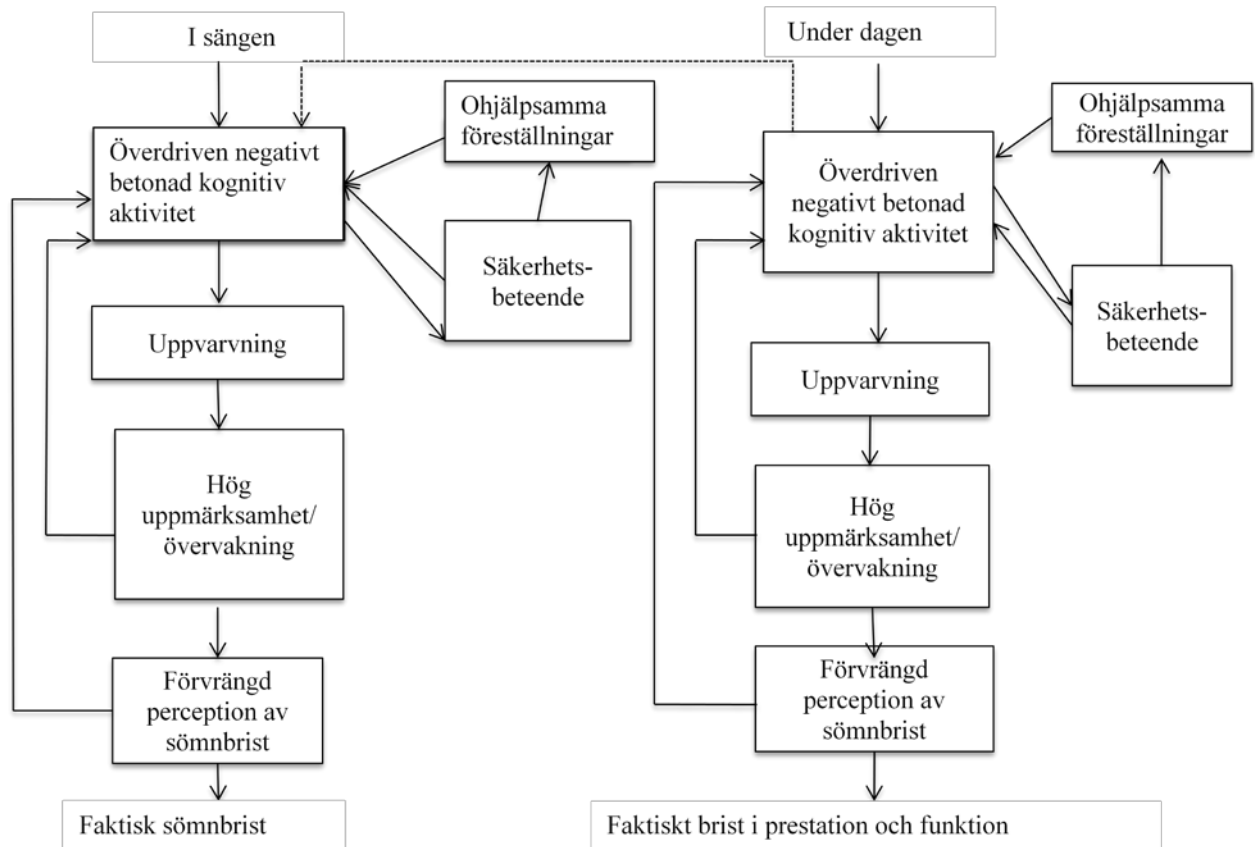
I över 40 år har KBT som behandling av primär insomni varit ett ämne som har intresserat forskare och kliniker världen över. Hittills har framsteg gjorts inom området och det har visat sig att KBT-I är effektivt vid behandling av insomni (Harvey & Tang, 2003).

Trots att studier visar på goda resultat är effekten av KBT-I mindre i jämförelse med KBT vid behandling av andra störningar. Än finns det mycket kvar att förbättra för att man ska kunna säga sig erbjuda patienterna fullgod behandling. Fler randomiserade kontrollerade studier behöver göras för att ta fram behandlingar på vetenskapliga grunder.

Insomni och uppmärksamhet

Ända sedan tidigt 70-tal har man undersökt vilka olika kognitiva faktorer som påverkar utvecklandet och vidmakthållandet av insomni (Harvey, Tang, & Browning, 2005). Enligt en modell av Harvey (Figur 1) så leder negativ kognitiv aktivitet till uppvarvning (arousal) som påverkar uppmärksamheten vilket kan leda till förvrängd perception av sömnbrist som slutligen leder till större sömnbesvär (Harvey, 2002). Negativ kognitiv aktivitet består av oro och ruminering över sömnbesvären.

Uppmärksamhet har en viktig funktion för vidmakthållandet av insomni (Harvey, 2002). Hög negativ kognitiv aktivitet (oro och ruminering) och uppvarvning gör att man lättare börjar uppmärksamma de stimuli som kan hota sömnen. Det kan till exempel vara ljud i omgivningen, tiden som går, tankar och känslor och sensationer i kroppen som indikerar att man håller på att somna eller inte kan somna. Denna uppmärksamhet/övervakning kan leda till en upplevelse av sömnbrist, vilken kan vara felaktig och överdriven. Upplevelsen leder i sin tur till ökad oro och ruminering. Oron för sömnbrist kan sedan ge faktisk sömnbrist. Denna process sker både under natten och under dagen. Tankeprocesserna under dagen bidrar till en större oro och mer ruminering under natten. På detta sätt är uppmärksamheten en viktig del av de kognitiva faktorer som vidmakthåller insomnin.



Figur 1

Harveys modell över kognitiva faktorer i utvecklande och vidmakthållande av insomni.

En hög uppmärksamhet mot tecken på sömnrelaterade hot samt övervakandet av dessa stimulus kallas på engelska för *monitoring*. I den här studien använder vi oss av begreppen uppmärksamhet/övervakning istället för *monitoring*. För att avvärja hot är man extra påpasslig för interna och externa stimuli som kan tolkas som hotfulla (Semler & Harvey, 2004).

Uppmärksamhet/övervakning är en automatisk kognitiv process som kan ske såväl när man ska försöka somna, när man ligger vaken under natten och försöker somna om, som under dagen (Semler & Harvey 2007).

Som nämns ovan ingår både kognitiva element och beteendekomponenter i de flesta psykologiska behandlingar av insomni. I en studie som genomfördes 2007 undersöktes hur enbart KT (kognitiv terapi) påverkar bland annat uppmärksamhet/övervakning hos personer med insomni (Harvey, Sharpely, Ree, Stinson, & Clark, 2007). Behandlingen inkluderade identifiering av vad för slags uppmärksamhet/övervakning patienten ägnade sig åt (t.ex.

uppmärksamhet/övervakning av klockan, tecken på trötthet och koncentrationssvårigheter under dagen) samt en beskrivning av konsekvenserna som detta fick för sömnen.

Interventionen för att minska uppmärksamhet/övervakning bestod av att aktivt rikta uppmärksamheten mot stimuli som inte är sömnrelaterade. Efter att behandlingen hade avslutats ägnade sig deltagarna i mindre utsträckning åt uppmärksamhet/övervakning än innan. Emellertid bör det nämnas att kontrollgrupp saknades och att förbättringarna kan ha åstadkommit av tiden eller icke-terapeutiska variabler.

Ingen av de tidigare behandlingsstudier som har gjorts vid insomni har använt sig av en *constructive strategy*, en så kallad konstruktiv strategi, för att utvärdera effekten på just uppmärksamhet/övervakning kopplat till sömnen. En konstruktiv strategi innebär att en behandlingskomponent adderas till en redan befintlig behandling för att se om det blir en skillnad i behandlingsutfall (Kazdin, 2010).

Medveten närvaro

Något som på senare år har fått mer och mer utrymme i psykologisk forskning och behandling, och som har visat sig ha positiva effekter på människors hälsa är medveten närvaro (MN) (Palmkron Ragnar, 2009). Den kan beskrivas som ett förhållningssätt till livet som innebär att se verkligheten och uppleva stunden som den är. MN innebär att avsiktligt rikta sin uppmärksamhet till det pågående nuet, utan att trassla in sig i vare sig det förflutna eller framtiden, och att göra det utan att döma eller förkasta verkligheten (Germer, Siegel, & Fulton, 2005). Många människor lever idag i ett mycket högt tempo där en stor del av alla aktiviteter genomförs per automatik (Hennerdal & Hennerdal, 2010). Många av oss glömmar bort att vara uppmärksamma och medvetna om vad som pågår just nu, såväl i kropp, tanke och känsla som runt omkring oss. Förmågan att leva i nuet bor inom oss men yttre omständigheter kan bidra till att vi inte tar tillvara på den.

MN kan betraktas som en inställning till det man gör och kan tränas genom olika

övningar (Palmkron Ragnar & Lundblad, 2008). Träningen kan bestå av att vara närvarande och uppmärksamt observera sig själv och sin omgivning och att sedan beskriva det man upptäcker utan att värdera eller döma. Begreppet MN användas för att beskriva såväl den teoretiska termen som den psykologiska processen att vara medvetet närvarande och det praktiska utövandet (Lundin & Tsur, 2008). Inom ramen för den här uppsatsen och de MN-baserade interventioner som har genomförts i studien, är utgångspunkten för begreppsförklaringen att MN är: "The awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment" (Kabat-Zinn, 2003, p. 145).

MN är en mångtusenårig österländsk övning i att leva här och nu och har sitt ursprung i buddhistisk meditation. Professor John Kabat-Zinn är den person som i störst utsträckning har bidragit till att göra MN känt i västvärlden och han är den som har introducerat MN i den akademiska världen (Palmkron Ragnar, 2009). John Kabat-Zinn har utvecklat ett behandlingsprogram som bygger på principerna för MN. Programmet heter Medveten närvaro-baserad stressreduktion (MBSR) och genomförs i grupp. Uppmärksam medveten närvaro lärs ut genom träning i icke-dömande, tålmod, nybörjarsinne, tillit, icke-strävan, acceptans och träning i att släppa taget (Kabat-Zinn, 1990). Det har visat sig att MBSR kan hjälpa till att reducera ångest- och paniksymptom hos personer med generaliserat ångestsyndrom eller panikångestsyndrom samt reducera smärtupplevelsen hos personer som lider av kronisk smärta (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, & Petersen, 1992). Likaså har MBSR positiva effekter på stress och ruminering och på somatiska tillstånd som psoriasis och cancer (Kabat-Zinn et al., 1998; Kvillemo & Brännström, 2011; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008).

I Medveten närvaro-baserad kognitiv terapi (MBKT) har man kombinerat MBSR och KBT (Ma & Teasdale, 2004). Syftet med MBKT är att utveckla förmågan att bli medveten

om sina tankar samt förändra förhållningssättet till oönskade tankar, känslor och kroppssensationer. På sikt är målet att man inte ska undvika eller reagera på dessa tankar, känslor och kroppssensationer per automatik, utan snarare bli medveten om dem och kunna välja förhållningssätt och avsiktligt svara på dessa. MN inom ramen för MBKT handlar alltså om att bemöta bekymmersamma tankar och känslor med vänlighet, empati och tålmod, för att sedan väva samman detta till ett förhållningssätt (Kuyken et al., 2010). MBKT har visat sig vara verksamt när det gäller att förebygga återfall i depression hos patienter som har haft mer än tre depressiva episoder (Ma & Teasdale, 2004). Vidare är MBKT hjälpsamt för att reducera ångest relaterad till hälsa hos personer som lider av hypokondri och det kan fungera som ett effektivt komplement till farmakologisk behandling hos patienter med paniksyndrom (Borah et al., 2010; Lovas & Barsky, 2010).

Två andra behandlingsmetoder som innehåller MN är Dialektisk Beteende Terapi (DBT) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT). I både DBT och ACT är acceptans en viktig komponent (Chapman, 2006). Acceptans är en del i MN och lärs ut för att motverka undvikande av inre och yttre upplevelser.

Medveten närvaro och uppmärksamhet

Inom MN är uppmärksamhet ett centralt och återkommande begrepp. Den vietnamesiska buddhistmunken Thich Nhat Hanh beskriver MN som ett tillstånd där man har sin uppmärksamhet och sitt medvetande i den situation där man befinner sig för ögonblicket. För att kunna ha uppmärksamheten på det som sker här och nu behöver man kunna rikta den dit och behålla den där (Nilsonne, 2009). Många övningar i MN handlar om att träna just förmågan att rikta sin uppmärksamhet. Neuropsykologiska studier talar för att träning i MN har betydelse för hjärnans anatomi och funktion och att det går att öva upp förmågan att rikta och begränsa uppmärksamheten (Jha, Krompinger, & Baime, 2007; Lutz, Slaagter, Dunne, & Davidson, 2008). I en studie fann man att deltagare med lång erfarenhet av meditation hade

mer aktivitet i delar av hjärnan där man kontrollerar uppmärksamheten (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson, 2007). Man kunde även se ett positivt samband mellan hur lång tid deltagarna hade mediterat och aktiviteten i de berörda delarna av hjärnan.

Medveten närvaro och insomni

Några studier har gjorts där man undersöker om MN kan vara hjälpsamt vid behandling av insomni. En studie visar att det finns ett samband mellan MN och ökad självreglering av beteenden som är kopplat till sömn (Howell, Digdon, & Buro, 2010). Dessa beteenden är till exempel dysfunktionella tankar, trötthet under dagen och kognitiv och fysisk uppvarvning vid insomnandet. MN kan också förklara förändringar i humör och upplevelsen av stress, vilket i sin tur delvis kan förklara förbättrad sömnkvalitet (Caldwell, Harrison, Adams, Quin, & Greeson, 2010). Det finns en direkt koppling mellan hur medvetet närvarande en person är och personens sömnkvalitet. Ju mer medvetet närvarande desto bättre sömnkvalitet.

En möjlig anledning till varför MN skulle kunna vara hjälpsamt vid insomni har presenterats av Lundh (2005). MN-träning bygger på att observera och beskriva fysiologiska och psykologiska processer på ett objektivet och icke-dömande sätt, vilket kan vara effektivt för att varva ner mentalt. Det finns stöd i forskningen för att färre processer av att kontrollera tankar och information leder till minskning av kognitiv aktivitet vilket underlättar sömnen. I kombination med psykoedukation om sömn och sömnproblem blir slutsatsen att MN ska bidra till ett mer accepterande förhållningssätt som ska gynna sömnen.

Det har gjorts ett fåtal behandlingsstudier där MN används som en behandlingsintervention vid insomni. I en studie gjordes ett försök att utvärdera en intervention som kombinerade MN med KBT-I (Ong, et al., 2008). KBT-I innehöll sömnrestriktion, stimuluskontroll, psykoedukation och sömnhygien. MN-interventionen byggde på övningar från MBSR som till exempel andningsövningar, kroppsscanning och gående och ätande meditation. Resultaten visade på signifikanta och kliniska förbättringar, till

exempel skedde en minskning av vakentid under natten, minskning av insomningstid, minskad tid som totalt tillbringas i sängen, färre antal uppvaknanden under natten, ökad sömneffektivitet, minskad pre sleep arousal, färre dysfunktionella tankar som är kopplade till sömn samt minskad grad av sömnbesvär. Dessa resultat bör dock tolkas med viss försiktighet med hänsyn till vissa begränsningar som studien har, bland annat saknas kontrollgrupp.

2006 gjordes ytterligare en studie där effekterna av Medveten närvaro-baserad kognitiv terapi för insomni (MBKT-I) undersöktes (Heidenreich, Tuin, Pflug, Michal, & Michalak, 2006). Graden av samsjuklighet hos deltagarna var hög (t.ex. återkommande depressioner och personlighetsstörningar). Det blev signifikanta förbättringar på både den totala sovtiden och insomningstiden samt en signifikant minskning av dysfunktionella strategier för att kontrollera tankar. Efter avslutad behandling rapporterade deltagarna signifikant mindre oro och att de i mindre utsträckning fokuserade på sömnen. Dock fanns det vissa svagheter även med denna studie, till exempel att kontrollgrupp saknades och att ingen uppföljning gjordes. Man kan inte heller med säkerhet säga att det var MN-interventionen som orsakade förbättringen hos deltagarna då andra kognitiva interventioner som ingick i behandlingen också kan ha bidragit till resultatet.

Hylmö och Söderstrand (2006) prövade användbarheten av en reviderad version av MAGI. MAGI är en gruppbehandling för insomni som bygger på MN och acceptans. Tanken var att deltagarna genom erfarenhet som uppnås via övningar, meditation och psykoedukation om sömn skulle komma att förändra förhållningssättet gentemot sömn och sömnbesvär. Efter behandlingen skulle ett accepterande och medvetet förhållningssätt gentemot sömnbesvären ha utvecklats. På så sätt skulle klienterna kunna släppa kontrollen över sina sömnbesvär och således underlätta för de spontana insomningsmekanismerna att ta vid. Resultaten visade på minskad grad av sömnbesvär, minskad grad av uppvarvning vid insomnandet och färre dysfunktionella strategier för att kontrollera tankar. Graden av förbättring var inte helt

tillfredsställande och det fanns validitetshot, som avsaknad av kontrollgrupp och ett relativt stort bortfall.

I flera tidigare studier där en MN-intervention har inkluderats i behandling av insomni har en icke-experimentell design använts (Lundin & Tsur, 2008). Detta medför problem på så vis att det blir svårt att dra kausala samband. I ett försök att kunna uttala sig om orsakssamband gjordes en randomiserad kontrollerad studie där tre olika grupper jämfördes. Den första gruppen erhöll 7 sessioner med MBKT-I, den andra gruppen erhöll 3 sessioner med KBT-I och den tredje gruppen var vänteliste-kontrollgrupp. Grupperna jämfördes med avseende på 1) sömnvariabler som hade fångats upp med en sömndagbok samt Insomnia Severity Index (ISI) som mäter grad av sömnbesvär; 2) processvariabler som hade fångats upp med Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS) som mäter kognitiv uppvarvning innan man ska sova och Thought Control Questionnaire Insomnia - Revised (TCQI-R) som mäter tankekontrollstrategier; och 3) MN-variabler som hade fångats upp med Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) som mäter grad av MN-förmåga. Det fanns dock inget mått på uppmärksamhet/övervakning kopplat till sömnen. Resultaten visade att MBKT-I och KBT-I ledde till likvärdiga förbättringar på flera viktiga sömnvariabler och att de båda behandlingspaketen också påverkade process- och MN-variabler. MBKT-I och KBT-I hade effekt på olika aspekter av MN. Studien visade dock att de som fick MBKT-I inte hade större förbättringar än de som fick KBT-I och att MN alltså inte tillförde något till behandlingen. En långtidsuppföljning borde ha gjorts då långtidseffekterna av MN kan ha missats. Därtill hade inte alla deltagare i studien primär insomni vilket ledde till heterogena grupper. Det faktumet försvårar begreppsvaliditeten. Gruppstorlekarna i studien var små och det fanns en stor spridning i resultaten mellan deltagarna vilket gör det svårt att dra några stora slutsatser av gruppstudien.

Att det inte gick att påvisa någon skillnad mellan MBKT-I och KBT-I var överraskande utifrån teorier om hur MN kan påverka uppvarvning, vilket är en central komponent vid vidmakthållandet av insomni (Harvey, 2002; Lundh, 2005) En detaljerad studie med fler mått, fler mätningar samt ett mer homogent sample skulle kunna ge information om när eller om MN är verksamt vid behandling av insomni.

Sammanfattning

Både beteenden och kognitioner är viktiga då primär insomni utvecklas och vidmakthålls. De senaste åren har framsteg gjorts vad gäller behandling men trots detta finns det mycket kvar att göra. Ett område som behöver utforskas vidare är vilka interventioner som skulle kunna minska den kognitiva sömnstörande processen uppmärksamhet/övervakning, som spelar en stor roll vid utvecklandet och vidmakthållandet av insomni. Tidigare studier visar att det är möjligt att kombinera KBT och MN vid behandling av insomni. KBT-interventioner syftar till att bryta sömnstörande vanor och MN-interventioner syftar till kognitiv nedvarvning, vilket tros gynna sömnsituationen. Genom MN är det också möjligt att träna upp förmågan att rikta sin uppmärksamhet och acceptera verkligheten så som den är. Med hänsyn till detta är det relevant att med hjälp av en konstruktiv strategi undersöka hur beteendeterapi (BT) i kombination med MN påverkar personer med insomni, som är mycket uppmärksamma på sömnrelaterade hot, då ingen tidigare studie har undersökt just detta. Oro och ruminering är också kognitiva sömnstörande aktiviteter, vilka har ett komplext samband med uppmärksamhet/övervakning hos insomnipatienter. Oro och ruminering kräver också ytterligare behandlingsforskning och därmed är det också av vikt att undersöka hur en behandling som innehåller BT och MN indirekt påverkar oro och ruminering hos den aktuella patientgruppen.

Syfte

Med hänsyn till ovanstående resonemang är syftet med denna studie att genom en konstruktiv strategi undersöka den eventuella effekten av MN i kombination med BT vid behandling av personer med primär insomni som har en hög uppmärksamhet mot och övervakning av sömnrelaterade stimuli. Studien syftar också till att jämföra effekten hos deltagare som får BT och MN med effekten hos deltagare som endast får BT.

Hypoteser

Studiens primära utfallsmått är grad av sömnbesvär, insomningstid, vakentid samt uppmärksamhet/övervakning. De sekundära utfallsmåtten är oro och ruminering. Processmått som används är sömneffektivitet, MN-färdigheter och graden av undvikande. Utifrån ovanstående resonemang avser denna studie att undersöka följande hypoteser:

1. Hos alla deltagare kommer sömnbesvären att minska efter att behandlingen är avslutad med en större minskning hos de som får BT+MN.
2. Hos de deltagare som erhåller en behandlingskombination av BT och MN kommer uppmärksamhet/övervakning i större utsträckning att minska i jämförelse med deltagare som endast erhåller BT.
3. Hos alla deltagare kommer graden av oro och ruminering att minska och störst kommer minskningen att vara hos deltagare som erhåller kombinationen BT+MN.

Metod

Design

I denna studie har en single-subject design använts. En single-subject design karakteriseras av att ett enskilt objekt studeras intensivt, till exempel en eller flera individer, en familj, en grupp eller en institution (Kazdin, 2010). Informationen är ofta riklig och detaljerad och ett av syftena med en single-subject design är att beskriva komplexitet och nyanser hos det som studeras. Det är en metod som lämpar sig att användas inom ramen för studier inom

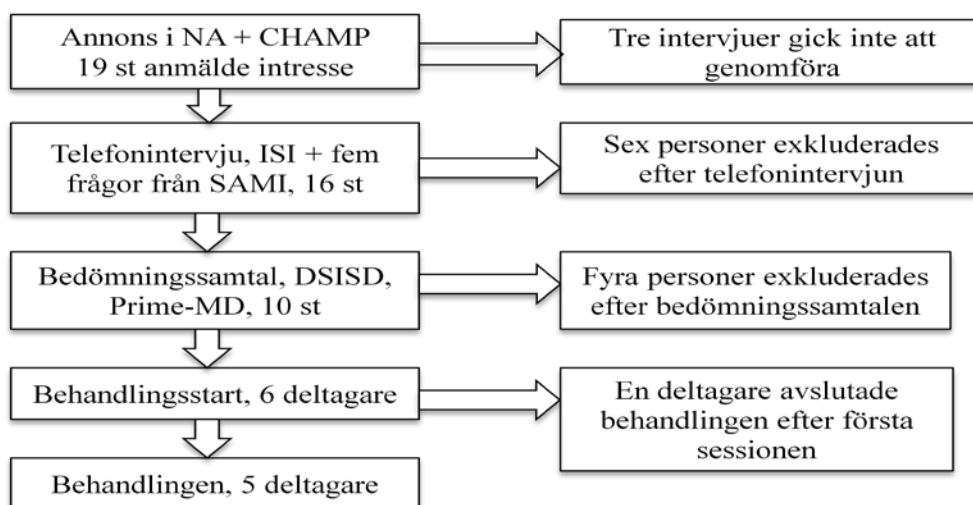
terapeutisk behandling (Kazdin, 2010). Varje deltagare fungerar som sin egen kontrollgrupp genom de förmätningar som görs innan behandlingen börjar, mätningar under tiden som behandlingen pågår och eftermätningar efter att behandlingen har avslutats.

Procedur

Rekrytering av deltagare till studien gjordes genom att en annons sattes ut i Nerikes Allehanda. Ett urval av deltagare skedde genom en telefonintervju och ett bedömningssamtal på Örebro Universitets psykologmottagning. De deltagare som rekryterades fick under två veckor fylla i en sömndagbok dagligen samt ett skattningsformulär per vecka. Dessa fungerade som baslinje i studien. Behandlingen bestod av 4 individuella sessioner samt ett uppföljningssamtal. Under veckorna då behandlingssessionerna pågick fortsatte deltagarna att fylla i dagböcker och veckovisa skattningsformulär. Mellan den sista behandlingssessionen och uppföljningen var det två veckor, då deltagarna fick fortsätta att fylla i sömndagböcker och skattningsformulär.

Deltagare

En screeningprocess genomfördes för att få fram deltagare med primär insomni. Denna process visas i ett flödesschema i figur 2.



Figur 2
Flödesschema för screening och behandling

I annonsen som användes för att rekrytera deltagare stod det med både ett telefonnummer med telefontid då man kunde ringa in och anmäla sitt intresse för studien samt en mailadress dit man kunde skicka en intresseanmälan. De som mailade och visade sitt intresse kontaktades via telefon. Två personer kom i kontakt med studien via CHAMP (Center för Health And Medical Psychology, Örebro Universitet). Totalt visade 19 personer intresse för studien. Två av dessa personer önskade få mer information om studien via mail men återkom inte efter det. En person lämnade ett inkorrekt telefonnummer och kunde därför inte nås för en intervju.

Telefonintervju

En telefonintervju gjordes med 16 av de personer som anmält sitt intresse. Intervjun bestod av en presentation av studien samt intervjufrågor för att ta reda på mer om personens sömnbesvär. Skattningsformuläret som mäter grad av sömnbesvär (ISI) och delar av skattningsformuläret som mäter uppmärksamhet/övervakning (SAMI) administrerades.

För att inkluderas i studien behövde personerna uppfylla kriterierna för primär insomni. Ett första kriterium var att sömnbesvären skulle ha varat i minst 6 månader. Ett annat var att det skulle ta mer än 30 min att somna och/eller att man låg vaken mer än 30 min under natten och/eller att man ofrivilligt låg vaken mer än 30 min på morgonen eller att man beskrev sin sömnkvalitet eller återhämtningen som bristfällig. Vidare skulle man rapportera något dagtidsbesvär till följd av sömnbesvären. Sömnbesvären skulle inte kunna förklaras av faktorer i miljön som störde. Inte heller skulle medicinska eller psykiska problem eller någon slags drog, läkemedel eller dryck exklusivt kunna förklara sömnbesvären. Slutligen fick inte heller någon annan sömnstörning vara orsak till sömnbesvären, som till exempel sömnapné, snarkningar och oregelbundet sömnschema.

Man behövde skatta 11 eller mer på skattningsformuläret som mäter grad av sömnbesvär (ISI) för att kallas till bedömningen. 5 av 30 frågor från skattningsformuläret som

mäter uppmärksamhet/övervakning (SAMI) (fråga 1, 10, 12, 21 och 27) administrerades för att inkludera de deltagare med tillräckligt hög nivå av uppmärksamhet/övervakning. De fem frågorna från SAMI valdes ut för att de representerade olika delskalor i formuläret. De representerade även formulärets rubriker: före eller medan du går till sängs, när du somnar in eller somnar om, när du är på väg att somna, när du vaknar upp på morgonen och under dagen. Urvalet gjordes med ambitionen att få med så många aspekter av uppmärksamhet/övervakning som möjligt med en kort version av formuläret. För att inkluderas i studien behövde deltagaren skatta minst en 4:a (på en skala 1-5) på minst en av de 5 frågorna.

För att kallas till ett bedömningssamtal skulle deltagarna vara i åldern 18-75 år och ha goda språkfärdigheter i svenska samt kunna delta inom tidsramen för studien. Personerna skulle inte ha praktiserat MN regelbundet eller gått i någon annan behandling för sina sömnproblem. De deltagare som tog sömnmedicin oregelbundet exkluderades också från studien.

Bedömningssamtal

10 personer uppfyllde kriterierna för studien och kallades till bedömningssamtal. Totalt föll sex personer bort efter telefonintervjun. Fyra av dessa hade inte tillräckligt höga poäng på SAMI. En person exkluderades eftersom hon redan hade påbörjat en annan behandling för sina sömnproblem. En annan person uppfyllde inte kriterierna för primär insomni.

Vid bedömningssamtalet administrerades ISI och de deltagare som skattade 11 eller mer inkluderades i studien. Hela SAMI administrerades också och de deltagare som skattade minst en 4:a på någon av de 30 frågorna inkluderades i studien.

För att säkerställa att deltagarna uppfyllde kriterierna för primär insomni användes formulären Prime-MD (Primary care Evaluation of Mental Disorders) (Spitzer et al., 1994, svensk version av Svanborg, Karolinska institutet & Ekselius, Uppsala Akademiska Sjukhus)

och DSISD (Duke Strukturerat Intervjuschema för DSM-IV-TR och ICD-2, diagnossättning sömnstörningar) (Edinger et al., årtal saknas, översättning Jansson-Fröjmark, Örebro Universitet). Exklusionskriterier för att inte få delta i studien var om någon medicinsk eller psykiatrisk diagnos exklusivt kunde förklara insomnin.

När primär insomni var fastställd gavs deltagarna ytterligare information om behandlingen och dess innehåll. Den information som deltagarna fick ta del av under bedömningssamtalet var något mer detaljerad än under telefonintervjun, dessutom fick deltagarna informationen skriftligt. Sammanfattningsvis innehöll informationen en kortfattad generell beskrivning av BT vid sömnbesvär. Deltagarna informerades också om att de av en oberoende person skulle bli fördelade till en av två möjliga behandlingar. Några skulle få BT i kombination med MN och några skulle få endast BT. Efter avslutad behandling skulle dock alla deltagare få tillgång till samma information och material. Efter informationen erbjöds deltagarna att skriva under ett samtyckesformulär om de ville påbörja behandling. De fyra behandlingssessionerna bokades in liksom en uppföljningssession. Antalet behandlingstillfällen bestämdes utifrån hur många sessioner KBT vid insomni vanligtvis kräver (Edinger & Carney, 2008).

Innan bedömningssamtalet avslutades instruerades deltagarna om hur och när de skulle fylla i de veckovisa skattningsformulär som skulle ligga till grund för mätningarna i studien. De formulär som presenterades var ISI, AAQ, SAMI, FFMQ, APSQ och DSRS. Dessa ombads deltagarna att fylla i vid ett och samma tillfälle, en gång i veckan under den två veckor långa baslinjen. Mer detaljerade instruktioner gavs angående de dagliga skattningar som deltagarna också ombads att göra med hjälp av sömndagboken. Skriftliga instruktioner skickades med deltagarna liksom skattningsformulär och sömndagböcker som skulle räcka för två veckor.

Av de 10 deltagarna som togs emot för bedömning var det 6 stycken som uppfyllde kriterierna för behandlingen efter bedömningsamtalet. En av de som föll bort ur studien kunde inte påbörja behandling inom studiens tidsram, en hade småbarn hemma som skrek på nätterna vilket försvårade sömnproblematiken och möjligheterna till att följa behandlingen, en hade en neuropsykiatrisk problematik samt en depression där det inte gick att säkerställa att de inte exklusivt orsakade insomnin och en deltagare misstänkte restless legs och ville vänta med en psykologisk behandling tills en redan påbörjad medicinsk utredning var fullföljd. I tur och ordning som deltagarna blev klara för behandling blev de fördelade till antingen en behandling med BT+ MN eller BT. Behandlare 1 fick två deltagare som skulle få behandlingen BT+MN och en deltagare som skulle få BT. Behandlare 2 fick 2 deltagare som skulle få BT och en deltagare som skulle få BT+MN.

Beskrivning av deltagare

Den första deltagaren var en 64-årig kvinna. Sömnproblem hade varat i cirka 4 års tid och utlöstes av en tillfälligt särskilt stressig arbetssituation. Sömnbesvären tog sig framförallt uttryck i uppvaknanden och vakenhet under natt och morgon. Deltagaren beskrev dagtidsbesvär i form av trötthet.

Den andra deltagaren var en 58-årig kvinna. Sömnproblemen hade varat i cirka 20 år och statade i samband med att deltagarens barn var små och behövde mycket tillsyn på grund av sjukdom. Sömnbesvären bestod av uppvaknanden och vakenhet under natt och morgon. Deltagaren beskrev sin sömn som mycket ryckig och upplevde dagtidsbesvär i form av svårigheter med koncentration, minne, uppmärksamhet, trötthet och bristande uthållighet. Deltagaren hade somatiska problem och var sjukskriven sedan en tid tillbaka.

Den tredje deltagaren var en 60-årig kvinna. Sömnproblem hade varat i cirka 6 år och utgjordes av insomningssvårigheter och täta uppvaknanden under natten. Deltagaren beskrev

sömnen som mycket ytlig och upplevde dagtidsbesvär i form av koncentrationssvårigheter, trötthet och bristande energi. Deltagaren var sjukskriven sedan ett antal år tillbaka på grund av utbrändhet men upplevde att sömnproblemet var ett större problem än symptomen av utbrändhet.

Den fjärde deltagaren var en 57-årig kvinna. Sömnproblem hade varat i cirka 2,5 år och utlöstes i samband med stora levnadsförändringar. Sömnbesvären yttrade sig framförallt i insomningssvårigheter. Deltagaren beskrev dagtidssymptom i form av nedstämdhet och trötthet. Deltagaren var sjukskriven sedan cirka 10 år tillbaka på grund av en nervskada och åt regelbundet smärtstillande medicin.

Den femte deltagaren var en 63-årig kvinna. Sömnproblem hade varat i cirka 7 års tid. Sömnbesvären varierade i symptom och svårighetsgrad men återkommande var att deltagaren hade insomningssvårigheter och uppvaknanden under natten. Deltagaren beskrev sömnen som ytlig och hon upplevde dagtidsbesvär i form av trötthet, humörsvängningar och undvikande av sociala sammanhang.

Den sjätte deltagaren var en 43-årig kvinna. Sömnproblem hade varat i cirka 5 år och utlöstes i samband med en för deltagaren mycket stressig livssituation. Sömnbesvären bestod av insomningssvårigheter, täta och långvariga uppvaknanden under natten samt tidiga uppvaknanden på morgonen. Deltagaren beskrev sömnen som mycket ylig och upplevde dagtidsbesvär i form av koncentrationssvårigheter, minnesproblem och begränsningar av sitt sociala liv. I kortare perioder hade deltagaren varit sjukskriven för sina sömnproblem. Efter första sessionen fattade deltagaren beslutet att avsluta den påbörjade behandlingen. Anledningen till att deltagaren valde att avbryta var att hon fann det svårt att följa sömnrestriktionen. I samband med att deltagaren meddelade att hon ville avsluta behandlingen erbjöds hon förslag på alternativa vårdinstanser. Behandlare 2 hade i och med detta en deltagare med BT och en deltagare med BT+MN.

Behandlingen

Två veckor efter bedömningsamtalen inleddes behandlingen. För att säkerställa att deltagarna skulle få samma behandling användes en behandlingsmanual (bilaga 1). Vid utformandet av manualen användes stora delar av Edinger och Carneys terapeutmanual (2008). De kognitiva elementen i den manualen användes dock inte. En behandlingsmanual av Lind och Sunnhed (2010) användes också vid utformandet av manualen, men de delar som rör konstruktiv oro exkluderades. Två varianter av behandlingsmanualen konstruerades (tabell 1). Den ena varianten innehöll BT och träning i MN och den andra endast BT.

Gemensamt för de båda behandlingarna var att de innehöll en psykoedukation om sömn och insomni. Denna psykoedukation fick deltagarna med sig i skriftligt form efter första sessionen. Båda behandlingarna innehöll sömnrestriktion och stimuluskontroll. I det ingick att lära sig sömnregler, lära sig hur man skulle fylla i en sömndagbok samt hur man räknar ut sömneffektiviteten och sömnrestriktionen. Även denna information gavs skriftligt. Alla deltagare fick i hemuppgift att fylla i sömndagboken under behandlingen och att hålla sömnrestriktionen och stimuluskontrollen. Sömnrestriktionen korrigerades utifrån hur deltagarna hade fyllt i sina sömndagböcker. För varje deltagare åskådliggjordes veckans utveckling av sömneffektiviteten i form av en graf. Under fjärde och sista behandlingssessionen sammanfattades behandlingen och tillsammans med deltagaren utformades ett individuellt vidmakthållandeprogram. I vidmakthållandeprogrammet formulerades vad som varit hjälpsamt under behandlingen, vad deltagaren skulle fortsätta göra för att vidmakthålla uppnådda behandlingsresultat samt hur deltagaren skulle förhålla sig till eventuella framtida hinder som kunde utgöra hot mot uppnådda behandlingsresultat. Deltagarna uppmanades att fortsätta följa behandlingen och sitt vidmakthållandeprogram även efter den sista behandlingssessionen. Båda behandlingarna hade en uppföljningssession två veckor efter avslutad behandling.

Behandlingen som innehöll MN bestod av psykoedukation om MN och begreppet acceptans. Tre övningar i MN presenterades och tränades dels tillsammans med behandlaren under de fyra behandlingssessionerna och dels enskilt, i hemuppgift, mellan sessionerna. Övningarna i MN hämtades från litteratur inom området. En av övningarna var ”Den lilla pausen” (Hennerdal & Hennerdal, 2010). Den här övningen syftade till att öva upp förmågan att rikta uppmärksamheten till nuet genom att fokusera på sin andning, samt att införliva ett förhållningssätt av att vara medvetet närvarande i vardagen. En annan övning var ”Att acceptera sömnlöshet och trötthet” (Kåver, 2007). Syftet med den övningen var att träna på att vara i det nu som man egentligen inte vill vara i, det vill säga att öva förmågan till acceptans och att inte undvika det som är svårt. Den tredje övningen var ”Ett sov...” (Nilsson, 2004). Den övningen var tänkt att fungera som en hjälp att somna. Skriftlig information om MN skickades med tillsammans med nedskrivna instruktioner till övningarna, och därtill en CD-skiva med inspelade instruktioner till övningarna. De första två sessionerna tog längre tid för de som fick BT+MN än för de som fick BT.

Under hela behandlingen samlades skattningsformulären in veckovis. Innan första sessionen samlades de första skattningsformulären in som hade fyllts i under baslinjen. Några deltagare hade missat att fylla i de två häftena med formulär som skickades med vid bedömningen. I de fall som det upptäcktes fylldes ett häfte med formulär i under första sessionen. Under bedömningen administrerades SAMI och ISI och de formulären användes som kompletterande baslinjemätningar för samtliga deltagare. Två deltagare fick därmed tre mätpunkter på ISI och SAMI och två mätpunkter på övriga mått. Tre deltagare fick två mätpunkter på ISI och SAMI och endast en mätpunkt på övriga mått.

Tabell 1

Översikt av behandlingsupplägget

Behandlingsöversikt	
Behandling BT+MN 4 behandlingssessioner á 60-120 min	Behandling BT 4 behandlingssessioner á 40-90 min
Psykoedukation om sömn och insomni	Psykoedukation om sömn och insomni
Stimuluskontroll	Stimuluskontroll
Sömnrestriktion	Sömnrestriktion
Psykoedukation om medveten närvaro	
Medveten närvaro-övningar	

Behandlingsintegritet

Som en del av förberedelserna inför behandlingen gjordes en inläsning av litteraturen inom sömn, insomnibehandling och MN. Behandlarna tränade MN med varandra, tillsammans med handledaren och individuellt. Träningen bestod av samma övningar som deltagarna fick göra under behandlingen. Behandlarna satte upp Post-it-lappar i hemmen för att påminna sig om att vara medvetet närvarande. På lapparna fanns följande uppmaningar nedskrivna: ”*stanna upp och andas*”, ”*var är du just nu*” och ”*beskriv vad du ser, hör, tänker eller känner*”.

Behandlingsmanualen innehöll noggranna beskrivningar av varje moment, för att garantera att deltagarna skulle få samma behandling. Behandlarna övade på manualen tillsammans genom att rollspela patient och behandlare växelvis. Inför varje session gick upplägget igenom och det kontrollerades att det inte fanns något oklart. Därtill diskuterades möjliga problematiska scenarion med tillhörande lösningar. Varje session inleddes med att fråga deltagarna vad de kom ihåg från föregående session och varje session avslutades också med en efterfrågad sammanfattning av innehållet i dagens session samt att det gavs plats för frågor. Detta gjordes för att säkerställa att deltagaren fick med sig det som manualen syftade

till att förmedla. Manualen fanns även med under sessionerna så att behandlarna kunde följa den. Inga tillägg eller avsteg fick göras från manualen. Trots detta gjordes ett avsteg under session 2 med patient 3 då ett tillägg på tid i sängen (TIS) gjordes med en timme för att underlätta för deltagaren att stanna kvar i behandlingen. Hjärtflimmer under veckan innan gjorde att deltagaren inte vågade följa sömnrestriktionen och behandlaren ansåg att det var bättre att deltagare stannade kvar i behandlingen men med lättande på sömnrestriktionen än att deltagaren avslutade behandlingen i förtid. Tredje sessionen drogs sömnrestriktionen åt igen.

Under behandlingsveckorna fick deltagarna med BT+MN ett dagligt sms med en påminnelse om att träna MN och acceptans. En deltagare ville dock inte ha några sms då detta ansågs stressande. Istället fick post-it lappar, med budskap om att träna MN, fungera som påminnelser. Deltagarna uppmanades att inte på egen hand söka information om MN förrän efter behandlingen och uppföljningen var genomförd.

I de fall där det fanns bortfall i formulären i form av en icke ifylld fråga räknades medelvärdet för formuläret ut och användes som svar på just den frågan.

Material

Två olika screeningformulär användes under bedömningsamtalet. Detta för att säkerställa att deltagarna verkligen uppfyllde kriterierna för primär insomni. För att mäta behandlingens utfall användes fyra sömnmått och tre mått på psykologiska faktorer. För att säkerställa att behandlingen lyckades tillföra BT och MN användes tre processmått.

Screeningformulär

En kortversion av Duke strukturerat intervju-schema för DSM-IV-TR och ICD-2, diagnosättning sömnstörningar (DSISD) användes för att säkerställa att medicinska tillstånd och symtom, läkemedel, droger och andra substanser, ovanliga händelser och beteenden under sömnen eller andra sömnstörningar associerade med insomni som till exempel sömnapné,

hypersomni och dygnsrytmstörningar, exklusivt inte kunde förklara sömnproblemen (Edinger et al., årtal saknas). DSISD har visat sig ha en acceptabel reliabilitet och är ett lättanvänt och effektivt material för att upptäcka alternativa sömnstörningar (Carney, Ulmer, Edinger, Krystal & Kanuss, 2009).

Primary care evaluation of mental disorders (Prime-MD) användes också under bedömningssamtalet. Prime-MD är ett diagnostiskt verktyg som ger möjlighet att snabbt screena och skaffa underlag för klinisk diagnostik för de psykiska sjukdomar som är vanliga bland patienter inom primärvården. De sjukdomar som screenas för är somatisering, ätstörningar, depression, ångestproblematik, alkoholproblematik, tvång och social fobi. Prime-MD bygger på diagnoskriterierna i American Psychiatric Association's diagnosmanual DSM-IV och den svenska översättningen i form av Mini-D IV (Spitzer et al., 1994). Prime-MD har utvärderats i två amerikanska studier där mer än en tredjedel av deltagarna uppfyllde kriterier för en psykiatrisk diagnos enligt Prime-MD. Dessa deltagare hade också en betydligt större funktionsnedsättning inom olika områden jämfört med deltagare som inte hade fått en diagnos. När en specialistutvärdering gjordes av de deltagare som hade fått en Prime-MD diagnos visade det sig att allmänläkarna hanterade verktyget med hög känslighet och noggrannhet.

Sömnmått

Som sömnmått användes en sömndagbok samt ett skattningsformulär. Sömndagboken bestod av två delar. I den första delen skulle deltagaren varje kväll besvara frågor som rör dagtidssymptom och i den andra delen skulle deltagaren varje morgon besvara frågor som rör hur nattsömnen hade varit (bilaga 2). Sömndagbokens första del användes endast i ett terapeutiskt syfte.

I sömndagbokens andra del frågades det bland annat efter hur lång tid det tog för deltagaren att somna efter sänggåendet, det vill säga insomningstiden. Detta index benämns i

litteraturen som Sleep Onset Latency (SOL). För många personer som sover dåligt och som ägnar sig åt uppmärksamhet/övervakning tar det längre tid att somna, än för personer som inte ägnar sig åt uppmärksamhet/övervakning (Tang, Schmidt, & Harvey, 2007). Ett annat index som fanns med i sömndagbokens andra del var Wake up After Sleep Onset (WASO), vilket avser att undersöka hur länge man i genomsnitt ligger vaken under natten och på morgonen efter att man har somnat. Att ha hög poäng på WASO indikerar ofta att personen i fråga fungerar sämre i vardagen (Ustinov et al., 2010). Ett tredje mått som var viktigt i sömndagbokens andra del var den totala sovtiden eller Total Sleep Time (TST). TST är ett mått på hur länge en person sover totalt under en natt, då insomningstid och uppvaknanden är borträknat (Edinger & Carney, 2008). Övriga frågor som fylldes i av deltagarna angående nattsömnen var hur dags man gick och lade sig, när man somnade, när man gick upp och när man vaknade sista gången på morgonen. Utifrån svaren på dessa frågor skulle insomningstiden räknas ut (SOL), tiden för hur länge man legat vaken (WASO), hur mycket man sov totalt (TST) samt hur hög sömneffektivitet (SE) man hade under natten.

För att studera deltagarens grad av sömnbesvär användes Insomnia Severity Index (ISI) som fylldes i veckovis av deltagarna. ISI är ett självskattningsformulär med 7 frågor som mäter graden av sömnbesvär både under dagen och under natten. Formuläret ger även en bild av hur insomnin tar sig uttryck. ISI har 5 kategorier och man skattar utifrån en 5-gradig likertskala från 0 (*inga problem*) till 5 (*väldigt svåra problem*) med en maxpoäng på 28. Dessa är fördelade till: 0-7 poäng *ingen insomni*, 8-14 poäng *gräns till insomni*, 15-21 p *medelsvår insomni*, 22-28 *svår insomni*. ISI har i en stor studie utvärderats i både en klinisk och en allmän population med deltagare både med och utan insomni (Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011). Ett gränsvärde på 11 poäng visade sig bäst identifiera fall av insomni i en klinisk population. Det innebär att man skulle riskera att få med för många utan insomni med en lägre gräns än 11 och missa för många med insomni om man satte en högre

gräns än 11. Formuläret har en hög inre konsistens och frågorna korrelerar högt med varandra. Olika studier har visat att ISI även har en hög validitet (Bastien, Vallières, & Morin, 2001; Morin et al., 2011).

Mått på psykologiska faktorer

Formulären som mäter psykologiska faktorer fylldes i en gång i veckan av deltagarna. Sleep Associated Monitoring Index (SAMI) användes för att mäta graden av uppmärksamhet/övervakning. SAMI innefattar 30 frågor som besvaras på en skala från 1 (aldrig) till 5 (alltid). Frågorna mäter uppmärksamhet/övervakning, det vill säga benägenheten att uppmärksamma utstickande stimuli som kan vara tecken på hot mot sömnen, antingen i omgivningen eller inom personen (Semler & Harvey, 2004). SAMI har en hög validitet och reliabilitet. Det finns en positiv korrelation mellan resultat på SAMI och graden av sömnsvårigheter. I en studie av Semler och Harvey (2004) skattade personer med kliniskt signifikant sömnstörning högre på SAMI än personer utan sömnstörning. Medelvärde för personer med en kliniskt signifikant sömnstörning var 83 poäng och de som sov normalt hade i genomsnitt 68.7 poäng. SAMI består av 8 subskalor som mäter: uppmärksamhet/övervakning av kroppssensationer under dagen, beräkning av hur mycket sömn man fått, uppmärksamhet/övervakning av kroppssensationer vid uppvaknandet, uppmärksamhet/övervakning av kroppssensationer som tyder på att man håller på att somna eller inte kommer att kunna somna, uppmärksamhet/övervakning av faktorer i omgivningen som kan störa vid insomnandet, uppmärksamhet/övervakning av funktionsnivån under dagen och uppmärksamhet/övervakning av klockan. I den här studien användes en svensköversatt version av SAMI (Jansson-Fröjmark, Örebro Universitet 2005).

Det finns ett flertal formulär utformade för att mäta oro som är kopplad till sömnen (Jansson-Fröjmark, Harvey, Lundh, Norell-Clarke, & Linton et al., 2011). Flera av dessa

formulär har endast fokus på oro under insomningsfasen och under natten. Undersökningar av oro för sömnen som äger rum både under natt och dag är än så länge ett relativt outforskat område. Fördelarna med formuläret Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire (APSQ) är att det mäter oro under både dagen och natten. Det är ett kort formulär med bara 10 frågor och det har stöd i forskningen som ett tillförlitligt instrument. APSQ har en skala som sträcker sig från 1-10 med betydelsen *stämmer inte alls - stämmer helt*. Två olika orostrukturer mäts med hjälp av APSQ, oro att inte kunna kontrollera sin sömn och oro för vilka konsekvenser den dåliga sömnen kommer att få. APSQ administrerades utifrån hypotesen att den här studien kommer att ha en sekundär effekt på oro i och med att uppmärksamhet/övervakning minskar.

Skattningsformuläret Daytime Symptoms Response Scale (DSRS) är ett nytt formulär med 17 frågor som används för att mäta ruminering. Formuläret är utformat för att mäta i hur hög grad personer är benägna att ruminera över konsekvenserna av att de har sovit dåligt (Carney, Harris, Moss, & Edinger, 2010). Dessa konsekvenser kan vara till exempel olika känslor som trötthet, nedstämdhet och irritation eller svårigheter med koncentration eller minne. DSRS är utformat för att kunna fånga in ruminering som pågår både under dagen och under natten. Skattningsformuläret håller i dagsläget på att utvärderas och psykometrin verkar lovande. Då ingen svensk översättning av DSRS fanns tillgänglig översattes formuläret av författarna till denna studie (bilaga 3).

Processmått

Måtten som mätte behandlingsprocesserna fylldes i veckovis. Ett processmått som användes i studien var sömneffektivitet (SE). Många personer med insomni tillbringar avsevärt mycket mer tid i sängen i förhållande till vad de sover (Edinger & Carney, 2008). Sömneffektiviteten är ett mått i procent på hur effektivt man använder tiden man tillbringar i sängen och det

räknas ut genom att dividera den totala sovtiden (TST) med den totala tiden i sängen (TIS). Sömn effektiviteten räknades ut för deltagarna varje vecka som en hjälp för att räkna ut den tid deltagaren fick lov att tillbringa i sängen (TIS) och för att se hur man skulle korrigera sömnrestriktionen, som var en av de huvudsakliga interventionerna under behandlingen. Vid en SE under 80 % minskas TIS ner med 30 min, vid en SE mellan 80-84% förblir TIS oförändrat och vid en SE på över 85 % ökas TIS upp med 30 min.

För att mäta förmågan till MN hos deltagarna användes skattningsformuläret Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Vid utformandet av den svenska versionen av formuläret minskades det ner med 10 frågor från 39 till 29 frågor (Lilja et al., årtal saknas). Dessa frågor representerar 5 olika aspekter av MN. Dessa är: 1. Att inte direkt reagera på inre upplevelser; 2. Observera och lägga märke till upplevelser, tankar och känslor; 3. Agera medvetet/koncentrerat; 4. Beskriva med ord och 5. Icke-dömmande av upplevelser (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). FFMQ är till skillnad från övriga mått som mäter MN det enda som mäter alla dessa aspekter av MN. Formuläret har acceptabla psykometriska egenskaper både i sin svenska och engelska version. Vid förberedelserna av skattningsformulären inför den här studien tappades 18 frågor från FFMQ bort och endast 11 frågor administrerades under behandlingen. Detta försvårar möjligheterna att säga något om tillförlitligheten som processmått. De 11 frågorna var emellertid jämnt fördelade över de 5 aspekterna av MN.

En del av MN-interventionen i studien handlade om acceptans. För att kunna mäta om deltagarna tagit till sig den delen och/eller om interventionerna hade förmedlat detta administrerades Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Det är ett skattningsformulär som finns i versioner med 32, 16, 9 och 7 items (Hayes et al., 2004). Med AAQ mäts experiential avoidance det vill säga graden av undvikande av inre och yttre upplevelser. Inre

och yttre upplevelser kan vara vissa känslor, kroppssensationer, minnen eller tankar och de situationer där de kan uppstå. Undvikandet kan i vissa fall vara ett adaptivt beteende men i vissa fall kan det ge upphov till problem. Höga värden på AAQ visar på hög grad av undvikande och en minskning kan visa på en inläring av acceptans och minskat undvikande av oönskade inre och yttre upplevelser. AAQ är ett relativt nytt mätinstrument och har vissa begränsningar. Vissa items anses vara relativt komplexa att tolka och som processmått har det visat sig vara ett ganska okänsligt instrument. Detta på grund av att frågorna snarare ligger på en abstrakt nivå medan behandlingar fokuserar på konkreta tankar/känslor som undviks. Reliabiliteten i denna version av AAQ (AAQ-I) var trots allt tillräcklig. En nyare version av AAQ (AAQ-II) har precis utvecklats och psykometrin för den ser lovande ut (Bond et al., 2011). I den här studien användes AAQ-I för att kunna mäta förändring av acceptans i förhållande till sömnproblemen före, under och efter behandlingen, och för att kunna följa processen med träning i acceptans. Formuläret med 32 items var det som användes i studien. Trots det svaga stödet för formuläret användes detta då acceptans var en viktig del i MN-interventionen och då inget annat bättre mått fanns att tillgå.

Utfall på processmått. I tabell 2 redogörs för utfallet på processmåttan sömneffektivitet (SE), MN-förmåga (FFMQ) och grad av undvikande (AAQ). Alla deltagare förbättrade sin SE när behandlingen började. Detta stödjer att sömnrestriktionen och stimuluskontrollen hölls av deltagarna och att BT verkar ha haft en effekt. FFMQ och AAQ förändrades inte märkbart under behandlingen och kan därför inte ge stöd åt att behandlingen ledde till ökad MN-förmåga eller minskat undvikande.

Tabell 2

Processmått SE, FFMQ och AAQ under baslinje, behandling och uppföljning för deltagarna i behandlingsgrupperna BT+MN och BT.

Grupp	BT+MN						BT								
	1			2			3			4			5		
Processmått	SE	FFMQ	AAQ	SE	FFMQ	AAQ	SE	FFMQ	AAQ	SE	FFMQ	AAQ	SE	FFMQ	AAQ
Baslinje	70			59	40	90	74	32	140	74			75		
Baslinje	56	30	131	52	40	111	79	36	138	80	39	127	70	31	141
Behandling	89	33	112	81	43	98	83	33	116	94	30	108	80	34	144
Behandling	89	34	123	70	42	94	74	33	121	93	34	121	88	35	145
Behandling	89	33	126	85	41	95	85	34	125	94	35	135	92	36	144
Uppföljning	88	34	118	84	36	108	87	33	120	93	32	117	92	40	127
Uppföljning	83	33	128	83	40	99	88	33	119	94	35	130	88	34	137

Not. För deltagare 1, 4 och 5 saknas första baslinjemätningen på FFMQ och AAQ.

Analys

Visuell analys

Ett vanligt sätt att analysera en singel subject design är med hjälp av en visuell analys (Kazdin, 2010). Den data som samlades in under baslinjen, behandlingen och efter behandlingen fram till uppföljningen användes för att göra visuella analyser i form av grafer. Visuell analys har kritiserats för att det inte lika exakt kan avgöra om det finns en signifikant effekt som när man gör en statistisk analys. Dock har visuell analys visat sig kunna ge reliabla och replikerbara resultat och är lämplig att använda med få deltagare och flera mätningar som i en single subject.

Datan presenterades i två olika grafer. I den första grafen redogjordes för insomningstid (SOL), vakentid (WASO) och sovtid (TST) för deltagaren. I den andra grafen redogjordes för utfallen av formulären som mäter uppmärksamhet/övervakning (SAMI), oro kopplat till sömnen (APSQ), ruminering kopplat till sömnen (DSRS) samt graden av sömnbesvär (ISI).

Vid en visuell analys tittar man på hur medelvärdet, eller nivån av mätningarna, förändras över baslinjen, under interventionen och vid uppföljningen (Kazdin, 2010). Man undersöker även riktning och stabilitet för mätningarna under de olika faserna. Skulle till exempel riktningen visa att den eftersökta effekten börjar redan under baslinjen så är det svårare att uttala sig om vilken effekt interventionen får när den påbörjas. Stabilitet innebär att det inte finns en allt för stor spridning mellan mätpunkterna under samma fas. En förändring i stabilitet i de olika faserna kan vara en effekt av en intervention. Vidare tittar man på vad som händer vid skiftet mellan de olika faserna till exempel om det sker en förändring när interventionen sätts in och om det blir en förändring när interventionen upphör. Vid skiftet är det även viktigt att se om det sker en direkt förändring eller om det finns en latens i effekten och vad den i så fall kan bero på.

För- och eftermätningar och procentuella skillnader

Vid en analys i form av för- och eftermätning jämförs skillnaden mellan baslinjen och uppföljningen hos varje deltagare i de båda grupperna BT+MN och BT. Medelvärdet på baslinjen och uppföljningen räknades ut och utifrån det räknades de procentuella minskningarna eller ökningarna ut. Medelvärdena och procenttalen i resultatdelen är avrundade till heltal. De procentuella uträkningarna är ett sätt att jämföra utfallsmåtten hos deltagarna utifrån vilken behandlingsgrupp de tillhörde. Här jämfördes sömnmåtten insomningstid, vakentid, sovtid och grad av sömnbesvär samt de psykologiska funktionerna uppmärksamhet/övervakning, oro och ruminering. En sådan analys gör det möjligt att till exempel titta på hur lika/olika grupperna var från början, om det skedde någon förändring eller inte och i så fall hur stora förändringarna var som skedde till följd av de olika behandlingarna.

Den här studien hade få deltagare och det är utifrån det svårt att dra några slutsatser om de förändringar som skedde på gruppnivå. Trots detta gjordes en analys på gruppnivå på basis av att deltagarna var indelade i två olika grupper (om än små) och att två olika behandlingar gavs. Om tydliga skillnader hade uppstått skulle det kanske gått att dra vissa slutsatser utifrån detta trots att det var få deltagare. Den här analysen hade även funktionen att sammanfatta resultaten från varje deltagare och att förenkla för läsaren.

Klinisk signifikant förbättring

För att kunna uttala sig om det har skett någon signifikant förbättring på vissa av utfallsmåtten användes några av de gränsvärden som fanns som kriterier vid bedömningen. För att det skulle anses finnas en signifikant förbättring på insomningstid och vakentid skulle deltagaren gå från en insomningstid/vakentid på över 30 min till en insomningstid/vakentid på 30 min eller lägre. För grad av sömnbesvär (ISI) var gränsen satt till 11 utifrån tidigare forskning som visat att det bäst fångar in insomni i en klinisk population (Morin et al., 2011). En gräns för

uppmärksamhet/övervakning (SAMI) sattes till över 83 poäng innan behandling och under 83 poäng efter behandling, för att det ska anses ha skett en kliniskt signifikant förbättring. Detta utifrån studien av Semler & Harvey (2004) som visade att medelvärden på SAMI för personer med klinisk signifikant sömnstörning låg på 83. Om något värde inte låg över gränsvärdet under baslinjen så gick det inte tillämpa en analys av klinisk signifikans på det utfallsmåttet.

Etik

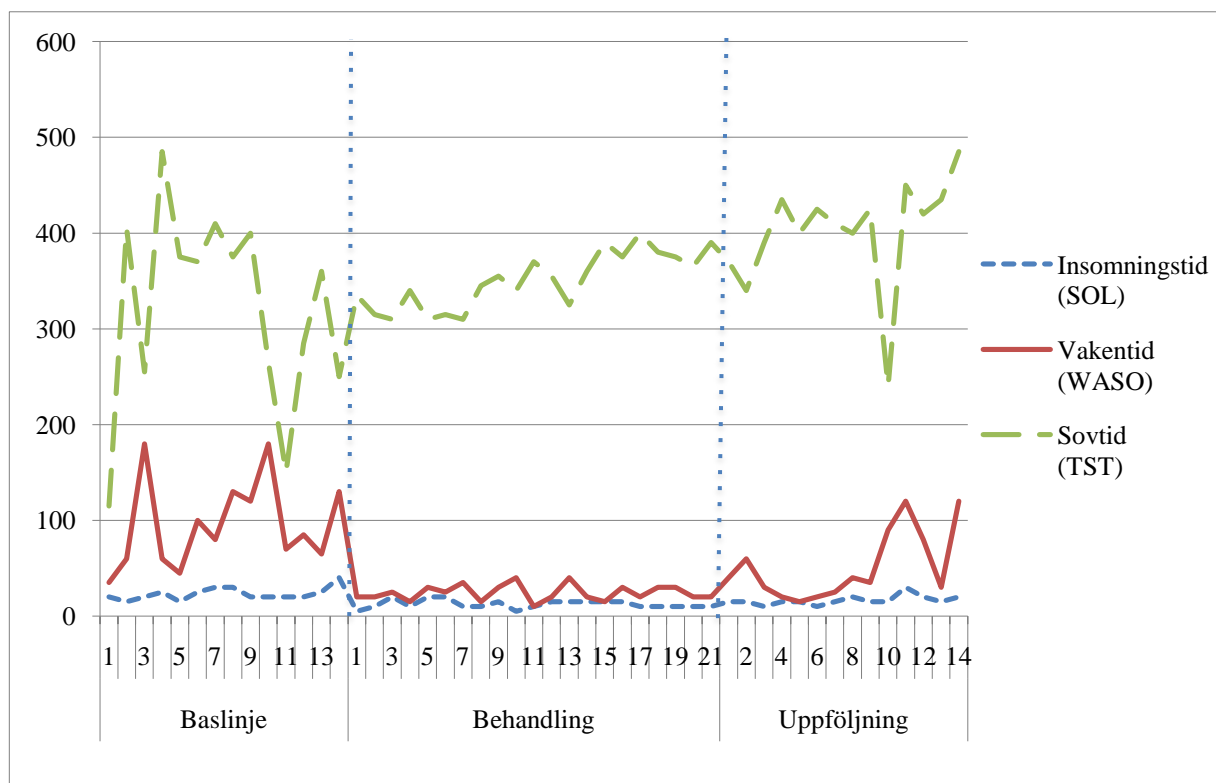
Etiska överväganden gjordes vid valet av design på studien. Beslut togs att genomföra en explorativ studie med en konstruktiv strategi där en mindre forskningsförankrad intervention vid insomni (MN) genomfördes i kombination med en etablerad och forskningsförankrad intervention (BT). I och med detta erbjöds alla deltagare en behandling som har visat sig ha positiv effekt på sömnbesvär (BT) och ingen fick placebo-behandling. Samtycke till att delta i studien inhämtades från alla deltagare under bedömningsamtalet. Alla deltagare fick information om att de när som helst kunde avbryta behandlingen utan att ange orsak. Alla deltagare informerades om att det skulle ges två olika sömnbehandlingar. De deltagare som endast fick BT under behandlingen fick därtill del av MN i form av material som skickades med efter avslutad behandling (övningar och information om MN) så att samma intervention kunde genomföras på egen hand. Deltagarna erbjöds att få ta del av studiens utfall och hur deras medverkan i studien presenterades i uppsatsen genom att få uppsatsen skickad till sig via post eller e-post.

Efter varje session gjordes en kortfattad journalanteckning som innehöll en sammanfattning av sessionen samt en generell beskrivning av deltagarens utveckling och påverkan av behandlingen. Under behandlingen förvarades journalanteckningarna inlåsta i ett arkivskåp på Psykologmottagningen i Örebro. Efter behandlingens avslut kom dessa att hållas i låst förvar hos forskargruppen CHAMP vid Örebro Universitet.

Resultat

Visuell analys

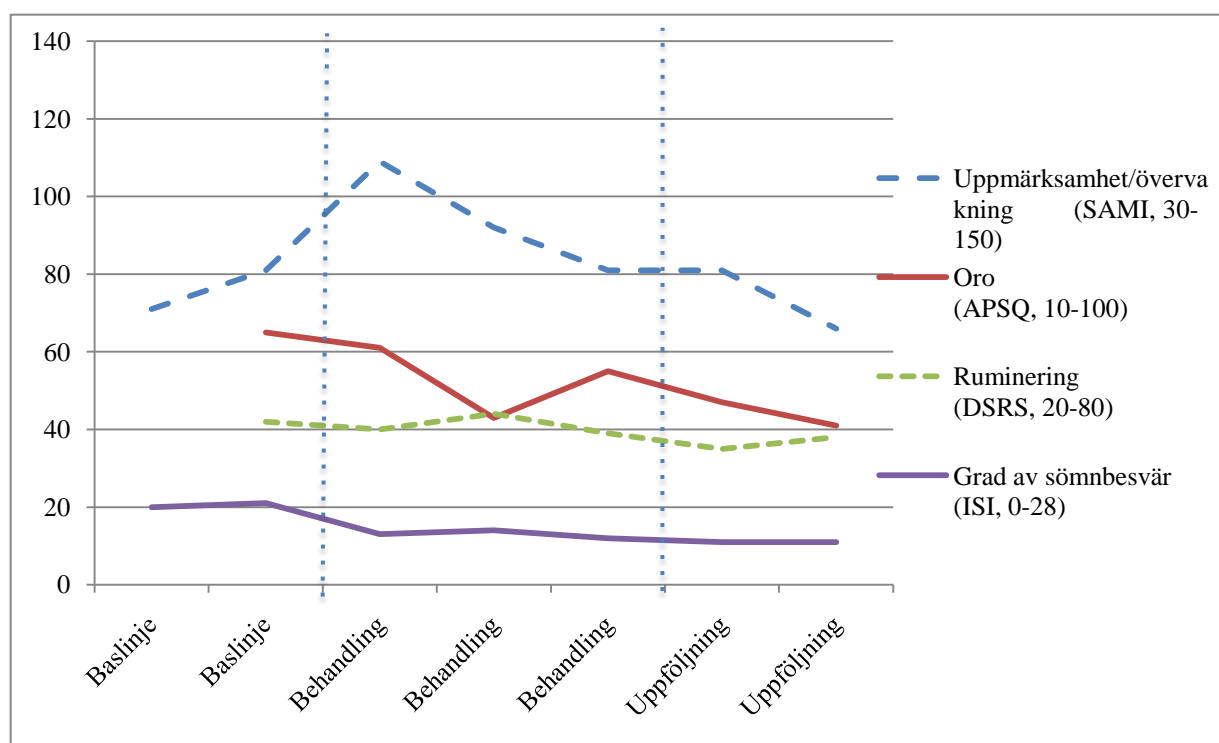
Deltagare 1 (BT+MN). Figur 2 visar att deltagarens insomningstid var låg och höll sig stabil under baslinjen. Vid behandlingsstarten skedde den lilla förbättring som var möjlig utifrån det redan låga resultatet. Vakentiden varierade kraftigt under baslinjen men förbättrades avsevärt vid behandlingsstarten. Vakentiden höll sig sedan stabil fram till slutet av uppföljning då den plötsligt försämrades, vilket försvårar tolkningen. Sovtiden växlade under baslinjen men under behandlingen skedde en successiv förbättring och sovtiden stabiliserades. Ett undantag av stabiliteten inträffade dock vid ett tillfälle i slutet av uppföljningen. Enligt deltagaren själv var detta till stor del beroende av en utlandsresa som gjordes under denna tid med tillhörande förskjutningar i dygnsrytm och olika störningsmoment i miljön.



Figur 2

Insomningstid, vaken tid och sovtid i min för deltagare 1 under baslinje, behandling och uppföljning.

Figur 3 visar deltagarens uppmärksamhet/övervakning (SAMI), oro (APSQ), ruminering (DSRS) samt grad av sömnbesvär (ISI). Uppmärksamhet/övervakning försämrades något i inledningen av behandlingen men hamnade vid uppföljningen på liknande nivå som under baslinjen. En liten förbättring skedde av oro. Ruminering förblev nästintill oföränderlig. Vad gäller graden av sömnbesvär förekom en klar förbättring vid behandlingsstarten, vilken höll sig stabil även under uppföljningen.



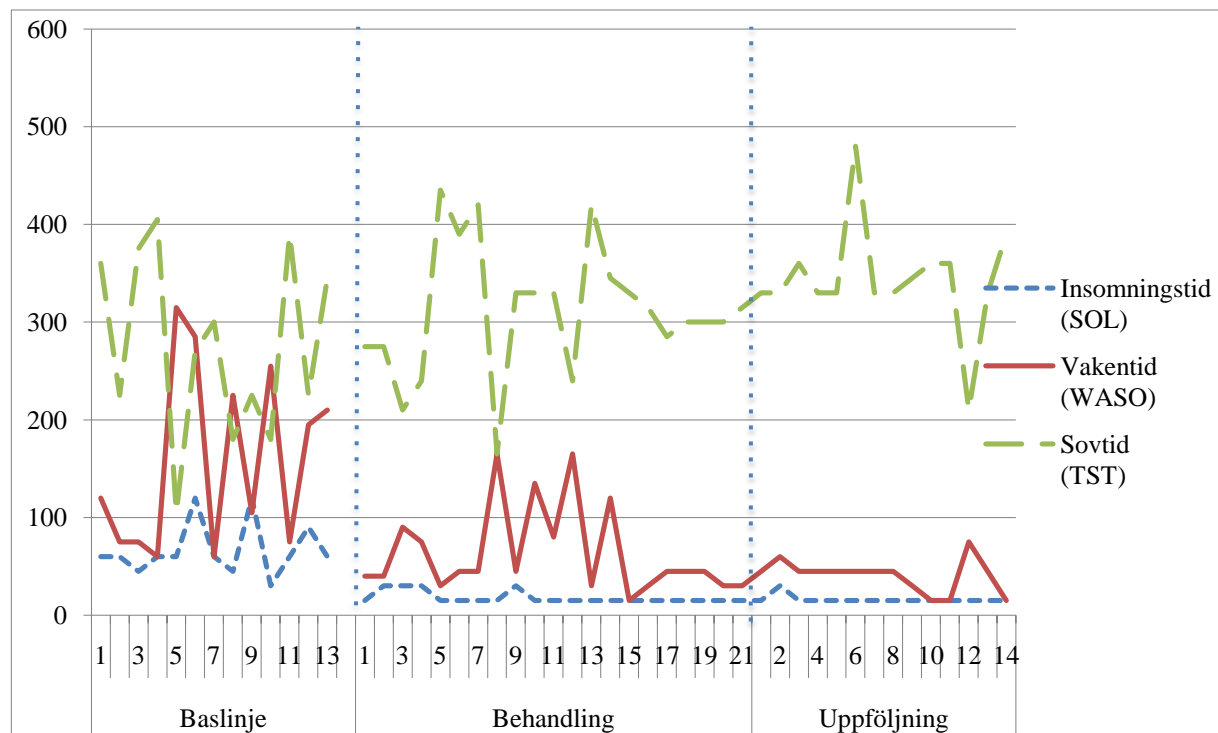
Figur 3

SAMI, APSQ, DSRS och ISI för deltagare 1 under baslinje, behandling och uppföljning.

Deltagare 2 (BT+MN). Figur 4 illustrerar deltagarens insomningstid, vakentid och sovtid.

Under baslinjen fanns en viss stabilitet av insomningstiden och vid behandlingsstarten skedde en tydlig förbättring som kan kopplas till interventionen. Vakentiden var mycket instabil under baslinjen men vid behandlingsstarten förbättrades och stabiliserades den. Under dagarna 8-14* blev vakentiden tillfälligt instabil, variationen var emellertid lägre än under baslinjen. Under denna period gjordes en ökning av TIS. Efter dag 14, då sömnrestriktionen drogs åt igen, stabiliserades vakentiden åter. Av sovtiden skedde en successiv förbättring och

stabilisering även om förbättringen var liten. I början av behandlingen försämrades dock sovtiden vilket orsakar tolkningssvårigheter och medför att slutsatserna blir svagare.

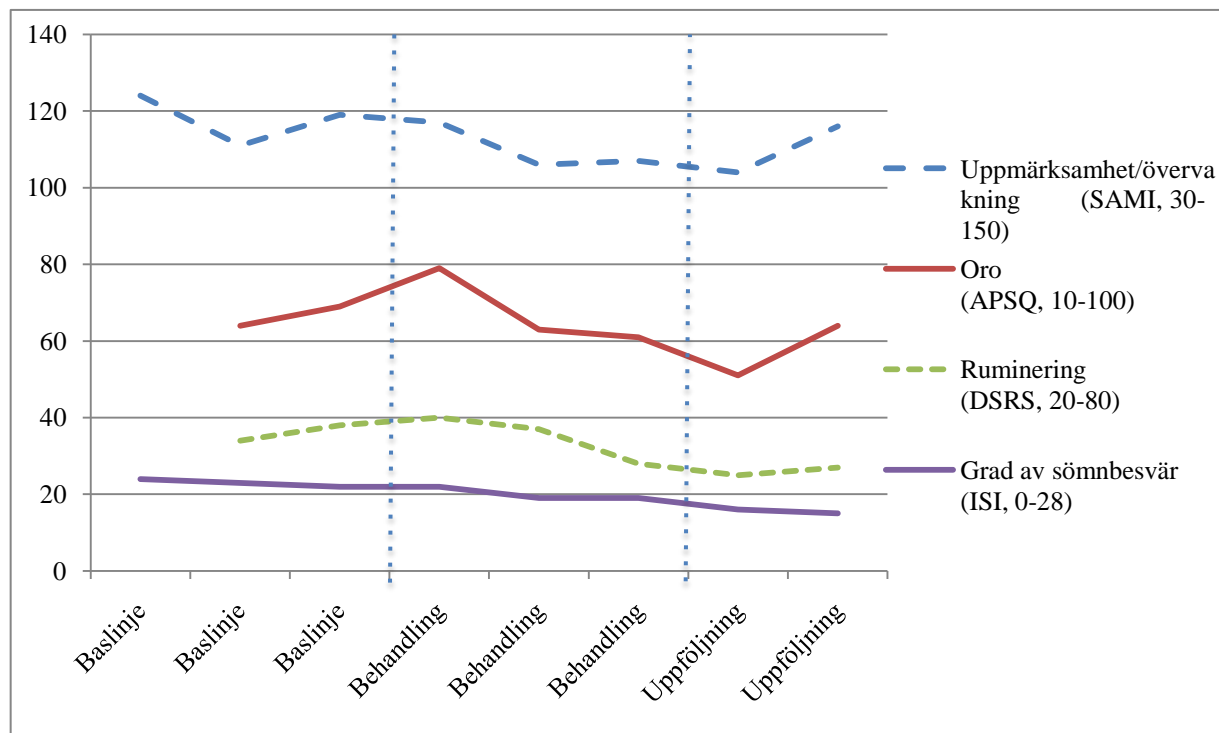


Not. Dag 8-14 frångicks manualen och deltagaren fick på grund av medicinska skäl TIS (tid i sängen) ökad med en timme för att klara av att fortsätta vara med i studien.

Figur 4

Insomningstid, vakentid och sovtid i min för deltagare 2 under baslinje, behandling och uppföljning.

Figur 5 visar deltagarens uppmärksamhet/övervakning (SAMI), oro (APSQ), ruminering (DSRS) samt grad av sömnbesvär (ISI). Generellt skedde ingen nämnbar förändring av dessa mått förutom vad gäller graden av sömnbesvär. Oro förbättrades en aning under behandlingen men en latens fanns. Under uppföljningen försämrades oron igen vilket öppnar upp för att ickespecifika metoder kan förklara förbättringen under behandlingen. En viss förbättring skedde av ruminering, som höll sig stabil, men även här kom förbättringen en tid efter det att behandlingen hade påbörjats. Det kan dock ta tid att se förbättringar av resultat på oro och ruminering. Graden av sömnbesvär förbättras från baslinje till uppföljning.



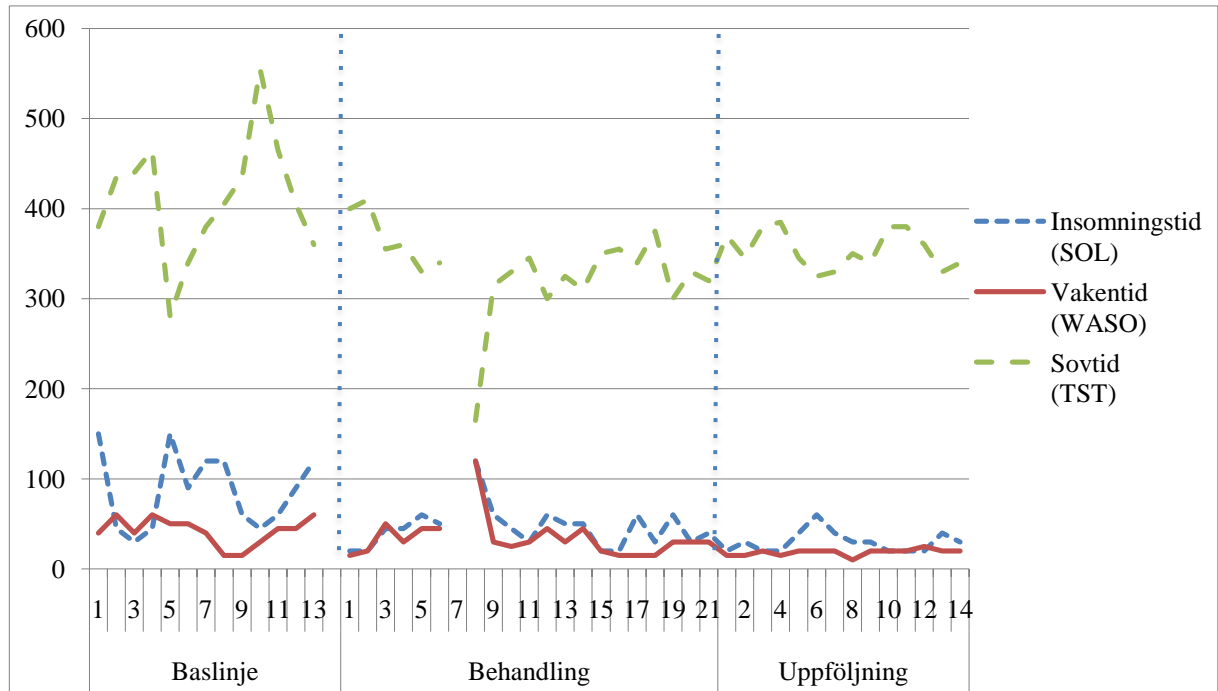
Figur 5

SAMI, APSQ, DSRs och ISI för deltagare 2 under baslinje, behandling och uppföljning

Deltagare 3 (BT+MN). Figur 6 visar deltagarens insomningstid, vakentid och sovtid.

Deltagarens insomningstid varierade kraftigt under baslinjen men sjönk och stabiliserades under behandlingen. Insomningstiden höll sig stabil även under uppföljningen. Vakentiden under baslinjen var relativt hög och varierade. Under behandlingen stabiliserades vakentiden och en förbättring skedde. Under uppföljningen höll sig vakentiden nästintill konstant.

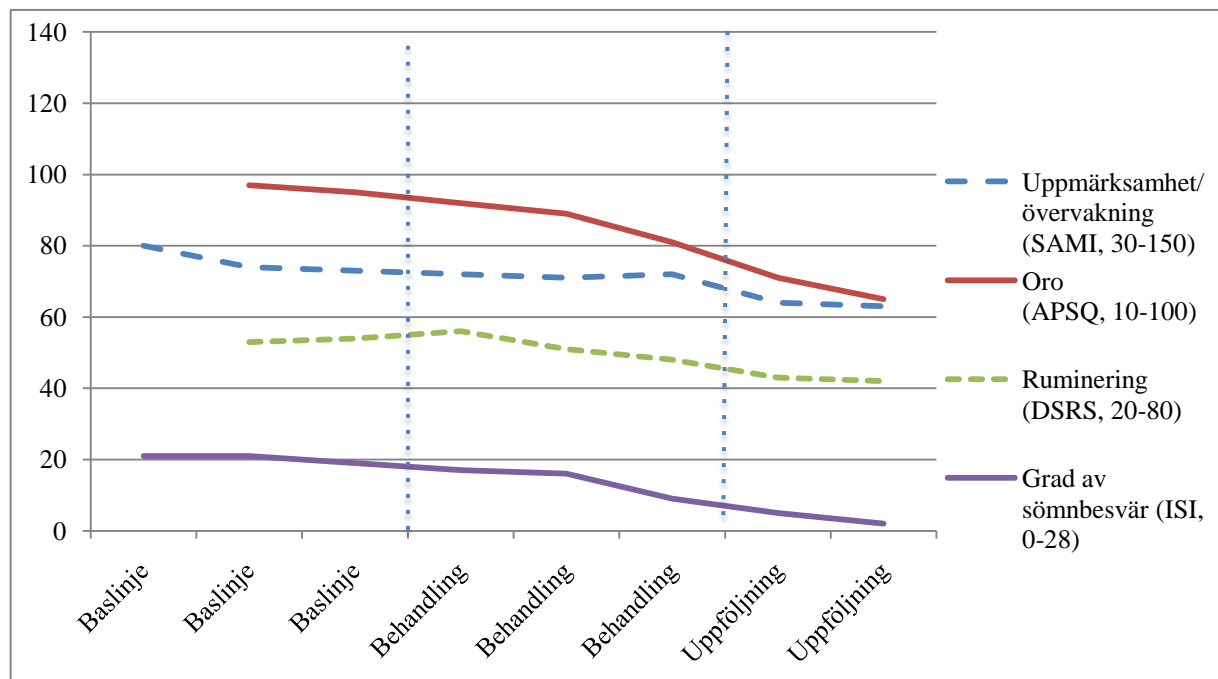
Deltagarens sovtid var generellt instabil under baslinjen men stabiliserades under behandlingen och fortsatte att vara stabil även under uppföljningen. Sovtiden försämrades något under behandlingen. Därmed blir det svårt att se samband mellan insomningstid, vakentid och sovtid då sovtiden försämrades och de två övriga måtten förbättrades. Detta komplicerar tolkningsvärdet.



Figur 6

Insomningstid, vakentid och sovtid i min för deltagare 3 under baslinje, behandling och uppföljning.

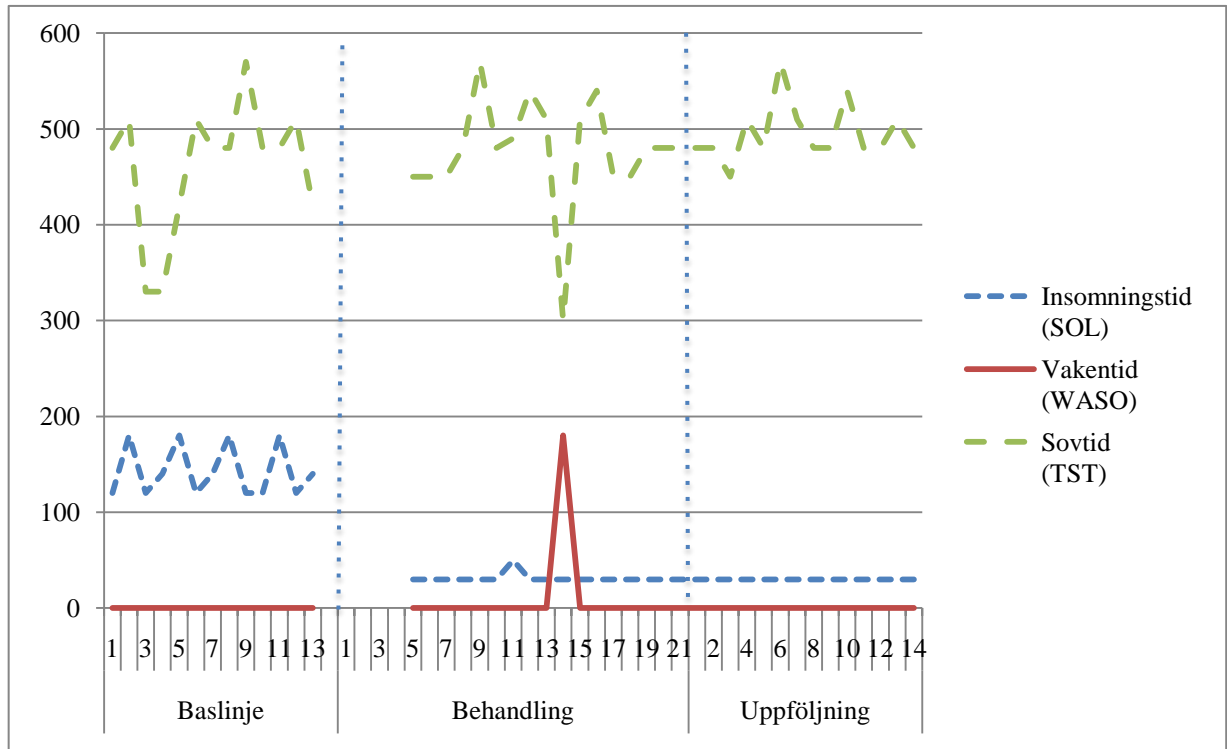
Figur 7 visar deltagarens uppmärksamhet/övervakning (SAMI), oro (APSQ), ruminering (DSRS) samt grad av sömnbesvär (ISI). I slutet av behandlingen skedde en förbättring av uppmärksamhet/övervakning men på grund av latens blev det svårt att relatera förbättringen till interventionen. Oro förbättrades också men även här fanns en viss latens. En liten förbättring skedde av ruminering. Det skedde en klar förbättring av graden av sömnbesvär från baslinjen till uppföljning. En viss latens fanns dock även här.



Figur 7

SAMI, APSQ, DSRS och ISI för deltagare 3 under baslinje, behandling och uppföljning.

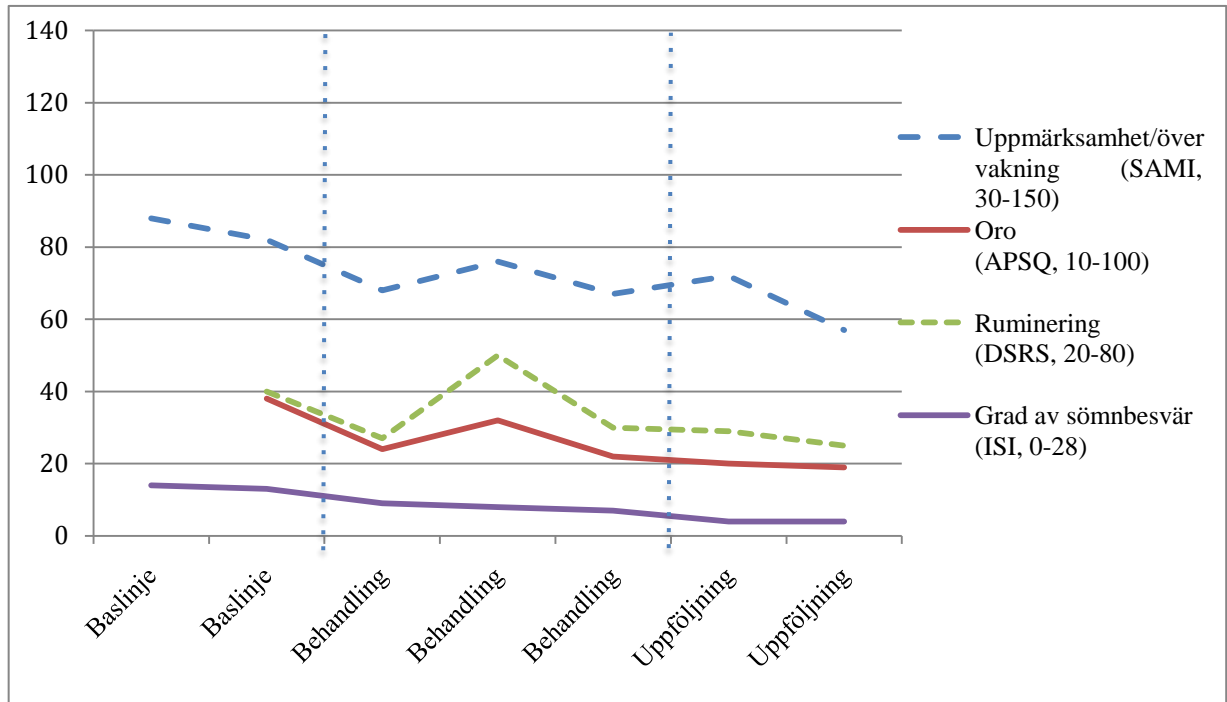
Deltagare 4 (BT). Figur 8 visar deltagarens insomningstid, vakentid och sovtid. Deltagarens insomningstid varierade under baslinjen och låg på en hög nivå. Det tog deltagaren mer än en timme att somna varje natt. Under behandlingen förbättrades insomningstiden avsevärt men då deltagaren inte hade fyllt i sömndagboken vid det tillfälle då behandlingen påbörjades medför detta tolkningssvårigheter. Deltagaren angav att hon ej fyllt i sömndagboken på grund av sjukdom. Deltagaren hade generellt inte några problem med vakentid. Ett undantag var natt 14 då deltagaren tillfälligt upplevde problem med vakentid. Sovtiden var instabil under baslinjen men under behandlingen stabiliserades den och en liten förbättring skedde successivt. Ett undantag var även vad gäller sovtiden natt 14 då sömnen förändrades tillfälligt. Det fanns tolkningsproblem även med sovtiden då deltagaren inte fyllde i sömndagboken vid behandlingsstarten eftersom hon var sjuk och förblev sängliggande några dagar i streck.



Figur 8

Insomningstid, vaken tid och sovtid i min hos deltagare 4 under baslinje, behandling och uppföljning.

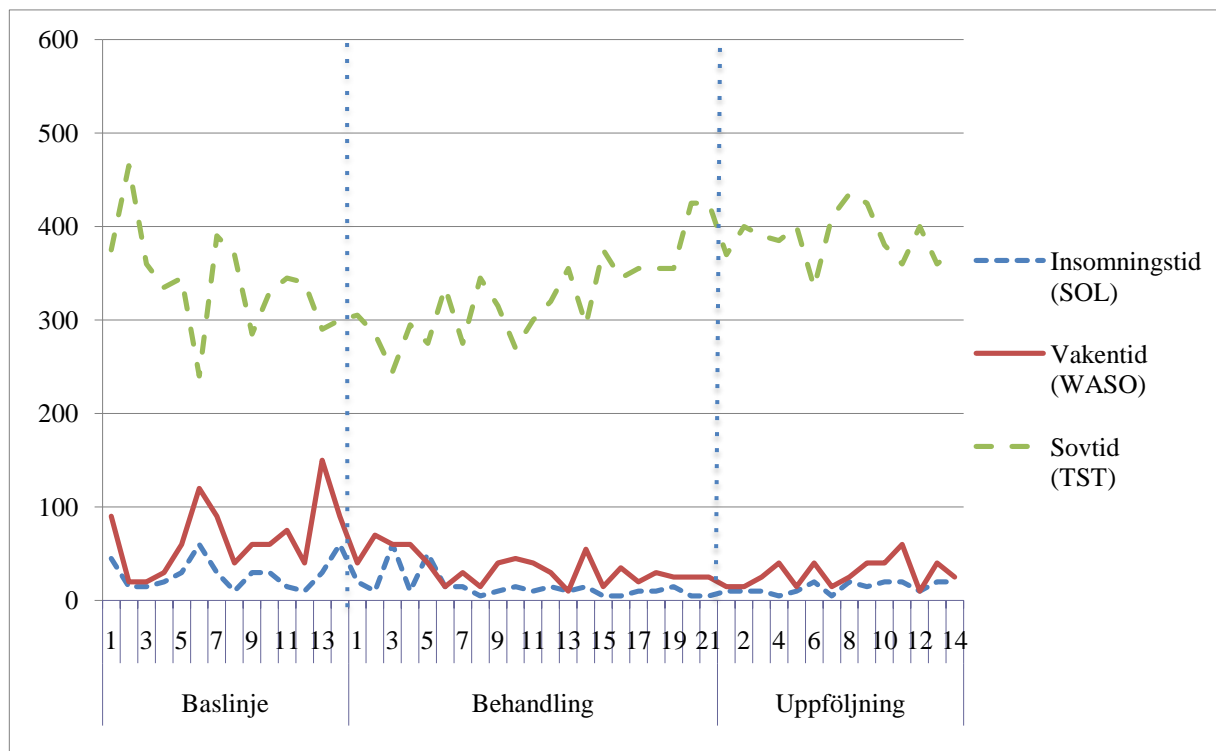
Figur 9 visar deltagarens uppmärksamhet/övervakning (SAMI), oro (APSQ), ruminering (DSRS) samt grad av sömnbesvär (ISI). Det skedde en liten förbättring av uppmärksamhet/övervakning. Dock kan man ana en förbättring redan strax innan behandlingen började vilket försvårar tolkningen. Av oro skedde också en liten förbättring. För oro fanns endast ett mätillfälle under baslinjen vilket medför att det blir svårare att dra slutsatser kring förbättringen. Ruminering förbättrades i samband med att behandlingen startade. I mitten av behandlingen ökade deltagarens grad av ruminering för att sedan återigen sjunka. Under uppföljningen var ruminering lägre i jämförelse med under baslinjen. Graden av sömnbesvär förbättrades markant från baslinje till uppföljning. Förbättringen skedde successivt och var stabil under uppföljningen.



Figur 9

SAMI, APSQ, DSRS och ISI hos deltagare 4 under baslinje, behandling och uppföljning.

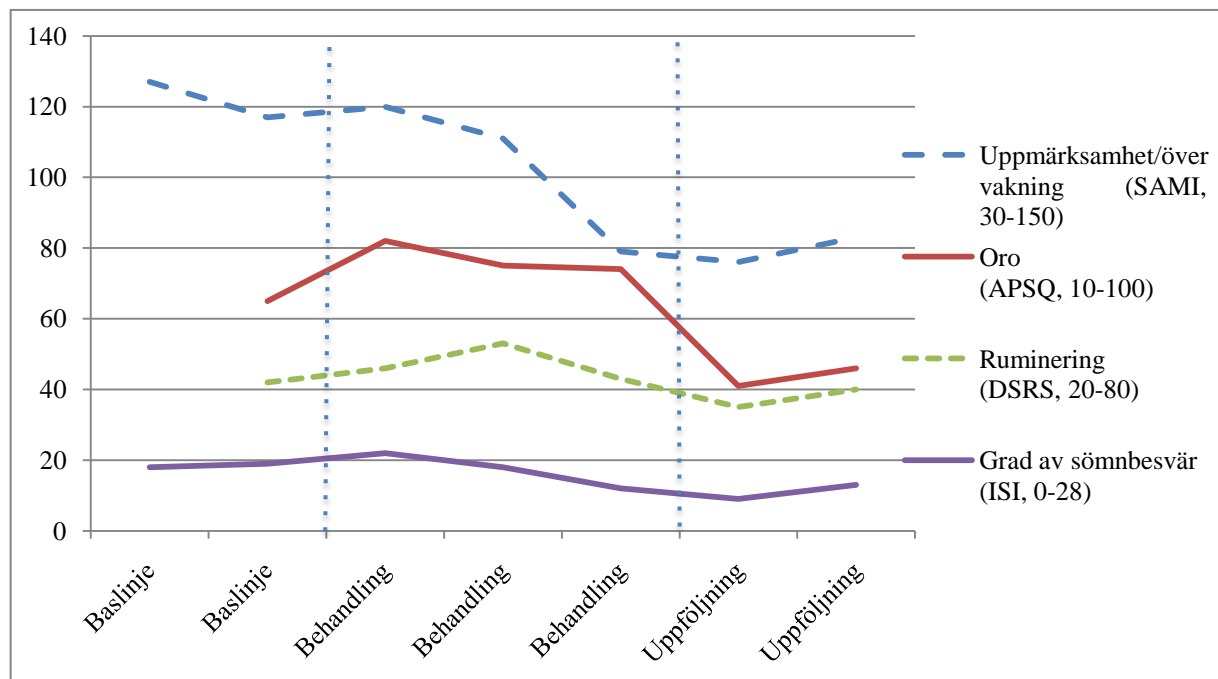
Deltagare 5 (BT). Figur 10 visar deltagarens insomningstid, vakentid och sovtid. Deltagarens insomningstid varierade under baslinjen. En tid efter att behandlingen påbörjades förbättrades insomningstiden och höll sig stabil under uppföljningen. Av vakentiden skedde en förbättring redan vid behandlingsstarten vilket ökar tolkningsvärdet. Vakentiden förbättrades vid behandlingsstarten och fortsatte att förbättras successivt under behandlingens gång. Under uppföljningen avstannar dock förbättringen.



Figur 10

Insomningstid, vakentid och sovtid i min hos deltagare 5 under baslinje, behandling och uppföljning.

Figur 11 visar deltagarens uppmärksamhet/övervakning (SAMI), oro (APSQ), ruminering (DSRS) samt grad av sömnbesvär (ISI). Av uppmärksamhet/övervakning skedde en förbättring men på grund av latens försvåras tolkningen. Därtill kan man ana en viss försämring av uppmärksamhet/övervakning under uppföljningen. Oro försämrades i början av behandlingen men förbättras sedan i slutet av behandlingsperioden. Ruminering höll sig relativt stabilt medan graden av sömnbesvär förbättrades från baslinje till uppföljning. Förbättringen av graden av sömnbesvär skedde dock en tid efter att behandlingen hade påbörjats. Under uppföljningen kan en antydning till försämring anas på flera av måtten. Detta medför tolkningssvårigheter då det är möjligt att icke-specifika metoder kan förklara de förbättringar som skedde under behandlingen.



Figur 11

SAMI, APSQ, DSRs OCH ISI för deltagare 5 under baslinje, behandling och uppföljning.

För- och eftermätningar och procentuella skillnader

I tabell 3 redovisas de procentuella skillnaderna på sömnmåtten insomningstid, vakentid, sovtid och grad av sömnbesvär samt måtten på psykologiska funktioner uppmärksamhet/övervakning, oro och ruminering.

Insomningstiden minskade för samtliga deltagare som fick BT+MN och den minskade med 30-76% från baslinje till uppföljning. För deltagarna som fick BT minskade insomningstiden med 51-79%. Alla deltagarna som fick BT+MN fick en minskning på vakentiden med 46-74%. I BT hade bara en deltagare rapporterat problem med vakentiden och hon hade en minskning på 57%. Sovtiden hade ökat för två deltagare som fick BT+MN, båda med 25%. För en av deltagarna som fick BT+MN hade det skett en minskning i sovtid med 14%. De som fick BT hade båda en ökning på sovtiden med 7-14%. Grad av sömnbesvär minskade med 30-80% för de som fick BT+MN och med 42-71% för de som fick BT.

Uppmärksamhet/övervakning minskade något för BT+MN, med 3-16%. De som fick BT minskade i uppmärksamhet/övervakning med 24-34% vilket antyder en större minskning för de deltagare som fick BT än de som fick BT+MN. Oro minskade för de som fick BT+MN med 13-32% och för de som fick BT minskade oro med 32-47%. En av de deltagare som fick BT hade störst minskning av oro. Ruminering minskade med 13-28% i BT+MN. För BT minskade ruminering med 10-33%. Det fanns en spridning under baslinjen mellan deltagarnas värden på sömnmått och mått på psykologiska funktioner. De deltagare som fick BT+MN hade högre värden på insomningstid, vakentid, grad av sömnbesvär och oro, innan behandlingen startade, än de som fick BT.

Tabell 3

Medelvärde för varje deltagares baslinje (före) respektive uppföljning (efter) samt den procentuella skillnaden mellan baslinje och uppföljning på utfallsmåtten SOL, WASO, TST, ISI, SAMI, APSQ och DSRS, för de som fick BT+MN och de som fick BT.

Grupp	BT+MN						BT								
	1			2			3			4			5		
Deltagare	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%
Insomningstid (SOL)	23	16	30	67	16	76	87	30	66	143	30	79	29	14	51
Vakentid (WASO)	96	52	46	158	41	74	42	19	55	0	0	0	68	29	57
Sovtid (TST)	321	402	25	276	344	25	411	354	<u>14</u>	462	495	7	341	388	14
Grad av sömnbesvär (ISI)	21	11	48	23	16	30	20	4	80	14	4	71	19	11	42
Uppmärksamhet/ övervakning (SAMI)	76	74	3	118	110	7	76	64	16	85	65	24	122	80	34
Oro (APSQ)	65	44	32	67	58	13	96	68	29	38	20	47	65	44	32
Ruminering (DSRS)	42	37	13	36	26	28	54	43	20	40	27	33	42	38	10

Not. De förändringar i procent som inte går i förväntad riktning är understrukna.

Klinisk signifikant förbättring

I tabell 4 redogörs för den kliniskt signifikanta förbättringen för de utfallsmått där det fanns ett specifikt gränsvärde. I de fall ett utfallsmått inte hade ett genomsnittligt värde över det specifika gränsvärdet under baslinjen redovisas det som ej tillämbart.

På insomningstiden skedde liknande förbättringar för alla deltagare. Deltagarna låg under gränsvärdet vid uppföljningen. På vakentiden var det en deltagare som hade fått BT+MN och en deltagare som hade fått BT som fick kliniskt signifikanta förbättringar. Liknande förbättringar skedde på grad av sömnbesvär där två deltagare, en som fick BT+MN och en som fick BT hade kliniskt signifikanta förbättringar. En deltagare som fick BT+MN och en deltagare som fick BT hamnade på gränsen till klinisk signifikans på ISI. En deltagare hade ingen kliniskt signifikant förbättring på uppmärksamhet/övervakning och två deltagare hade ej tillämbbara värden. Dessa tre hade fått BT+MN. De deltagarna som fick BT hade kliniskt signifikanta förbättringar på uppmärksamhet/övervakning.

Tabell 4

Klinisk signifikant förbättring på utfallsmåtten insomningstid, vakentid, ISI och SAMI för deltagarna som fick BT+MN och BT.

Grupp	BT+MN			BT	
	1	2	3	4	5
Insomningstid	Ej tillämbbar	Ja	Ja	Ja	Ej tillämbbar
Vakentid	Nej	Nej	Ja	Ej tillämbbar	Ja
ISI	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
SAMI	Ej tillämbbar	Nej	Ej tillämbbar	Ja	Ja

Diskussion

Syftet med den här studien var att med hjälp av en konstruktiv strategi undersöka den eventuella effekten av MN i kombination med BT vid behandling av personer med primär insomni som har hög uppmärksamhet/övervakning av sömnrelaterade stimuli.

Sammanfattningsvis visar resultaten att alla deltagares sömnbesvär minskade markant. Alla deltagare fick minskad uppmärksamhet/övervakning samt oro. Några deltagare

förbättrades även på ruminering medan några deltagares resultat var oförändrade. Eftersom alla deltagare förbättrades på sömnmått, uppmärksamhet/övervakning och oro tyder det på att BT hade en effekt på dessa. Det finns stora begränsningar med att göra jämförelser på gruppnivå i en studie som har en single-subject design. Trots det gjordes vissa jämförelser i ett försök att se antydningar till en effekt av MN. Resultaten indikerade att det fanns en större minskning av grad av uppmärksamhet/övervakning hos de deltagare som fick BT än hos de som fick BT+MN samt att BT+MN hade lägre värden än BT på uppmärksamhet/övervakning vid behandlingens start. Oro minskade mest för en deltagare som fick BT och de som fick BT+MN verkade inte ha lika stora förbättringar på oro som de som fick BT. Vid screeningen gjordes ett försök att få en homogen grupp med deltagare till studien. Detta lyckades inte fullt ut i och med att deltagarna hade olika svårighetsgrad på sömnbesvär, vilket försvårar analysen och möjligheten att se en eventuell effekt av MN.

De som fick BT+MN förväntades öka sina färdigheter i MN och i mindre utsträckning undvika interna och externa upplevelser. Det gick inte att se någon förändring på varken undvikande eller förmågan till MN hos någon av deltagarna. Detta kan bero på brister i utförandet eller mottagandet av MN. Det kan även finnas en förklaring i att de formulär som användes var bristfälliga. Det kan även ha krävts mer tid för att få önskad effekt. Att lära sig MN innebär att lära sig ett förhållningssätt (Palmkron Ragnar, 2009). För att se effekten av MN skulle man kanske behöva praktisera MN i fler situationer och under längre tid innan det blir ett naturligt sätt att agera i svåra situationer som till exempel när man inte kan sova.

Hypoteser

Den första hypotesen var att sömnbesvären skulle minska för alla deltagare och att de som fick MN skulle ha störst förbättringar efter att behandlingen var avslutad. Denna hypotes fann vi delvis stöd för i och med att alla deltagare förbättrades. Dock fann vi inget stöd för att de

som fick MN hade större förbättringar. Deltagarnas höga sömneffektivitet under behandlingen visar att BT-interventionen hade en effekt på sömnbesvären.

Studiens andra hypotes var att uppmärksamhet/övervakning i större utsträckning skulle minska hos de deltagare som erhöll BT+MN i jämförelse med de som erhöll endast BT. Vi fann inget stöd för den här hypotesen i vår studie. Istället finns det en antydning till att BT hade större förbättringar på uppmärksamhet/övervakning än BT+MN. Förklaringar till att BT+MN inte hade större förbättringar kan vara att deltagarna inte tog till sig MN, att behandlingen/behandlarna inte förmedlade MN eller att det inte var tillräckligt många behandlingstillfällen för att lära ut MN. Alternativt har MN inte någon effekt på uppmärksamhet/övervakning. En anledning till att uppmärksamhet/övervakning minskade även för BT kan bero på minskad insomningstid och vakentid, vilket ger mindre utrymme för uppmärksamhet/övervakning. Sömnrestriktionen med tillhörande sömndeprivation gör kroppen trött och skyndar på insomnandet. Alla deltagare fick instruktionen att de inte skulle titta på klockan i anslutning till att de skulle sova, som en del i stimuluskontrollen (Edinger & Carney, 2008). Klockan är dock ett vanligt sömnrelaterat hot (Tang et al., 2007). Instruktionen kan därför ha påverkat uppmärksamheten för samtliga deltagare och inte bara för de som fick MN. En eventuell förklaring till skillnader mellan BT+MN och BT kan vara att behandlingen för de som fick MN innehöll större fokus på tankar och känslor, vilket kan ha gjort dem mer medvetna om dessa och samtidigt då *mer* uppmärksamma på sömnrelaterade hot. Den ökade uppmärksamheten kan ha påverkat så att man inte kunde se en eventuell minskning av uppmärksamhet/övervakning lika väl trots att det kanske fanns en minskning av uppmärksamhet/övervakning till följd av sömndeprivationen.

Den tredje hypotesen var att oro och ruminering skulle minska hos alla deltagare och att det skulle ske en större minskning hos deltagarna som erhöll behandlingskombinationen BT+MN. Denna hypotes fann vi inte stöd för i studien. Istället hade BT en antydning till störst

minskning på oro. Några deltagare fick förbättringar på rumineringen men det gick inte att se någon skillnad beroende på om man fått MN eller inte. I och med att sömnbesvären minskade så minskade även oron för sömnbesvären hos samtliga deltagare. Minskningen av sömnbesvär kan även ha påverkat minskningen av ruminering för några av deltagarna. I den här studien verkar BT-interventioner vara det som ger effekt på oro och ruminering snarare än att MN skulle påverka uppmärksamhet/övervakning som i sin tur påverkar oro och ruminering.

Kliniska implikationer

Resultatet visar på att BT är en effektiv metod för att minska graden av sömnbesvär hos personer med primär insomni och som har en hög uppmärksamhet mot sömnrelaterade hot. Behandlingsinterventionen MN verkar dock inte ha tillfört något till BT. Resultatet innebär att den konstellation av MN och BT som den här behandlingen utgjordes av troligen inte är den mest verksamma för den specifika patientgruppen, det vill säga att den inte angriper uppmärksamhet/övervakning och indirekt oro och ruminering som antogs i hypoteserna.

Då sömnrestriktionen för många kan leda till mer sömnbrist kan det medföra ökade svårigheter med att ta till sig ett nytt förhållningssätt och det kan vara en möjlig förklaring till att behandlingen med BT+MN inte gav någon större effekt på det primära och sekundära utfallsmåttet. Det kan också vara så att BT ger större effekt på uppmärksamhet/övervakning och oro i jämförelse med MN, genom minskad vakentid, och att den eventuella effekten av MN inte syns under tiden BT pågår. Om tiden i sängen ökas efter behandlingen, eller vid eventuella bakslag, så riskerar uppmärksamhet/övervakning och oro återigen att öka i och med ökad tid i sängen. MN skulle då kunna vara hjälpsamt för att hantera bakslagen.

I behandlingen till den här studien förekom komponenterna BT och MN parallellt, vilket också är fallet i andra behandlingsstudier för insomni (Lundin & Tsur, 2008; Ong et al., 2008). I framtida behandling vore det därför intressant att

förändra upplägget av en behandling som innehåller både MN och BT. Det skulle till exempel kunna ske genom en crossover design där man inledningsvis fokuserar på att lära ut MN för den ena gruppen och BT för den andra för att sedan byta interventioner efter halva behandlingen. Att lära ut MN separat kan öka möjligheterna för deltagarna att anamma förhållningssättet och även ge dem en strategi för att hantera oro som är kopplad till sömnen.

I den här studien valdes deltagare ut som hade primär insomni och därtill specifika svårigheter med uppmärksamhet/övervakning kopplat till sömnen. I en tidigare studie undersöktes hur enbart KT påverkade uppmärksamhet/övervakning av sömnrelaterade hot hos personer med insomni (Harvey et al., 2007). Resultatet visade att KT minskade deltagarnas benägenhet till uppmärksamhet/övervakning. Avslutningsvis skulle det därför vara intressant att titta på hur en kombination av Harveys kognitiva interventioner mot uppmärksamhet/övervakning och BT (sömnrestriktion och stimuluskontroll) påverkar just uppmärksamhet/övervakning hos patienter med primär insomni.

Styrkor med studien

I den här studien användes en single-subject design med en konstruktiv strategi. Fördelen med att använda den typen av design är att den ger riklig och detaljerad information om något som är komplext, så som sömnproblem. Att använda en konstruktiv strategi gjorde det möjligt att undersöka om MN kan förbättra behandlingseffekten vid behandling av patienter med primär insomni som har hög uppmärksamhet/övervakning av sömnrelaterade stimuli.

För att öka studiens interna validitet följde behandlarna en strikt och tydlig manual. I och med det minskade risken för att behandlarna skulle ge deltagarna olika behandlingar. Behandlingsmanualen togs fram i samarbete med handledare som hade expertkunskaper inom MN respektive insomnibehandling vilket är till fördel för begreppsvaliditeten.

En styrka med studien var den screeningprocess som gjordes för att höja homogeniteten bland deltagarna. Trots det blev inte gruppen av deltagare helt homogen utan

de skilde sig åt i vissa avseenden, vilket försvårar möjligheten att dra några generella slutsatser. Det var även en styrka att deltagarna blev slumpvis fördelade till någon av de två behandlingarna av en oberoende person.

I studien användes flera olika mått (sönmått, mått på psykologiska faktorer och processmått) vilket ger möjlighet att få en mer nyanserad bild av behandlingen och av sömnproblemets komplexitet samt chans att upptäcka fler samband. För att undvika en golfeffekt kontrollerades också att deltagarna hade tillräckligt höga värden på sönmåtten och uppmärksamhet/övervakning. Att studien innehöll flera mättillfällen stärker den interna validiteten. Det blir då säkrare att uttala sig om huruvida det är behandlingen i sig som har gett resultat eller inte.

En sista styrka med studien som bör nämnas är att deltagarna dagligen erhöll en sms-påminnelse om att träna MN. Därtill övades MN under behandlingssessionerna för att säkerställa att deltagarna verkligen övade detta.

Metodologiska brister

Samtidigt som studien innehar vissa styrkor förkommer svagheter och metodologiska brister. En single-subject design innebär att det är svårt att generalisera resultaten i studien till en större population då det är osäkert om deltagarna representerar den generella befolkningen. Till exempel är antalet deltagare ofta få och individer som vill delta i en behandlingsstudie kan eventuellt skilja sig från andra personer. Det kan vara svårt att göra tolkningar av data utifrån en visuell analys i en single-subject design, eftersom det inte finns tydliga regler för hur man ska bedöma om en förändring faktiskt har skett (Kazdin, 2010).

Studien hade en baslinje med få mätningar som gjordes under en kort tidsperiod och baslinjen var instabil för flera deltagare. Även uppföljningen hade få mätningar under en kort tidsperiod. Ett av studiens primära utfallsmått var uppmärksamhet/övervakning som mättes veckovis. De andra primära utfallsmåtten var sönmåtten som mättes dagligen. En brist var

att man inte även mätte uppmärksamhet/övervakning dagligen till exempel genom att lägga till frågorna från SAMI i sömndagboken. Detta hade gett mer detaljerad information.

Studien gjordes i ett explorativt syfte för att generera hypoteser vilket motiverar en jämförelse mellan deltagare som fick olika behandlingar. Studien hade dock få deltagare vilket innebar att det var få deltagare som fick respektive behandling. Det i sin tur gjorde det svårt att uttala sig om skillnader eller likheter i utfall mellan de två behandlingarna.

De två första sessionerna i behandlingen som bestod av kombinationen BT+MN var betydligt mer omfattande än de som enbart bestod av BT. Det kan ha gjort att deltagarna som fick BT+MN fick svårare att ta till sig mängden information, vilket kan ha påverkat utfallet i negativ bemärkelse. Ett alternativ hade därför kunnat vara att öka antalet sessioner för BT+MN för att underlätta för deltagarna att verkligen ta till sig komponenterna i behandlingen.

Datan som ligger till grund för studiens resultat samlades in via dagliga och veckovisa självskattningsformulär. I och med att subjektiva mätinstrument användes finns risk för felkällor då svaren bygger på att deltagarna svarar ärligt. För att svaren ska vara tillförlitliga krävs att deltagarna har tolkat frågorna i formulären så som det är avsett. Flera av de formulär som användes innehöll många och komplicerade påståenden för deltagarna att ta ställning till. Det kan ha lett till inkonsekvens i besvarandet eller en tendens att ange svar som ligger i mitten på skalorna. Antal formulär var många och kan ha upplevts som krävande vilket kan ha påverkat kvalitén på svaren negativt. Att behandlingen ligger till grund för en studie kan medföra att deltagarna är extra måna om att uppnå/påvisa behandlingsresultat vilket kan leda till en skevhet i självrapporteringen.

Självskattningsformuläret FFMQ användes för att mäta deltagarnas MN-förmåga. Dock administrerades endast 11 av 29 items vilket gör att det inte utifrån FFMQ går att uttala sig om deltagarna tog till sig MN. Det går inte heller säga om behandlingen verkligen

förmedlar MN eller om MN överhuvudtaget ger resultat på uppmärksamhet/övervakning hos personer med primär insomni. Som komplement till FFMQ fanns dock SAMI som var tänkt att mäta konsekvensen av ökad MN-förmåga genom minskad uppmärksamhet/övervakning.

Självskattningsformuläret AAQ användes för att mäta graden av undvikande hos deltagarna. Om graden av undvikande minskar kan det tyda på att deltagarna har tagit till sig innebörden i acceptans som är en viktig komponent i MN. Formuläret har visat sig vara ett okänt instrument då man tittar på behandlingseffekter vilket försvårar möjligheten att dra slutsatser av instrumentet (Hayes et al., 2004).

Formuläret som användes för att mäta ruminering hos deltagarna (DSRS) fanns inte tillgänglig i en svensk version vilket innebär att behandlarna själva översatte det till svenska. Den svenska översättningen är inte testad vetenskapligt, vilket gör det svårt att med säkerhet uttala sig om att DSRS i sin svenska översättning, verkligen mäter det som det är avsett att mäta. Det utgör ett hot mot begreppsvaliditeten.

För att kunna uttala sig om behandlingen gav en effekt hos deltagarna gjordes en baslinjemätning och en uppföljningsmätning. Baslinjen var tänkt att bestå av två mättillfällen innan behandlingsstarten. Några deltagare fyllde bara i AAQ, FFMQ, APSQ och DSRS vid ett tillfälle under baslinjen. Det gör det svårt att veta vilket tillstånd de deltagarna hade innan behandlingen och om det är behandlingen, och inte andra faktorer, som ger en eventuell effekt. Få mättillfällen under baslinjen gör att den interna validiteten minskar.

Det tydliggjordes inte för deltagarna att det var hög uppmärksamhet som gjorde att de var utvalda för studien. Inte heller förmedlades att det var uppmärksamheten som MN förväntades ha en effekt på. Att ha en öppenhet för det hade kanske gett mer resultat då deltagarna hade kunnat bli mer medvetna snabbare om vilka situationer som är problematiska för deras sömnbesvär och ökat motivationen att praktisera MN i dessa situationer. Samtidigt

hade det kanske försvårat möjligheten att kunna dra slutsatsen att det var MN som hade en effekt.

Summering

Studiens syfte var att undersöka om MN tillförde något till BT vid behandling av primär insomni vad gäller sömnbesvär och uppmärksamhet/övervakning mot sömnrelaterade hot. Effekten på oro och ruminering undersöktes också som en konsekvens av minskad uppmärksamhet/övervakning. Behandlingen gav en generell förbättring av sömnbesvär för alla deltagare. Resultatet indikerade att MN inte tillförde någon förbättring av sömnbesvär, uppmärksamhet/övervakning eller oro och ruminering. Följaktligen var inte en behandling som utgjordes av BT och MN med baslinje, fyra behandlingssessioner och en uppföljningssession det optimala för att förbättra de kognitiva sömnstörande processer som studien ämnade studera. Med hänsyn till vissa metodologiska brister som studien har kan det finnas flera förklaringar till det resultat som presenteras. Att det förväntade resultatet på uppmärksamhet/övervakning uteblev kan bero på att MN-interventionen inte tillförde något till behandlingen. Det kan även bero på att deltagarna inte tog till sig MN-interventionen eller att tiden var för kort för att det skulle hinna implementeras. Skillnaden mellan grupperna från början kan också ha påverkat resultatet. Utifrån resultaten rekommenderas att framtida forskning undersöker vidare vilken effekt MN eventuellt har om det implementeras före eller efter BT och inte parallellt. Vidare skulle effekten av KT, för behandling av just uppmärksamhet/övervakning, i kombination med BT kunna ge bättre effekt för personer med primär insomni som har hög uppmärksamhet/övervakning.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine 2*, 297-307.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., & Orcutt, H. K., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 1-38*.
- Borah, K. Sang-Hyuk, L., Yong Woo, K., Tai Kiu, C., Keunyoung, Y., & Shin Young, S., et al. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of anxiety disorders, 24*, 590-595.
- Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceeding of the national academy of science of the United States of America, 104*, 11483-11488.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbances and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological psychiatry, 39*, 411-418.
- Breslau, N., Roth, T., & Johnson, E. O. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *Journal of psychiatric research, 40*, 700-708.
- Caldwell, K., Harrison, M., Adams, M., Quin, R. H., & Greeson, J. (2010). Developing mindfulness in collage students through movement-based courses: Effects on self-regulatory self-efficacy, mood, stress and sleep-quality. *Journal of American College Health, 58*, 433-442.
- Carney, C. E., Ulmer, C., Edinger, J. D. Krystal, A. D., & Knauss, F. (2009). Assessing depression symptoms in those with insomnia: An examination of the beck depression inventory second edition (BDI-II). *Journal of psychiatric research, 43*, 576-582.
- Carney, C. E., Harris, A. L., Moss, T. G., & Edinger, J. D. (2010). Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 540-546.

- Chapman, A. L. (2006). Acceptance and mindfulness in behavior therapy: A comparison of dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 2, 308-313.
- Edinger, J. D., & Carney, C. E. (2008). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford: University Press.
- Edinger, J. D., Kirby, A. C., Lineberger, M. D., Loisel, M. M., Wohlgenuth, W. K., & Means, M. K., (årtal saknas). *Duke strukturerat intervju-schema för DSM IV-TR och ICSD-2 diagnosättning sömnstörningar*. Opublicerat dokument.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869-893.
- Harvey, A. G., & Tang, N. K. Y. (2003). Cognitive behaviour therapy for primary insomnia: Can we rest yet? *Sleep medicine reviews*, 7, 237-262.
- Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593-611.
- Harvey, A. G., Sharpely, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behavior research and therapy*, 45, 2491-24501.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., & Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54, 553-578.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: A pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75, 188-189.
- Hennerdal, K., & Hennerdal, A. (2010). *Hel och hållen: 10 visdomsord för ett mer hållbart liv*. Örebro: HeartMind förlag.
- Howell, A. J., Digdon, N. L., & Buro, K. (2010). Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and wellbeing. *Personality and individual differences*, 48, 419-424.
- Hylmö, T., & Söderstrand, J. C. (2006). *Sju lektioner i att släppa taget: Studie av en tredje generationens KBT för insomni*. (Examensuppsats). Lund: Lunds universitet.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, 7, 109-119.
- Jansson-Fröjmark, M., & Lindblom, K. (2010). Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *International journal of behavioural medicine*, 17, 306-313.

- Jansson-Fröjmark, M., Harvey, A. G., Lundh, L-G., Norell-Clarke, A., & Linton, S. J. (2011). Psychometric properties of an insomnia-specific measure of worry: The anxiety and preoccupation about sleep questionnaire. *Cognitive behaviour therapy* 40, 65-76.
- Kazdin, A. E., (2010). *Research Design in Clinical Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D. L., Klauber, M. R., & Marler, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 131-136.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York. Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., & Petersen, L. G. (1992). Effectiveness of meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry* 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Sharf, M. J., & Cropley, T. G., et al. (1998). Influence of mindfulness based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic medicine*, 60, 625-632.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 144-156.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., & Byford, S., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48, 1105-1112.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2011). Experiences of mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nursing*, 34, 24-31.
- Kåver, A. (2007). *Att leva ett liv inte vinna ett krig*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lilja, J., Frodi-Lundgren, A., Johansson Hanse, J., Josefsson, T., Lundh, L-G., & Sköld, C., et al. (årstal saknas). Five facets of mindfulness questionnaire- reliability and factor structure: A Swedish version. Opublicerat dokument, Göteborgs universitet.
- Lind, M., & Sunnhed, R. (2010). *Vad tillför konstruktiv oro till kognitiv beteendeterapi för primär insomni? En konstruktiv behandlingsstudie med single subject-design*. (Examensuppsats). Örebro: Örebro Universitet.
- Linton, S. J., & Bryngelsson, I. (2000). Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population. *Journal of occupational rehabilitation*, 10, 169-183.

- Lovas, A. D., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 24, 931-935.
- Lundh, L-G. (2005). The role of acceptance and mindfulness in the treatment of insomnia. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19, 29-39.
- Lundin, H., & Tsur, T. (2008). *KBT och mindfulness i gruppinterventioner för insomni: En randomiserad, kontrollerad studie*. (Examensuppsats). Lund: Lunds universitet.
- Lutz, A., Slaagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 12, 163-169.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 31-40.
- Morin, C. M., Savard, J., Ouellet, M-C., & Daley, M. (2002). Insomnia. I I. B. Weiner, A. M. Nezu, C. M. Nezu & P. A. Geller (Red.), *Handbook of psychology*, 9, (s. 317-337). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence. *Sleep*, 29, 1998-2004.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34, 601-608.
- Nilsson, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Nilsson, Å. (2009). *Mindfulness i hjärnan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Nissen, C., Kloepfer, C., Feige, B., Piosczyk, H., Spiegelhalder, K., & Voderholzer, U., et al. (2011). Sleep-related memory consolidation in primary insomnia. *Journal of sleep research*, 20, 129-136.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep medicine review*, 6, 97-111.
- Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2002). Tenses of insomnia epidemiology. *Journal of psychosomatic research* 53, 525-527.
- Ohayon, M. M., & Bader, G., (2010). Prevalence and correlates of insomnia in the Swedish population aged 19-75 years. *Sleep medicine* 11, 980-986.
- Ong, J., Shapiro, S., & Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive behavioural therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior therapy*, 39, 171-182.

- Palmkron Ragnar, Å., & Lundblad, K. (2008). *Fri från stress med mindfulness: Medveten närvaro och acceptans*. Lund: Palmkrons förlag.
- Palmkron Ragnar, Å. (2009). *Börja öva mindfulness och acceptans*. Lund: Palmkrons förlag.
- Semler, C. N., & Harvey, A. G. (2004). An investigation of monitoring for sleep-related threat in primary insomnia. *Behaviour research and therapy* 42, 1403-1420.
- Semler, C. N., & Harvey, A. G., (2004) Monitoring for sleep-related threat: A pilot study of the sleep associated monitoring index (SAMI). *Psychosomatic medicine* 66, 242-250.
- Semler, C. N., & Harvey, A. G. (2007). An experimental investigation of daytime monitoring for sleep-related threat in primary insomnia. *Cognition and emotion*, 21, 146-166.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. *Journal of clinical psychology*, 64, 840-862.
- Spitzer, R., L., Williams, J., B., W., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin de Gruy, F., & Hahn, S. R., et al. (1994). Prime MD – Primary care evaluation of mental disorders, handledning.
- Stepanski, E. J., & Rybarczyk, B. (2006). Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep medicine reviews*, 10, 7-18.
- Stoller, M. K. (1994). Economic effects of insomnia. *Therapeutics: the international peer-reviewed journal of drug therapy*, 16, 873-897.
- Söderström, M., Ekstedt, M., Åkerstedt, T., Nilsson, J., & Axelsson, J. (2004) Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. *Sleep: Journal of sleep and sleep disorders research*, 27, 1369-1377.
- Tang, N. K. Y., Schmidt, D. A., & Harvey, A. G., (2007). Sleeping with the enemy: Clock monitoring in the maintenance of insomnia. *Journal of behavioural and experimental psychiatry*, 38, 40-55.
- Taylor, D. J., Mallory, L. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Riedel, B. W., & Bush, A. J. (2007). Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep: Journal of sleep and sleep disorders research*, 30, 213-218.
- Taylor, D. J., & Roane, B. M. (2010). Treatment of insomnia in adults and children: A practice- friendly review of research. *Journal of clinical psychology*, 66, 1137-1147.
- Ustinov, Y., Lichtenstein, K. L., Wal, G. S. V., Taylor, D. J., Riedel, B. W., & Bush, A. (2010). Association between report of insomnia and daytime functioning. *Sleep medicine*, 11, 65-68.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., & Morin, C. M. (2006) Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Archives of gerontology and geriatrics* 42, 1-20.

Bilaga 1

Behandlingsmanual vid primär insomni
Beteendeterapi och mindfulness

Charlotte Alm
Åsa Tornell

Session 1

Innan första sessionen har klienten fått fylla i skattningsformulär hemma. Daglig sömndagbok samt veckovisa formulären FFMQ, APSQ, ISI, SAMI, AAQ och DSRS.

INNEHÅLL SESSION 1

- Förväntningar på behandlingen
- Presentera agenda för dagens session
- Psykoedukation kring sömn och insomni
- Psykoedukation kring behandling vid insomni. Gå igenom sömnrestriktion och stimuluskontroll
- Kolla av sömnsituationen sedan bedömningssamtalet och räkna ut sömndagbok tillsammans med deltagaren. Åskådliggör genom att rita graf på tavlan över den gångna veckan
- Paus
- Kort psykoedukation kring mindfulness
- Psykoedukation kring mindfulness och insomni
- Mindfulness-övningarna: Den lilla pausen, Att hantera sömnlöshet och trötthet, och Ett – sov
- Gå igenom hemuppgifter till nästa session
- Be patienten sammanfatta sessionen
- Skicka med info och material: sömndagbok, cd-skiva med instruktioner, självskattningsformulär, info. om sömn och insomni, sömnregler
- Boka ny tid/stäm av att inbokad tid fortfarande fungerar

FÖRVÄNTNINGAR

Ta reda på deltagarens intryck av och förväntningar på behandlingen. Vad har deltagaren för tankar med sig in i behandlingen? Vad är dina förväntningar på behandlingen, terapeuten och sömnsvårigheterna? Har du några funderingar? Hur går dina tankar?

Är förväntningarna för höga eller för låga så ge korrigerande information. Om de är mycket låga säg: Ca 80 % blir hjälpta av KBT-behandling.

Om förväntningarna är mycket höga så säg: Du kan nå bättre sömn än vad du har nu men det går inte att göra sömnen allt igenom perfekt.

PRESENTERA AGENDAN

Skriv upp vad vi ska göra under sessionen på tavlan. Gå igenom det med deltagaren.

- Förväntningar (*har vi pratat om*)
- Om sömn och sömnbesvär
- Om behandling av insomni
- Sömnrestriktion och stimuluskontroll
- Gå igenom sömnsituationen genom sömndagböckerna
- Sammanfatta om sömn
- Paus
- Om mindfulness
- Mindfulness vid sömnbesvär
- Öva mindfulness
- Hemuppgifter
- Sammanfatta dagens träff och avsluta

OM SÖMN OCH SÖMNBESVÄR

Under den här behandlingen så kommer du kanske att behöva göra vissa förändringar i dina sömnvanor för att kunna få till en förbättrad sömn. Men innan man gör förändringar så kan det vara bra att veta lite mer om sömn. Vad den gör och hur dess biologi ser ut. Så jag kommer att gå igenom det en stund nu innan vi börjar prata om det som vi kallar insomni eller sömnbesvär och sedan hur själva behandlingen kommer se ut.

Allmänt om sömn

Om deltagaren kommenterar visst innehåll i psykoedukationen som info de redan har så kan man berätta att vi följer en manual för att försäkra oss om att alla deltagare får samma behandling, för studiens skull, så därför kan det bli upprepning för vissa.

Vi sover ca 1/3 av våra liv, varför är det så viktigt? Sömnen består av olika stadier som avlöser varandra i 90-minuters cykler. *Visa bild på sömncyklerna.* Vid insomnandet sover vi lätt och det är som en övergång från vaket tillstånd till sömn. Sömnens andra stadium är djupare och upptar hälften av nattsömnen. Denna fas tillför viss återhämtning, dock inte i samma utsträckning som de nästkommande faserna (3 och 4), vilka utgör den s.k. djupsömnen. Under djupsömnen träder vi in i ett tillstånd av djup avslappning. Ämnesomsättning och kroppstemperatur sjunker, liksom puls, blodtryck, andningsfrekvens och produktionen av stresshormoner. Däremot aktiveras immunsystemet som hjälper till att reparera och förstärka vävnader i kroppen. Vidare har djupsömnen betydelse för lagringen av vissa minnen. Djupsömn förekommer framförallt under de sömncykler som upptar första halvan av natten. Man går upp och ner i de olika stadierna under en natts sömn.

Vi har regelbundna uppvaknanden under natten, ca 5-15 gånger är normalt. Kroppen behöver det för cirkulationen, för att vi ska vara vaksamma på faror och märka om något händer osv. Detta har alla människor. Det är en naturlig del av sömnen att man vaknar till några gånger per natt, även om man inte alltid minns att man gjorde det.

Mängd och kvalitet

Hur mycket sömn man behöver varje natt är individuellt. En del behöver 3-4 h andra 10-12 h, de flesta behöver 6-8 h. Det finns inte en viss mängd som gäller för alla. Försök att sätt åt sidan dina tidigare uppfattningar om hur mycket sömn du behöver. Det kan vara så att dessa uppfattningar inte stämmer och då kan de stå i vägen. Det är meningen att vi i den här behandlingen ska upptäcka hur mycket sömn du behöver för att möta dina behov och så att du kan känna dig pigg under dagen.

Kvalitén på sömnen kan vara något som varierar och kan bero t ex på saker som ålder, medicinska tillstånd, depression, mediciner, motion, diet, oregelbunden sömnrytm, tupplurar under dagen, att man tillbringa mycket tid i sängen utan att sova osv. Många av de här sakerna går att påverka för att på så sätt påverka sömnkvalitén i en positiv riktning. När vi åldras så får många en ytligare och mer upphackad sömn. Detta behöver inte leda till svårare problem. Men det kan vara bra att veta att sömnen förändras över livet och att man inte kommer ha en likadan sömnkvalité när man blir äldre som när man var ung.

Sömnbrist

Vilken effekt har då sömnbrist på oss? Att förlora sömn en natt gör att man ofta sover djupare nästa natt. Har man inte sovit något alls en natt så blir man sömning dagen efter och det kan få andra negativa effekter också. Ofta klarar man ändå de aktiviteter man behöver klara. Är man utan sömn en längre tid så sover man djupare och längre efteråt. Inte lika länge som den tiden man missat men med mer djupsömn. Kroppen kompenserar på något sätt för den förlorade sömnen på egen hand. Olika, och ibland felaktiga *uppfattningar* om sömnbristens betydelse för oss, kan göra att vi försöker att kompensera för den på olika sätt. Exempel på kompensationsstrategier är att ta tupplur, lägga sig tidigare, sova längre nästa dag osv. vilket kan vara saker som vidmakthåller sömnproblem. Att oroa sig för hur stor sömnbrist man har eller att försöka kompensera själv kan göra att problemen blir värre. Med detta är inte sagt att du inte har problem med sömnen. Men förhoppningsvis kan en ökad förståelse för vad som händer i kroppen och vilka faktorer som är inblandade hjälpa till att öka förståelsen för de åtgärder som vi kommer föreslå.

Sömnlöshet – Insomni

Sömnstörningar kan yttra sig på många olika sätt. När man utvecklar sömnproblem eller insomni är det tre faktorer som spelar en avgörande roll, nämligen bakomliggande faktorer, utlösande faktorer och vidmakthållande faktorer. Bakomliggande faktorer kan vara att en del människor rent biologisk har ett extra känsligt sömnsystem och därmed är sårbara för sömnrubbingar. Vi är alla sårbara för sömnstörningar under olika förutsättningar. En del är mer känsliga och störs lättare, andra är mindre lätt störda. En viss sårbarhet i kombination med olika stressfulla händelser i livet kan göra att man oväntat och plötsligt erfar att sömnen blir störd med ökad risk för att utveckla en akut sömnstörning. Exempel på utlösande faktorer kan vara medicinska problem, att man ändrar sin dygnsrytm t ex genom nattarbete eller att man är med om något livsomvälvande som skilsmässa eller dödsfall eller när man får barn eller träffar en ny partner. Den akuta sömnrubbingen kan sedan vidmakthållas av en rad olika psykologiska och beteendemässiga faktorer. Det kan handla om sömnvanor, oro, negativt tänkande, hög uppmärksamhet, d v s att man lägger märke till saker som kan vara tecken på att sömnen är störd, eller att man har svårt att varva ner när man har gått och lagt sig och därför har börjat associera sömnsituationen med uppvarvning snarare än avkoppling.

Trots att det kan finnas olika orsaker till att man får sömnproblem (olika utlösande/bakomliggande faktorer) så är det de vidmakthållande faktorerna som gör att problemen stannar kvar.

OM BEHANDLING AV INSOMNI

Behandlingen bygger på en metod för beteendeförändringar som brukar kallas för kognitiv beteendeterapi eller KBT. Kortfattat kan man säga att det kommer att innebära att vi ska optimera dina sömnvanor.

När man har återkommande störd sömn är det vanligt att man utvecklar vissa uppfattningar, tankar, vanor och beteenden som kan göra att man fortsätter att ha problemen, även om det som utlöste problemet är borta. Det är det som vi nyss kallade för vidmakthållande faktorer. Med hjälp av konkreta strategier/övningar, som vi dels

gör här tillsammans och som du dels får träna på själv hemma, kommer vi att jobba för att förändra dina beteenden med målet att det ska påverka sömnen i positiv riktning.

Man ska vara medveten om att de flesta som deltar i den här behandlingen inte nödvändigtvis får perfekt sömn. Utvärderingar av behandlingen visar på att de som följer strategierna och råden i programmet upplever en klar förbättring av sin sömnsituation.

Trots att jag kan visa dig övningar och lära dig nya sätt att hantera sömnsvårigheterna är det upp till dig att använda dem regelbundet. En del av behandlingen innebär också att du har enklare hemuppgifter att genomföra mellan våra träffar, dessa är det väldigt viktigt att du gör. Om du emellan sessionerna inte minns hemuppgifterna eller hur de ska genomföras är du oerhört välkommen att kontakta oss (sombehandlingen@gmail.com).

Sömnrestriktion och stimuluskontroll

Många personer med sömnproblem har kommit att utveckla olika vanor för att hantera situationen. I flera fall är dessa vanor snarare ovanor då de bidrar till att sömnbesvären kvarstår eller förvärras. För att tackla dessa (o)vanor ska du få lära dig en teknik som kallas **sömnrestriktion**.

Sömnrestriktion

Sömnrestriktion är till för att reglera tiden då du går och lägger dig på kvällen samt tiden då du vaknar på morgonen. Det syftar till att minska den tid som du ligger i sängen utan att sova för att på sätt öka drivkraften för sömn.

Ta fram sömndagboken. Om det går att se mönster i sömndagboken så peka på detta: några nätter som var bra efter flera sämre nätter. I så fall tyder det på att din kropps sömnsystem har förmågan att kompensera för en del av den sömnbrist du har. Även om det inte betyder att du har en fungerande sömn så kan det vara lugnande att veta att kroppen ändå tar hand om en del.

Gå igenom sömnrestriktionen med deltagaren. Räkna ut sömneffektiviteten om det behövs och Tid i sängen (TIS). Se till att följande information kommer med:

- Begränsa tiden i sängen till X timmar. Genomsnittliga tiden man sovit under de 2 veckorna innan behandlingen +30min.
- Adderar 30 minuter per vecka när sömneffektiviteten är 85 % eller högre. Dra åt tiden i sängen med 30 minuter om sömneffektiviteten är lägre än 80%.
- Med sömnrestriktion kommer man att sova ungefär lika mycket som annars, bara att sömnen blir djupare och mer kontinuerlig än hur man annars sover.
- Om man vill vila under dagen så gör det någon annanstans än i sängen. Det är ok att ta en power nap. Lär ut vid behov.
- Om man sover mindre än 5 timmar, bör man ändå börja på 5 timmar och 30 minuter.

- Med sömnrestriktion får man initialt ofta sömnbrist, vilket gör att man somnar snabbare, vaknar färre gånger nattetid och tillbringar mer tid i djupsömn den följande tiden.
- Sömneffektivitet är hur stor del av tiden i sängen som du faktiskt sover. Det räknar man ut genom att ta antal timmar man har sovit och dela med antal timmar man låg i sängen.

Gör en lista tillsammans med deltagaren på vad denne kan göra all tid under kväll och natt som inte spenderas i sängen.

Förslag: läsa, lyssna på musik/ljudbok, pyssla/sticka/handarbete, vika tvätt, lägga patiens, sätta in kort i album, titta på film, lösa korsord/sudoku.

Stimuluskontroll

Stimuluskontroll är till för att minska aktiviteter som stör sömnen. Huvudmålet är du ska associera din säng, ditt insomnande och sovrummet med avslappning, dåsighet och sömn istället för frustration, uppvarvning och sömnlöshet.

Plocka fram sömnreglerna och titta på dem tillsammans.

- Gå till sängs endast om du är sömnig (inte trött, utan sömnig: tunga ögonlock och gäspningar).
Beskriv att om man lägger sig när man inte är sömnig, ger det en tid att tänka över händelser som hänt under dagen, planera schemat för imorgon, och oro sig för olika saker. Det är inte fel att planera, men att göra det i sängen gör att sängen blir förknippad med dessa aktiva aktiviteter och kroppens system för uppvarvning aktiveras. Betona att sömnighet är ett tecken på att man behöver sömn; inte trötthet eller att klockan visar på ett specifikt klockslag.
- Gå upp ur sängen om du inte kan somna eller om du inte somnar om inom 15 minuter och upprepa under natten det ovanstående om det är nödvändigt (gäller alla gånger då man försöker somna).
Beskriv att om deltagaren inte kan somna på kvällen eller somna om under natten, ska han/hon gå upp från sängen, gå till ett annat rum och sysselsätta sig med en lugn aktivitet: läsa, lyssna på musik eller något liknande. Understryk att deltagaren inte ska sova någon annanstans. Betona att deltagaren återvänder till sängen bara när han/hon är sömnig. Upprepa detta steg så ofta som nödvändigt under natten. Betona att det är deltagarens upplevelse av 15 minuter som gäller. Gå tillsammans med deltagaren igenom vad han eller hon kan göra vid dessa tillfällen; optimalt är lugnande, men ändå intressanta, aktiviteter (se listan under sömnrestriktionen).
- Gå upp vid samma tid på morgonen, både under veckodagar och under helgdagar.
Beskriv att deltagaren kan sätta alarmklockan och gå upp vid samma tid, vardagar som helgdagar, oavsett hur mycket sömn deltagaren fått under natten. Betona att det hjälper deltagaren att reglera den biologiska klockan. För vissa patienter kan det vara aktuellt att hjälpa dem att planera in en regelbunden aktivitet direkt på morgonen, vilken gör det enklare att komma upp ur sängen. Uppmuntra deltagaren

att våga testa detta under de här veckorna, att se det som ett experiment, om han/hon är skeptisk till upplägget.

- Använd inte sovrummet/sängen för annat än sömn och sex.
Beskriv att när deltagaren håller på med aktiviteter som att läsa, titta på TV, planera eller oro sig i sitt sovrum, blir den miljön lätt associerad med vakenhet samt frustration, oro och hjälplöshet. Tänk t.ex. på: kök och hunger samt TV-fåtöljen och avslappning.
- Inga tupplurar under dagen (stjäl kommande natts sömn och förstör cykeln av sömn och vakenhet över tid).
Beskriv att om deltagaren håller sig vaken under dagen, är han eller hon mer sömning på kvällen och det underhåller cykeln av sömn och vakenhet. För vissa patienter kan det vara aktuellt att hjälpa dem att förbereda en lista med möjliga aktiviteter då de annars skulle ta en tupplur (aktiva, som t.ex. promenad, är att föredra).
- Undvik att titta på klockan.
Beskriv att längden man sover har mindre betydelse än med vilken kvalitet och effektivitet. Att titta på klockan leder ofta till oro.

Avsluta denna del genom att betona att det är viktigt att ha en stund på kvällen då man varvar ner. Fråga vad deltagaren gör timmen innan han eller hon går och lägger sig. Om deltagaren inte varvar ner: betona vikten med detta och fråga deltagaren vad han eller hon skulle kunna göra timmen innan han eller hon går och lägger sig. Hjälプ deltagaren att definiera vad han eller hon kan göra 1-2 timmar innan sänggående. Fundera tillsammans med deltagaren på vad sådana rutiner kan vara. Generella exempel är: varmt bad, lägga fram kläder inför morgondagen, träna avslappning, dricka varm mjölk och läsa något.

Skicka med papper med stimuluskontrollreglerna!

Betona att metoderna kräver en hel del tid och tålamod, att det är viktigt att följa alla råd, att det förekommer att sömnen blir sämre några nätter men att det sedan vänder samt att det är viktigt att man ger metoderna 2-4 veckor för att de ska kunna göra sömnen mer optimal.

SAMMANFATTA OM SÖMN

Be deltagaren att sammanfatta vad han/hon minns kring det som just tagits upp och välkomna eventuella frågor och reflektioner.

PAUS

OBS! *Om deltagaren inte tillhör den grupp som ska få interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Hemuppgifter"!*

OM MINDFULNESS

Introducera mindfulness som en del av behandlingen.

Som du märker är det en hel del vi har att gå igenom idag eftersom det är första sessionen. Vi har gått igenom sömnrestriktion och stimuluskontroll. Nu har vi kommit

fram till den tredje komponenten i den här sömnbehandlingen som är mindfulness, eller medveten närvaro som det också kallas. Idag ska vi bara prata lite kort om vad det innebär och varför det skulle kunna vara hjälpsamt när man har sömnbesvär. Vi kommer också att prova på att göra tre olika övningar i mindfulness. Sedan får du med dig dem hem och för att öva vidare på dem under veckan. Övningarna finns på en cd-skiva som du får med dig och vi har även skrivit ner instruktioner och syfte med varje övning om du föredrar att läsa själv. Övningarna är ganska enkla och syftar till att man ska lära sig ett förhållningssätt/attityd. Hur tycker du att det här känns/verkar?

Fråga sedan deltagaren om hans/hennes kunskaper inom medveten närvaro.

Jag skulle gärna vilja börja med att fråga om och i så fall vad, du känner till om mindfulness?

Beskriv kortfattat vad mindfulness innebär i praktiken och anpassa språk och innehåll utifrån deltagaren. Man kan t.ex. säga följande:

Mindfulness är ett förhållningssätt (en attityd) som handlar om att leva här och nu. Många av oss lever antingen i dåtid eller i framtid och glömmer bort att ta tillvara på det som sker här och nu. Genom att bara stanna upp där du befinner dig för tillfället och beskriva vad du ser, hör, tänker, känner och luktar, kan hjälpa dig att vara mindful (närvarande i nuet). T ex kan du vara mindful när duschar. Du är då fullt närvarande i upplevelsen; hur vattnet känns mot din hud, hur det värmer dig, dofterna som finns omkring dig, ljudet av det strilande vattnet, vad du känner inombords just nu etc. Genom att öva mindfulness kan man träna upp sin förmåga att rikta sin uppmärksamhet till nuet.

MINDFULNESS VID SÖMNBESVÄR

Förklara för deltagaren hur mindfulness skulle kunna vara till hjälp för hans/hennes sömnproblem.

När man har sömnproblem är det vanligt att man fokuserar på sådant som kan utgöra ett hot mot sömnen. Det kan vara klockan, ljud eller hur det känns i kroppen. Genom mindfulness kan man öva upp sin förmåga att rikta uppmärksamheten till nuet och *bli medveten* om det som är och att man bemöter det med vänlighet och något som kallas acceptans, som vi kommer tillbaka till senare. På sikt kan det hjälpa dig att ta makten över dina sömnproblem och inte låta dig styras av dem. Hur landar det här hos dig?

MINDFULNESS-ÖVNINGAR:

Den lilla pausen

Presentera Den lilla pausen.

Förmågan till mindfulness/medveten närvaro bor inom oss människor. Det finns några olika övningar som bygger på mindfulness och som är kopplade till just sömnproblem. Tanken är att man ska lära sig ett förhållningssätt som ska komma att genomsyra hela ens tillvaro.

Mindfulness ska helst erfaras och upplevas. Därför tänkte jag att vi nu ska göra tre mindfulnessövningar tillsammans. Den första heter Den lilla pausen och handlar om att rikta uppmärksamheten mot nuet genom att lägga fokus på sin andning. Varje andetag är alltid här och nu vilket automatiskt hjälper dig att vara närvarande i nuet.

Den lilla pausen innebär att man bara stannar upp, oavsett vad man håller på med, och andas ett par tre andetag. Ett bra tillfälle för Den lilla pausen är när man befinner sig mellan två göranden. Då kan man helt enkelt bara stanna upp och andas i några sekunder.

Låt oss nu ta ett par djupa andetag. Fokusera på andetag. Andas in genom näsan och ut genom näsan eller munnen. Hur känns det när luften tar sig in genom näsborrarna och fyller lungorna och magen. Stanna kvar här i några sekunder och fortsätt att följa andetag.

Hur kändes det här? *Berätta för deltagaren att det är mycket vanligt att andra tankar dyker upp när man gör den här och andra mindfulnessövningar.* När man kommer på sig själv med att bli irriterad på sig själv över att man tappar fokus kan man istället tänka "vad bra att jag kom på det nu, det betyder att jag är uppmärksam".

Skriv ner på en post-it lapp: Stanna upp och andas.

Förklara att deltagaren ska placera den lappen på lämpligt ställe i hemmet/på jobbet för att påminnas om att ta en paus och andas. Koppla ihop det med Den lilla pausen som vi tränar på tillsammans och som även finns på cd-skivan så att deltagaren kan träna hemma. Den lilla pausen kan vara både att bli mer medveten om vad som händer runt omkring och att man fokuserar inåt, båda är lika bra.

Planera tillsammans för påminnelser som deltagaren kan ha runtomkring sig i sin vardag. Skriv 2 lappar till och planera vart man kan placera dem t ex i badrummet, köket, på telefonen, på ytterdörren, i bilen, på kontoret på jobbet. Förslag på budskap kan vara: "Var är du just nu?" och "Stanna upp och uppmärksamma vad som händer runt omkring dig" och "Vad ser, hör, tänker eller känner du?"

Acceptera sömnlöshet och trötthet

Presentera övningen Acceptera sömnlöshet och trötthet.

Jag tänkte att vi nu ska göra en övning som kan vara till hjälp för att hantera sömnlöshet på natten, och trötthet under dagen. Instruktionerna till övningen finns med på CD-skivan och jag har även skrivit ner dem om du föredrar att läsa själv.

Under den här övningen så kan man antingen ha ögonen öppna eller slutna. Det är frivilligt och utifrån vad som känns bekvämt.

Ta ett djupt andetag och släpp sakta ut luften. Hitta en skön ställning där du befinner dig. Slappna av i axlar och armar. Öppna dina händer och slappna av i dem (...)
Notera din omgivning. Välj om du vill sluta dina ögon eller ha dem öppna. Notera eller memorera rummet som du befinner dig i och de ljud du kan höra. Beskriv i detalj det du noterar. Försök att inte fastna i skrämmande eller dömande tankar, som t.ex. att tapeten är ful. Var objektiv i ditt beskrivande av rummet (...)

Fokusera nu på din kropp. Låtsas att du ska beskriva kroppen för någon annan, kroppsdel för kroppsdel. Börja med tårna och fortsätt sedan med övriga kroppsdelar. Fötterna, knäna, magen, axlarna och ansiktet (...)

Fokusera nu på dina tankar. Beskriv vilka tankar som kommer på besök i ditt inre rum – exempelvis: "Nu fick jag tanken att jag inte kommer att klara av morgondagen med så här lite sömn." Beskriv bara tanken, köp den inte och arbeta inte med att "tänka färdigt"

den. Låt den bara komma och låt den gå. Börja alltid med orden "Nu fick jag tanken..." (...)

Styr nu uppmärksamheten mot dina känslor. Vilka känslor dominerar? Beskriv dem och hur de känns i kroppen. Är du t.ex. lugn, belåten, trygg, rädd, ledsen, förbannad eller känner du skam eller skuld över något? Bara beskriv känslorna. Döm inte dig själv för att du har dem. Föreställ dig känslan som en våg på ett soligt hav. Lägg dig ovanpå vågen och låt den föra dig mot land. Sedan kommer nästa...och nästa (...)

Besluta dig för att acceptera stunden som den är, om det så är natt eller dag. Håll dig till nuet. Acceptera med hela dig – hjärta, hjärna och kropp. Säg till dig själv att det som sker just nu är OK även om du inte gillar det. Säg till dig att också detta är en sorts tillvaro, även om det är natt och du inte sover eller om det är dag och du känner dig mycket trött. Trösta dig själv som om du skulle vara din allra bästa vän eller ditt barn. Ha tålamod med dig själv.

Hur tycker du att det här kändes? Får du några spontana tankar eller reflektioner?

Var uppmärksam på om deltagaren tyckte att det var svårt med instruktionerna att ha öppna eller slutna ögon och att föreställa sig känslan som en våg att surfa på. Säg i så fall att man kan ta till sig de delar av instruktionerna som är hjälpsamma. Anpassa.

Ett - sov

Presentera den tredje och sista övningen för dagen.

Det finns en tredje övning som vi ska gå igenom innan vi avslutar idag. I den här övningen så uppmanas man att inte tillåta några andra tankar och med det menas att inte fokusera några andra tankar. Andra tankar kommer att komma men då får man släppa dem och gå tillbaka till räknandet.

Den här ska du använda om du har svårt att somna och går till så här:

Koncentrera dig på dina andetag och räkna dem, känn hur luften strömmar in genom näsan och ner i lungorna och tillbaka ut. Om tankar kommer så börja bara om med räkningen. Andas uppmärksamt, fokusera på andningen, och räkna. Tillåt inga andra tankar än räknandet av andetagen. Om du tappar koncentrationen och börjar tänka på annat för du bara tillbaka tankarna till räknandet. I början kan man behöva börja om flera gånger: ett...ett...ett... Ibland kan det ta lång tid innan man kommer till tre men det gör ingenting. När du räknat till 10 så börjar du om igen från ett. Räkna på inandningen.

Istället för att bara räkna siffror från 1-10 så kan du på varje utandning lägga till ett "sov":

Ett – sov, två – sov, tre – sov osv. Räkna på inandningen och tänk sov på utandningen.

OBS! Övningen "Ett-sov" ovan är endast ett förslag. Om deltagaren önskar lära sig en annan mindfulness-övning som är av liknande slag så står det behandlaren fritt att erbjuda alternativ! Om deltagaren inte tycker det är hjälpsamt med att räkna kan man rikta uppmärksamheten på en annan enkel tankeklunga som t ex in-sov, in-sov, in-sov osv.

⇒Här fortsätter manualen för de som endast får BT

HEMUPPGIFTER

Gå igenom hemuppgifterna till nästa session.

Det är snart dags att avsluta dagens session. Innan vi gör det så skulle jag vilja be dig göra ett par saker till nästa gång vi ses:

- Sömnrestriktion och stimuluskontroll
- Läsa igenom sömnhäfte och mindfulness-häfte
- Fylla i sömndagbok varje dag och formulär en gång (FFMQ, APSQ, ISI, SAMI, AAQ och DSRS)
- Öva mindfulness (Den lilla pausen, Att acceptera sömnlöshet och trötthet och Ett – sov)

Den första övningen som vi gjorde Den lilla pausen kommer du att bli påmind om att ta tack vare de olika post it-lapparna som vi har förberett. Det är bra om du gör Den lilla pausen så ofta du kan, när du kommer att tänka på den. Den andra övningen (Att acceptera sömnlöshet och trötthet) vill vi att du gör vid minst två tillfällen under dygnet. En gång under dagen för att hantera trötthet och en gång på kvällen/natten när du har lagt dig för att sova, men kanske måste gå upp för att du inte kan somna. När du har gjort den här övningen är det bra om du kan försöka att bära med dig förhållningssättet som övningen förmedlar även till andra situationer. Den sista övningen Ett – sov kan man använda när man har svårt att somna.

Be deltagaren att regelbundet göra övningarna även om det känns svårt och låter mycket. Det kommer att bli en vana om man tränar.

Erbjud också deltagaren att få en daglig påminnelse via sms om att öva mindfulness och acceptans. Om deltagaren avböjer fundera då tillsammans ut hur deltagaren kan bli påmind om att träna mindfulness och acceptans dagligen. (OBS! Fråga efter deltagarens mobiltelefonnummer!)

DOKUMENT ATT SKICKA MED DELTAGAREN

- Lista med saker att göra när man inte sover (kväll och natt)
- Sömnhäfte
- Mindfulnesshäfte
- Mindfulness-övningar
- CD-skiva
- Sömndagbok
- Post it-lappar
- Lista för hemuppgifter
- Formulär att fylla i (SAMI, ISI, AAQ, FFMQ, DSRS, APSQ,)

SAMMANFATTA OCH AVSLUTA

Vad tar du med dig från dagens session? Vad är din upplevelse av dagens session – vad var bra och vad var mindre bra?

Boka in en ny tid med deltagaren för nästa session men gärna för varje resterande session. Tacka för dagens session!

Session 2

INNEHÅLL

- Presentera agenda
- Mindfulness-övning: "Den lilla pausen"
- Kolla av sömnsituationen sedan föregående träff + räkna ut sömndagbok tillsammans med deltagaren
- Följ upp hemuppgifterna till dagens session inom sömn (sömnrestriktion och stimuluskontroll)
- Be deltagaren sammanfatta föregående session
- Repetera bitar av psykoedukationen kring sömn, insomni och medveten närvaro. Lägg till lite på medveten närvaro.
- Acceptans: "Att acceptera sömnlöshet och trötthet" (Att träna på att vara i det nu som man inte vill vara i)
- Gå igenom hemuppgifter till nästa session. Kolla om det finns problem som behöver lösas t ex tid när man ska fylla i dagboken, hjälp att komma upp på morgonen, vad man kan göra när man inte sover på natten osv.
- Be deltagaren sammanfatta dagens session
- Skicka med relevant info. (sömndagbok, nytt häfte med självskattningsformulär)
- Stäm av med tiden nästa vecka.

PRESENTERA AGENDAN

Skriv upp vad vi ska göra under sessionen på tavlan. Gå igenom det med deltagaren.

- Mindfulness-övning
- Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken
- Repetition om sömn
- Repetition om mindfulness + introducera "acceptans"
- Mindfulness-övning "Att acceptera sömnlöshet och trötthet"
- Hemuppgifter
- Sammanfatta och avsluta

OBS! *Om deltagaren inte tillhör den grupp som får interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken"!*

MINDFULNESS-ÖVNING:

Den lilla pausen

Jag hade tänkt att vi inleder med att ta Den lilla pausen, för att samla oss till det som ska ske här och nu.

Låt oss nu ta ett par djupa andetag. Fokusera på andetag. Andas in genom näsan och ut genom näsan eller munnen. Hur känns det när luften tar sig in genom näsborrarna, när den fyller lungorna och magen. Stanna kvar här i några sekunder och fortsätt att följa andetag.

Hur kändes det här? Dyker det upp några tankar eller reflektioner? *Berätta åter igen för deltagaren att när man kommer på sig själv med att tappa fokus kan man tänka "vad bra att jag kom på det nu, det betyder att jag är uppmärksam". Förklara att vårt medvetande*

är som himlen. Ibland är den alldeles klar men allt som oftast kan man se moln som rör sig i det blå. Vissa dagar är det mycket moln och vissa dagar mindre. De kan röra sig fort fram eller lite långsammare.

Kolla hur det gått att öva mindfulness varje dag. Har påminnelserna fungerat? Annars problemlös.

⇒GÅ IGENOM SÖMNSITUATIONEN/SÖMNDAGBOKEN

Kolla av sömnsituationen sedan föregående träff och räkna ut sömndagbok tillsammans med deltagaren. Kolla så att dagböckerna är ordentligt ifyllda och om de inte är det gå igenom igen hur man ska fylla i dem. Problemlös om det finns hinder för att fylla i dagböckerna. Undersök mönster tillsammans med deltagaren (t.ex. genomsnitt för veckan). Betona särskilt vikten av att följa tid i säng, faktisk sovtid och sömneffektivitet (sovtid dividerat med tid i säng = sömneffektivitet). Rita in sömneffektivitet för veckorna som gått i diagram (på tavlan) och visa patient. Följ upp hur det har gått att följa sömnrestriktionen och reglerna kring stimuluskontroll.

REPETITION OM SÖMN

Fråga deltagaren vad han eller hon kommer ihåg från förra sessionen. Var aktsam på om deltagaren svarar generellt och be i så fall deltagaren specificera. Om deltagaren missuppfattat något från förra sessionen: korrigeras med uppföljande information. Om deltagaren uttrycker tveksamheter eller tvivel kring något från förra sessionen så be deltagaren specificera.

Sömnrestriktion

Sömneffektivitet > 85 % - Utöka tid i sängen med 30 minuter.

SE mellan 80 % och 84 % - Ingen förändring av tid i sängen.

SE < 80% - Minska tid i sängen med 30 minuter.

SE < 65 % - Räkna ut ny total sovtid och definiera tid för att gå till sängs på kväll/natt och vakna på morgon (försök hålla kvar tiden klienten går upp och korrigeras läggtiden).

Stimuluskontroll

Repetera och problemlös kring dem om det behövs:

- Gå till sängs endast om du är sömning
- Gå upp ur sängen om du inte kan somna eller om du inte somnar om inom 15 minuter
- Gå upp vid samma tid på morgonen
- Sängen ska vara för endast sömn och sex
- Inga tupplurar under dagen
- Undvik att titta på klockan
- Varva ner innan du ska sova

Dra gärna en analogi för att belysa stimuluskontroll, t.ex. till rökning i vissa situationer och hunger utanför restaurangen. Att det kan ske ihopkopplingar mellan andra saker i andra situationer. Påminn att stimuluskontroll handlar om att optimera möjligheterna att sömnrestriktion ska kunna fungera. Beskriv också att det är lätt att känna sig överväldigad av alla "regler" i stimuluskontroll.

OBS! Om deltagaren inte tillhör den grupp som ska få interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Hemuppgifter"!

REPETITION OM MINDFULNESS + INTRODUCERA "ACCEPTANS"

Be deltagaren att beskriva vad han/hon minns om mindfulness från föregående session samt av innehållet i mindfulnesshäftet.

Nu har vi åter igen kommit till den del av sessionen som fokuserar lite mer på mindfulness. Jag undrar om du möjligen kommer ihåg vad det innebär i praktiken och på vilket sätt det kan vara hjälpsamt om man har sömnproblem? Har du kunnat använda dig av det vi pratade om sist? Vad är hjälpsamt respektive mindre hjälpsamt? Har det uppstått några problem? Hur har det gått med lapparna? Hur fungerade placeringarna? Behöver det korrigeras i placering eller budskap för att det ska bli mer hjälpsamt?

Berätta för deltagaren på ett lite djupare plan hur man kan använda mindfulness när man tampas med sömlösa nätter och trötthet.

När man tränar mindfulness strävar man efter att se och vara i verkligheten så som den är, både den inre och den yttre. Man strävar efter att vara i den utan att fly, undvika, förvränga eller döma den, både när den är tillfredsställande men också när allt känns tungt och jobbigt. För många som har sömnproblem kan tillvaron kännas svår. Man tampas med sömlösa nätter och trötthet, kanske också med minnes- och koncentrationssvårigheter. Så här en bit i behandlingen brukar också många beskriva tillvaron som extra tuff pga. sömnrestriktionen.

En viktig fråga blir då hur man kan förhålla sig till just sömlösa nätter och trötthet. Några strategier för att förbättra sömnsituationen har vi gått igenom tillsammans här och jag misstänker att du också själv har provat en rad knep innan behandlingen startade. Alla dessa redskap är utmärkta men ibland kan det ändå vara så att de inte hjälper. Att helt enkelt acceptera sin tillvaro och hur den formar sig kan vara ytterligare ett effektivt sätt att försöka hantera om man känner obehag. Med ordet "acceptera" menas att man konstaterar faktiska förhållanden och tar dem till sig. Det betyder inte att man behöver tycka om det man konstaterar. Det här förhållningssättet kan hjälpa en att vara i det nu som man egentligen inte vill vara i. Jag ska ge ett exempel som kan vara hjälpsamt för att ta till sig begreppet på ett djupare plan: Tänk dig att någon knuffar ner dig i Svartån. Det är fortfarande mycket kallt i vattnet och du knuffas i med kläderna på. När du befinner dig i vattnet måste du helt enkelt acceptera att du befinner dig där för att kunna förändra situationen. Det troliga är att du vill ta dig upp så snabbt som möjligt. Då är det inte särskilt hjälpsamt att börja grubbla på varför du blev i knuffad eller hur fruktansvärt det känns. Istället bör du lägga energi på att simma mot kanten och ta dig upp ur vattnet innan kroppen blir alldeles nerkyld. Hur landar det här hos dig?

MINDFULNESS-ÖVNING: "ACCEPTERA SÖMNLÖSHET OCH TRÖTTHET"

Repetera övningen Acceptera sömnlöshet och trötthet.

En av de mindfulness-övningar som vi gick igenom under första sessionen var "Att acceptera sömnlöshet och trötthet". Hur du tycker att det har gått att genomföra just den här övningen?

Jag tänkte att vi nu ska repetera "Att acceptera sömnlöshet och trötthet" då den är lite längre än de andra två övningarna och kan upplevas som lite svårare att få kläm på. Som

du kanske minns handlar den om att hantera sömnlöshet t.ex. på natten, och trötthet på dagen. Har du några frågor är du så välkommen att ställa dem!

Ta ett djupt andetag och släpp sakta ut luften. Hitta en skön ställning där du befinner dig. Slappna av i axlar och armar. Öppna dina händer och slappna av i dem (...)

Notera din omgivning. Välj om du vill sluta dina ögon eller ha dem öppna. Notera eller memorera rummet som du befinner dig i och de ljud du kan höra. Beskriv i detalj det du noterar. Försök att inte fastna i skrämmande eller dömande tankar, som t.ex. att tapeten är ful. Var objektiv i ditt beskrivande av rummet (...)

Fokusera nu på din kropp. Låtsas att du ska beskriva kroppen för någon annan, kroppsdel för kroppsdel. Börja med tårna och fortsätt sedan med övriga kroppsdelar (...)

Fokusera nu på dina tankar. Beskriv vilka tankar som kommer på besök i ditt inre rum – exempelvis: "Nu fick jag tanken att jag inte kommer att klara av morgondagen med så här lite sömn." Beskriv bara tanken, köp den inte och arbeta inte med att "tänka färdigt" den. Låt den bara komma och låt den gå. Börja alltid med orden "Nu fick jag tanken..." (...)

Styr nu uppmärksamheten mot dina känslor. Vilka känslor dominerar? Beskriv dem och hur de känns i kroppen. Är du t.ex. rädd, ledsen, förbannad eller känner du skam eller skuld över något? Bara beskriv känslorna. Döm inte dig själv för att du har dem. Föreställ dig känslan som en våg på ett soligt hav. Lägg dig ovanpå vågen och låt den föra dig mot land. Sedan kommer nästa...och nästa (...)

Besluta dig för att acceptera stunden som den är, om det så är natt eller dag. Håll dig till nuet. Acceptera med hela dig – hjärta, hjärna och kropp. Säg till dig själv att det som sker just nu är OK även om du inte gillar det. Säg till dig att också detta är en sorts tillvaro, även om det är natt och du inte sover eller om det är dag och du känner dig mycket trött. Trösta dig själv som om du skulle vara din allra bästa vän eller ditt barn. Ha tålmod med dig själv.

Hur tycker du att det här kändes? Får du några spontana tankar eller reflektioner?

Om deltagaren tycker att det är svårt att ta till sig instruktionen att föreställa sig att man surfar på en känsla kan man beskriva detta ytterligare genom att t ex säga att när vågen når land står man stabilt igen. Vågen är en del av havet och det kommer ständigt nya vågor/känslor. Man kan identifiera känslan, följa med den och känna den men känslan tar inte över som om man är i vågen utan man står på den. Se om det är hjälpsamt. Blir det inte hjälpsamt att se det så kan man lämna den bilden.

⇒HEMUPPGIFTER

Kolla om det finns problem som behöver lösas t ex tid när man ska fylla i dagboken, hjälp att komma upp på morgonen, vad man kan göra när man inte sover på natten osv.

Lär ut tumregeln att när man ligger på natten och inte kan sova och börjar undra om det har gått 15 min då är det dags att gå upp ur sängen. Bättre att hålla sig till den regeln än att börja titta på klockan.

Gå igenom hemuppgifterna till nästa session.

Det är snart dags att avsluta dagens session. Innan vi gör det så skulle jag vilja be dig göra ett par saker till nästa gång vi ses:

- Fortsätta med sömnrestriktion och stimuluskontroll

- Fortsätta fylla i sömndagbok och formulär/veckomått (FFMQ, APSQ, ISI, SAMI, AAQ, DSRS)
- Öva mindfulness
(Den lilla pausen, Att acceptera sömnlöshet och trötthet och Ett – sov).

DOKUMENT ATT SKICKA MED DELTAGAREN

- Sömndagbok
- Formulär att fylla i (SAMI, ISI, AAQ, FFMQ, DSRS, APSQ)

SAMMANFATTA OCH AVSLUTA

Vad tar du med dig från dagens session? Vad är din upplevelse av dagens session – vad var bra och vad var mindre bra?

Påminn om att de ska fortsätta jobba med övningarna och att hålla sömnrestriktionen/stimuluskontroll.

Boka in en ny tid med deltagaren eller försäkra dig om att den redan inbokade tiden stämmer. Tacka för dagens session!

Session 3

INNEHÅLL

- Presentera agenda
- Mindfulness-övning
- Kolla av sömnsituationen sedan föregående träff + räkna ut sömndagbok tillsammans med deltagaren
- Följ upp hemuppgifterna till dagens session inom sömn (sömnrestriktion och stimuluskontroll), mindfulness
- Be deltagaren sammanfatta föregående session
- Repetera och problemlös om det behövs
- Gå igenom hemuppgifter till nästa session. Kolla om det finns problem som behöver lösas t ex tid när man ska fylla i dagboken, hjälp att komma upp på morgonen, vad man kan göra när man inte sover på natten osv.
- Be deltagaren sammanfatta dagens session
- Skicka med relevant info. (sömndagbok, nytt häfte med självskattningsformulär)
- Stäm av med tiden nästa vecka.

PRESENTERA AGENDAN

Skriv upp vad vi ska göra under sessionen på tavlan. Gå igenom det med deltagaren.

- Mindfulness-övning
- Gå igenom sömnsituation/sömndagboken
- Repetition om sömn
- Repetition om mindfulness
- Hemuppgifter
- Sammanfatta och avsluta

OBS! Om deltagaren inte tillhör den grupp som får interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken"!

MINDFULNESS-ÖVNING:

Den lilla pausen

Presentera Den lilla pausen.

Jag hade tänkt att vi ska börja dagens session, liksom förra gången, med att ta Den lilla pausen, för att samla oss till det som ska ske här och nu.

Låt oss nu ta ett par djupa andetag. Fokusera på andetag. Andas in genom näsan och ut genom näsan eller munnen. Hur känns det när luften tar sig in genom näsborrarna, när den fyller lungorna och magen. Stanna kvar här i några sekunder och fortsätt att följa andetag.

Hur kändes det här idag? Dyker det upp några tankar eller reflektioner?

⇒GÅ IGENOM SÖMNSITUATIONEN/SÖMNDAGBOKEN

Kolla av sömnsituationen sedan föregående träff och räkna ut sömndagbok tillsammans med deltagaren. Åskådliggör genom att rita graf på tavlan över den gångna veckan. Kolla så att dagböckerna är ordentligt ifyllda och om de inte är det gå igenom igen hur man ska fylla i dem. Problemlös om det finns hinder för att fylla i dagböckerna. Understryk vikten av att kunna utvärdera metoderna i behandlingen. Undersök mönster tillsammans med deltagaren (t.ex. genomsnitt för veckan). Betona särskilt vikten av att följa tid i säng, faktisk sovtid och sömneffektivitet (sovtid dividerat med tid i säng = sömneffektivitet). Rita in sömneffektivitet för veckorna som gått i diagram och visa patient.

Följ upp hemuppgifterna till dagens session inom sömn, sömnrestriktion och stimuluskontroll.

REPETITION OM SÖMN

Fråga deltagaren vad han eller hon kommer ihåg från förra sessionen. Var aktsam på om deltagaren svarar generellt och be i så fall deltagaren specificera. Om deltagaren missuppfattat något från förra sessionen: korrigerar med uppföljande information. Om deltagaren uttrycker tveksamheter eller tvivel kring något från förra sessionen: be deltagaren specificera. Notera om deltagaren inte nämner viktiga inslag från förra sessionen och be deltagaren att berätta mer om de inslagen i så fall.

Sömnrestriktion

Sömneffektivitet > 85 % - Utöka tid i säng med 30 minuter.

SE mellan 80 % och 84 % - Ingen förändring av tid i sängen.

SE < 80% - Minska tid i sängen med 30minuter.

SE < 65 % - Räkna ut ny total sovtid och definiera tid för att gå till sängs på kväll/natt och vakna på morgon.

Stimuluskontroll

Repetera och problemlös kring dem om det behövs:

- Gå till sängs endast om du är sömning
- Gå upp ur sängen om du inte kan somna eller om du inte somnar om inom 15 minuter
- Gå upp vid samma tid på morgonen
- Sängen ska vara för endast sömn och sex

- Inga tupplurar under dagen
- Undvik att titta på klockan
- Varva ner innan du ska sova

OBS! Om deltagaren inte tillhör den grupp som får interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Hemuppgifter"!

REPETITION OM MINDFULNESS

Be deltagaren att beskriva vad han/hon minns om medveten närvaro från tidigare sessioner.

Jag undrar om du möjligen skulle kunna berätta vad du minns kring det vi har tagit upp om mindfulness? Har du t.ex. kunnat använda dig av det vi pratade om sist? Vad är hjälpsamt respektive mindre hjälpsamt? Har det uppstått några problem?

Repetera kärnan i medveten närvaro genom att t.ex. säga...

Medveten närvaro är ett förhållningssätt (en attityd) som handlar om att leva här och nu. Många av oss lever antingen i dåtid eller framtid och glömmer liksom bort att ta tillvara på det som sker här och nu. Genom att öva mindfulness kan man träna upp sin förmåga att rikta sin uppmärksamhet till nuet. Många personer som har sömnproblem upplever att uppmärksamheten ständigt är fokuserad på sådant som har med sömn att göra, t.ex. om man kan somna eller inte somna, om man är trött och inte kommer att klara av sina uppdrag osv. Genom att öva mindfulness kan man alltså träna upp sin förmåga och se varje stund för vad den är, för att på sikt försöka få bukt med sina sömnproblem.

Att helt enkelt acceptera sin tillvaro av sömnlöshet och trötthet och hur den formar sig kan vara ett effektivt sätt att försöka hantera om man känner obehag. Med ordet "acceptera" menas att man konstaterar faktiska förhållanden. Det betyder inte att man behöver tycka om det man konstaterar. Acceptans är något man kan använda sig av i andra situationer än när man inte kan sova eller är trött. Det blir en träning på ett förhållningssätt. Acceptansövningen kan alltså vara hjälpsam i andra situationer än bara vid sömnlöshet och trötthet. Det blir en hjälp att vara i det nu som man inte vill vara i. Det kan t ex handla om oro eller konflikter.

Erbjud deltagaren att träna på de mindfulness-övningar som har presenterats tidigare!

⇒HEMUPPGIFTER

Gå igenom hemuppgifterna till nästa session.

Det är snart dags att avsluta dagens session. Innan vi gör det så skulle jag vilja be dig göra ett par saker till nästa gång vi ses:

- Sömnrestriktion och stimuluskontroll
- Fylla i sömndagbok och formulär/veckomått (fram- och baksida)
- Öva mindfulness (Den lilla pausen, Ett – sov och Acceptera sömnlöshet och trötthet).

DOKUMENT ATT SKICKA MED DELTAGAREN

- Sömndagbok
- Formulär att fylla i (SAMI, ISI, AAQ, FFMQ, DSRS, APSQ.)

SAMMANFATTA OCH AVSLUTA

Vad tar du med dig från dagens session? Vad är din upplevelse av dagens session – vad var bra och vad var mindre bra? Har du några särskilda önskemål på eventuella nya övningar till nästa session?

Boka in en ny tid med deltagaren eller försäkra dig om att den redan inbokade tiden stämmer. Tacka för dagens session!

Session 4

INNEHÅLL

- Presentera agendan
- Mindfulness-övning
- Kolla av sömnsituationen sedan föregående träff + räkna ut sömndagbok tillsammans med deltagaren + åskådliggör genom att rita graf på tavlan över den gångna veckan
- Följ upp hemuppgifterna till dagens session
- Sammanfatta det som har gjorts under tidigare sessioner (hela behandlingen).
- Träna mindfulness tillsammans
- Problemlös om det har dykt upp problem med att genomföra hemuppgifter (mindfulnessövningar, stimuluskontroll, sömnrestriktionen)
- Be deltagaren sammanfatta dagens session/behandlingen.
- Vidmakthållande program
- Skicka med relevant info. (sömndagbok 2 veckor, självskattningsformulär)

PRESENTERA AGENDAN

Skriv upp vad vi ska göra under sessionen på tavlan. Gå igenom det med deltagaren.

- Mindfulness-övning
- Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken
- Hemuppgifterna
- Sammanfatta behandlingen
- Träna mindfulness
- Vidmakthållande program
- Info, uppföljningen
- Sammanfatta och avsluta

OBS! Om deltagaren inte tillhör den grupp som får interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken"!

MINDFULNESS-ÖVNING:

Den lilla pausen

Presentera Den lilla pausen.

Jag hade tänkt att vi ska börja dagens session, liksom förra gången, med att ta Den lilla pausen, för att samla oss till det som ska ske här och nu.

Låt oss nu ta ett par djupa andetag. Fokusera på andetag. Andas in genom näsan och ut genom näsan eller munnen. Hur känns det när luften tar sig in genom näsborrarna, när den fyller lungorna och magen. Stanna kvar här i några sekunder och fortsätt att följa andetag.

Hur kändes det här? Dyker det upp några tankar eller reflektioner?

⇒GÅ IGENOM SÖMNSITUATIONEN/SÖMNDAGBOKEN

Kolla igenom sömndagboken, räkna ut sömneffektiviteten, åskådliggör veckorna som gått på tavlan. Se tidigare sessioner: sömndagboken + repetition av förra sessionen.

HEMUPPGIFTERNA

Kolla hur det har gått med stimuluskontroll, sömnrestriktion och mindfulness.

SAMMANFATTA BEHANDLINGEN

Be deltagaren att sammanfatta det som vi gjort hittills.

Betona att interventionen har byggt på hjälp till självhjälp. Det innebär att deltagaren har erbjudits olika sätt att hantera och förbättra sin sömn och hur man mår under dagen. Betona att ansvaret har legat och ligger på deltagaren, att det är deltagaren som kan förändra sina vidmakthållande faktorer. Betona också att det är hans eller hennes arbete som ger resultat och kommer att ge resultat. Beskriv att interventionen har fokuserat på olika områden: utbildning om insomni, sömnrutiner och medveten närvaro.

OBS! *Om deltagaren inte tillhör den grupp som får interventionen mindfulness, gå vidare till rubriken "Vidmakthållandeprogram"!*

TRÄNA MINDFULNESS

Kolla hur det har gått att träna hemma. Eventuellt, träna mindfulness tillsammans om deltagaren vill det och/eller man anser att det är nödvändigt.

⇒VIDMAKTHÅLLANDE PROGRAM

Utforma ett individuellt program tillsammans med deltagaren.

Be deltagaren att fundera på vad som har fungerat bra, vad han eller hon inte har provat och skälen till det samt vad han eller hon skulle vilja fortsätta att använda sig av.

Diskutera detta tillsammans med deltagaren.

Fokusera på framtiden: Hur ska du hantera dina sömnproblem? Vad kommer du att använda; vilka metoder? Betona att det är hans eller hennes egna, medvetna val, och inte terapeutens eller någon annans. Använd tavlan vid redovisningen. Be deltagaren att skriva ner svaren i dokumentet (se mall i slutet)

Återfallsprevention

Beskriv att problem som sömnlöshet för många kännetecknas av att det går upp och ner. Diskutera det oundvikliga i att få en natt eller flera nätter med dålig sömn, och understryk vikten av att inte tolka det som att sömnproblemet har kommit åter. Beskriv att det därför är viktigt att göra upp en plan för att kunna hantera situationer då sömnlösheten slår till. Dra en distinktion mellan bakslag (ett mindre fall bakåt; sämre sömn, mer oro eller delvis slutat med de valda metoderna) och återfall (ett stort fall bakåt; sämre sömn, stor oro och slutat nästan helt med de valda metoderna). Beskriv för deltagaren att vissa situationer i högre grad än andra brukar utlösa sömnlöshet (t.ex.

stress, skiftarbete, sjukdom osv.). Identifiera tillsammans med deltagaren sådana situationer. Betona att det är viktigt att använda sig av sitt eget program om man hamnar i bakslag eller återfall: det finns något man kan göra på egen hand.

Några allmänna råd kan också ges: försök att hålla dig lugn och lägg upp en plan för att komma ur problemen, försök att på egen hand analysera vad som bidrog till bakslaget eller återfallet, ifrågasätt på egen hand vad du tänker om din sömn och sömnrelaterade aspekter, börja med sömnrestriktion och stimuluskontroll, skaffa hjälp om nödvändigt och ändra tider när du gör inplanerade aktiviteter för att kunna hantera dagtidseffekter av sömnlöshet.

Riskanalys

Betona här att deltagaren ska vara aktiv och använd frågor som: Vad är de största riskerna för mitt program? Vad är mina hinder? Hur ska jag göra för att vidmakthålla mina framsteg? Vad gör jag om jag faller tillbaka? Vad gör jag om jag får ett återfall? Be deltagaren att svara på dessa frågor. Skriv ner alla svar som är realistiska och funktionella i mall.

INFO, UPPFÖLJNINGEN

Fortsätt följa programmet i 2 veckor till och använd dig av ditt vidmakthållandeprogram. Nästa gång vi ses kommer vi att följa upp hur du tycker att det har gått.

DOKUMENT ATT SKICKA MED

- Sömndagbok, 2 st
- Formulär att fylla i (SAMI, ISI, AAQ, FFMQ, DSRS, APSQ,)
- Vidmakthållandeprogram

SAMMANFATTA OCH AVSLUTA

Vad tar du med dig från dagens session? Vad är din upplevelse av dagens session – vad var bra och vad var mindre bra? Har du önskemål kring något specifikt till nästa gång vi ses?

Boka in en ny tid med deltagaren eller försäkra dig om att den redan inbokade tiden stämmer. Tacka för dagens session!

Session 5, uppföljning

INNEHÅLL

- Agendan
- Mindfulness-övning
- Kolla av sömnsituationen sedan föregående träff + räkna ut sömndagböcker tillsammans med deltagaren
- Kolla av de vidmakthållande programmen*. Gör ev. justeringar.
- Gör alla slutgiltiga mätningar
- Skicka med material, t.ex. sömndagböcker för att deltagaren ska kunna fortsätta hålla koll på sömnen ett tag till. Information om när uppsatsen beräknas vara klar och hur de kan få del av den

PRESETERA AGENDAN

Skriv upp vad vi ska göra under sessionen på tavlan. Gå igenom det med deltagaren.

- Mindfulness-övning
- Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken
- Vidmakthållandeprogram
- Mätningar + utvärdering
- Avsluta

OBS! Om deltagaren inte tillhör den grupp som får interventionen mindfulness, gå direkt vidare till rubriken "Gå igenom sömnsituationen/sömndagboken"!

MINDFULNESS-ÖVNING: "DEN LILLA PAUSEN"

Presentera Den lilla pausen.

Jag hade tänkt att vi ska börja dagens session, liksom förra gången, med att ta Den lilla pausen, för att samla oss till det som ska ske här och nu.

Låt oss nu ta ett par djupa andetag. Fokusera på andetagen. Andas in genom näsan och ut genom näsan eller munnen. Hur känns det när luften tar sig in genom näsborrarna, när den fyller lungorna och magen. Stanna kvar här i några sekunder och fortsätt att följa andetagen.

Hur kändes det här? Dyker det upp några tankar eller reflektioner?

⇒GÅ IGENOM SÖMNSITUATIONEN/SÖMNDAGBOKEN

Hur ser det ut nu? Se session 2-3: sömndagboken + repetition av tidigare sessioner.

VIDMAKTHÅLLANDEPROGRAM

Utgå från det vidmakthållandeprogram som togs fram i samarbete med deltagaren under föregående session, och justera detta om det behövs.

MÄTNINGAR + UTVÄRDERING

Samla ihop mätningarna. Ge deltagaren möjlighet att utvärdera/diskutera behandlingen genom att ställa följande frågor:

- Vad är ditt helhetsintryck av behandlingen?
- Hur väl stämmer dina förväntningar på behandlingen med det slutgiltiga resultatet?
- Vad tycker du har varit hjälpsamt?
- Finns det något du har saknat eller skulle ha velat ha mer av vad gäller innehållet i behandlingen?

DOKUMENT ATT SKICKA MED

Försäkra dig om att deltagaren har fått med sig det material som är ämnat för honom/henne:

- Mindfulnesshäfte (info. om mindfulness till de som inte fått det innan)
- Mindfulness-övningar (instruktioner)
- CD-skiva
- Litteraturtips

AVSLUTA

Innan sessionen avslutas fråga deltagaren om denna önskar ta del av uppsatsen när den är färdig. Om så är fallet be då att få deltagarens e-post adress så att uppsatsen kan mailas ut. Avsluta med att fråga om deltagaren undrar över något eller har några sista funderingar/reflektioner. Skicka med det material som är avsett för deltagaren. För deltagare som har erhållit endast BT ska mindfulnesshäfte, skriftliga instruktioner till mindfulnessövningar, CD-skiva, litteraturtips samt sömndagböcker med tillhörande instruktioner för fyra veckor skickas med. Tacka deltagaren för hans/hennes medverkan!

Tips på vad man kan göra om olika problem uppstår:

Problem 1: Sömmen tycks försämrad eller man har svårt att kämpa mot sömnheten för att hålla sig till sömnfönstret. Lösning: Kom ihåg att det tar flera veckor att anpassa sig till ett nytt sömnmönster. Lite obehag nu är ett lågt pris att betala för långsiktig förbättring. Repetera de bevisade vinsterna med programmet.

Problem 2: Svårt att stanna uppe sent. Hittar inget att göra för att hålla sig vaken. Lösning: Be patienten fundera kring strategier för att hålla sig vaken ("brainstorming"). Fråga vad han eller hon gör för att hålla sig vaken sent på natten. Gör det hela till en problemlösningsövning för patienten. Upprätta en lista över möjliga aktiviteter för att hålla sig vaken. Instruera även patienten att inte inta positioner under kväll eller natt där sömn är sannolik.

Problem 3: Patienten är sömning under dagen och vill ta en tupplur. Lösning: Upprepa vikten av att undvika att sova under dagen. Detta stör sömnrhythmen man försöker utveckla och hindrar framgång med programmet. Be patienten att engagera sig i någon aktivitet som är icke-kompatibel med att sova när han eller hon känner för en tupplur under dagen. Detta bör vara en aktivitet utanför hemmet.

Problem 4: Patienten är oroad för att sömnbristen ska påverka arbetet eller åtaganden i familjen. Lösning: Kroppen vet hur den ska ta igen förlorad sömn. Efter en period av delvis eller total sömnbrist reagerar kroppen automatsikt med att spendera mer tid i djupsömn. Påminn patienten om att detta sker automatiskt (han eller hon behöver inte själva göra någonting – detta är en automatisk reaktion på sömnbrist).

Problem 5: Patienten menar att det är svårt att inte ligga i sängen på grund av problem med smärta. Han eller hon använder sängen att vila och slappna av i under dagen då de har ont. Lösning: Patienten uppmanas att tänka på associationen mellan sängen och smärta som bildas p.g.a. detta beteende. Att ligga i sängen med svår smärta förstärker rollen som sängen har som stimulus för obehag. Genom att använda sömnrestriktion bryter han eller hon denna association och förstärker sängens roll som en plats att sova på.

Problem 6: Låg tilltro till procedurens effektivitet. Lösning: Uppmuntra patienten att nyfiket utforska behandlingens effekter – omformulera behandlingen till ett "beteendexperiment". Arbeta tillsammans med patienten för att testa riktigheten i deras antaganden. Formulera en hypotes i specifika operationaliserbara termer som testas empiriskt genom en beteendeförändring.

Problem 7: Allmänt motstånd. Lösning: Använd frågeteknik för att finna kärnan i motståndet. Titta på fördelar och nackdelar med förändring. Vad har patienten att förlora på att försöka?

Vidmakthållandeprogram

Hur ska jag hantera mina sömnproblem i framtiden?

Vilka metoder har hittills varit hjälpsamma?

Hur ska jag göra för att vidmakthålla mina framsteg?

Vad kan hindra att jag följer mitt vidmakthållandeprogram?

Vad gör jag om jag får ett bakslag/återfall?

Lycka till!

Bilaga 3 - DSRS

Människor tänker och hanterar saker på olika sätt när de känner sig trötta eller nedstämda. Läs påståendena nedan och fyll i om du nästan aldrig, ibland, ofta eller nästan alltid tänker eller gör på följande sätt när du känner dig nedstämd eller trött. Välj bara ett av alternativen. Välj det som du *vanligast* gör, inte det som du tänker att du *borde* göra.

- 1 = Nästan aldrig
- 2 = Ibland
- 3 = Ofta
- 4 = Nästan alltid

- 1 2 3 4 1. Tänker "Jag kommer inte kunna arbeta idag för jag mår så dåligt"
- 1 2 3 4 2. Tänker på dina känslor av utmattning
- 1 2 3 4 3. Tänker på hur svårt det är att koncentrera sig
- 1 2 3 4 4. Tänker på hur omotiverad du känner dig
- 1 2 3 4 5. Tänker på att dina tankar är röriga
- 1 2 3 4 6. Tänker att allt kräver mer ansträngning än vad det vanligtvis gör
- 1 2 3 4 7. Tänker "Varför kommer jag inte igång?"
- 1 2 3 4 8. Tänker på hur ledsen du känner dig
- 1 2 3 4 9. Tänker på att du inte känner för att göra någonting.
- 1 2 3 4 10. Tänker på din värk
- 1 2 3 4 11. Tänker på hur dåligt du mår
- 1 2 3 4 12. Tänker på hur svårt det är att hålla fokus på en uppgift
- 1 2 3 4 13. Tänker på hur trött du känner dig
- 1 2 3 4 14. Tänker "Jag kan inte få bort den här känslan"
- 1 2 3 4 15. Tänker på hur irriterad du känner dig
- 1 2 3 4 16. Tänker på hur sömning du känner dig
- 1 2 3 4 17. Tänker "Jag verkar ha svårt att hålla uppmärksamheten"
- 1 2 3 4 18. Tänker "Jag är så glömsk"
- 1 2 3 4 19. Tänker "Jag kan inte vara i närheten av människor när jag känner så här"
- 1 2 3 4 20. Tänker på att du inte har tillräcklig energi för att klara av dagen