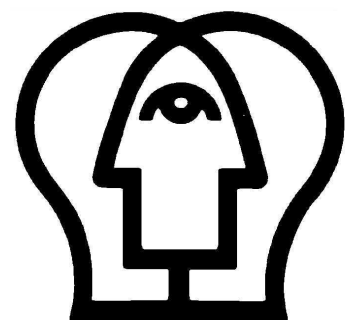


KBT-baserad självhjälpsbehandling vid insomni - en effektstudie

Kerstin Blom
Sara Rydh

Handledare:
Jonas Ramnerö
Susanna Jernelöv
Viktor Kaldo



EXAMENSUPPSATS, PSYKOLOGLINJEN 2008

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

KBT-baserad självhjälpsbehandling vid insomni - en effektstudie

Kerstin Blom och Sara Rydh

Undersökningar visar att mellan 10 och 50 % av befolkningen lider av sömnproblem, beroende på hur man räknar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig vara en effektiv behandling mot insomni, som är den vanligaste typen av sömnproblem. KBT-baserad självhjälp blir allt vanligare, och har visat sig fungera mot insomni i tidigare studier. Studiens syfte var att undersöka om en KBT-baserad självhjälpsbok, tillgänglig i handeln, fungerar som behandling mot insomni. De 74 deltagarna i studien randomiserades till tre grupper: behandling med telefonstöd, behandling utan telefonstöd och kontrollgrupp på väntelista. Behandlingen pågick i sex veckor och telefonstödet omfattade 15 minuter en gång i veckan. Mätningar med ISI, DBAS och SRBQ visade att behandling med stöd fick bäst resultat, behandling utan stöd fick goda resultat och kontrollgruppen var i stort sett oförändrad. Slutsatsen är att självhjälp i form av en bok är en lovande behandling mot insomni.

Inledning

Den senaste tiden har det förts en livlig debatt i media och vetenskapskretsar om vikten av god sömn och det folkhälsoproblem som dålig sömn utgör idag. Ibland anges andelen personer med sömnproblem till så mycket som halva befolkningen (Ohayon, 2002), och i stort sett dagligen kan man hitta tidningsartiklar och se TV-inslag om sömnproblem, behandling och tips för en bättre sömn. Kognitiv Beteendeterapi (KBT) som behandling förekommer ofta, men också en hel del tyckande och lekmannatips, av typen: "skapa balans i livet" eller "lär dig ta det lugnt". Anledningen till att det skrivs så mycket är förmodligen att det är ett vanligt problem, som orsakar en hel del lidande, vilket gör att sådant som påstår sig bidra till lindring säljer – både veckotidningar och självhjälpsböcker.

Man vet ännu inte allt om varför vi sover, men det finns ändå en del kunskaper som kommit av forskningen kring sömn. Jernelöv (2007) beskriver att när vi sover sker återhämtning i olika delar av kroppen, bland annat motverkas infektioner. Nervsystemet, hormonsystemet och immunsystemet balanseras för att fungera bra, skadade celler ersätts med nya. Även hjärnceller, som inte ersätts så lätt, repareras under sömnen. En hypotes är att sömnen är viktig för att långtidslagra minnen. Hur mycket sömn vi behöver varierar från individ till individ, men ungefär mellan fem och nio timmar sover de flesta (Jernelöv, 2007).

Nedan presenteras forskningsresultat och teorier om sömnstörningar generellt, insomni, behandling med KBT, självhjälpsbehandling och vad denna forsknings implikationer för den här uppsatsen.

Sömnstörningar

Det finns många typer av sömnstörningar, och den vanligaste typen av sömnstörning är insomni. Insomni kännetecknas huvudsakligen av att man inte kan somna, vaknar flera gånger under natten eller vaknar för tidigt på morgonen, och att de här problemen orsakar lidande. Det finns andra sömnstörningar där patienten uppvisar liknande symptom som vid insomni, men där orsaken egentligen är en annan sömnstörning (bl. a. Morin, 1993). Ett exempel på en sådan sömnstörning är andningsrelaterad sömnstörning (kallas vanligen sömnapné). Sömnapné är en andningsstörning som gör att man får andningsstopp under sömnen, och den förekommer oftast i samband med snarkning. ”Restless Legs” är en annan, vars symptom är en obehagskänsla (myrkrypningar) i benen, kombinerat med ett stort behov av att röra på benen. En del lider av diagnosen störd dygnsrytm, vilket innebär att sömnen förläggs till en annan del av dygnet än omgivningens, man somnar tidigt på kvällen och vaknar tidigt på morgonen, eller somnar sent på natten och vaknar helst sent (på förmiddagen). En grupp symptom kallas parasomnier, och omfattar störningar som beror på en onormal aktivitet i centrala nervsystemet under sömnen. Exempel är nattskräck och att gå i sömnen. Har man korta, repetitiva ryckningar i ben och armar under sömnen så kan man lida av sömnstörningen ”periodic limb movements disorder”. En genom film och media välkänd, men mycket ovanlig, sömnstörning är narkolepsi. Narkolepsi kännetecknas av oväntade, okontrollerbara, korta sovepisoder, som ofta inträffar i samband med starka känslor (Morin, 1993). Den här studien fokuserar på sömnstörningen insomni.

Insomni

Diagnosen insomni kan delas in i primär (där man inte kan hitta någon tydlig medicinsk eller annan psykologisk orsak till sömnproblemen) och sekundär (där t.ex. ett visst medicinskt tillstånd orsakar besvären). Kriterierna för diagnosen primär insomni, som de beskrivs i kriteriesammanställningen DSM-IV (APA, 2002) är:

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

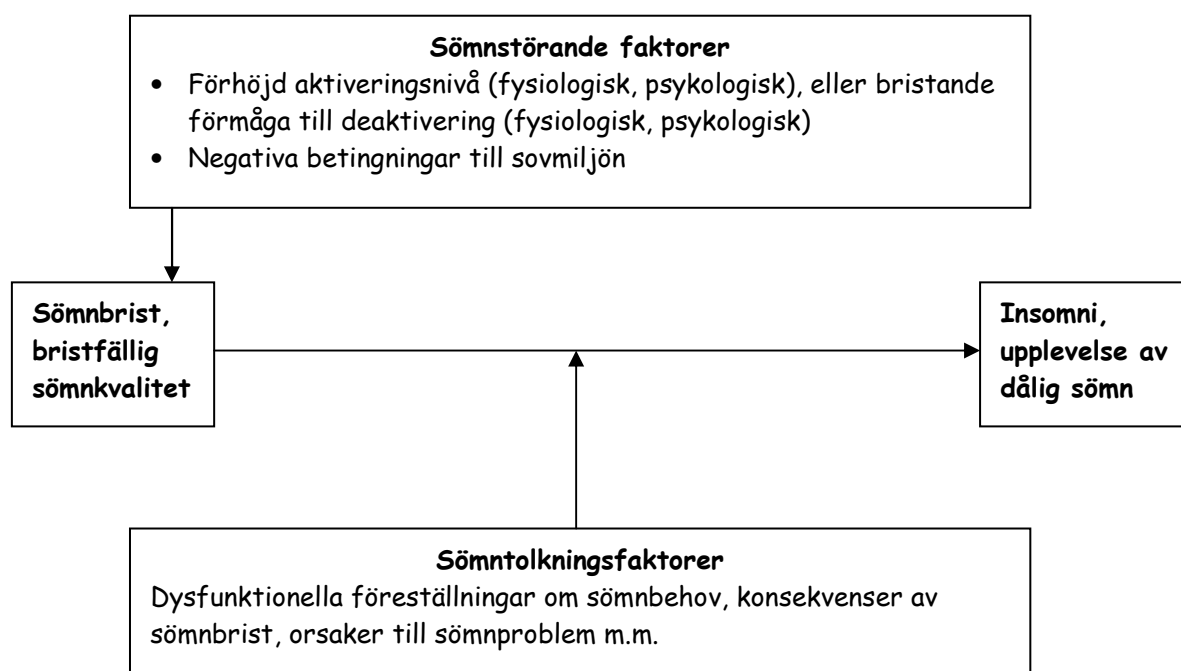
Dessa kriterier fungerar väl i den kliniska praktiken, om de kompletteras med motsvarande kriterier för sekundär insomni som också finns i DSM-IV, men är inte tillräckligt uttömmande för att man i forskning ska kunna säkerställa att olika studier får jämförbara resultat (Edinger et al., 2004). Därför har man tagit fram särskilda forskningskriterier för insomni. I dessa ingår bland annat att det ska finnas praktiska förutsättningar för god sömn och att dagtidfunktionen ska vara nedsatt. De fullständiga forskningskriterierna ersätter DSM-IV vid forskning. Dessa är Forskningskriterier för insomni, Forskningskriterier för primär insomni, Forskningskriterier för insomni p.g.a. psykisk störning, Forskningskriterier för psykofysiologisk insomni, Forskningskriterier för paradoxal insomni, Forskningskriterier för idiopatisk insomni, Forskningskriterier

för insomni relaterad till ”periodic limb movement disorder”, Forskningskriterier för insomni relaterad till sömnapné, Forskningskriterier för insomni p.g.a. somatisk sjukdom och Forskningskriterier för insomni p.g.a. droganvändande (Edinger et al., 2004). Vi går inte in på alla dessa i detalj här, utan nöjer oss med att presentera de som använts i den här studien. Forskningskriterierna för insomni (den övergripande definitionen) enligt Edinger et al. är:

- A. Individen rapporterar ett eller flera av följande sömnrelaterade problem:
 1. svårigheter att somna,
 2. täta uppvaknanden,
 3. för tidigt uppvaknande, eller
 4. sömn som är kroniskt icke-restaurerande eller av dålig kvalitet.
- B. Ovanstående sömnproblem föreligger trots adekvata förhållanden för och möjligheter till sömn.
- C. Minst ett av följande dagtidssymtom relaterat till de nattliga sömnsvårigheterna som individen rapporterar om föreligger:
 1. utmattning (fatigue);
 2. uppmärksamhets-, koncentrations- eller minnessvårigheter;
 3. social eller yrkesmässig dysfunktion eller skolsvårigheter;
 4. humörpåverkan/irritabilitet;
 5. sömnighet dagtid;
 6. förlust av motivation/energi/initiativförmåga;
 7. benägenhet till misstag/olyckor på arbetet eller vid bilkörning;
 8. spänningshuvudvärk och/eller gastrointestinala symtom p.g.a. sömnbrist; och
 9. oro kring sömnen.

Insomnins mekanismer

Lundh och Broman (2000) sammanfattar på ett överskådligt sätt det som författarna uppfattar att de flesta forskare idag anser är mekanismerna bakom insomni. De menar att insomni kommer av att sömnstörande faktorer samverkar med sömntolkningsfaktorer. Sömnstörande faktorer är till exempel en förhöjd fysiologisk aktivering (att kroppen är spänd eller uppvarvad), en förhöjd psykologisk aktivering (till exempel störande tankar, interpersonella konflikter och emotionellt engagemang) och negativ betingning till sängen eller sovrummet. Det kan också handla om en mer normal fysiologisk och psykologisk aktivering under dagen, men en bristande förmåga att deaktivera sig fysiologiskt eller psykologiskt på kvällen, vilket krävs för att man ska kunna somna. Sömntolkningsfaktorer omfattar att man attribuerar dåligt fungerande under dagen till sömnproblemen, att man har en felaktig (överdriven) uppfattning om hur mycket sömn man behöver och vilka konsekvenser för lite sömn kan få, samt ofta ett mått av perfektionism, vilket kan innebära att man har högre standard än andra för vad som är en tillräcklig prestation under dagen. Figur 1 visar hur samverkan mellan faktorerna ser ut (Lundh och Broman, 2000, tolkad av Öst, 2006).



Figur 1: Interaktion mellan sömnstörande faktorer och sömntolkningsfaktorer vid insomni.

Prevalens

Sömnproblem tar sig många olika uttryck och förekommer i olika grad, varför det är svårt att ange entydiga siffror för förekomsten. Ofta anges dock att 10-15% av befolkningen har sömnproblem (t ex Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1985; Ford & Kamerow, 1989). Används mindre strikta kriterier för att definiera sömnproblem kan siffran bli så hög som 48% (Ohayon, 2002). Enligt SCB:s undersökning av levnadsförhållanden, ULF (Socialstyrelsen, 2005), svarade 22% av männen och 32% av kvinnorna i Sverige år 2002/03 att de hade sömnbesvär. Motsvarande siffror för 1996/97 var 13% för männen och 21% för kvinnorna, vilket kan tyda på en kraftig ökning av förekomsten av sömnbesvär under de senaste tio åren.

Insomni och andra sjukdomar

Det är mycket vanligt att insomni förekommer samtidigt som andra psykiatriska sjukdomar eller psykologiska besvär. Insomningsbesvär eller täta uppvaknanden förekommer vid nästan alla ångestsyndrom, förutom vid specifik fobi (Rosa, Bonnet & Kramer, 1983). Vid dystymi och depression är det vanligt med täta uppvaknanden och för tidigt uppvaknande, samt störning av REM-sömnen (Reynolds & Kupfer, 1987). Vid bipolär sjukdom är det vanligt med insomni i den maniska fasen, och vid psykossjukdom och demens är det vanligt att dygnsrytmen är störd, vilket ger vakenhet på natten och ovälkomna sömnepisoder på dagen. Primär insomni kan i sin tur ge upphov till psykologiska besvär. Ungefär 35% av de med primär insomni uppfyller kriterierna för någon annan psykiatrisk diagnos (Morin, 1993). En studie av Jansson och Linton (2006) visar att ångestbesvär verkar kunna leda till insomni på sikt, medan

depression visserligen kan påverka uppkomsten av insomni, men snarare verkar kunna bli en följd av insomni. Det kan vara i stort sett omöjligt att avgöra om det är de psykiska besvären som gett upphov till insomni, eller om det är tvärt om (Morin, 1993). Som väl är visar flera studier att insomni kan behandlas för sig, även om den är sekundär till, eller komorbid med, andra psykiatriska sjukdomar och besvär (t ex Morin, Kowatch & O'Shannick, 1990; Tan et al., 1987).

Somatiska sjukdomar av olika slag kan orsaka insomni, antingen som en följd av sjukdomens symptom eller som en biverkning till mediciner och annan behandling (Mitler, Poceta, Menn & Erman, 1991). Sjukdomar som orsakar smärta eller annat fysiskt obehag påverkar ofta sömnen. En del menar att insomni i sig kan bidra till olika sjukdomars uppkomst eller förlopp, men det är svårt att säkert visa vad som är orsak och vad som är verkan. Klart är i alla fall att störd sömn har visat sig ha ett samband med hjärt-kärlsjukdomar (Nilsson, Nilsson, Hedblad & Berglund, 2001) och diabetes (Nilsson, Rööst, Engström, Hedblad, & Berglund, 2004). I Sverige dubblerades långtidssjukskrivningen mellan 1993 och 2001 (SCB, 2004). Huvudorsakerna till detta var stress eller utmattningssyndrom. Störd sömn har visat sig predicera långtidssjukfrånvaro hos personer som är sjukskrivna för utmattningssyndrom (Åkerstedt, Kecklund, Alfredsson & Selen, 2007).

Behandling av insomni

Många personer med insomni lider i många år utan att söka behandling, men försöker på olika sätt att komma tillrätta med sömnen på egen hand, genom till exempel varma bad, avslappningsband och alkohol (Morin, 1993). Inom vården har man traditionellt behandlat insomni med farmaka (sömnmediciner) – om man behandlat den alls – eftersom det inte funnits någon annan behandling. Det finns, enligt Jernelöv (2007), många olika typer av sömnmediciner, några vanliga är bensodiazepiner, zolpidem-preparat, zopiklon-preparat, zaleplon-preparat, antihistaminer, muskelavslappande medel, tryptofan och melatonin.

Benzodiazepiner, som underlättar insomning men ger mindre REM-sömn (lätt sömn) och djupsömn, är beroendeframkallande och man utvecklar lätt tolerans, vilket gör att dosen måste höjas successivt för att ge effekt. Zolpidem-preparat och zopiklon-preparat ger förkortad insomningstid, minskar antalet uppvaknanden och förlänger den totala sömntiden. Även mot dessa preparat utvecklar man tolerans, vilket gör allt högre dos nödvändig om man använder dem under en längre tid. Nedbrytningstiden är kortare än för bensodiazepiner, vilket minskar risken för effekter under dagen efter. Bieffekter är risk för mardrömmar och minnesstörningar. Zaleplon hjälper till med insomningen och bryts ned ganska snabbt, vilket har fördelen att risken för effekter dagen efter är liten, men samtidigt gör att det är vanligt att man vaknar framemot småtimmarna. Antihistaminer är vanligen använda som allergimedieiner, och är inte beroendeframkallande. Däremot bryts de ned långsamt, vilket kan ge trötthet och dåsigheit dagen efter. Muskelavslappande ges framför allt till personer med värk, eftersom de hjälper musklerna att slappna av, vilket kan underlätta insomningen. Tryptofan är ett ämne kroppen behöver för att bilda serotonin och hormonet melatonin. Serotonin är viktigt för sömnen, humöret och aptiten. Melatonin, till sist, är ett ämne som kroppen producerar när det är mörkt och som minskar när det ljusnar, och som är viktigt för att kontrollera kroppens dygnsrytm. Melatonin är inte beroendeframkallande,

men inte speciellt välbeforskat, och ovanligt i Sverige där det bara säljs på recept (Jernelöv, 2007).

Sömnmediciner kan vara effektiva, och många med tillfälliga sömnbesvär kan få hjälp av dem, men de flesta sömnmediciner bör bara användas under en begränsad tidsperiod (oftast två veckor). Det saknas studier på långtidsanvändning av sömnmediciner. Många patienter använder trots det sömnmedicin i årtal. Ett annat problem med farmaka är att patienten dels inte lär sig att somna på egen hand, dels ofta får ett så kallat psykologiskt beroende av medicinen. Det innebär att patienten attribuerar god sömn till sömnmedicinen och inte tror sig kunna somna utan den, vilket skapar stress och oro (och därmed svårigheter att somna) om man inte tar medicin eller har den till hands. Många patienter tar sömnmedicin vid behov, vilket gärna leder till att man sover gott den natten man tar medicinen, men har en störd sömn de kommande nätterna – en så kallad rebound-effekt (Jernelöv, 2007).

Ett alternativ till farmaka som behandling av sömnproblem är kognitiv beteendeterapi (KBT), en psykologisk behandling som utvecklats och evidenstestats framför allt under de senaste 20-30 åren. Såvitt författarna har lyckats utröna finns inga andra psykologiska insomnibehandlingar som prövats vetenskapligt. KBT för insomni består av ett flertal behandlingsmoment, som kan användas var för sig eller i kombination (Öst, 2006). Det vanliga är att man använder flera moment parallellt. (I det följande kommer vi att referera till personer med sömnproblem som "hon" för att förenkla läsandet.) Först görs en beteendeanalys (Morin, 1993): genom t.ex. intervjuer, sömndagböcker och eventuellt skattningsskalor tar man reda på hur patientens sömnproblem yttrar sig, hur sömnmönstret är och vilka föreställningar patienten har om sömn. I sömndagboken får patienten registrera läggningstiden, insomningstiden, längden på uppvaknanden under natten, uppvakningstid, uppstigningstid, upplevd sömnkvalitet samt aktiviteter under dagen. Utifrån beteendeanalysen utformas behandlingen där de moment som passar för patientens besvär inkluderas. De vanligaste behandlingsmomenten är:

Sömnhygien: Sömnhygien omfattar att man ser över miljö- och livsstilsfaktorer som påverkar sömnen. Miljöfaktorer är t.ex. ljus, ljud och temperatur i sovrummet. Livsstilsfaktorer är t.ex. alkoholkonsumtion, kaffedrickande, kost och motion (Morin, 1993).

Avslappningsmetoder: Dessa syftar till att sänka den psykologiska och somatiska/muskulära aktiveringsnivån, eftersom det ofta är just sådan aktivering som motverkar insomning eller bibehållande av sömn. För muskelavslappning kan man använda t.ex. progressiv avslappning, för psykologisk avslappning kan man använda t.ex. meditation och visualisering (Öst, 2006).

Paradoxal intention: för att motverka den förhöjda spänningsnivå som skapas av att patienten verkligen *försöker* somna, instruerar man patienten att till exempel lägga sig i sängen och hålla sig vaken hela natten. Syftet är att få patienten att ge upp de fruktlösa försöken att somna. Metoden fungerar inte för alla och används sparsamt (Öst, 2006).

Stimuluskontroll: Patienten får bara sova och ha sex i sängen. Alla andra aktiviteter (läsning, samtal, korsordslösande o.s.v.) ska göras på någon annan plats.

Om patienten inte kan sova ska hon kliva upp efter ca 20 minuter och göra något annat tills hon är sömnig och kan gå och lägga sig igen. Om hon efter ytterligare ca 20 minuter fortfarande inte kan sova får hon kliva upp igen, osv. Syftet är att motverka den negativa koppling som många insomniker har till sängen (sängen blir en plats där man oroar sig för sin sömn), och istället skapa en koppling mellan sängen och sovande. Patienten ska vidare kliva upp vid samma tid varje morgon, alla dagar i veckan. Syftet är att skapa ett regelbundet sömnmönster och att en naturlig trötthet ska infinna sig vid ungefär samma tid varje kväll. Patienten får inte ta tupplurar på dagen, eftersom tupplurar stjälar sömntid från natten (Morin, 1993).

Sömnrestriktion: Patienten får bara ligga i sin säng för att sova under så många timmar som den genomsnittliga sömntiden varit under de föregående en till två veckorna (dessa data fås från en sömndagbok). Om sömntiden under en vecka varit t.ex. fem timmar i genomsnitt, och personen väljer en uppstigningstid som är klockan 07.00, får patienten inte lägga sig förrän klockan 02.00 på natten. Om sömneffektiviteten (sömntiden dividerat med tiden spenderad i sängen) överstiger 85% får patienten efter en vecka lägga sig 15 minuter tidigare under den kommande veckan. I exemplet betyder det att patienten lägger sig 01.45 och kliver upp 07.00. Om sömneffektiviteten understiger 80% senareläggs istället läggtiden. När sömneffektiviteten ligger mellan 80 och 85% stabiliseras sömntiderna. Sömnrestriktion bör kombineras med stimuluskontroll. Syftet med metoden är att skapa ett sömnunderskott, som leder till en mer sammanhängande och djup sömn, samtidigt som kroppen vänjer sig vid en regelbundenhet och vid att sängen = sovande (Morin, 1993). Metoden kan också ses som en exponeringsövning för de patienter som är rädda för konsekvenserna av att sova för lite (Öst, 2006).

Kognitiv terapi: Insomni beror till en del (ibland främst) på hur patienten uppfattar och tolkar sitt sömnproblem och dess konsekvenser. Genom att kombinera ett ifrågasättande av dessa uppfattningar med beteendeeexperiment (t.ex. sömnrestriktion) kan man systematiskt utforska om föreställningarna stämmer (Öst, 2006). Terapin inriktar sig således på att korrigera orealistiska förväntningar på sömnen, rätta felaktiga uppfattningar om orsakerna till sömnproblemen samt omvärdera uppfattningen om sömnproblemets konsekvenser för funktionen dagtid (Morin, 1993).

Utsättning av sömnmedicin: Man genomför en planerad och strukturerad nedtrappning av sömnmedicin, kombinerat med andra behandlingskomponenter, för att skapa förutsättningar för en förbättrad sömn trots eventuella utsättningsymptom (Morin, 1993).

Evidens för KBT vid insomni

Murtaghs och Greenwoods (1995) metaanalys av psykologiska behandlingar av insomni jämfört med kontrollgrupp baseras på 66 studier med 1 907 patienter sammanlagt. Analysen visade att behandlingarna hade stor effekt (kontrollerad effektstorlek, som jämför behandling med kontrollgrupp), d.v.s. goda resultat, för måtten insomningstid, 0,87 (1,01 vid uppföljningsmätning) och skattning av sömnkvalitet, 0,94 (1,30). För total sömntid hade behandlingarna en måttlig effekt, 0,49 (0,54) medan de för antal uppvaknanden under natten hade en måttlig effekt, 0,63 vid eftermätningen, men en stor effekt (0,78) vid uppföljningsmätningen. Samtliga mått hade en större effektstorlek vid

uppföljningsmätningen än vid eftermätningen, d.v.s. deltagarna i studien hade förbättrat sin sömn ytterligare en tid efter behandlingens slut, jämfört med kontrollgrupperna.

De olika metoderna inom KBT studerades i samma metaanalys (Murtagh & Greenwood, 1995) och hade följande effektstorlekar för insomningstid vid eftermätning respektive uppföljning (effektstorlek för uppföljningsmätning anges inom parentes): stimuluskontroll 1,16 (1,14), sömnrestriktion 0,85 (0,57), progressiv avslappning 0,81 (0,97), andra avslappningsmetoder 0,93 (2,04), paradoxal intention 0,73 (0,91) och kombinationsbehandlingar 1,00 (0,96).

I en metaanalys (Smith et al., 2002) som jämför farmakologisk och beteendeterapeutisk behandling (stimuluskontroll i det här fallet) analyserades 21 studier med totalt 470 personer. Inomgrupps effektstorlek (som jämför två behandlingsgrupper utan kontrollgrupp) beräknades till: insomningstid 1,05 för beteendeterapi (0,45 för farmaka), antal uppvaknanden 0,83 (0,97 för farmaka), vaken tid efter insomnandet 1,03 (0,89 för farmaka), total sömntid 0,46 (0,84 för farmaka) och skattning av sömnkvalitet 1,44 (1,20 för farmaka). Ett problem med jämförelser mellan psykologisk behandling och farmaka är, som vi nämnt tidigare, att man inte studerat långtidseffekter av farmaka, varför de egentligen bara ska tas under en begränsad tid, ofta två veckor.

KBT som självhjälp

Självhjälpsbehandlingar av olika psykiska problem blir allt vanligare. Bokhandlarna har hyllmeter med självhjälpsböcker, och det blir allt vanligare med internetbaserad självhjälp, både kommersiell sådan och behandlingar som produceras och publiceras genom den offentliga sektorn. Andra former av självhjälp är videobaserad självhjälp, ljudkassettbaserad behandling och behandling som kombinerar flera tekniker, t.ex. biblioterapi (skriven text) i kombination med video och/eller telefonstöd.

Eftersom det råder brist på KBT-utbildade terapeuter i Sverige finns ett mänskligt och ekonomiskt intresse av att skapa självhjälpsbehandlingar för vanliga psykologiska besvär där man vet att KBT har effekt. Det finns också en grupp vårdsökande som inte söker vård den traditionella vägen. Den här gruppen vill på egen hand söka information om sina sjukdomar och besvär, men också om hur man på egen hand kan behandla sig. Detta visas till exempel av att sökningar om sjukdomar påstås vara det vanligaste användandet av internet, enligt Eysenbach, Sa och Diegen (1999). den Boer, Wiersma och van den Bosch (2004) gjorde en metaanalys av självhjälpslitteratur (biblioterapi) mot psykologiska besvär. De fann att vid kliniskt signifikanta besvär så är biblioterapi mer effektivt än kontrollgrupp på väntelista (effektstorlekar på i genomsnitt 0,80).

En metaanalys av internetbaserad självhjälpsbehandling mot ångestsjukdomar och depression (Linton, 2007) visade att självhjälpsbehandlingar mot dessa besvär har effekt. Fyra av studierna i analysen undersökte internetbaserad KBT mot depression. De visade sammantaget att de som genomgått behandling hade bättre resultat än kontrollgruppen som fått sedvanlig behandling, deltagit i telefonintervjuer, deltagit i internetbaserad diskussionsgrupp, eller stått på väntelista. I samma metaanalys (Linton, 2007) visade studierna som undersökt datorbaserad KBT mot ångestsyndrom att behandlingen gav bättre resultat än väntelista, stödsamtal via telefon respektive avslappningsövningar. I två studier av paniksyndrom kunde man inte se någon skillnad i effekt mellan datorstödd självhjälp och terapeutledd KBT.

KBT som självhjälp mot insomni

Tidigare studier av olika typer av KBT-baserad självhjälp vid insomni tyder på att många patienter kan få god hjälp (Alperson & Biglan, 1979; Bastien, Morin, Ouellet, Blais, & Bouchard, 2004; Mimeault & Morin, 1999; Morin, 2005; Ström, Pettersson, & Andersson, 2004). Kontrollerade effektstorlekar (jämförelser mellan behandling och kontrollgrupp) är i allmänhet måttliga, vilket beror på att kontrollgruppernas sömn ofta också förbättras under mätperioden, dock inte lika mycket som behandlingsgruppernas. Endast en av dessa studier har gjorts i Sverige och den prövade självhjälp via internet (Ström et al., 2004). Flera studier har haft hårda utsällningar av deltagare, där enbart personer med primär insomni har deltagit. Detta speglar inte särskilt väl den allt vanligare situationen där många med olika grader av besvär på eget bevåg skaffar sig självhjälpsböcker, utan att självklart uppfylla alla diagnoskriterier för primär insomni. Behandlingsupplägget i de tidigare studierna har även styrts en hel del av undersökningsledarna (man delar ut uppgifter och texter/information enligt ett bestämt schema, t.ex. veckovis), vilket inte stämmer med hur situationen ser ut för den som själv köper en bok.

I en tidigare studie (Mimeault & Morin, 1999), har man prövat om patienter kan förväntas klara en självhjälpsbehandling helt på egen hand med hjälp av en bok, eller om ett gott resultat kräver stöd från en terapeut via till exempel telefon. I den studien baserades behandlingen dock på tryckta häften som delades ut veckovis, d.v.s. upplägget var styrt av undersökningsledarna. I studien fann man att båda behandlingsgrupperna, med respektive utan telefonstöd, fick en positiv effekt. Vid eftermätningen visade behandlingsgruppen med telefonstöd en större effekt än behandlingsgruppen utan stöd, medan dessa skillnader vid uppföljningen hade utjämnats.

Implikationer av tidigare forskning

Ovan har konstaterats att sömnproblem är ett stort och på senare år växande folkhälsoproblem, vilket betyder att det finns ett stort behov av att kunna behandla sömnproblem framgångsrikt. KBT mot sömn har en bra effekt vid sömnproblem, i vissa fall bättre än farmaka och utan de problem och biverkningar som farmaka kan ha. Ett problem med farmaka är också att de inte studerats för långvarigt användande samt, förstås, kostnaden. Eftersom det i Sverige råder brist på personer med relevant utbildning i KBT, samtidigt som allt fler väljer att själva behandla sina besvär med hjälp av böcker och internet, är det intressant att undersöka om KBT-baserad självhjälpsbehandling fungerar. Tidigare studier visar att självhjälpsbehandling har effekt. Ingen av dessa studier har undersökt effekten av behandling med hjälp av en självhjälpsbok som finns tillgänglig i handeln, trots att förekomsten av sådana ökar. Ingen tidigare studie har vänt sig explicit till ett urval som är definierat för att så väl som möjligt likna den grupp personer med sömnproblem som kan ha behov av en självhjälpsbok, t.ex. för att de inte har tillgång till annan vård. De personerna kan ha sekundär insomni och mindre allvarlig insomni än de som oftast kommer i fråga för insomnistudier. Slutligen har ingen självhjälpsstudie med biblioterapi (baserad på tryckt text) genomförts i Sverige. Slutsatsen av detta blir att det finns ett behov av sådan forskning. Dessutom behöver man undersöka om målgruppen behöver stöd via telefon för att behandlingen ska ha effekt, eller om man kan tänkas klara sig på egen hand.

Detta sammantaget gör studien som beskrivs i denna uppsats viktig och nödvändig ur ett samhällsperspektiv, liksom för individer med sömnproblem.

Syfte och frågeställningar

Den här studien syftar till att undersöka två behandlingar mot insomni, och jämföra dem med varandra och en kontrollgrupp på väntelista. Behandling 1 är en självhjälpsbehandling med hjälp av en bok och stöd på telefon av en behandlare. Behandling 2 är självhjälpsbehandling enbart med hjälp av en bok, utan telefonstöd.

Den primära frågeställningen är om Behandling 1 och 2, självhjälpsbehandling mot sömnbesvär med hjälp av en bok, med respektive utan terapeutstöd, har effekt jämfört med en kontrollgrupp på väntelista. Den huvudsakliga hypotesen är att behandlingarna ger bättre effekt än väntelista. En underordnad frågeställning är om det finns skillnader mellan behandlingsgrupperna 1 och 2, där är hypotesen att självhjälpsbehandling med stöd av behandlare ger bättre effekt än utan stöd.

Metod

Undersökningsdeltagare

Studien vänder sig till personer med sömnproblem i hela landet. DSM-IV-diagnosen primär insomni krävdes inte för deltagande i studien, vilket innebär att många deltagare har insomni som är mer sekundär till sin natur. Ett exempel är att deltagare med både kronisk värk och sömnproblem inkluderades, även om det är sannolikt att sömnproblemen till viss del orsakas av värken. Anledningen till detta är att vi vill undersöka om en sömnbehandling kan förbättra dessa personers sömn även om värken inte behandlas eller försvinner. Dock uteslöts personer med sömnproblem som kräver annan form av behandling och personer som inte anses kunna genomgå eller ha nytta av behandlingen.

Inklusionskriterier

- a) Att personen är myndig.
- b) Sömnbesvär på en klinisk nivå, definierat som över 10 poäng på Insomnia Severity Index (Bastien, Vallières & Morin, 2001) .
- c) Att personen uppfyller forskningskriterierna för insomni (den övergripande definitionen) enligt American Academy of Sleep Medicine (Edinger et al., 2004), dock utan krav att insomnin ska vara primär.
- d) Tillräckligt goda färdigheter i det svenska språket för att kunna läsa självhjälpsboken samt föra samtal per telefon.
- e) Ha möjlighet att fylla i enkäter via Internet och använda e-post.
- f) Inte förutse några praktiska hinder att delta i behandlingen under våren eller hösten 2008 (d.v.s. då kontrollgruppen kommer att genomgå sin behandling), exempelvis resor eller sjukdomsbehandling som inverkar på möjligheten att genomföra självhjälpsbehandlingen.

Exklusionskriterier

- a) Personer med sömnsjukdomar vilka kräver en annan form av behandling. Av etiska skäl har både diagnostiserad och misstänkt sjukdom varit exkluderande.

Sömnssjukdomar som varit exkluderande för deltagande i studien är sömnapné och narkolepsi.

- b) Personer med fysiska eller psykiska sjukdomar som antingen är direkt kontraindicerande för behandlingen eller av andra skäl behöver annan behandling. Exkluderande sjukdomar var bipolär sjukdom (som kan förvärras av behandlingen) och svår depression och/eller suicidrisk (>30 på depressionsskalan Montgomery Åsberg Depression Scale - Self rating (MADRS-S, Svanborg & Åsberg 1994) eller ≥ 4 på MADRS-S item 9, om livslust). Exkluderande var även mycket hög grad av komorbiditet där personen har samtidigt höga poäng på Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM, Evans et al., 2000), MADRS-S samt flertalet fysiska sjukdomar som påverkar sömnen.
- c) Personer med en hög alkoholkonsumtion eller drogbruk, eller som använder mediciner med bieffekter som påverkar sömnen. Alkoholkonsumtion efterfrågades i bedömningsformulären och ett veckointag av >7 eller >10 standardglas alkohol för kvinnor respektive män ledde till vidare bedömning med hjälp av en muntligt genomgången skala (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT (Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1989)) vid en telefonintervju. Tydlig indikation på alkoholberoende ledde till exklusion. Droganvändande efterfrågades i bedömningsformulären och samtliga svar som indikerade användande av illegala droger var exkluderande. Mediciner som har bieffekter som kan påverka sömnen är exempelvis vissa anti-inflammatoriska mediciner, men sömnmediciner och antidepressiva mediciner var inte anledning till exklusion.
- d) Personer som har haft sina sömnsvårigheter under mindre än fyra veckor.
- e) Nattskift-/nattarbete
- f) Personer som genomgår annan psykologisk behandling för sina sömnbesvär under studiens gång.
- g) Personer som tidigare påbörjat eller fullföljt KBT-behandling för sin insomni eller som har en KBT-bok för sömnbehandling hemma.

Procedur Rekrytering

Effektberäkningar har gjorts på tidigare studier, exempelvis Mimeault och Morin (1999). Utifrån dessa beräkningar förväntade vi oss effektstorlekar mellan 0,6 och 1,0 för olika mått. Minsta antal deltagare per grupp, beräknat på Cohen's $d = 0,6$ och power på 0,80, blev därför 44 personer, alltså 132 deltagare i den kompletta studien. För att nå personer med sömnproblem i hela landet söktes deltagare i rikstäckande medier. En annons lades ut på hemsidorna www.studie.nu och www.ki.se med kort information om studien, dit presumtiva deltagare hänvisades för att göra en intresseanmälan. En av de ansvariga forskarna i studien, tillika författaren till självhjälpsboken, intervjuades i TV4:s *Efter tio* och i DN (samt chattade på TV4.se och DN.se efteråt), och hänvisade då intresserade att anmäla sig på hemsidorna. En av författarna till detta examensarbete intervjuades i Gefle Dagblad. Ett pressmeddelande skickades ut till ett antal tidskrifter och webbsajter med inriktning på sömn och hälsa, vilket kan ha lett till notiser som författarna inte känner till. 616 personer anmälde intresse för studien. Slutligen mejlade Astma- och Allergiförbundet till ett par hundra av sina medlemmar med information om studien och anmälan. Ingen betald annonsering gjordes. Alla intresseanmälda plus Astma- och Allergiförbundets informerade medlemmar erbjöds att på studiens hemsida,

<http://www.forskningsprojekt.net/ki/insomni/>, inhämta vidare information om studien och villkor för deltagande, t.ex. att det är frivilligt och oavlönat, och att de närhelst de vill kan avbryta sitt deltagande. Efter att ha tagit del av informationen fick de ge sitt samtycke genom att kryssa i en ruta.

Bedömning

De som gett sitt samtycke till deltagande fick fylla i bedömningsformulär (se Mätinstrument nedan) på Internet, vilket 439 personer gjorde. Efter en första exkludering (se kriterier ovan) telefonintervjuades 235 personer. Dessa intervjuer tog mellan 13 och 56 minuter att genomföra. Syftet med telefonintervjun var att komplettera och utreda oklarheter i svaren på bedömningsformulären, diskutera personens praktiska möjlighet att delta i studien och svara på frågor från deltagaren (se bilaga för bedömningsintervjuns frågeunderlag). Intervjuerna genomfördes av uppsatsförfattarna och ytterligare två studenter på psykologlinjen termin 8 vid Stockholms universitet.

För-, efter- och uppföljningsmätning

173 personer uppfyllde inklusionskriterierna och erbjöds fylla i förmättningsformulär samt en veckas sömndagbok (se beskrivning nedan). 137 personer genomförde dessa förmätningar, varefter två personer valde att avbryta sitt deltagande. 135 personer randomiserades vid fyra tidpunkter, varav 2 inte skulle ha randomiserats av olika skäl, vilket ger 133 personer i studiens slutgiltiga deltagargrupp. Randomiseringen genomfördes med hjälp av List Randomizer på www.random.org, som använder atmosfäriskt brus som slumpgenerator vid randomiseringen. Deltagarna listades utifrån den tidpunkt då en fullständig förmätning inkommit och därefter randomiserades de till studiens tre grupper; behandlingsgrupp med stöd, behandlingsgrupp utan stöd och kontrollgrupp.

I denna studie analyseras resultaten från de deltagare som randomiserades vid tillfälle 1 och 2 och därefter påbörjade behandlingen eller ställdes på väntelista. Dessa randomiseringstillfällen skedde med två dagars mellanrum och deltagarna behandlas i denna uppsats som en grupp om 74 personer istället för två randomiseringsgrupper.

De 24 deltagare som fick behandlarstöd i denna uppsatsstudie slumpades till respektive behandlare, 12 deltagare vardera, med hjälp av www.random.org, utom i de fall då någon av de två behandlarna genomfört bedömningsintervjun. I dessa fall tilldelades deltagaren automatiskt den andra av de två behandlarna. Efter sex veckor avslutades behandlingen och samtliga deltagare fick fylla i eftermättningsformulär (desamma som vid förmätningen) samt en veckas sömndagbok (se nedan). Deltagarna har därefter telefonintervjuats igen av samma intervjuare som gjorde bedömningsintervjun. Den intervjun fångar upp insomnikriterierna (som "back up" i händelse av utebliven efterdata) samt ger deltagaren möjlighet att uttrycka synpunkter och ställa frågor.

Tre månader efter eftermätningarna kommer uppföljningsmätningar att göras på alla deltagare i studien. Kontrollgruppen på väntelista ska därefter påbörja sex veckors behandling utan behandlarstöd och sedan fylla i ytterligare en eftermätning. Dessa mätningar ryms inte i denna uppsats men planeras att resultera i en kommande examensuppsats vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Material

Mätinstrument

Denna uppsats är en del av en större studie med en ansevärd mängd data. I bedömningsfasen användes nio (tio om AUDIT genomfördes) formulär, i förmätningen sju och i eftermätningen åtta. Detta kan tyckas belasta deltagarna men bedömdes skäligt för studiens syfte. En stor del av dessa data analyseras inte i denna uppsatsstudie, men för att ge en tydlig bild av vad deltagarna genomgått listas nedan samtliga skalor och enkäter från den större studien. De flesta skalor är etablerade skalor som använts i tidigare forskning. I de fall där skalan eller formuläret inte använts för denna uppsatsstudie redovisas inte psykometriska egenskaper närmare.

De skalor som använts vid **bedömningen** är:

Insomnia Severity Index (ISI; Morin, 1993) mäter grad av sömnbesvär och används för att säkerställa en viss miniminivå av sömnbesvär som krävs för inklusion i studien (mer än 10 poäng) samt som ett stöd i diagnostiseringen av insomni. Instrumentet har 7 items som poängsätts 0-4, där hög poäng motsvarar stora sömnbesvär. ISI har en god intern reliabilitet, Cronbachs alfa = 0.74 (Bastien et al., 2001). 11 poäng eller mer har bedömts motsvara en kliniskt signifikant sömnstörning med en klinikeradministrerad version av ISI, varför vi valde detta som inklusionskriterium, men vidare forskning behövs för att validera en optimal cut-off-gräns för att bedöma den kliniska signifikansen av behandlingsutfall (Bastien et al., 2001).

Perceived Stress Scale-10 (PSS; Cohen & Williamson, 1988) mäter upplevd stressnivå med 10 items. Har visats ha god reliabilitet och validitet (Roberti, Harrington & Storch, 2006). Används ej i denna uppsatsstudie.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM; Evans et al., 2000) uppskattar allmän psykisk hälsa och användes i bedömningsfasen. Hög poäng motsvarar större psykisk ohälsa. Skalan består i original av 34 items, här används en version utan frågor om risk för att skada sig själv eller annan, vilket resulterar i 28 kvarstående items. För originalskalan, med 34 items, har Cronbachs alfa uppmätts till 0,75-0,95 och test-retest-reliabiliteten för alla delskalor utom riskfrågorna är 0,87-0,91 (Evans et al, 2002).

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rating (MADRS-S; Svanborg & Åsberg 1994). Självskattningskala med 9 items som mäter grad av depression och suicidrisk. Användes för att utesluta allvarligt deprimerade personer (>30 poäng) och personer där det bedöms finnas viss suicidrisk (>3 poäng på fråga 9 om livslust). 9 items som poängsätts 0-6. Hög poäng motsvarar negativt sinnestillstånd. Originalen av skalan (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979)), skattas av expert istället för av patienten och har visats ha mycket god reliabilitet (Montgomery & Åsberg, 1979). MADRS-S har visat god samstämmighet med MADRS (Svanborg & Åsberg 1994).

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Backhaus, Junghanns, Broocks, Riemann, & Hohagen, 2002; Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) ger en mer utförlig bild än ISI av hur sömnproblemen ser ut och skulle primärt användas som ett stöd i diagnostiseringen av insomni, vilket inte gjordes. Hög poäng motsvarar stora sömnbesvär.

Atopiformulär (Hoglund et al., 2006). Uppskattar benägenhet till allergier och astma. Samband mellan allergier/astma och sömnbesvär undersöks i den stora studie som denna uppsats är en del av, men utreds inte i denna delstudie.

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1989). Skala som ska fånga både riskkonsumenter och alkoholberoende personer. 10 items med totalpoäng mellan 0 och 40. Den svenska versionen av AUDIT har visat god intern reliabilitet (Cronbachs alfa = 0.82) och test-retestreliabilitet ($r = 0.93$) för totalpoängen (Bergman & Källmén, 2002).

Tre enkäter har konstruerats för studien och användes vid bedömningen:

Allmänna bakgrundsfrågor efterfrågar kön, ålder, civilstånd, utbildningsnivå, sysselsättning, sysselsättningsgrad, påverkan av eventuell sänkt sysselsättningsgrad på sömnproblemen samt ekonomisk situation.

Frågor om faktorer som kan påverka sömnen innehåller frågor om sjukdomar, psykologiska och medicinska tillstånd, behandlingar och andra faktorer som kan påverka sömn och sömnbesvär. Användes som stöd i diagnostisering och för att utesluta personer som behöver annan form av vård för sina sömnproblem. Maximalt 86 frågor att besvara, beroende på vilka besvär man har.

Praktiska frågor angående deltagande i studien innehåller frågor om bland annat tillgång till Internet, läsförmåga, eventuella hinder för att kunna delta i behandlingen under våren/hösten 2008 samt kontaktuppgifter som behövs för studiens genomförande. Används som underlag för att kunna bedöma om personen kan delta i studien. 4 frågor.

Vid för- och eftermätningar användes:

Insomnia Severity Index (ISI; Morin, 1993), beskrivs ovan. Används som jämförelsemått för sömnbesvär före och efter behandlingstiden.

Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS; Morin, 1994) är tänkt att identifiera tankar som stör vid insomning. Består av fem delskalor: Feltolkning eller förstoring av sömnproblemets konsekvenser, Kontroll och förutsägbarhet av sömn, Orealistiska förväntningar på sömnen, Felaktiga uppfattningar av orsakerna till insomni och Föreställningar om sömnförbättrande vanor. Insamlade data används som jämförelsemått före och efter behandling. 30 items som i original skattas på en VAS-skala från 0-10, där 0 motsvarar "Stämmer inte alls på mig" och 10 "Stämmer helt på mig". I denna studie har enbart hela skalsteg från 0 till 10 kunnat markeras av deltagarna (Likert-skala), vilket kan förändra skalans psykometriska egenskaper. För originalets VAS-skala är den interna reliabiliteten god, Cronbachs alfa = 0.72 (Espie, Inglis, Harvey & Tessier, 2000). Används som jämförelsemått före och efter behandlingstiden.

Sleep-Related Behaviour Questionnaire (SRBQ; Ree & Harvey, 2004) uppskattar förekomsten av ett antal olika beteendemönster som används för att hantera sömnbesvär. Består av 32 items som poängsätts 1-5, där 1 motsvarar "Nästan aldrig"

och 5 "Nästan alltid". Cronbachs alfa = 0.92 har konstaterats av Ree och Harvey (2004), medan Woodley och Smith (2006) fann den vara 0.83. Används som jämförelsemått före och efter behandlingstiden.

Chronic Insomnia Acceptance Questionnaire (CIAQ) uppskattar acceptans av sömnsvårigheter. Smärtacceptansskalan **Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)**, Geiser, 1992) är för denna studie anpassad till sömnproblematik och psykometriska egenskaper för CIAQ är därför ej kända. 34 items som poängsätts 0-6 där 0 motsvarar "Instämmer inte alls" och 6 "Instämmer helt och hållet". Hög poäng indikerar hög acceptans av sömnbesvär. Används ej i denna uppsatsstudie.

Dessutom har deltagarna vid för- och eftermätning fyllt i **PSS-10** (se ovan), **CORE-OM** (se ovan) och ett formulär om **allergisymtom den senaste veckan** (Höglund et al., 2006), vilka ej används som jämförelsemått i denna studie. Vid för- och eftermätning har de även fyllt i en veckas **Sömndagbok**, konstruerad för studien och till stor del överensstämmande med sömndagböcker som vanligtvis används i KBT-behandlingar för insomniker (t ex Morin & Espie, 2004). Den ger en stor mängd data som inte ryms inom ramen för denna uppsatsstudie, varför inga sömndagboksått används.

Vid eftermätningen fyllde deltagarna i behandlingsgrupperna även i **Utvärdering av självhjälpsbehandlingen mot sömnbesvär**, en för studien konstruerad enkät med 38 frågor om deltagarens upplevelse av behandlingen och av eventuell behandlare, vilka metoder hon använt, hur ansträngande behandlingen varit m.m. Samtliga deltagare fyllde också i **Frågor om andra behandlingar och sömnmediciner**, bestående av fem till nio frågor om deltagaren genomfört någon annan behandling under studiens tid och om hon ändrat sitt eventuella användande av sömnmedicin eller annan medicin under studiens gång.

Tio dagar efter att behandlingen påbörjats ombads de som randomiserats till någon av de två behandlingsgrupperna att fylla i formuläret **Behandlingens trovärdighet**. Det mäter deltagarens tilltro till behandlingen, är en för insomni anpassad version av skalan **Treatment Credibility** (Borkovec & Nau, 1972) och används ej i denna uppsatsstudie.

Självhjälpsmanualen

Behandlingsmaterial i studien är Susanna Jernelövs bok *Sov gott! Råd och tekniker från KBT* (Wahlström & Widstrand, 2007), som bygger på KBT för insomniker utarbetad under många år. I den får läsaren råd om hur boken ska användas och när man hellre ska söka annan hjälp. Den innehåller psykoedukation (information om sömn, insomni, insomnibehandling med KBT, stress m.m.), tre fall exempel samt en mängd förslag på tekniker som läsaren kan välja mellan för att sätta ihop en behandling som passar hennes svårigheter.

Teknikerna inriktas på olika problemområden såsom sömnhygien, stresshantering, oros- och tankehantering, myter om sömn, störd dygnsrytm, svårigheter att hantera trötthet och användande av sömnmediciner. Bland de ca 30 tekniker som beskrivs finns sömnrestriktion, stimuluskontroll, avspänningsövningar och att leta tankefallor. I boken utgör metoderna stimuluskontroll och sömnrestriktion inte exakt samma sak som beskrivits i teorin ovan. Stimuluskontroll i boken innehåller inte fast uppstigningstid och förbud mot tupplurar. Detta gör att i det följande beskrivs kombinationen sömnrestriktion och stimuluskontroll som den effektiva intervention som i forskningen

bara kallas stimuluskontroll. Med boken följer en CD-skiva med avslappnings- och visualiseringsövningar, Excel- och pdf-filer med en sömndagbok anpassad till behandling samt en behandlingsguide bestående av frågor inom nio områden, som efter ifyllande resulterar i råd om vilka tekniker i boken som främst kan rekommenderas för personen ifråga.

Behandlingens upplägg

För behandlingsgruppen med stöd och behandlingsgruppen utan stöd var upplägget att deltagaren skulle läsa i självhjälpsboken, besluta om lämpliga tekniker att genomföra och genomföra dem under sex veckor. Behandlingsgruppen utan stöd gjorde detta utan kontakt med forskarna, bortsett från ett par tillfällens mycket kortvarig assistans med tekniska frågor avseende filer på den CD-skiva som följer med boken. Gruppen utan stöd fick själva avgöra om de ville använda sömndagbok eller inte. Behandlingsgruppen med stöd fick sex telefonsamtal à 15 minuter på en fast tid varje vecka av en behandlare. Stödsamtalen följde en manual. Det första samtalet inriktades på att hjälpa deltagarna att komma igång med behandlingen och välja tekniker. De rekommenderades att använda behandlingsguiden samt informerades i tillämpliga fall om att sömnrestriktion och stimuluskontroll är de metoder som brukar ge störst effekt (Öst, 2006). Samtal 2 till 5 användes huvudsakligen till att stödja deltagarna i teknikval, uppmuntra och svara på frågor. Samtal 6 fokuserade på att sammanfatta behandlingen och på återfallsprevention. Till samtliga samtal hade deltagaren i hemuppgift att fylla i och mejla in en sömndagbok till behandlaren. Sömndagboken gick behandlare och deltagare igenom under varje behandlingssamtal. Några samtal drog över tiden med mellan 1 och 5 minuter. Andra samtal var kortare än 15 minuter, beroende på att allt som behövdes tas upp var avhandlat.

Behandlare för behandlingsgruppen med stöd var uppsatsförfattarna, som vid tiden för studien gick på tionde terminen på psykologlinjen och båda hade grundläggande utbildning i kognitiv beteendeterapi. Behandlarna hade handledning med Susanna Jernelöv, leg. psykolog och doktorand vid Karolinska Institutet.

Databearbetning

Samtliga skalor och formulär fylldes i på Internet och det materialet existerar enbart som datafiler, inte i pappersform. Internetformatet gjorde att deltagaren var tvungen att fylla i alla frågor, varför inga enskilda itemsvar saknas i för- och eftermätningens formulären. Några av bedömningsformulären innehöll frågor där deltagaren kunde svara mer fritt, vilket i vissa fall gett uteblivna eller ungefärliga svar.

Studien genomfördes med en experimentell, mellangrups pretest-posttest-design. Grupperna som jämförs är behandlingsgruppen med behandlarstöd, behandlingsgruppen utan behandlarstöd och kontrollgruppen på väntelista. Analysen är en så kallad "intent-to-treat"-analys med framräknade förmätningssvar, vilket innebär att vid uteblivna data i eftermätningen har förmätningssvaren för den deltagaren använts även som eftermätning.

Statistikprogrammet SPSS 16.0 användes för den statistiska analysen.

För att jämföra grupperna vid bedömningstillfället, med avseende på ålder, antal år med insomni och grad av sömnproblem (ISI-poäng) gjordes tre envägs oberoende variansanalyser (ANOVA) och med avseende på kön gjordes ett Chi2-test.

De skalor som analyseras i denna examensuppsats är alltså Insomnia Severity Index (ISI), Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS) och Sleep-Related Behaviour Questionnaire (SRBQ). Data analyserades med 3 (grupp) x 2 (tid) ANOVA för respektive skala. Därefter gjordes upprepade t-tester på samtliga skalor, utan att korrigera p-värdet för upprepade mätningar, för att undersöka vilka förändringar som varit signifikanta.

För att estimerar storleken på de signifikanta förändringar som hittats beräknades effektstorlek (Cohens d). Formeln som använts är $d = (M_x - M_y) / ((SD_x + SD_y) / 2)$ för effektstorlek mellan grupperna x och y (Andersson, 2003). Enligt Öst (2006) motsvarar $d \approx 0,2$ liten effekt, $d \approx 0,5$ måttlig effekt och $d \approx 0,8$ stor effekt.

Etiska överväganden

En etikansökan avseende studien prövades av etikprövningsnämnden i februari 2008 med godkänt resultat. Deltagande i studien är frivilligt och det har inte inneburit någon invasiv undersökning. Deltagarna har informerats om att metoderna är väl beprövade och har gett goda resultat för personer med insomni, men att god sömn inte kan utlovas. En etisk risk var att personer med behov av andra, medicinska behandlingar kunde komma att inkluderas i studien. Exempel på detta är sömnapné och narkolepsi. Därför inkluderas frågor om detta och om sjukdomar som kan ge sömnproblem i enkätmaterial samt i telefonintervjuerna. Boken som behandlingen bygger på inleds också med ett avsnitt om när man bör kontakta läkare. Deltagare som exkluderats har i förekommande fall informerats om att de bör utreda eller söka hjälp för sin åkomma.

Risken för biverkningar är mycket liten med denna behandling. Ökad sömnbrist när man börjar använda vissa tekniker är vanligt, men sömnbristen fyller en funktion och deltagarna förvarnas om detta när de väljer tekniken. I behandlingsboken understryks att deltagaren kan behöva undvika till exempel bilkörning under en period med ökad trötthet.

Det är möjligt att deltagare upplever enkätfrågorna som ansträngande eller på annat sätt besvärande att fylla i. Formulären är vanligt förekommande i sömnstudier och relevanta för studiens genomförande. Deltagare som upplever enkätmaterial som negativt har möjlighet att avbryta sitt deltagande.

Internetsajten som använts är av säkerhetsskäl krypterad och har SSL-certifikat. Då den huvudsakliga kommunikationen med deltagare skett via e-post rekommenderades e-postleverantören Hushmail (www.hushmail.com), som krypterar e-postmeddelanden, för personer som ville öka säkerheten vid kontakt med forskarna.

Förfarandet att en behandlingsgrupp får behandlarstöd, medan den andra behandlingsgruppen och senare kontrollgruppen inte får det, motiveras av vetenskapliga skäl (man vill veta om behandlarstöd är nödvändigt för att nå en behandlingseffekt, för eventuellt framtida kliniskt bruk) och försvaras etiskt av att deltagarna informerats om

detta när de väljer att delta i studien. De kan också närhelst de vill avbryta sitt deltagande och söka terapeutstöd hjälp på annat håll.

Deltagarna i kontrollgruppen kommer att påbörja sin behandling tre månader efter det att behandlingsgrupperna avslutat den sex veckor långa behandlingen. Detta motiveras av att det är viktigt att få reda på hur behandlingsresultaten förhåller sig till spontana förbättringar över tid. Man vet att inom psykiatriska områden, också insomni, förekommer inte sällan spontana förbättringar, varför det är viktigt att i så stor utsträckning som möjligt kontrollera för dessa i denna studie. I den kliniska vardagen går personer med insomni ofta obehandlade i många år, både på grund av att de inte söker hjälp och att hjälp inte finns att få, vilket gör väntetiden tre månader förhållandevis kort. Vi var medvetna om den ökade risken för avhopp från studien (personer i kontrollgruppen söker behandling eller skaffar boken i en bokhandel under väntetiden), men kontrollerar för det i de statistiska beräkningarna.

Hänsyn tas till etiska frågor kring sekretess på Internet. All information skyddas enligt personuppgiftslagen (PUL) och deltagarna har möjlighet att ställa frågor om detta till studiens kontaktperson.

Resultat

Bortfall

78 deltagare inkluderades initialt i denna uppsatsstudie och randomiserades till tre grupper om 26 personer; behandlingsgrupp med stöd, behandlingsgrupp utan stöd och kontrollgrupp på väntelista. Efter randomisering skedde ett initialt bortfall på fyra deltagare på grund av administrativa misstag. Se Tabell 1 för slutlig grupp fördelning.

Tabell 1. Antal deltagare vid behandlingens start (behandlingens slut).

Behandlingsgrupp med stöd	Behandlingsgrupp utan stöd	Kontrollgrupp	Totalt
24 (24)	25 (25)	25 (22)	74 (71)

Under behandlingstiden meddelade två deltagare att de önskade utgå ur studien, en i kontrollgruppen och en i behandlingsgruppen utan stöd. Personen som utgick ur kontrollgruppen har ej genomfört eftermätningarna och personen som ingick i behandlingsgruppen utan stöd har genomfört dem på vår anmodan. Resterande bortfall (två personer) beror på att personerna inte fyllt i eftermätningens formulären i tid. Detta bortfall bedöms som så litet och jämt fördelat över grupperna att ingen bortfallsanalys genomförts. För de tre personer vars efterdata saknas har förmätningens data använts som efterdata i en ”intent-to-treat”-analys.

Deltagarna

Tabell 2 sammanfattar deskriptiv statistik avseende utvalda demografiska och kliniska variabler hos de 74 deltagare som påbörjade deltagande i denna uppsatsstudie. Data kommer från bedömningsformulären. Avseende sömnproblemets varaktighet är antalet år en uppskattning, eftersom deltagarna fick svara i fritext och ungefärliga svar har tolkats. Svaren ”cirka 4 år” och ”över 1 år” har tolkats som 4 år respektive 1 år, ”flera år” som 3 år och ”20-25 år” som 22,5 år.

Av de bedömda deltagarna i studien (N = 74) rapporterade 55% någon annan somatisk sjukdom eller psykologiskt besvär. 48% av de 74 deltagarna rapporterade besvär med stress eller utmattningssyndrom. 36% rapporterade någon eller några av de somatiska besvären diabetes, KOL, cancer, astma, kronisk smärta, nocturi och infektionssjukdom. Vi jämförde de tre grupperna med hjälp av ANOVA och Chi2-test för att se om de skiljde sig signifikant från varandra beträffande kön, ålder, ISI-poäng och sömnproblemens varaktighet vid bedömningen. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende någon av dessa variabler.

Tabell 2. *Beskrivning av behandlingsgruppen med stöd, behandlingsgruppen utan stöd, kontrollgruppen samt hela den studerade gruppen med avseende på ålder, kön, insomnins varaktighet, ISI-poäng, utbildning samt sysselsättning.*

Variabel	BG1 (N = 24)	BG2 (N = 25)	KG (N = 25)	Totalt (N = 74)
Ålder (år)				
M	52,3	48,4	44,8	48,5
SD	10,8	11,5	18,0	14,0
Kön				
Kvinnor	19	22	22	63 (85 %)
Män	5	3	3	11 (15 %)
Insomnins varaktighet (år)				
M	12,7	11,9	11,5	12,02
Range	0,67-60,0	0,75-56,0	0,25-34,0	0,25-60,0
ISI-poäng				
M	18,6	18,6	17,3	18,2
SD	4,0	3,6	3,2	3,6
Utbildning				
Grundskola/ folkskola	1	3	0	4 (5 %)
Gymnasium/ folkhögskola/ komvux	8	10	10	28 (38 %)
Högskola/ universitet	15	11	15	41 (55 %)
Annat	0	1	0	1 (1 %)
Sysselsättning				
Arbetar/ egen företagare/ studerar	12	15	12	39 (53 %)
Sjukskriven/ sjukpensionär/ e dy	7	4	1	12 (16 %)
Pensionär/ förtidspensionär	4	5	6	15 (20 %)
Annat	1	1	6	8(11%)

BG1 = Behandlingsgrupp med stöd, BG2 = Behandlingsgrupp utan stöd, KG = Kontrollgrupp.

Insomnins svårighetsgrad

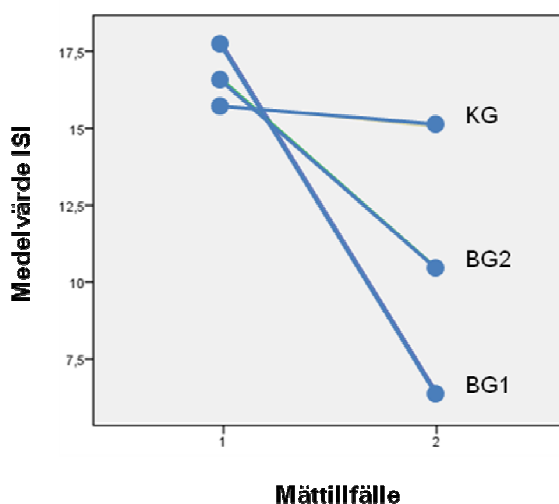
Nedan redovisas resultaten för mätinstrumentet ISI. Se tabell 3 för medelvärden, standardavvikelser och F -värden.

Tabell 3. Medelvärden, standardavvikelser samt F -värden för ISI vid för- och eftermätning för behandlingsgruppen med stöd, behandlingsgruppen utan stöd och kontrollgruppen.

	Förmätning		Eftermätning		
Grupp (N)	M (SD)	M (SD)	$F(G)$	$F(T)$	$F(I)$
BG1 (24)	17,71 (3,68)	6,46 (3,87)	5,97**	132,94***	34,68***
BG2 (25)	16,60 (3,81)	10,48 (4,50)			
KG (25)	15,64 (3,49)	15,04 (4,50)			
Total (74)	16,64 (3,71)	10,70 (5,52)			

BG1 = Behandlingsgrupp med stöd, BG2 = Behandlingsgrupp utan stöd, KG = Kontrollgrupp
 $F(G)$ = F -värdet för grupp, $F(T)$ = F -värde för tid, $F(I)$ = F -värde för interaktionseffekten grupp x tid
 Frihetsgrader grupp $df = (2, 71)$, tid $df = (1, 71)$, interaktionseffekt $df = (2, 71)$
 Signifikansnivåer p : * < .05 ** < .01 *** =<.001

En variansanalys, ANOVA, visade på en signifikant huvudeffekt av tid, en minskning skedde från för- till eftermätning. ANOVA visade en signifikant huvudeffekt av grupp, dvs grupperna skilde sig åt. En signifikant interaktionseffekt av grupp x tid framkom (se Figur 2).



Figur 2. Resultaten på ISI vid för- respektive eftermätning för behandlingsgrupp med stöd (BG1), behandlingsgrupp utan stöd (BG2) och kontrollgrupp (KG).

Oberoende t-test mellan grupperna visade en signifikant medelvärdeskillnad före behandling, mellan BG1 och KG, ($t(47) = 2,02$; $p < 0,05$), dvs BG1 hade något högre poängsumma = något svårare insomni, mätt med ISI. Efter behandlingsperioden fanns signifikanta skillnader mellan KG och BG2 ($t(48) = 3,61$; $p < 0,01$), mellan KG och BG1 ($t(47) = 7,14$; $p < 0,001$), samt mellan BG2 och BG1 ($t(47) = 3,32$; $p < 0,01$).

Beroende t-tester inom grupperna förmätning – eftermätning visade en signifikant förbättring över tid för BG1 ($t(23) = 11,91$; $p < 0,001$) och för BG2 ($t(24) = 6,56$; $p < 0,001$) men ingen signifikant förbättring för KG.

Kontrollerad effektstorlek d är för KG jämfört med BG1 = 2,05 och för KG jämfört med BG2 = 1,01.

Dysfunktionella föreställningar och attityder kring sömn

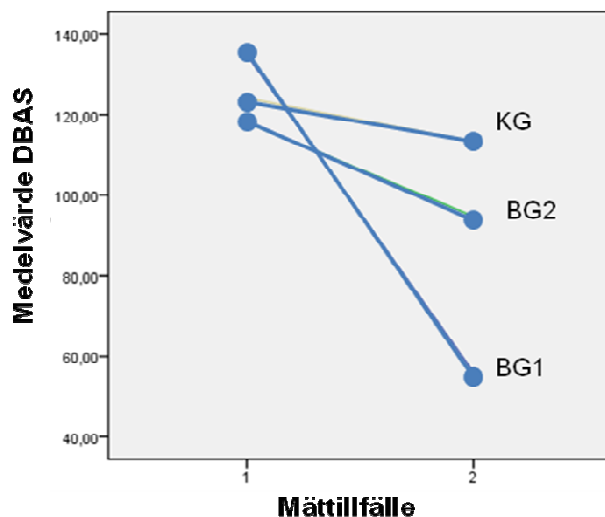
Nedan redovisas resultaten för mätinstrumentet DBAS. Gruppen hade två extremvärden på förmätningens data. Tabell 4 visar resultaten av ANOVA för hela gruppen, inklusive dessa två extremvärden.

Tabell 4. Medelvärden, standardavvikelser och F-värden för DBAS vid för- och eftermätning för behandlingsgruppen med stöd, behandlingsgruppen utan stöd och kontrollgruppen.

Grupp (N)	Förmätning		Eftermätning		
	M (SD)	M (SD)	$F(G)$	$F(T)$	$F(I)$
BG1 (24)	134,92 (26,79)	56,04 (28,66)	5,52**	103,71***	33,80***
BG2 (23)	114,24 (36,66)	91,36 (41,11)			
KG (22)	127,16 (31,61)	117,80 (33,43)			
Total (69)	125,31 (32,61)	88,84 (42,72)			

BG1 = Behandlingsgrupp med stöd, BG2 = Behandlingsgrupp utan stöd, KG = Kontrollgrupp
 $F(G)$ = F-värdet för grupp, $F(T)$ = F-värde för tid, $F(I)$ = F-värde för interaktionseffekten grupp x tid
 Frihetsgrader grupp $df = (2, 71)$, tid $df = (1, 71)$, interaktionseffekt $df = (2, 71)$
 Signifikansnivåer p : * $< .05$ ** $< .01$ *** $= < .001$

En variansanalys, ANOVA, visade på en signifikant huvudeffekt av tid, en minskning skedde från för- till eftermätning. ANOVA visade en signifikant huvudeffekt av grupp, dvs grupperna skilde sig åt. En signifikant interaktionseffekt av grupp x tid framkom (se Figur 3).



Figur 3. Resultaten på DBAS vid för- respektive eftermätning för behandlingsgrupp med stöd (BG1), behandlingsgrupp utan stöd (BG2) och kontrollgrupp (KG).

En ny ANOVA gjordes efter att de två extremvärdena tagits bort ur datamaterialet. Resultatet visade samma signifikansnivåer för F-värdena som redovisas ovan, dvs extremvärdena hade ingen effekt på resultatet i stort.

Oberoende t-test mellan grupperna visade en signifikant skillnad före behandling mellan BG1 och BG2 ($t(47) = 2,25; p < 0,05$), dvs BG1 hade något högre poängsumma på DBAS. Efter behandlingsperioden fanns signifikanta skillnader mellan KG och BG1 ($t(47) = 6,93; p < 0,001$), mellan BG1 och BG2 ($t(47) = 3,47; p = 0,01$) och mellan BG2 och KG ($t(48) = 2,50; p < 0,05$).

Beroende t-tester inom grupperna förmätning – eftermätning visade en signifikant förbättring över tid för BG1 ($t(23) = 11,11; p < 0,001$), för BG2 ($t(24) = 3,02; p < 0,01$) och för KG ($t(24) = 2,72; p < 0,05$).

Kontrollerad effektstorlek d är för KG jämfört med BG1 = 1,99 och för KG jämfört med BG2 = 0,71.

Sömnrelaterade beteenden

Nedan redovisas resultaten för mätinstrumentet SRBQ. Se tabell 5 för medelvärden, standardavvikelser och F -värden.

Tabell 5. Medelvärden, standardavvikelser och F -värden för SRBQ vid för- och eftermätning för behandlingsgruppen med stöd, behandlingsgruppen utan stöd och kontrollgruppen.

	Förmätning	Eftermätning			
Grupp (N)	M (SD)	M (SD)	$F(G)$	$F(T)$	$F(I)$
BG1 (24)	86,63 (12,41)	57,71(14,78)	3,77	84,14***	26,94***
BG2 (23)	78,04 (12,63)	67,60 (16,71)			
KG (22)	81,68 (12,39)	79,44 (12,23)			
Total (69)	82,05 (12,80)	68,39 (17,01)			

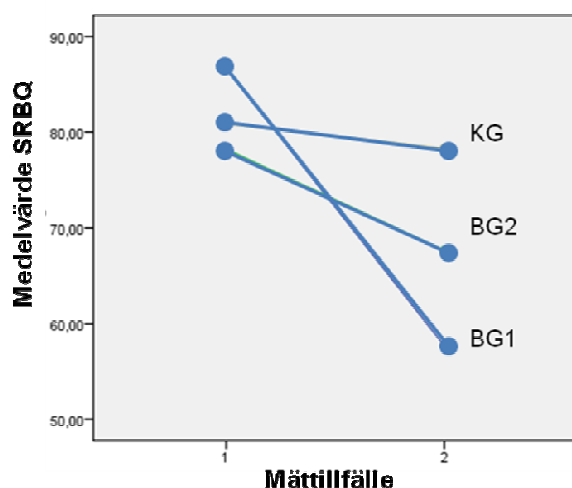
BG1 = Behandlingsgrupp med stöd, BG2 = Behandlingsgrupp utan stöd, KG = Kontrollgrupp

$F(G)$ = F -värdet för grupp, $F(T)$ = F -värde för tid, $F(I)$ = F -värde för interaktionseffekten grupp x tid

Frihetsgrader grupp $df = (2, 71)$, tid $df = (1, 71)$, interaktionseffekt $df = (2, 71)$

Signifikansnivåer p : * < .05 ** < .01 *** =<.001

En variansanalys, ANOVA, visade på en signifikant huvudeffekt av tid, en minskning skedde från för- till eftermätning. ANOVA visade ingen huvudeffekt av grupp, dvs grupperna skilde sig inte åt. En signifikant interaktionseffekt av grupp x tid framkom (se Figur 4).



Figur 4. Resultaten på SRBQ vid för- respektive eftermätning för behandlingsgrupp med stöd (BG1), behandlingsgrupp utan stöd (BG2) och kontrollgrupp (KG).

Oberoende t-test mellan grupperna visade en signifikant skillnader före behandling mellan BG2 och BG1 ($t(45) = 2,29$; $p < 0,05$), där BG1 hade högre poäng, dvs använde fler strategier för att hantera sin sömn, än BG2. Mellan övriga grupper fanns inga signifikanta skillnader vid förmätningen. Efter behandlingsperioden fanns signifikanta skillnader mellan KG och BG2 ($t(39,5) = 2,43$; $p < 0,05$), mellan KG och BG1 ($t(44) = 5,16$; $p < 0,001$) och mellan BG2 och BG1 ($t(45) = 2,13$; $p < 0,05$).

Beroende t-tester inom grupperna förmätning – eftermätning visade en signifikant förbättring över tid för BG1 ($t(23) = 9,10$; $p < 0,001$) och för BG2 ($t(24) = 3,92$; $p = 0,001$) men ingen signifikant förbättring för KG.

Kontrollerad effektstorlek d är för KG jämfört med BG1 = 1,61 och för KG jämfört med BG2 = 0,82.

Klinisk förbättring

För att få en uppfattning om klinisk förbättring har vi valt att titta på hur många som befann sig innanför den kliniska spännvidden ("range") före respektive efter behandlingsperioden. Tabell 6 visar hur många deltagare som hade över 10 poäng på ISI vid för- och eftermätningen. De som hade 10 poäng eller mindre efter behandling hade inte längre den grad av insomni som vid bedömningen krävdes för inklusion i studien. Här används bara data från de som fyllt i eftermätningen, N=71.

Tabell 6: Antal (och procentandel) personer i respektive grupp som hade över 10 poäng på ISI (inklusionskriterium för studien) vid förmätning respektive eftermätning.

	Förmätning	Eftermätning
Grupp (N)	N (%)	N (%)
BG1 (24)	23 (96%)	3 (12,5%)
BG2 (23)	22 (96%)	12 (52%)
KG (22)	20 (91%)	18 (82%)

BG1 = Behandlingsgrupp med stöd, BG2 = Behandlingsgrupp utan stöd, KG = Kontrollgrupp

Tabell 6 visar att över 90 % av deltagarna hade insomni före behandlingen, medan antalet med insomni i BG1 minskat kraftigt och i BG2 halverats efter behandlingsfasen. Kontrollgruppen kvarstod på en hög andel med insomni, allt enligt kriteriet att man har insomni om man har mer än 10 poäng på skalan ISI.

Diskussion

Syftet med studien var undersöka två behandlingar mot insomni (med respektive utan telefonstöd), och jämföra dem med varandra och en kontrollgrupp på väntelista. Resultaten bekräftar hypoteserna att behandlingarna ger bättre effekt än väntelista, och att självhjälpsbehandling med stöd av behandlare ger bättre effekt än utan stöd. Vad vi finner är kraftiga och tydliga effekter för behandlingsgrupperna på graden av insomni, mängden och graden av dysfunktionella attityder och tankar om sömn samt frekvensen av sömnrelaterade beteenden. Behandlingsgruppen med stöd fick större effekter än behandlingsgruppen utan stöd.

Diskussion av resultaten

Behandlingsgrupperna har förbättrats på samtliga mått och effektstorlekarna är anmärkningsvärt stora. Resultaten skulle kunna förklaras av att behandlingsgruppen med stöd styrdes in mer på de effektivare komponenterna i behandlingen – sömnrestriktion och stimuluskontroll. De ovanligt stora effektstorlekarna bör bero på att behandlingen fungerat väldigt bra, eftersom kontrollgruppen inte förbättrats signifikant (eller alls) på två av tre mått. (Kontrollgruppen har förbättrats signifikant på ett av måtten, vilket diskuteras längre ned i kapitlet, i avsnittet om mätinstrument.) En annan förklarande faktor kan vara att behandlingsgruppen med stöd påverkats av att de känner lojalitet med sin behandlare.

Det centrala måttet i studien är ISI. Det beror på att ISI frågar om *hur* man sover, och hur mycket man lider av det, vilket är vad insomnidiagnosens kriterier handlar om. Resultaten på ISI är också de mest övertygande i den här studien och visar en stor förbättring i båda behandlingsgrupperna och ingen förbättring alls för kontrollgruppen. DBAS och SRBQ mäter dysfunktionella kognitioner respektive beteenden relaterade till sömn, vilket gör tolkningen av resultaten mer komplex.

DBAS har stora varianser för alla grupper i förmätningen, och mycket stora varianser för behandlingsgrupperna i eftermätningen. Det är rimligt att anta att det finns en stor variation i hur medvetna människor är om sina tankar, och hur villiga de är att redovisa tankarna för andra. För en del är det antagligen lättare att ange till exempel hur svårt man har att somna på kvällen (som ISI frågar om) än vilka tankar man har kring sömnen på kvällen (som DBAS frågar om). Enklare uttryckt: alla är beredda att ange ”jag kan inte somna” men alla är inte beredda att, eller kan inte, ange ”jag har oroande tankar om min sömnbrist”. Dessutom har en viss poäng på ISI varit ett inklusionskriterium, medan DBAS inte funnits med vid bedömningen och därför medger en större spridning.

Metodvalets påverkan på resultaten

Studien genomfördes med en experimentell, mellangrupps pretest-posttest-design. Uppsatsen omfattar en mindre del av en större studie. Den större studien har 133 deltagare, vi har använt material från 74 av dem. Den större studien har fler formulär, bland annat om allergisymptom, och dessutom sömndagböcker som ger mått på själva sovandet. Eftersom behandlingsperioden startat vid olika tidpunkter för deltagarna hade vi inte möjlighet att ta med data från alla 133 deltagare, utan valde de 74 som blev klara med sin behandling inom en rimlig tidsperiod. Författarna har valt att använda de tre skalor som har mest fokus på sömn, och utelämnat andra data (om t.ex. allergier, utvärdering av behandlingen och sömndagböcker), eftersom det är en mycket stor datamängd som inte är rimlig att ha med i en examensuppsats.

Urvalet

Studien riktade sig till alla myndiga personer med sömnproblem i Sverige. Genom att inte ställa kravet att insomnin ska vara primär eller allvarlig har studien kommit närmare ett urval som liknar den population som boken riktar sig till: personer med olika grader av sömnproblem som antingen inte vill eller kan få vård den traditionella vägen. Den växande grupp som helst sköter sin hälsa på egen hand (med hjälp av till exempel internet och böcker) kan tänkas ha lockats av studiens upplägg. Eftersom studien inte kräver någon geografisk placering eller förflyttning möter vi också grupper i glesbygden. Det bör vara en styrka med studien att urvalet gått till på detta sätt.

Den största tillströmningen av intresseanmälningar till studien kom efter ett TV-inslag på TV4:s förmiddagsprogram Efter tio. Programmet riktar sig främst till kvinnor och sänds på dagtid. Detta kan ha påverkat att urvalet till största del består av kvinnor, samt att en inte obetydlig del av deltagarna är hemmavarande p.g.a. sjukdom eller för att de gått i pension. Man kan argumentera för att detta skulle göra urvalet mindre representativt för populationen insomniker, samtidigt kan man argumentera för motsatsen – det är just den här gruppen som är mest drabbad av sömnproblem (Morin, 1993; Socialstyrelsen, 2005), och det kan vara fullt rimligt och till och med representativt att studien har detta urval.

Av deltagarna i studien är det 55% som har rapporterat en eller flera andra fysiska eller psykiska besvär. De flesta studier tar inte med deltagare med komorbiditet, eller begränsar i alla fall starkt hur sjuk man får vara och vilka sjukdomar man får ha. Tidigare studier visar både att det är mycket vanligt med insomni vid andra sjukdomar, och att insomniker ofta har andra besvär (bl. a. Morin, 1993). Att den här studien tillåter andra samtidiga besvär hos deltagarna är därför en styrka med urvalet. Däremot försvårandes bedömningen av den stora komorbiditeten i urvalet. Dels det är svårt att dra gränsen för hur svårt sjuk man får vara för att ändå kunna anses ha nytta av behandlingen. Dels är det svårt att bedöma i vilka fall insomnin beror helt och hållet på någon annan sjukdom, och inte kan förväntas förbättras om inte den underliggande sjukdomen botas eller går över (Morin, 1993).

Man kan kritisera bedömningsförfarandet för att ingen läkarundersökning gjorts. Eftersom studien inte riktar sig bara till personer med primär insomni, utan till personer som själva anser sig ha problem med sömnen i någon grad och som kan ha andra sjukdomar, bedömdes att en läkarbedömning inte hade tillfört tillräckligt mycket för att det skulle vara värt att spridningen i landet och deltagarantalet begränsats. Telefonintervju istället för personligt möte valdes av samma skäl.

Mätmetoderna och analysen

Det stora antal skalor och enkäter som deltagarna fyllt i är både en styrka och en svaghet med studien. Att fylla i en stor mängd formulär kan antas öka chansen att man genomför samtliga mätningar, eftersom man investerat tid och engagemang. Det har förstås också fördelen att det gett ett gediget datamaterial med stora möjligheter till analyser utöver de som görs i denna uppsats. En svaghet med den stora mängden formulär är att en del personer som annars skulle matchat urvalskriterierna inte orkat ta sig igenom alla frågor. Fördelarna med många formulär bedömdes dock överväga över nackdelarna. För att kunna genomföra en studie måste man trots allt ha deltagare som är villiga att genomföra alla steg.

Alla formulär har fyllts i via internet, vilket ger en del fördelar. Man kan ta in mycket mer data eftersom all data lagras på en server och kan läggas in i statistikprogrammet med ett par enkla handgrepp – ingen manuell och tidsödande dataregistrering alltså. Det har också fördelen att man inte tillför några fel i data genom hanteringen. Med det internetverktyg vi har använt kan man också se till att alla frågor *måste* besvaras innan man kommer vidare i materialet, vilket ger kompletta data. Nackdelen med internetbaserade formulär är att personer som saknar dator och internetuppkoppling, eller är mycket datorovana, inte kan delta i studien. Eftersom internetanvändandet är mycket utbrett i Sverige bedömer författarna att urvalet inte begränsats anmärkningsvärt

av detta. Författarna har också fungerat som IT-stöd till många av deltagarna under studien (vid ifyllandet av sömndagböcker i programmet excel) och kan efter det konstatera att man kan ha mycket begränsade kunskaper om datoranvändande, men ändå klara av att fylla i formulären. Detta måste ses som ett gott betyg till dem som skapat verktyget, och signalerar att det är viktigt med ett användarvänligt verktyg för den här sortens studier.

Mätinstrumenten i för- och eftermätningarna är studerade med avseende på reliabilitet och validitet. Samtliga har godkända psykometriska egenskaper. ISI och DBAS används ofta vid forskning om insomni, och SRBQ är relativt vanligt förekommande. Vid bedömningen har en del formulär använts som skapats för den här studien: frågor om faktorer som påverkar sömnen samt praktiska frågor om till exempel tillgång till internet. Dessa är inte undersökta med avseende på validitet och reliabilitet. För att minska risken för fel i dessa formulär gjordes också en omfattande bedömningsintervju per telefon, vilket väsentligt höjer kvaliteten på bedömningen.

Vid den typ av formulär som ställer frågor om attityder och beteenden finns alltid en risk att formuläret i sig har effekter på resultatet. Frågorna i DBAS och SRBQ är sådana, att man ganska lätt kan räkna ut vilka attityder respektive beteenden som är ”önskvärda” om man vill ha god sömn. Det kan därför inte uteslutas att en del av effekten som dessa skalor visar på beror på att man fyllt i dem två gånger (författarna har sökt information om test-retestreliabilitet för DBAS och SRBQ men inte funnit några data). Antingen är den eventuella effekten av formulären enbart beroende på igenkänning och att man ”lärde sig” hur man borde svara vid första tillfället, alltså någon sorts social önskvärdhet som påverkan, eller också beror en eventuell effekt på att man lärt sig av formuläret och faktiskt genom det ändrat sin attityd och sina beteenden, och att effekten så att säga är verklig. Detta skulle delvis kunna vara en förklaring till varför kontrollgruppen också förbättrats på måttet DBAS under perioden.

Skalan SRBQ har en annan inbyggd potentiell felkälla: många av frågorna handlar om beteenden där man t.ex. försöker distrahera sig från tankar om sömnen eller skjuta bort tankar om sömnen. Det kan anses dysfunktionellt och vidmakthållande om det görs som ett undvikande. Efter en behandling kan man dock använda speciella tekniker som syftar till just distraktion och att man inte ska tänka på sömnen (t.ex. visualisering), vilket inte anses dysfunktionellt, men kan ge höga poäng på dessa frågor. Eftersom SRBQ visar signifikanta förbättringar (minskningar) för behandlingsgrupperna men inte för kontrollgruppen, är detta förmodligen en försumbar felkälla.

Analysen av data är en så kallad ”intent-to-treat”-analys, där förvärdena för de som inte fyllt i eftermätningen räknats fram, d.v.s. de används också som eftervärden. Detta anses vara en konservativ metod, vilket stärker resultatens värde.

Resultaten i förhållande till annan forskning och teori

Resultaten är i linje med tidigare studier av självhjälp mot insomni vad gäller att behandlingen haft effekt och det finns signifikanta skillnader mellan grupperna (bl.a. Mimeault & Morin, 1999; Ström et al., 2004). Det som skiljer sig mest åt mellan denna studie och tidigare studier är effektstorlekarna. Som jämförelse kan nämnas att Ström et al. (2004) i sin studie av internetbaserad självhjälp fick en kontrollerad effektstorlek (Cohen's d) för DBAS på $d = 0.80$ mellan kontrollgrupp och internetbehandling med stöd via e-post. I den här studien uppmättes en kontrollerad effektstorlek mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp med stöd på $d = 1,99$ för DBAS. Mimeault och Morin (1999) fick i sin studie av biblioterapi med och utan telefonstöd en kontrollerad effektstorlek mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp med stöd på $d = 1,50$ för den skala som uppfattas som föregångare till DBAS, och $d = 1,20$ för en snarlik föregångare till ISI. I denna studie var motsvarande effektstorlek för ISI $d = 2,05$. Skillnaderna mellan Ström et al. och Mimeault och Morin, sammanvägt med våra resultat, kan tyda på att stöd via telefon är en betydligt mer kraftfull intervention än stöd via e-post. Utöver det kan skillnaderna bero på en mängd faktorer, till exempel att de olika behandlingarna haft olika material (bok, häften respektive internetbaserade instruktioner), olika manualer för stödet, olika behandlare samt, förstås, ett annat urval.

Om man jämför självhjälsbehandlingen i den här studien med KBT som individuell terapi kan konstateras att båda har effekt. Murtagh och Greenwood (1995) fann, som beskrevs i inledningen, att terapeutledd individuell KBT hade effekt på sömnmått som insomningstid och sömnkvalitet (som rapporteras av deltagaren i en sömndagbok). Många studier av KBT mot insomni fokuserar på sömnmått från sömndagbok, som kan ses som mer objektivt mätbara än de mått vi använt, vilka mer speglar deltagarens syn på och tankar kring sin sömn. Man kan diskutera vilka mått som är mest relevanta för en studie. Den vedertagna standarden för behandlingsstudier om insomni är att använda sömnmått från sömndagböcker. Mot detta kan man invända att insomni handlar om hur man uppfattar sin sömn, om man är nöjd eller missnöjd, och man kan därför se mått på hur man tänker kring sömnen som mer relevanta än mått på hur mycket man faktiskt sover. En person kan sova i stort sett lika mycket eller lite efter som före en behandling, men anser inte längre att sömnen är ett problem, och har därför inte längre insomni. Speciellt måttet ISI, som frågar efter hur stora problem man anser sig ha med insomning och uppvaknanden, kan hävdas vara mer relevant än sömnmått från sömndagbok för hur lyckad en behandling är. Författarna kan dock inte jämföra studiens ISI-resultat med ISI för terapeutledd individuell KBT, eftersom sådana studier verkar saknas.

Slutsatser och vidare forskning

Slutsatsen av den här studien är att självhjälp i form av en bok är en lovande behandling mot insomni. Speciellt lovande är resultaten om man får stöd via telefon. Utifrån diskussionen om urvalet drar vi slutsatsen att resultaten av studien bör vara generaliserbara. Resultaten tyder på att det är en bra behandlingsmetod för de som vill hjälpa sig själva, och resultaten bör också vara av stort intresse för primärvården och andra hälsoinstitutioner dit människor med insomni vänder sig.

Effekter av behandlingen över tid kommer att analyseras efter att uppföljningsmätningarna genomförts i höst och planeras resultera i en examensuppsats av Ingrid Andrén och Sofi Sjöholm Jenssen vid Psykologiska institutionen i Stockholm. Planen är att studien i sin helhet ska presenteras i en eller flera artiklar av Susanna

Jernelöv och Viktor Kaldo, där även resterande deltagares resultat kommer att inkluderas. En studie där behandlingsmanualen (självhjälpsboken) används i den kliniska vardagen på en vårdcentral planeras också, för att undersöka användbarheten av metoden i ett primärvårdssammanhang.

Boken i den här studien omfattar, förutom sömnrestriktion och stimuluskontroll som bevisats vara de mest effektiva metoderna mot insomni, en mängd andra metoder (t ex ifrågasättande av tankar och visualisering). De påverkar förmodligen sömnproblemen i en mindre grad, men kan ändå bidra till en bättre sömn. Behandlingsgruppen med stöd har av behandlarna fått en tydlig uppmuntran att välja metoderna sömnrestriktion och stimuluskontroll, och har också klart bästa resultaten. För behandlingsgruppen utan stöd har dessa metoder mer presenterats som något man kan välja eller välja bort, två bland alla andra metoder. Det vore intressant att undersöka vilken effekten skulle bli för behandlingsgruppen utan stöd om dessa tekniker på ett väldigt tydligt sätt presenteras som överlägsna och mest rekommenderade.

Det vore också intressant att i framtida studier leta efter mönster i vilka faktorer som påverkar utfallet av en behandling som den här. Till exempel är det möjligt att deltagare som skattat lägre på depressionsskalan MADRS-S får en annan effekt av behandlingen än deltagare som skattat högre på skalan. Kan utfallet i någon mån prediceras av ett mått som Behandlingens trovärdighet, d.v.s. om den som tror på behandlingen får ett annat utfall än den som är skeptisk? Hur påverkar deltagarens rapportering av sin upplevda stress, eller annan komorbiditet, utfallet? Det är över huvud taget viktigt att ta reda på mer om vad som karakteriserar de som förbättras av en självhjälpsbehandling av den här typen. Sådan kunskap skulle i framtiden kunna ge värdefull information om vilken sömnbehandling som bör erbjudas till vilken person.

Tack ska ni ha

Tack till Susanna Jernelöv och Viktor Kaldo som ligger bakom studien och lät oss vara med i detta spännande projekt! Så roligt och lärorikt det har varit tack vare er! Tack Jonas Ramnerö för god handledning, för helgjurer och ”reality check”! Tack Brjánn Ljótsson och internetgänget på Dahlia Behandlingsutvärdering AB för nattarbete, stöd och ovärderlig hjälp! Tack Ingrid Andrén och Sofi Sjöholm Jenssen för gott samarbete och ert stora engagemang! Tack till våra nära och kära som varit stöttande och ensamma under våren!

Sara och Kerstin
Stockholm 2008-06-04

Referenser

Alpers, J., & Biglan, A. (1979). Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age. *Behavior Therapy*, 10, 347-356.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

Andersson, G. (2003). *Metaanalys*. Lund: Studentlitteratur.

Babor, T., De la Fuente, R., Saunders, J. & Grant, M. (1989). The alcohol use disorders identification test AUDIT – guidelines for use in primary health care. WHO division of mental health, Genève.

Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 53, 737-740.

Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: Comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 653-659.

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.

Bergman, H., & Källmén, H. (2002) Alcohol use among swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 245-251.

den Boer, P.C., Wiersma D. & Van den Bosch, R.J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychol Med* 34, s 959–971.

Borg, E. & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.

Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.

Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28, 193-213.

Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. I S. Spacaban & S. Oskamp (Red.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology* (sid. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.

Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., Jamieson, Andrew O., McCall, W. V, Morin, C.M. & Stepanski, E.J. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, 27(8), 1567-1596.

Espie, C.A., Inglis, S.J., Harvey, L., & Tessler, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 141-148.

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British journal of psychiatry*, 180, 51-60.

Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluations. *Journal of mental health*, 9, 3, 247-255.

- Eysenbach, G., Sa, E. R. & Diepgen, T. L. (1999). Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine. *British Medical Journal*, 319, 1294.
- Ford, D.E. & Kamerow, D.B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *Journal of the American medical Association*, 262, 1479-1484.
- Geiser, D.S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Opublicerad doktorsavhandling, University of Nevada, Reno.
- Höglund, C. O., Axen, J., Kemi, C., Jernelöv, S., Grunewald, J., Muller-Suur, C., Smith, Y., Grönneberg, R., Eklund, A., Stierna, P. & Lekander, M. (2006). Changes in immune regulation in response to examination stress in atopic and healthy individuals. *Clinical & Experimental Allergy*, 36(8), 982-992.
- Jansson, M. & Linton, S. (2006). The role of anxiety and depression in the development of insomnia: Cross-sectional and prospective analyses. *Psychology & Health*. Vol 21(3), s. 383-397.
- Jernelöv, S. (2007). *Sov gott! Råd och tekniker från KBT*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Linton, S.J. (2007) Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. *SBU alert-rapport nr 03*.
- Lundh, L.G., & Broman, J.E. (2000). Insomnia as an interaction between-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic research*, 49, s.1-12.
- Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232.
- Mimeault, V., & Morin, C. M. (1999). Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 511-519.
- Mitler, M.M., Poceta, S., Menn, S. & Erman, M.K. (1991). Insomnia in the chronically ill. I P.J. Hauri (red), *Case studies in insomnia* (s. 223-236). New York: Plenum Press.
- Montgomery, S. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British journal of psychiatry*, 134, 382-389.
- Morin, C. M., (1993). *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York: The Guilford Press.
- Morin, C. M. (1994). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: preliminary scale development and description. *Behavior Therapist*, 17, 163-164.
- Morin, C. M. (2005). Self-help treatment for insomnia: A randomized controlled trial. *Sleep*, 28(10), 1319-1327.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2004). *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Springer science.
- Morin, C.M., Kowatch, R.A. & O'Shannick, G. (1990). Sleep restriction for the inpatient treatment of insomnia. *Sleep*, 13, s 183-186.
- Murtagh, D.R. & Greenwood, K.M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, s 79-89.
- Nilsson, P., Nilsson, J-Å., Hedblad, B. & Berglund, G. (2001) Sleep disturbances in association with elevated pulse rate for the prediction of mortality – consequences of mental strain? *Intern. Med.*, 250:521-520.
- Nilsson, P.M., Rööst, M., Engström, G., Hedblad, B. & Berglund, G. (2004) Incidence of diabetes in middle-aged men is related to sleep disturbances. *Diabetes Care*, 27:2464-2469.

Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97-111.

SCB (2204). *Sjukfrånvaro och Ohälsa i Sverige – en Belysning Utifrån SCB:s Statistik*. Stockholm: SCB.

Ree, M. J., & Harvey, A. G. (2004). Investigating Safety Behaviours in Insomnia: The Development of the Sleep-related Behaviours Questionnaire (SRBQ). *Behaviour Change*, 21(1), 26-36.

Reynolds, C.F., & Kupfer, D.J. (1987). Sleep research in affective illness: State of the art circa 1987. *Sleep*, 10, s 199-215.

Roberti, J.W., Harrington, L.N., & Storch, E.A. (2006). Further psychometric support for the 10-item version of the Perceived Stress Scale. *Journal of college counselling*, 9, 135-147.

Rosa, R., Bonnet, M.H., & Kramer, M. (1983). The relationship of sleep and anxiety in anxious subjects. *Biological Psychology*, 16, s. 119-126.

Smith, M.T., Perlis, M.L., Park, A., Smith, M.S., Pennington, J., Giles, D.E. & Buysse, D.J. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 159, s 5-11.

Socialstyrelsen (2005). Folkhälsorapport 2005. <http://www.socialstyrelsen.se/>

Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 113-120.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.

Tan, T.L., Kales, J.D., Kales, A., Martin, E.D., Mann, L.D. & Soldatos, C.R. (1987). Inpatient multidimensional management of treatment resistant insomnia. *Psychosomatics*, 28, s 266-272.

Woodley, J., & Smith, S. (2006). Safety behaviors and dysfunctional beliefs about sleep: Testing a cognitive model of the maintenance of insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 551-557.

Åkerstedt, T., Kecklund, G., Alfredsson, L. & Selen, J. (2007) Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue. *Journal of Sleep Research*. Vol 16(4), Dec, pp. 341-345.

Öst, L-G. (2006) *KBT Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Bilaga Intervjuguide

Bedömning: (klar för randomisering/tveksam/nej pga)		
Primär insomni	Sekundär insomni till: (ange primärt problem)	Ev kommentar/sammanfattning
Typ av besked (kryssa valt alternativ)	Mejl: du är med i studien (kryssa först efter randomisering) <input type="checkbox"/> Mejl: tyvärr ej med pga <input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/>	

BEDÖMNINGSENTREVJU FÖR KBT VID SÖMNBESVÄR: före behandling

Datum för intervju: 2008-.....-.....

Intervjuare.....

Deltagarens namn.....Telefon.....

MADRS totalpoäng:	ISI totalpoäng:
CORE-OM totalpoäng (se 13 och 23 för extremvärden):	PSS totalpoäng:
Annan allmän info för kännedom (T ex antal år m sömnproblem, arbetstider, ev sjukskrivning)	

Tid för påbörjad intervju:..... avslutad:.....Summa tidsåtgång:.....

(läs ordagrant allt utom det inom parentes)

Hej!

Jag heter och söker Namn Namn. Jag ringer från Karolinska Institutet angående sömnstudien. Jag har tittat på svaren du har gett på formulären på Internet och skulle vilja ställa lite fler frågor. Du har angett att du kan bli intervjuad vi den här tiden, kan vi börja direkt?

(Om Nej, när?

Vad bra! Om vi hjälps åt att vara effektiva så tar intervjun cirka 20-30 minuter. Då har jag ett antal frågor, en del är upprepningar av frågor du svarat på tidigare och en del är sådant vi vill höra lite mer om utifrån vad du svarat. Jag kommer att läsa vissa saker innantill för att alla personer som intervjuas ska få samma frågor, så ibland kan det låta lite stolpigt, och jag kommer att skriva ner dina svar, och det kan ta lite tid ibland. Ska vi börja då?:

1) Hur hörde du talas om den här studien?

.....

2) Behandlingen kommer att genomföras under april och maj i vår. Kommer du att ha praktisk möjlighet att genomgå behandling då, dvs att du inte ska resa bort, eller har för mycket annat? (T ex genomgå annan krävande behandling. OBS! Det viktiga är inte att personen är hemma hela tiden utan att hon/han kan jobba med sin behandling utan avbrott längre än några dagar.)

Ja

Nej

(För fråga 2 och 3: Om personen undrar om man får ändra sig när man fått boken om man då märker att det är för "jobbigt": svara att man under hela studiens gång har rätt att meddela oss att man inte vill fortsätta.)

Kommentarer.....

3) Behandlingen går ut på att läsa en bok och lägga tid på planering och övningar. Har du tid med det? (Om personen frågar hur mycket tid det kommer att ta: förklara att det beror på vilka övningar man väljer att jobba med, men att boken är drygt 200 sidor lång och att man kanske kan räkna med ett par timmar per vecka i fokuserat arbete?)

Ja

Med viss tvekan

Med stor tvekan

Nej

4) Behandlingen kan vara ansträngande och besvären kan tillfälligt öka lite, beroende på vilka metoder du väljer att använda. Känner du dig motiverad att göra den ansträngningen?

Ja

Med viss tvekan

Med stor tvekan

Nej

(Om intervjupersonen blir orolig/undrar över vad det är för metoder – påminn om att vi inte kan beskriva övningar ur boken nu men att personen själv helt kommer att välja vilka metoder hon/han vill använda och att det finns många att välja mellan.)

5) En del av deltagarna i studien kommer ju genom lottnings hamna i det som kallas kontrollgrupp, som innebär att man genomför behandlingen efter sommaren istället för i vår. Om du lottas till kontrollgruppen, kommer du i så fall att kunna vänta med behandling till efter sommaren?

Ja

Med viss tvekan

Med stor tvekan

Nej

(Om någon av frågorna 2-5 besvaras med Nej): Om jag förstått dig rätt betyder det att du inte kan(fyll i beroende på frågan)....., stämmer det? Då kan du tyvärr inte vara med i studien på grund av det/eftersom... (ev förklaring). Då ber jag att få tacka för att du visat intresse så här långt. Vill du vara kvar med din intresseanmälan för eventuella kommande studier?

Ja Nej

(Om ja) Okej, då ska jag ordna det. Har du några frågor innan vi avslutar samtalet? Tack för samtalet, hej då!

- 6) a) Har du tillgång till dator med Internet? Ja Nej
 b) Till programmet Excel? Ja Nej
 c) Till skrivare? Ja Nej
 (Om ingen skrivare hemma, fråga om tillgång. Behöver bara kunna skriva ut en gång.)

(Intervjuversion av ISI:) Nu har jag några korta frågor om din sömn.
 (läs alternativen (lägg till "problem" vid behov), ringa in svaret)

- 7) Skulle du beskriva dig själv som...
 morgonpigga/-människa kvällspigga/-människa (vare sig /både och/vet ej)
- 8) Hur stora problem har du för närvarande att somna på kvällen?
 inga (problem) små ganska stora stora mkt stora
- 9) Hur stora problem har du för närvarande med att du vaknar under natten?
 inga små ganska stora stora mkt stora
- 10) Hur stora problem har du för närvarande med att du vaknar för tidigt?
 inga små ganska stora stora mkt stora

(Om personen svarar Inga problem eller små problem på *samtliga* frågor ovan:)
 Hur kommer det sig att du vill vara med i studien?

.....

- 11) Anser du att du har **praktisk** möjlighet och tillräckligt bra **situation** för att sova bra? (Du jobbar inte så länge att det knaprar in på din sömntid/Det är inte någon som håller dig vaken?/Det är inte en bilväg eller något annat som stör?)
 Ja Nej Tveksam/Vet ej.....

Nu har vi några frågor till där vi vill att du anger vilket svar som passar bäst in på dig (ringa in):

- 12) Hur nöjd eller missnöjd är du med hur du sover? (läs alternativen, ringa in svaret)
 Mkt nöjd Nöjd Neutral Missnöjd Mkt missnöjd
- 13) Hur mycket försämras din funktion under dagen av dina sömnproblem, t ex att du är trött, hur du fungerar på arbetet (din koncentration, ditt minne, ditt humör) o.s.v.?
 Inte alls Lite En del Mycket Våldigt mycket
- 14) Gör dina sömnsvårigheter att du dagtid lider av:
 a. utmattning (fatigue)
 Ja Nej Tveksamt/Vet ej
 b. uppmärksamhets-, koncentrations- eller minnessvårigheter
 Ja Nej Tveksamt/Vet ej
 c. svårigheter socialt eller på jobbet/i skolan
 Ja Nej Tveksamt/Vet ej
 d. förändringar i humöret eller irritation
 Ja Nej Tveksamt/Vet ej
 e. sömnighet dagtid
 Ja Nej Tveksamt/Vet ej

- f. förlust av motivation/energi/initiativförmåga
Ja Nej Tveksamt/Vet ej
- g. att du gör misstag eller råkar ut för olyckor på arbetet eller vid bilkörning
Ja Nej Tveksamt/Vet ej
- h. spänningshuvudvärk och/eller problem med magen
Ja Nej Tveksamt/Vet ej
- i. oro kring din sömn
Ja Nej Tveksamt/Vet ej

15) Hur bekymrad är du över dina nuvarande sömnproblem?

Inte alls Lite Ganska Mycket Våldigt mycket

16) (Om personen helt saknar symptom och är nöjd) Hur kommer det sig att du vill vara med i studien?

.....
.....

17) Nu har jag några frågor om hur dina sömnproblem startade.

a) Var det något som hände eller några särskilda omständigheter som du kopplar till att du fick sömnproblem?

.....
.....

b) När var det? (Årtal och månad)

c) Har sömnproblemen varierat sedan dess?

.....
.....

d) Finns det något som du märkt gör sömnproblemen värre eller bättre?

.....
.....

e) Hur mycket värre respektive bättre?

.....
.....

18) Och så har jag några frågor om hur du sovit tidigare.

a) Hur var din sömn under barndomen? (före 10 års ålder?)

.....
.....

b) (Om normal sömn under barndomen:) Hur var din sömn i vuxen ålder, innan du fick de sömnproblem du berättat om nyss?

.....
.....

c) (Om relevant:) Hur många tidigare episoder med sömnproblem har du haft? När? (Årtal och månad)

.....
.....

d) (Om tidigare episoder:) Vad gjorde då att episoderna gick över?

.....
.....

Nu kommer några frågor om hur sömning du är på dagen. Jag kommer att ge exempel på olika situationer och be dig svara på. Hur troligt det är att du skulle slumra till eller somna i de situationerna. Dina svarsalternativ är: (0) Aldrig, (1) liten risk, (2) måttlig risk, (3) stor risk

19) Hur troligt är det att du skulle slumra till eller somna när du:

a. Sitter och läser?

Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk

- b. Tittar på TV?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk
- c. Sitter överksam på allmän plats (t ex teater eller möte)?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk
- d. Är passagerare i bil i en timme utan paus?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk
- e. Ligger ned och vilar på eftermiddagen om omständigheterna tillåter?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk
- f. Sitter och pratar med någon?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk
- g. Sitter stilla efter att ha ätit lunch (utan alkohol)?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk
- h. Sitter i en bil som stannat några minuter i trafiken?
Aldrig Liten risk Måttlig risk Stor risk

Nu kommer lite frågor om annat som kan störa sömnen.

20) (Snarkning/sömnapné)

- a) Snarkar du mycket? Ja Nej Tveksam/Vet ej
- b) Har du andningsuppehåll under sömnen?.....

21) (Restless legs)

- a) Har du obehagliga förnimmelser (myrkrypningar) i benen kombinerat med ett starkt behov av att röra på benen?
Ja Nej
- b) (Restless legs) (Om ja:) Uppträder dessa besvär huvudsakligen eller endast vid vila och avtar de när du rör på dig?
Ja Nej
- c) (Restless legs) (Om ja:) Är dessa besvär värre på kvällen eller under natten, jämfört med på morgonen?
Ja Nej
- d) (Restless legs) Hur ofta uppträder dessa besvär?.....

22) (DSPS/ASPS)

- a) Upplever du att du sover på fel tider, dvs att du följer en annan dygnsrytm än andra och har en tendens att vrida dygnet mycket?
Ja Nej Kommentar:.....
(Om ja, fråga och ringa in:) För tidigt För sent

23) (Mardrömmar, nattskräck och sömngång)

- a) Uppträder du ibland lite underligt under sömnen, t ex går i sömnen, har nattskräck ?
Ja Nej Tveksam/Vet ej
- b) (Om ja:) Kan du beskriva hur du beter dig eller vad som händer? När på natten händer det?
.....
.....

24) (Narkolepsi)

- a) Somnar du ibland plötsligt vid fel tid och plats? Ja Nej
- b) (Om ja:) Tidpunkter (hur ofta?) och platser?
.....
.....
- c) (Om ja:) Triggas den plötsliga sömnen av starka känslor? Ja Nej
- d) (Om ja, verkar ha narkolepsi:) Sover du dåligt på natten? Ja Nej

Saker att ta upp från formulären: JA NEJ

(Om JA:) Nu kommer jag att gå in på besvär och sjukdomar som du uppgett att du har i formulären på Internet och som jag skulle vilja höra mer om.

(Efter "Intervjuguide formulären":)

Då var jag färdig med mina frågor. Nu kommer vi att sammanställa den här informationen och ta ställning till om dina sömnproblem är lämpliga att behandla inom ramen för den här studien. Vi återkommer till dig via mejl så snart vi har ett besked. (När? Om 1-3 veckor.)

Om du kommer med i studien får du i det mejlet också en länk till fler formulär på Internet som vi vill be dig att fylla i så fort som möjligt. (Ev. *Dom formulären är till för att vi ska se hur behandlingen påverkar sömnen och eventuell allergi.*)

Så snart de formulären kommit in till oss får du besked om vilken grupp du tillhör (Ev. *om du ska genomgå självhjälpsbehandlingen nu eller efter sommaren, och om du kommer ha kontakt med en behandlare per telefon eller inte.*)

Om du tillhör en grupp som ska genomföra behandlingen nu så postas boken direkt när vi fått in dina formulär.

Jag vill passa på att be dig att inte söka information om sömn eller annan behandling av sömnproblem från och med nu och tills studien avslutas – om du gör det så går det inte att avgöra om det är vår behandling som påverkar din sömn eller om det är något annat du gör.

Om du kommer med i studien så vill vi intervjua dig per telefon igen senare i vår, och vi skulle behöva boka den tiden redan nu. Studien beräknas starta strax efter påsk, därför behöver jag veta om du tänker vara på semester eller liknande veckan efter påsk?

(Om JA) Då skulle jag vilja boka uppföljningsintervju någon gång i vecka 22, 28-30 maj. (OBS start onsdag den veckan)

(Om NEJ) Då skulle jag vilja boka uppföljningsintervju någon gång i vecka 21, 21-30 maj. (OBS start onsdag den veckan)

Bokad tid (skriv in i din egen bokningslista):.....

(Om "Jag har inte kalender nu") Mejla mig så snart som möjligt några förslag under perioden 26-30 maj (får ändras vid behov...) på den adress du fått mejl från, somnstudie.ki@kbt.info / somnstudie.ki@hushmail.com så mejlar jag tillbaka vilken tid som fungerar.

Är det något du funderar över? (Notera om du måste kolla upp ngt.)

.....

Om jag märker att något är oklart så ringer jag upp dig igen, är det okej?

Tack för att du tog dig tid för det här samtalet! Hejdå!

Tid för avslutande av intervjun:.....

Instruktion: Notera deltagarens svar, kolla vid behov upp i efterhand om du behöver ta reda på mer.

Du har i formulären på Internet markerat att du: tror att du har / har sökt vård för / har diagnosen ...

Jag skulle vilja höra lite mer om det / Kan du berätta mer om det?

(Fråga 1: Hur stora är problemen? Hur stor del av dina sömnproblem beror på det här?)

(Fråga 2: Hur påverkar de här problemen din sömn? Är detta en viktig orsak till sömnproblemen?)

Manuell exklusion

Formulär	Item nr	Handlar om...	Poäng = bedömning	Kommentar
Frågor om faktorer som kan påverka sömnen	5	Alkohol-konsumtion		1:Kvinnor: >7 standardglas=AUDIT (>13 stdglas =skadlig nivå) 1:Män: >10 standardglas=AUDIT skadlig nivå) (>18 standardglas=
	16	Tidigare sömnbeh självhjälp	Om läst Sov Gott! =exklusion	
	8+3	Orsak t problem		Om mkt tydlig sjukdom som orsak till sömnproblem=exklusion Speciellt om kombination fråga 3 om högt värde på den (3)
Praktiska frågor	1	Namn, tel o adress	Kolla att det finns, annars exklusion	(Ev mejla för att få komplettering om det verkar seriöst f ö)

Övriga formulär

Formulär	Item nr	Handlar om...	Poäng = bedömning	Kommentar
Frågor om faktorer som kan påverka sömnen	1a	Snarkning	1-3=fråga mer	
1 = ja, tror jag har 2 = ja, har sökt vård för 3 = ja, har fått diagnos	1c	Restless legs	1-3=fråga mer	
	1d	Ofrivilliga ryckningar	1-3=fråga mer	
	1e	Mardrömmar	1-3=fråga mer, ev råd om vård	
	1f	Nattskräck	1-3=fråga mer	
	1g	Sömngång	1-3=fråga mer	
	1h	Sömnparys	1-3=fråga mer	
	1i	DSPS, ASPS	1-2=fråga mer 3=exklusion	
	1j	Narkolepsi	1 = fråga mer 2-3 = exklusion, mejl: sök vård	
	1k	Bruxism	1-3=fråga mer	

	1l	Nocturi	1-3=fråga mer	
	1xA,B ,C	Annat, vad?	>0=Fråga mer	
	1xD,E ,F	Vad:	>0=Fråga mer	
	1xG. H,I	Vad:	>0=Fråga mer	
	2a	Diabetes	1-3=fråga mer	
	2b	Högt eller lågt blodtryck	1-3=fråga mer	Gränsvärden för blodtryck: Blodtryck över 140/90 mm Hg brukar betecknas som högt blodtryck. Fråga om högt el lågt: Tar du medicin för det?
	2c	Sköldkörtelproblem, t ex struma	1-3=fråga mer	
	2d	Östrogenbrist	1-3=fråga mer	
	2e	KOL	1-3 = fråga mer	
	2f	Astma	1-3 = fråga mer	
	2g	Stress	1-3= jmf PSS, fråga mer om det behövs	Sedan när?
	2h	Ångest	1-3=fråga mer, jmf CORE	Sedan när?
	2i	Depression	1-3=fråga mer +jfr madsr suicidfråga	Sedan när?
	2j	Bipolär sjuk/ manodepressivitet	1 = fråga mer 2-3 = exklusion	Sedan när?
	2k	Järnbrist	1-3=fråga mer	
	2l	Cancer	1-3=fråga mer	
	2m	MS	1-3=fråga mer	

	2n	Kronisk smärta	1-3 = fråga mer	
	2o	Kronisk trötthet	1-3=fråga mer	
	2p	Tillfällig smärta	1-3=fråga mer	
	2q	Tinnitus	1-3=fråga mer	
	2r	Ljudkänslig-het	1-3=fråga mer	
	2s	Infektions- sjukdom Vilken:	1-3=fråga mer	
	2xA,B ,C	Annat, vad?	>0=fråga mer	
	2xD,E ,F	Vad?	>0=fråga mer	
	2xG, H,I	Vad?	>0=fråga mer	

1. Har du några (andra) sjukdomar eller besvär?
.....
.....
2. Hur länge har du haft dem?
.....
3. Hur mycket tror du att de här besvären/sjukdomarna påverkar din sömn?
.....
.....
4. Har din hälsa nyligen förändrats? Hur?
.....
5. Har du några (andra) psykologiska problem? Vilka?
.....
.....
6. Sedan när? (År/månad)
.....
7. Hur mycket påverkar de (psykologiska) problemen din sömn?
.....

	3	Hur mycket påverkar svaren på 1 och 2 sömnen	>0= Jfr fråga 8 först! Om oklart: Anser du att besväret/sjukdo men är orsak till sömnprobl?	
	4	Arbetstider	3:Skift=exkl 4:Natt=exkl 6:Annat= kolla vad det står	

	5	Alkohol	1:Kvinnor: >7 standardglas= AUDIT (>13 stdglas =skadlig nivå) 1:Män: >10 standardglas= AUDIT (>18 standardglas= skadlig nivå)	Du har angivit att du dricker (.....) per vecka, stämmer det? Eftersom det ligger över gränsen för vad som kan vara skadligt, och påverkar sömnen negativt, så har jag några frågor om det: (läs AUDIT). Poäng AUDIT:
	7	Yttre orsaker	fråga mer beroende på text	
	8	Egen åsikt om orsak	fråga mer beroende på text	
	9 och 10	Antal år med sömnproblem + hur de startade	Fråga om det behövs utredas, annars bra att veta bara.	
1= positiv påverkan 2= ingen påverkan, 3 = negativ påverkan på sömn	11b	KBT annat pågår	1-3=fråga mer	
	11c	Självhjälp sömn pågår	1-3=fråga mer	
	11e	Annan psykologisk behandling pågår	1-3=fråga mer	
	12a	Sömn-medicin	1-3=fråga mer	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta? Kan låta bli att öka?
	12b	Smärt-stillande med	1-3=beror på vad?	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?
	12c	Antidepr med	1-3=beror på vad?	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?
	12d	Allergimed	1-3=kolla upp m läkare el motsv	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?
	12e	Annan med	1-3=kolla upp m läkare el motsv	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?
	13a	Naturläk uppigg	1-3=kolla upp m läkare el motsv	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?
	13b	Naturläk sömn	1-3=kolla upp m läkare el motsv	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?

	13c	Naturläk annat	1-3=kolla upp m läkare el motsv	Vilken/vilka? Dos? Hur ofta?
	14	KBT mot sömn tidigare	>0=fråga mer	
	15 Och 16	Tidigare info och använda tekniker	1 på 15:2-7 = fråga mer (15:5 = har ej provat att följa råd) Mer info finns ev under 16	Markerat: Vilken eller vilka böcker/skivor/föreläsningar etc? Hur mycket har du läst/hört? Har du följt råd? Vilka? När?
Praktiska frågor	3	Svenska?	>1=fråga mer 2:Nej=exkl 3:Ej flytande =fråga mer 4:Får hjälp =fråga mer	
	4	Tillgång dator kommer i intervju- underlaget! Fråga bara mer om 4_3 är markerad med 1.	Om 1 på: 4_3=fråga mer 4_4:Ej tillgång =exkl 4_1,2,5,6: beh ej kollas här, kommer i intervjun	