

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Kan jag lära mig att sova?
Upplevelsen av sömngruppsbehandling som äldre vuxen**

Jana Andersson & Maja Lindecrantz

Examensarbete 30 HP
Psykologprogrammet
PM2519
Vårterminen 2017

Handledare: Anne Ingeborg Berg

Kan jag lära mig att sova?

Upplevelsen av sömngruppsbehandling som äldre vuxen

Sammanfattning. Sömnbesvär är vanligt förekommande, framförallt bland äldre vuxna, och farmakologiska interventioner erbjuds oftast trots att icke-farmakologisk behandling rekommenderas. Satsning har genomförts inom specialistpsykiatri på sömngruppsbehandling med äldre vuxna och vår studie ämnade undersöka vad deltagarna upplevde som verksamt. Sju deltagare mellan 74 och 83 år med varierande besvär rekryterades till studien som genom semistrukturerade intervjuer och tematisk analys gav huvudteman: "Sömnskolan är bra om man är som jag", "Jag fick lära mig knep för att kunna somna" och "Vi var en väldigt go grupp med gemenskap". Samtliga deltagare var positiva till behandlingen som upplevdes givande oavsett påverkan på sömnen. Vårt resultat indikerar att urval av deltagare kan ha betydelse för upplevelsen av motivation och behandlingseffekt.

Vi sover en tredjedel av vårt liv (Foster & Lockley, 2012). Den återhämtning vi får när vi sover är livsviktig för vårt välbefinnande och vår hälsa, kroppslig såväl som mental. Att sova kan för många vara en självklar och oproblematiserad aspekt av livet, men för den med sömnbesvär (subkliniska besvär) eller sömnstörning (psykiatrisk diagnos) är sömnen allt annat än självklar och kan skapa stort lidande.

Sömn

Sömnen är en livsviktig fysiologisk mekanism för god funktion och hälsa i det dagliga livet (Söderström, 2007; Foster & Lockley, 2012). Under sömnen återhämtar sig hjärnan och kroppen repareras. Sömnen fyller även en viktig funktion för minnesinlagring. Studier visar att vanliga negativa konsekvenser vid sömnbrist är sömnlighet på dagtid, humörsvängningar, ångest och depression, sämre minne, sämre koncentrationsförmåga, viktökning, ökad risk för diabetes, högt blodtryck samt minskad immunrespons.

Sömnen regleras biologiskt av två parallella processer: sömnhomeostasen och dygnsrytmen (Foster & Lockley, 2012). Sömnhomeostasen regleras genom sömntrycket som byggs upp under vakenhet och innebär ökad sannolikhet att somna. Högre sömntryck ger även mer djupsömn då sömntrycket återställs och sannolikheten att vakna ökar. Anledningen till att sömnen kan bibehållas trots nollställt sömntryck är dygnsrytmen. Exponering för ljus respektive mörker är centralt i att synkronisera de inre biologiska processerna i kroppen till omgivningen. Processerna är integrerade och påverkar timing, längd och struktur på sömnen. Idealt står dessa två processer i opposition till varandra för att upprätthålla vakenhet under dagen och sammanhängande sömn under natten. Dessa två processer påverkas av individens stressnivå samt aktivering under dagtid (Söderström, 2007). Högre aktivitetsnivå dagtid ökar behovet och sannolikheten att somna, men psykologisk stress minskar sannolikheten att somna in då viss nivå av avslappning är nödvändig för insomning.

Sömnens mönster förändras genom livet (Foster & Lockley, 2012). Under barndomen förändras sömnmönstret från spädbarnets 16 timmar per dygn till de 6-8 timmar

vi ser hos vuxna. Vi får också fler uppvaknanden ju äldre vi blir. Sömnen förändras gradvis under vuxenåren och dygnsrytmen förskjuts på ett sätt som generellt innebär att vi blir mer morgonpigga och sover mindre. Robustheten i sömnhomeostasen förändras och sömnbrist eller förändringar i dygnsrytmen kan inte kompenseras lika lätt. Sömnen kan påverkas av de hormonella förändringarna som sker i kroppen under tonår, klimakteriet samt ålderdom. Sömnmönstret går mot att ha kortare sammanhängande perioder av sömn och vakenhet, längre insomningstid, mindre djupsömn samt att frekventa uppvaknanden blir vanligare vilket påverkar sömneffektiviteten. Det finns i dagsläget ingen förklaring för de försämringar i sömnkvalitet vi ser med stigande ålder (Söderström, 2007).

Sömnbesvär

Förekomst. Sömnbesvär är ett av de vanligaste psykiska besvären, vanligare än exempelvis ångslan, ångest och oro (SCB, 2015a; SCB, 2015b). I en undersökning av Statistiska centralbyrån var förekomsten av sömnbesvär 2014-2015 i Sveriges befolkning över 16 år 27,6 % (SCB, 2015a). Förekomsten av sömnbesvär hos individer mellan 65-74 år var 31 % (SCB, 2015c), hos de 75-84 år 34,5 % (SCB, 2015d) och hos de 85 år och äldre 35,6 % (SCB, 2015e).

Sömnbesvär hos äldre vuxna. Sömnbesvär blir vanligare med stigande ålder och bland äldre med sömnbesvär uttrycks det både som svårigheter att somna in och att bibehålla sömnen under natten (Lichstein & Morin, 2000). Då sömnen generellt försämras under livsloppet finns det en risk för överrapportering av sömnproblem hos äldre vuxna (Lichstein, Riedel & Means, 1998). I en studie av Kay, Buysse, Germain, Hall och Monk (2014) rapporterade äldre vuxna med sömnbesvär att deras sömn var sämre än vad den var enligt objektiva mått. Gooneratne et al. (2011) fann dock att äldre med sömnbesvär fick signifikant sämre resultat på objektiva mått på sömn jämfört med de utan sömnbesvär. Kim et al. (2013) fann att sömnbristen innebar en ökad trötthetskänsla dagtid för medelålders vuxna, men påverkade inte individens uppmärksamhetsförmåga. Hos äldre vuxna var det inte någon skillnad mellan personer med och utan insomni gällande upplevd dagtrötthet, däremot hade de äldre vuxna med insomni sämre uppmärksamhetsförmåga.

Diagnoser. I diagnosmanualen DSM-V ingår följande diagnoser i sömnstörningar: insomni, hypersomni (dagsömnighet), narkolepsi (plötsligt insomnande), andningsrelaterad sömnstörning (exempelvis sömnapné), dygnsrytmstörningar (sover på olämplig tid), non-REM parasomnier (ofullständigt uppvaknande förenat med sömngång eller nattskräck), mardrömsstörning (uppvaknande i samband med mardrömmar som personen minns efteråt), parasomni (återkommande uppvaknanden under REM-sömnen), restless legs syndrome (starkt behov att röra benen) samt sömnstörning orsakad av medicin eller andra substanser (American Psychiatric Association, 2013). Gemensamma drag i dessa sömnstörningsdiagnoser är att individen upplever otillfredsställelse avseende kvalitet, timing, mängden sömn och att detta påverkar individen negativt på dagtid.

Insomni. Den vanligast förekommande sömnstörningen är insomni (American Psychiatric Association, 2013). Insomni definieras enligt DSM-V som övervägande missnöje med kvalitet eller kvantitet av sömn som karaktäriseras av en eller flera följande symtom: 1) svårighet att somna in, 2) störs av fler uppvaknanden eller problem att somna om, 3) störs av tidigt uppvaknande på morgonen och oförmåga att somna om.

Sömnstörningen ska orsaka kliniskt signifikant lidande eller funktionsnedsättning socialt, i arbetet, i utbildningen eller beteendemässigt. Sömnbesvären inträffar minst tre gånger i veckan, har varit ett problem i minst tre månader samt uppträder trots att det finns adekvata tillfällen för sömn. Insomnin förklaras inte bättre med en annan sömnstörning, beror inte på psykologiska effekter av substansanvändande eller andra psykiska eller medicinska störningar.

Komorbiditet. Enligt DSM-V är komorbida kliniska (både medicinska och psykiatriska) tillstånd en regel snarare än ett undantag vid sömnstörningar (American Psychiatric Association, 2013). Exempelvis rapporterar 80 % av de med depression eller schizofreni problem med sömnen. Sömnförändringar är även ett nyckelkriterium vid diagnostisering av affektiva störningar. Då sömnstörningar ofta samexisterar med depression, ångest eller kognitiva förändringar bör terapeuten ta hänsyn till detta vid behandlingsplanering. Det finns flera medicinska och psykiatriska diagnoser som är förknippade med sömnstörning hos äldre, precis som hos yngre (Lichstein & Morin, 2000). Brenes et al. (2009) fann till exempel att 90 % av de äldre respondenterna med generaliserat ångestsyndrom (GAD) också hade insomni-symtom och allvarlighetsgraden av dem var högre jämfört med yngre personer med GAD.

Etiologi. Orsakerna till insomni kan uppfattas vara lika många som människor som har det (Lichstein & Morin, 2000). Barlow och Durand (2015) beskriver en integrativ modell över utvecklingen av sömnbesvär som ett samspel mellan en biologisk sårbarhet och påfrestningar associerade med sömn eller stressande händelser. Dessa sömnbesvär kan sedan gå från att vara akuta och relaterade till utlösande faktorer till att de blir kroniska, genom att de vidmakthålls med maladaptiva reaktioner på sömnbesvär. Sådana reaktioner kan vara både beteendemässiga och kognitiva. Maladaptiva beteenden kan vara att spendera mycket vaken tid i sängen, säkerhetsbeteenden och att ta många/långa tupplurar på dagtid. Exempel på maladaptiva kognitioner är att ha dysfunktionella antaganden om sömn, överdrivet åltande och ha katastroftankar relaterade till sömnen och sovandet.

Naturliga förändringar i sömnmönstret över livsloppet kan vara svåra att särskilja från förändringar orsakade av sjukdom, smärta, stress och svåra livshändelser (Laidlaw et al., 2004). Många äldre upplever att de sover sämre och accepterar detta som en del av åldrandet (Foster & Lockley, 2012). I en översiktsartikel om sömnstörningar hos äldre drogs slutsatsen att åldrande i sig inte orsakar sömnstörningar, men att åldrande medför en ökad risk för att utveckla dem (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010). Sådana riskfaktorer var exempelvis medicinsk och psykologisk sjukdom, påfrestande livshändelser, ökad medicinanvändning samt förändringar i dygnsrytmen. I en studie av äldre med insomni fann Lovato, Lack, Wright och Kennaway (2013) ett samband mellan att ha dysfunktionella antaganden om sömn och utmattning, allvarlighetsgrad av insomni, sömnkvalitet och sömnrelaterad ångest. Ju lägre tilltro till sin förmåga (self-efficacy) att sova, desto större sannolikhet att uppvisa symtom på utmattning, insomni, låg sömnkvalitet, ångest och dysfunktionella antaganden om sömn.

Sömnbehandling

Det finns flera behandlingsalternativ för sömnbesvär. Äldre med sömnbesvär bör erbjudas icke-farmakologisk behandling i första hand eftersom de är mer känsliga för biverkningar, då stigande ålder innebär kroppsliga förändringar (Socialstyrelsen, 2013).

Detta påverkar läkemedelskoncentrationen och kan ge negativa effekter dagtid på exempelvis motorik och vakenhet vid sömnmedicinering. Konsumtion av läkemedel är vanligtvis hög bland äldre vuxna vilket ökar risken för negativa läkemedelsinteraktioner vid farmakologisk sömnbehandling som exempelvis mag-tarmblödning, fallolycka och dödsfall. Det finns också en risk att ett långvarigt användande av sömnmedicin kan leda till beroende. Trots detta visar en metaanalys att sömnmedicin är den vanligaste interventionen vid sömnbesvär hos äldre (Nau, McCrae, Cook, & Lichstein, 2005).

Kognitiv beteendeterapi vid insomni (KBT-I). KBT-I är en evidensbaserad behandlingsmetod för patienter med insomni som primär eller sekundär diagnos (O'Donohue & Fisher, 2008). Vid komorbiditet med ångeststörningar, affektiva störningar och medicinska problem kan KBT-I stabilisera sömn och dygnsrytm (Barlow & Durand, 2015). KBT-I kan även anpassas till hypersomni. KBT-I är en strukturerad behandling om sex till åtta sessioner anpassade efter patientens behov. Verksamma behandlingskomponenter i KBT-I innefattar psykoedukation, beteendeförändrande interventioner (sängtidsrestriktion, stimuluskontroll, sömnhygien samt utformning av rutiner vid nedvarvning och uppvakning) samt kognitiva interventioner (särskilja hjälpsamma och dysfunktionella orosstrategier, dysfunktionella antaganden om sömn, säkerhetsbeteenden och energinivå dagtid). Behandlingen avslutas med återfallsprevention samt hantering av bakslag och högrisksituationer (Barlow & Durand, 2015).

Sömnbehandling med äldre vuxna. Det finns stöd för applicerbarhet av KBT med äldre vuxna (Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin & Gallagher-Thompson, 2004). Terapeuten rekommenderas dock att göra vissa anpassningar, som att ta hänsyn till kohorteffekter (normer, historiska och personliga händelser för en viss generation) då det kan påverka den terapeutiska processen. Sådana effekter kan exempelvis vara att psykisk ohälsa i större utsträckning är stigmatiserat hos den äldre generationen. Terapeuten bör även vara pragmatisk vid exempelvis nedsatt hörsel eller annan funktionsnedsättning. De komponenter som rekommenderas vid behandling av äldre med insomni är samma som vid övrig sömnbehandling (Gallagher-Thompson, Steffen & Thompson, 2008; Laidlaw et al., 2004). Som tidigare nämnts förändras sömnen genom livet och därför bör sömnbesvär sättas i ett livsloppsperspektiv (Gallagher-Thompson et al., 2008; Söderström, 2007). Målet med behandlingen bör vara att skapa en så god sömn som möjligt utifrån de förutsättningar som finns, inte att återfå den sömn de haft som unga.

Gruppbehandling. En fördel med sömnbehandling i grupp är att behandlingsresponsen inte varierar lika mycket utifrån individuella faktorer samt att det är kostnadseffektivt (Lovato et al., 2013). Flera studier visar att sömnbehandling i grupp har lika god effekt som individuell behandling (Verbeek, Konings, Aldenklamp, Decklerck & Klip, 2016; Yamadera et al., 2013). Rybarczyk, Lopez, Benson, Alsten och Stepanski (2002) fann kliniskt signifikanta resultat på behandlingseffekt vid KBT-gruppbehandling för äldre med insomni och andra komorbida symtom.

De terapeutiska effekter som kan ses vid gruppbehandling kan delas upp i två huvudsakliga och interagerande faktorer: formell förändringsteori (de teoretiska principerna för förändring, exempelvis KBT-principer) samt effekter av grupprocess (Bieling, McCabe & Antony, 2008). I en kvalitativ studie av upplevelsen av KBT-gruppbehandling inför alkoholavgiftning fann Croxford et al. (2015) att en viktig faktor för deltagarna var att de delade erfarenheter av alkoholmissbruk. Deltagarna beskrev att behandlingen gav en känsla av att inte vara ensam samt erfarenheter av att få och ge stöd till varandra. Gruppformatet stärkte deltagarnas tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy) och förknippades med deltagarstöd samt den gemensamma målbild som fanns

inom gruppen. Det fanns även negativa gruppeffekter, exempelvis rapporterade vissa deltagare ångest inför träffarna eller att de upplevt svåra situationer i gruppen på grund av störande deltagare.

Psykisk ohälsa och verksamma terapeutiska interventioner för äldre är ett relativt obeforskat område, men de studier som finns visar dock att det finns verksamma psykologiska behandlingsmetoder med äldre. I praktiken erbjuds äldre vuxna sällan psykologiska behandlingsalternativ, så även vid sömnbesvär (Laidlaw et al., 2004). Socialstyrelsen (2013) har uppmärksammat att kommun och landsting inte prioriterar äldre med svår psykisk ohälsa och att de inte får den vård som de har rätt till enligt lagstiftning. Enligt de regionala medicinska riktlinjerna för Västra Götalandsregionen ska sömnbesvär i första hand behandlas icke-farmakologiskt (VGR, 2016). Därför sker en implementering i regionen av icke-medicinsk sömnbehandling i enlighet med dessa riktlinjer. Inom specialistpsykiatri i Västra Götalandsregionen genomförs nu en psykologisk behandlingsintervention riktad mot äldre vuxna med psykisk ohälsa och sömnbesvär.

Syfte

Vi ville undersöka vilka faktorer som upplevts verksamma för patienterna som deltagit i sömnbehandling i grupp inom specialistpsykiatri och på så vis lyfta patientperspektivet på behandlingen. Vi var även intresserade av den retrospektiva upplevelsen av den terapeutiska processen. Studiens syfte var att undersöka deltagarnas upplevelse av sömnbehandling i grupp inom specialistpsykiatri med följande frågeställning:

- *Vad upplever äldre vuxna som verksamt vid sömnbehandling i grupp?*

Metod

Vi valde tematisk analys eftersom vi ville fånga upplevd meningsfullhet, terapeutisk process, effekt av behandlingsinterventioner samt eventuella oväntade faktorer (Willig, 2013). Materialet tolkades i skenet av den psykologiska forskning som finns kring sömnbehandling, åldrande, gruppprocesser samt psykisk ohälsa och resultatet blev därför mer än enbart en beskrivande analys. Vi valde att genomföra individuella intervjuer snarare än fokusgrupper för att fånga individuella upplevelser och undvika gruppprocessens inverkan på intervjusituationen. Det hade även varit olämpligt att försöka fånga upplevelser i fokusgrupper där upplevelsena skapats i samma grupp tidigare. Valet av semistrukturerade intervjuer gjordes för att de ger utrymme för deltagarnas upplevelser av behandlingen och har en struktur som underlättar datainsamling och tolkning. Vårt antagande var att vi påverkade resultatet genom hela processen, från frågeställning och intervjuförfarande till kodning och analys.

Sömnbehandling vid äldrepsykiatri

Sömnbehandlingen var utformad efter en självhjälpsbok för sömnbesvär baserad på KBT (Söderström, 2007). Boken innehåller information om sömnens fysiologi, faktorer som styr sömnen, sömnmedel samt sambandet mellan sömn, stress, depression, ångest och utmattning. Det ingick även ett 12-veckorsprogram med beteendeterapeutiska

ioner, kognitiva interventioner samt strategier i medveten närvaro och acceptans. Se bilaga 1 för detaljerat innehåll av varje session.

Sömnbehandlingen bestod av sju sessioner à tre timmar, i en grupp om fem respektive fyra personer. Vid varje tillfälle fick deltagarna psykoedukation, möjlighet till reflektion, dela med sig av upplevelser, övningar samt hemuppgift till nästkommande gång. Deltagarna fick även material med sig hem i form av sömndagbok, arbetshäfte med övningar och psykoedukation samt två cd-skivor med andnings- och mindfulness-övningar. Skattningsskalorna Insomnia Severity Index (ISI) och Geriatric Depression Scale (GDS-20) användes i början samt i slutet av behandlingen.

Deltagare

Deltagarna rekryterades från sömnbehandlingen vid den äldrepsykiatriska mottagningen. Hittills har två omgångar av behandlingen genomförts. Deltagarna var mellan 74 och 83 år och grupperna bestod av både kvinnor och män. Intervjudeltagarna beskrev sömnbesvär av olika allvarlighetsgrad och karaktär som exempelvis restless leg syndrom, sömnnapné och insomni. Deltagarna talade mest i termer av insomnisymtom som insomningsbesvär, frekventa uppvaknanden och dagtrötthet. De flesta hade sömnmedicin utskrivet på recept, men frekvens, duration, sort och dos skilde sig åt mellan deltagarna. Vissa hade exempelvis ätit sömnmedicin i årtionden, medan andra aldrig hämtat ut dem från apoteket. I gruppen fanns en varierande komorbid psykiatrisk problematik och allvarlighetsgrad, främst depression och ångest, samt medicinska problem vilka påverkade sömnen negativt. De hade även varierande livssituation och omvälvande livshändelser som påverkat den psykiska hälsan på olika sätt, som exempelvis pensioneringens konsekvenser för det sociala nätverket.

Rekrytering. Samtliga deltagare i sömnbehandlingen tillfrågades om deltagande i studien. Behandlarna kontaktade deltagarna efter avslutad behandling och frågade om intresse att delta i studien, vi kontaktade sedan de intresserade över telefon. Av totalt nio personer valde sju att ställa upp på intervju, varav fem personer var från första omgången och två personer från andra.

Skattningsskalor. De skattningsskalor som deltagarna fyllde i samband med behandling fylldes även i vid intervjutillfället. Deltagarnas resultat på ISI och GDS-20 presenteras i nedanstående tabell. ISI består av sju items med syfte att fånga allvarlighetsgraden i sömnbesvär utifrån svårighet att somna in, förbli sovande samt för tidig uppvakning (Bastien, Vallieres & Morin, 2001). GDS-20 är ett screeninginstrument för depression hos äldre personer och består av 20 frågor rörande de två senaste veckornas mående (Socialstyrelsen, 2017).

Tabell 1

Resultat på skattningsskalor innan, direkt efter behandling samt vid intervjutillfället

Tillfälle Skattningsskala	Innan behandling		Efter behandling		Vid intervju	
	ISI	GDS-20	ISI	GDS-20	ISI	GDS-20
Deltagare 1	16	10	13	7	7	4
Deltagare 2	18	5	16	5	16	5
Deltagare 3	13	3	12	8	3-11	8
Deltagare 4	18	15	20	12	16	14
Deltagare 5	11	13	16	11	12	10
Deltagare 6	8	2	4	0	5	1
Deltagare 7	16	9	18	11	20	11

Fetmarkerade siffror indikerar måttlig eller allvarlig insomni samt om depression kan misstänkas

ISI

0-7 icke kliniskt signifikant insomni
 8-14 subklinisk insomni
 15-21 måttlig insomni
 22-28 allvarlig insomni

GDS-20

0-5 depression ej sannolik
 6-20 depression kan misstänkas

Instrument

I intervjuerna användes en intervjuguide (se bilaga 2) som pilottestades av båda intervjuerna, vilket resulterade i justeringar av några frågeformuleringar inför intervjuerna med sömndeltagarna. Guiden utgick från vår frågeställning och bestod av fyra huvudsakliga frågor: "Vill du berätta hur ditt liv såg ut innan sömnskolan?", "Hur tänkte och kände du inför att börja i sömnskolan?", "Hur upplevde du sömnskolan?" och "Hur ser du på sömnskolan såhär efteråt?". Intervjuerna avslutades med att deltagarna ombads sammanfatta tidsperioden innan behandlingen fram till intervjutillfället och komma med eventuella tillägg.

Tillvägagångssätt

Data samlades in sex månader efter avslutad sömnbehandling med första gruppen och tre månader efter avslut med andra gruppen. Intervjuerna genomfördes i samtalsrum på den äldrepsykiatriska mottagningen, med undantag för en intervju som gjordes i deltagarens hem. Vi gjorde fyra respektive tre intervjuer vardera som genomfördes enskilt. Samtalen spelades in med ljudinspelning på telefon respektive dator, vilka raderades efter transkribering. Intervjuerna tog mellan 45 och 75 minuter, inklusive tid för information om studien, frivillighet, sekretess, inspelning och ifyllande av skattningsskalor (ISI & GDS-20). Vi fick godkännande, både muntligt och skriftligt, att spela in intervjun samt att ta del av deltagarnas tidigare skattningsresultat gjorda under sömnbehandlingen (se bilaga 3).

Databearbetning

Intervjumaterialet transkriberades och kodades utifrån tematisk analys med hjälp av ATLAS.ti, en programvara för kvalitativ dataanalys (Braun & Clarke, 2006). Vi turrades om att transkribera både de egna och den andras intervjuer. De fem första intervjuerna (första omgången) kodades gemensamt. Därefter gjordes en genomläsning av kodade intervjuer samt justering av koder och citat. Andra omgången intervjuer kodade vi var för sig. Koderna blev slutligen 47 stycken. Efter detta skrevs samtliga kodade citat ut i pappersform och grupperades i tio familjer. Mindmaps gjordes med citat och teman som ingick i kodfamiljerna och på så vis kunde relationer mellan koder urskiljas då en återgång till råmaterialet gav rikare information. Efter detta gjordes en gruppering av de olika kodfamiljerna och en övergripande mindmap utifrån denna gruppering skapades. När vi försökte besvara vår frågeställning utifrån denna övergripande mindmap framkom tre huvudteman och åtta underteman.

Etiska överväganden

Det kan vara känsligt att bli intervjuad om terapierfarenheter och psykisk hälsa. Vi riskerade att ses som behandlare eller representanter för äldrepsykiatriska mottagningen av deltagarna, särskilt med tanke på att vi studerade till psykologer. Detta arbetade vi aktivt för att undvika genom att tydligt informera om studiens syfte, vår roll samt frivillighet och konfidentialitet. Då vissa av deltagarna hade annan problematik i tillägg till sömnbesvären fanns pågående kontakt eller möjlighet till att återuppta kontakt med mottagningen. Vi var därför noga med att inte gå in i psykologroll under intervjuerna utan överlät detta till mottagningen. Då urvalet var litet ställde det högre krav på anonymisering och därför har vi valt att inte koppla samman citat med andra personliga karaktäristika som kön och ålder.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka vad äldre vuxna upplever som verksamt vid sömnbehandling i grupp inom specialistpsykiatrin. Tre övergripande teman har framträtt i materialet: att sömnbehandlingen passade ("Sömnskolan är bra om man är som jag"), att få lära sig nya saker som kan skapa förändring ("Jag fick lära mig knep för att kunna somna") samt att vara i en bra grupp ("Vi var en väldigt go grupp med gemenskap").

Tabell 2

Beskrivning av de tre huvudteman som framkom i intervjuerna

Huvudtema	Undertema	Aspekt
Sömnskolan är bra om man är som jag	Utifrån mina sömnbesvär	Typ av sömnbesvär Allvarlighetsgrad av sömnbesvär Inställning till sömnmedicin
	Utifrån mitt mående	Komorbidityt & allvarlighetsgrad Primära/sekundära sömnbesvär
	Utifrån min personlighet	Inställning till terapimetod Trivas i grupp Vilja att lära nytt
Jag fick lära mig knep för att kunna somna	Att få ny information	Om sömn Om vad jag kan påverka Om sömnmedicin Allt kunde inte förklaras
	Att lära sig nya tekniker	Mindfulness Insomningsteknik
	Att få nya förhållningssätt	Till mina tankar Till mina beteenden Till min föränderlighet
Vi var en väldigt go grupp med gemenskap	Att lära av varandra	Tips och erfarenheter Se varandras process Ny syn på sin situation Ödmjukhet
	Att inte känna sig ensam	Igenkänning och samhörighet Jag är normal, det trodde jag inte

“Sömnskolan är bra om man är som jag”

Vad som upplevdes verksamt i sömnbehandlingen relaterades till hur väl den som helhet och de olika komponenterna passade deltagarna. De olika aspekter av detta som framkom i materialet var ifall behandlingen passade deras sömnbesvär, allmänna mående och hur de är som personer.

Utifrån mina sömnbesvär. De komponenterna som spelade in för att behandlingen skulle passa deltagarnas sömnproblematik var typ av sömnsvårigheter, allvarlighetsgrad och inställning till sömnmedicin. För vissa deltagare var de egna sömnbesvären den huvudsakliga motivationen till att delta i behandlingen. Det handlade då om problem med dålig nattsömn (insomning och/eller frekventa uppvaknanden), biverkningar och oro kring sömnmedicinering eller stora hopplöshetskänslor kopplat till sömnen. Andra deltagare gjorde inte lika tydlig koppling kring egna svårigheter med sömnen och att ha relevanta sömnbesvär för behandlingen. Att uppleva dagtrötthet utan problem

med nattsömnen förstods exempelvis inte som ett sömnbesvär utan knöts till andra åkommor. Motivationen att delta i behandlingen vilade då mer på att ha fortsatt kontakt med mottagningen eller att ta emot hjälp som erbjuds.

Vissa deltagare upplevde att deras sömnbesvär var för svåra att behandla. Det kunde handla om väldigt långvariga sömnsvårigheter med eller utan problematik med sömnmedicin, eller att sömnmedicineringen ansågs för svår att påverka.

“Jag tror inte de andra deltagarna hade sovit dåligt lika länge som jag, som har gjort det alltid mer eller mindre. Det kanske hjälper bättre när det inte är så kroniskt.”

Det beskrevs som viktigt att sömnbehandlingen hade en liknande syn på medicinering som deltagarna själva. De talade om att det var bra att behandlingen var icke-farmakologisk, men att det ändå ingick information om sömnläkemedel. På grund av rädsla för biverkningar och beroende fanns det en förhoppning hos vissa att behandlingen skulle kunna hjälpa dem att trappa ner eller sluta med sin medicinering.

“Och så var jag ju glad för en sak, och det var att de inte med en gång skulle börja hugga i mina insomningstabletter. Och där fick jag också lära mig någonting. För jag började ju dra ned på det med en gång när jag började i sömnskolan. /.../ Och i alla fall så sa hon [läkaren] det att du ska trappa ned väldigt långsamt med det. Då blev jag glad.”

Utifrån mitt mående. Deltagarna talade om hur deras sömnbesvär ställdes i kontrast till annat lidande och hur det allmänna måendet tycktes påverka hur väl de kunde tillgodogöra sig behandlingen. Vissa deltagare talade om sina sömnbesvär som sekundära annat lidande och upplevelsen av hur sömnen påverkade det allmänna måendet skiljde sig åt. Sömnkvalitet kunde både ses som en viktig faktor i måendet och som en mer avgränsad del som inte nödvändigtvis påverkade andra delar av livet. Sömnbesvär kopplades ihop med annan komorbiditet och livssituation vilket gjorde att behandlingens möjligheter att påverka sågs som begränsade.

“Har man gjort stora omvälvningar i sitt liv och inte anpassat sig till det nya livet, då kommer sömnproblemet. /.../ att klara det genom att gå en sömnkurs det tror jag inte att jag eller någon annan kan. Så man ska vara observant på hur den personliga situationen är.”

Vissa tyckte sig se att de andra deltagarna som mådde dåligt kanske inte fick ut lika mycket av att gå. Andra pratade utifrån sig själva, exempelvis att de kände att de inte kunde prata på djupet om sina problem eftersom då skulle alla timmar gå åt. Det talades inte som en kritik mot behandlingen, utan ett konstaterande om att det kanske inte var en perfekt matchning mellan patient och behandlingsmetod. Vissa resonerade om någon annan behandling kanske skulle kunna hjälpa dem mer. Andra upplevde att de var glada att de var tillräckligt friska för att kunna gå i sömnbehandlingen.

“Ja och sen tänkte jag så här att, hade jag mått dåligt så hade jag ju aldrig gått på sömnskolan, då hade jag inte orkat med det. Så det är ju en jättestor skillnad mellan att vara sjuk och vara frisk.”

Utifrån min personlighet. Deltagarna talade om på vilket sätt behandlingen passade dem som person. De som ansåg att KBT som terapimetod inte var verksamt för dem menade att det inte passade deras personlighet. Andra talade om att de ogillade att skriva sömndagbok men förklarade det som att de är sådana som inte tycker om att fylla i papper generellt. En verksamt faktor för vissa var att sömnbehandlingen hölls i gruppformat då de talade om att de var sådana personer som trivs att vara i grupp. Vissa såg ett värde i att kunna få tips från andra men också känna att de inte var ensamma. De som såg sig själva som nyfikna och kunskapssökande motiverades av att behandlingen innehöll lärandemoment.

“Jag var nyfiken för att jag tänkte så här, men hur lyckas man och få folk till att lära sig sova? /.../ För jag har inte hört att det funnits några sömnskolor förut. Jag tänkte att det här är någonting man kan prova på, för jag är lite nyfiken av mig.”

“Jag fick lära mig knep för att kunna somna”

Deltagarna talade om att sömnbehandlingen var verksamt på så vis att den innehöll ett lärandemoment. Denna inlärning handlade framförallt om ny kunskap i form av psykoedukation om sömn och praktiska verktyg för att kunna somna. När de sedan applicerade denna kunskap på sig själva kunde det leda till ett nytt förhållningssätt till sina egna tankar, beteenden och sin egen föränderlighet.

Att få ny information. De som fick kunskap de tidigare inte haft talade om vad de lärt sig från psykoedukativa inslag. Vissa deltagare förde även vidare denna kunskap till sin omgivning. Det fanns även de som hade en upplevelse av att behandlingen inte kunnat förklara allt. De deltagare som sa att de redan hade den kunskap som förmedlades beskrev ändå att det var intressant att få det bekräftat. Det var olika i vilken utsträckning deltagarna talade om att de applicerade denna kunskap i praktiken. De som inte talade om någon praktisk omsättning av kunskapen beskrev ändå en positiv upplevelse av att ha ett lärandemoment.

“Jag tänkte väl det, att det aldrig är försent att lära sig något, så jag gick med i den [sömnbehandlingen]. Det gjorde jag. Det har jag inte ångrat ser du. Det är aldrig för sent att lära sig något nytt. Nu har jag det bra.”

Deltagarna talade om den information som de fått om sömn generellt, exempelvis vad som händer i hjärnan och kroppen när vi sover, att sömnbehovet minskar med åldern och om återhämtningssömn. De beskrev att det varit givande att lära sig hur tankar, känslor och beteenden hänger ihop. Utifrån denna aspekt lyfte de främst fram att de lärt sig hur rädslan för att somna vidmakthåller deras sömnbesvär. Vissa beskrev det som hjälpsamt att få lära sig vilka faktorer som påverkar sömnen som de själva kan förändra, exempelvis hur de kan förändra sina rutiner innan de går och lägger sig, vikten av regelbundenhet samt att varva ner.

Ett återkommande tema när deltagarna pratade om vad som varit lärorikt var att få information om sömnmedicin. De hänvisade här till ett tillfälle då en läkare kommit och informerat om olika mediciner och dess effekt på kroppen. Deltagare berättade att de lärde sig att det finns olika sorter som har olika biverkningar och är olika beroendeframkallande där vissa är skonsammare än andra. De berättade också att de lärt sig att

om de ville sluta med sömnmedicin var det viktigt att trappa ner långsamt. Vissa beskrev att de hade fått belägg för sin uppfattning om att medicin helst ska undvikas.

“[Läkaren] sa att ingen ska tro att man blir oberörd av medicinering för det blir ju så att på ett eller annat sätt, så har man vant kroppen med en viss medicin /.../ ska man trappa ner så får man ta en avvänjningstid som är minst lika lång som man hade för att komma upp i nivån /.../ Håller man på att avgifta kroppen så kan man ha det jättejobbigt. Och det är väl det som jag känner en viss rädsla för, att man blir inte fri från det.”

Vissa uppgav att de hade svårt att applicera vissa aspekter av den kunskap de fick på sig själva. Det kunde handla om att de var kritiska till själva innehållet, som till exempel att alla får ett minskat sömnbehov med åldern. Andra reagerade på att de gjorde på det sättet som de hade lärt sig men att de trots det inte kunde uppnå det resultat de ville, som att trappa ner eller sluta med sömnmedicin. Vissa beskrev också en upplevelse av att ha gjort något som går emot vad de lärt sig, exempelvis druckit kaffe sent, men att de kunnat somna ändå.

Att lära sig nya tekniker. Förutom information lyfte vissa deltagare fram de praktiska övningar och tekniker som de haft nytta av, exempelvis mindfulness. Vissa berättade att de lärt sig nya insomningstekniker och strategier för när de vaknar på natten, vilket varit hjälpsamt.

Några deltagare beskrev det som att mindfulness hjälpte dem att slappna av vilket i förlängningen kunde få en positiv inverkan på sömnen. De berättade till exempel att de lyssnade på cd-skivorna innan sänggående och gjorde andningsövningar. Det fanns även de som uppgav att mindfulness var hjälpsamt på andra sätt än enbart för sömnen, exempelvis som ett sätt att öka uppmärksamheten på omgivningen. För de som sa att de inte upplevde mindfulness som så hjälpsamt kunde det bero på att det var för svårt eller att det inte kändes meningsfullt.

“Och just det här med mindfulness har jag också lärt mig där, det kunde jag ingenting om innan. Och det tycker jag alla skulle lära sig. För det är så bra /.../ jag gör det av och till när jag känner mig lite stressad eller så. Har mycket runt omkring mig. Då kan jag liksom sätta mig och bara koppla av och göra mindfulness. Det finns så många rörelser, det finns enkla och det tar ju inte så lång tid.”

Vissa deltagare rapporterade att de använde sig av mindfulness som ett sätt att somna in, medan andra skapade egna insomningstekniker. Gemensamt för dessa tekniker var att de fått tips som de sedan omvandlat till att passa deras individuella behov.

“Sen har jag hittat på saker själv /.../ När jag lägger mig rätt då på höger sida där, blundar och så tar jag fram en [mental] bild /---/ Jag har ännu aldrig varit längst upp, jag har aldrig hunnit det. Så jag somnar tydligen på fem minuter /.../ Ja, jag gör det varje kväll. Och det funkar.”

Att få nya förhållningssätt. När deltagarna applicerade den kunskap och de verktyg de fick med sig kunde de beskriva att de fått ett nytt förhållningssätt till sina egna tankar, beteenden och föränderlighet. Detta förutsatte då att den information och de praktiska tekniker de fick var nya för dem. För vissa var det en insikt i sig att lära sig

att det fanns faktorer som de kunde påverka för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att kunna somna.

Att få ett nytt förhållningssätt till de egna tankarna handlade främst om att lära sig att acceptera sina sömnbesvär och att dess konsekvenser kanske inte var så allvarliga som de tidigare tänkt. Vissa refererade till den kunskap de fick om att sömnbehovet minskar med stigande ålder eller hur återhämtningssömn fungerar. Deltagarna beskrev det som att de då kunde lugna sig själva genom att tänka annorlunda, vilket kunde leda till en förbättrad sömnupplevelse. Vissa kopplade det framförallt till en snabbare insomning.

“Jag oroade mig för sömnen, inte att jag skulle dö, men att jag inte skulle orka med. Det fick vi väldigt klara besked på, du dör inte, du somnar av tröttheten.”

Vissa deltagare beskrev att de hade fått ett nytt förhållningssätt till sina egna beteenden. Då de applicerade vad de fick lära sig kunde de berätta om att de fick en insikt om att vad de gjorde faktiskt påverkade deras sömn. Vad deltagarna nu kunde se som negativa beteenden för sin sömn var exempelvis för låg aktiveringsnivå dagtid, för hög kaffekonsumtion, hög stressnivå/aktivering innan sänggående, typ av sömnmedicinering och lägningsrutiner. De deltagare som uppgav att de gjorde beteendeförändringar eller ändrade sina tankemönster kunde också berätta om att de hade fått ett nytt förhållningssätt till sig själva och en insikt om sin egen föränderlighet. Detta kunde också ge en effekt av att vara nöjd och stolt med sin egen insats eller tacksamhet gentemot sömnbehandlingen som hjälpt till för att skapa förändringen.

“Sedan när man pratar om det här med sömnsvårigheter och tabletter som man själv var så involverad i så blev man väldigt intresserad av att man kunde påverka, och det hjälpte ju faktiskt att påverka det.”

“Vi var en väldigt go grupp med gemenskap”

Deltagarna beskrev gruppformatet som en faktor i behandlingen som gav många positiva effekter, tack vare att det upplevdes som en trygg och bra grupp. Detta beskrevs som ett öppet och tillåtande samtalsklimat som skapade en miljö där deltagarna kunde få komma till tals och ha utbyte av varandra. Att alla förväntades tala och dela med sig av sina problem underlättade för deltagare som annars kunde uppleva sig som blyga eller att ha svårt att öppna sig. Behandlarna tillskrevs en central roll i att skapa denna stämning där deltagarnas lidande inte behövde jämföras eller bedömas. Gruppklimatet beskrevs möjliggöra att deltagarna kunde lära av varandra och känna sig mindre ensamma i sin situation. De uppgav även att de blev investerade i varandras förändringsprocesser och interventioner som inte upplevts så hjälpsamma för en själv gav ändå positiva erfarenheter då de sågs hjälpa andra.

“Och många av de andra kvinnorna hade inte gjort det [mediterat], så att många gånger hörde man att ”oh, vad bra”. Så det var ju väldigt bra på det sättet att jag märkte att det kan vara väldigt, väldigt givande.”

Att lära av varandra. Att dra lärdom av varandra kunde handla om att få ta del av andras redogörelser av insikter, kunskap eller lösningsförsök och på så vis få nya kunskaper och erfarenheter via gruppen. Lärdomar kunde också fås mer indirekt genom att andras antaganden, erfarenheter och förändringsprocesser tilläts påverka eller belysa ens egna processer. Att få ta del av andras erfarenheter och råd rörande sömnmedicin, sovrutiner och förhållningssätt till sina sömnbesvär beskrevs som givande och kunde ge nya vägar till förändring.

“Alla berättade om sina bekymmer och sådär, så man fick en insikt att så kan det också vara. Man är ju så enkelriktad på sina grejer. Särskilt en, han var ju väldigt positiv så /.../ Han menade på att vi var ju pensionärer, så man ska inte jaga upp sig så mycket [om man inte kan somna]. Kan ju ta en liten tupplur dagen efter. Så han hjälpte att avdramatisera det hela. Det tyckte jag var positivt.”

Att vara i grupp gav också möjlighet för deltagarna att jämföra sig med de andra vilket uppgavs ge nya perspektiv på den egna situationen. Bland annat nämndes tacksamhet för att inte vara i samma svåra situationer som andra gällande sömnmedicinering eller sömnvanor. Gruppens samlade erfarenheter gjorde att de egna problemen kunde upplevas som lite mindre.

“Jag har inte haft något större problem på nattsömnen. Det är ju liksom det här på dagen att jag upplever att jag påtagligt blir trött. Och det var när jag hörde de andra berätta som jag måste säga att jag kände någon, en tacksamhet att jag har inte haft det så.”

Behandlingen kunde även påverka deltagarna på andra sätt än sömnen. Deltagarna beskrev att utbytet inom gruppen gav erfarenhet av att se situationer från olika perspektiv. Detta nyanserade inte enbart inställningar kring sömn och sömnvanor utan uppgavs även förändra tendensen till dikotomt tänkande inom andra områden. Att känna en större ödmjukhet inför andra människors lidande sågs även som en effekt av att vara i grupp.

Att inte känna sig ensam. Då deltagarna delade upplevelser av psykisk ohälsa och lidande kopplat till sömnen gav gruppformatet möjlighet till igenkänning och samhörighet. Att inte vara ensam med sömnbesvär eller psykisk ohälsa var viktigt. Hur omvälvande det upplevdes att dela erfarenheter och känslor relaterades till hur ensam man tidigare känt sig. Även de som inte beskrev gemenskapen inom gruppen som en helt ny erfarenhet talade om igenkänning med varandra som en positiv faktor.

“Man har ett problem och tror att man är ensam om det. Så fick man höra att det fanns andra som hade problem, framförallt med sömnen. Gemenskapen i gruppen gör det lättare att dela på en börda om man är flera som bär den och det inverkade positivt både på mig och de andra.”

En annan effekt av gemenskapen var också att det kunde ge en upplevelse av att vara mindre annorlunda. Genom gruppen kunde likheter och olikheter kring problem, egenskaper och erfarenheter öka känslan av gemenskap och acceptans.

“Jag måste säga det för att ju mer man vet, ju bättre, eller ju lättare är det ju att förstå vilken konstig prick man är själv, tycker jag. För alla är ju olika, det är ju det. Människor.”

Behandlingen upplevdes också som rolig och deltagarna talade om att de såg fram emot att träffa de andra deltagarna och behandlarna och få möjlighet att se förändringar och dela med sig av erfarenheter sen sist. Deltagarna kunde beskriva en känsla av tomhet när behandlingen var klar. Att vara i grupp talades om i goda ordalag och deltagarna såg gruppformatet som en styrka i behandlingsupplägget. Även de som beskrev sig mer som ensamvargar uppskattade att vara i grupp på detta sätt.

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka vad deltagarna upplevde som verksamt vid sömnbehandling i grupp inom specialistpsykiatri. Vårt material ger en djupare förståelse för på vilket sätt behandlingen upplevts verksamt, där den upplevda effekten var en central del i berättelserna. Upplevelsen av behandlingseffekt varierade bland deltagarna vilket även återspeglas i de kvantitativa skattningarna av förändring gällande sömn- och depressionssymtom (se tabell 1).

Betydelsen av att behandlingen passar

Vårt första huvudtema handlar om vikten av att sömnbehandlingen passar för att den ska upplevas verksamt. De deltagarna som ansåg sig passa in avseende sömnproblem, allmänt mående och hur de är som personer beskrev också att behandlingen levte upp till deras förväntningar. Våra andra huvudteman om att vara i en bra grupp och att få lära sig saker beskrevs som givande även om de inte givit alla deltagare lika stor effekt för deras sömn eller mående. Om behandlingen upplevdes passa deltagarna så kopplades inlärning och gruppformatet som verksamma faktorer för förändringar hos deltagarna, framförallt kopplat till sömn.

Forskning och empiri gällande sömn och sömnbesvär över livsspannet är bristfälligt och tillgång till psykologisk behandling är begränsad för äldre vuxna. I kontrast till detta är sömnbesvär en vanligt förekommande diagnos hos äldre vuxna som orsakar stort lidande. Att ha rätt diagnos för behandling kan ses som en förutsättning för att en behandlingsintervention ska ge effekt men vid sömnbesvär i denna grupp kan behandlaren behöva vara pragmatisk, exempelvis vara mer inkluderande i urvalskriterier. I vårt material tycker vi oss dock se att motivation påverkades av ifall deltagaren kände igen sig i förklaringsmodeller för sömnbesvär så som de beskrevs i behandlingen. En studie på äldre vuxna med insomni fann att patienterna var mer sannolika att visa intresse för KBT-I ifall de kände igen sig i diagnosen avseende negativ påverkan på det dagliga livet, attribuerade insomnin till maladaptiva sömnbeteenden och upplevde en oro kring sin sömn (Cahn, Langenbucher, Friedman, Reavey & Falco, 2005).

En metastudie visade att motivation var en terapifaktor förknippad med behandlingseffekt (Luborsky, Auerbach, Chandler & Cohen, 1971). Alla våra deltagare gav uttryck för motiverande faktorer till behandlingen och de återfinns i samtliga teman. I vårt material kan vi se en variation i vad motivation kopplas till (sömnbesvär, grupp,

lärande, kontakt med psykiatrin) men framförallt relateras den till positiva upplevelser av behandlingen. Även om motivation kan förändras över tid skulle upplevelse och effekt av behandlingen kunna påverkas av huruvida den initiala motivationen hos deltagarna är kopplad till sömnbesvär eller inte. En annan studie visade att initiala förväntningar och den subjektiva upplevelsen av diagnosen var faktorer som hade signifikant inverkan på motivationen för psykoterapi (Schneider & Klauer, 2001). De deltagare som lyfte andra motiverande faktorer än sina sömnbesvär tycktes relatera detta till att ha upplevt behandlingen mindre verksamt för sömnen, men ändå givande.

Behandlingen är baserad på KBT-I som har evidens vid både primär och sekundär insomni. Trots detta förstod vissa deltagare sina låga eller uteblivna behandlingseffekter som att sömnbesvären var sekundära annat lidande och andra som en effekt av att inte varit tillräckligt frisk för att kunna tillgodogöra sig behandlingen. Komorbiditeten hos våra deltagare kan exempelvis ses i skattningarna på depressionssymtom (se tabell 1). Det väcker frågan om sömnbehandlingen ställer högre krav på patienternas mående jämfört med annan behandling. En studie av van de Laar, Pevernagie, van Mierlo och Overeem (2015) på KBT-I med yngre vuxna visade dock att psykiatrisk komorbiditet predicerade en signifikant lägre behandlingseffekt. Med tanke på att komorbiditeten är högre och riskfaktorerna fler hos äldre vuxna kan det tänkas göra sömnbesvären mer komplexa och därmed påverka behandlingseffekten.

Att deltagarna pratade om huruvida behandlingen passar dem som person kan förstås som en typ av attributionsstil, där matchningen attribueras till hur de är som personer (intern) snarare än hur behandlingen är utformad (extern). Heider (1958) beskrev i sin teori om attributionsstil att eftersom de interna orsakerna oftast är dolda från oss, kan frånvaron av en tydlig extern orsaksförklaring öka sannolikheten för att använda sig av en intern. Utifrån Becks kognitiva modell om depression (1987) kan deltagarnas tendens att attribuera upplevelse av utebliven behandlingseffekt internt ses som ett symptom på depression, en vanlig komorbiditet i gruppen. Om upplevelser av att behandlingen inte varit så verksamt inte resulterar i kritik eller förbättringsförslag ställs högre krav självreflexivitet vid förbättringsarbete på verksamheten. Frånvaro av kritik blir då inte tillräckligt för att säga att en intervention är verksamt utan en djupare analys blir nödvändig för att förstå om syftet uppnåtts.

Förståelse av behandlingen utifrån om den passar kan även kopplas till teorier om att personligheten, till skillnad från de sociala och känslomässiga aspekterna av livet, är relativt stabil över livsspannet (Larsen & Buss, 2010). Det går att tänka sig att upplevelsen av att ha en stabilare identitet kan vara starkare hos någon som har levt längre, där fler tidigare erfarenheter kan få inverkan på förståelsen av nyare. Eventuellt kan den egna förståelsen av sig själv vara en viktigare förklaringsmodell för individen än de som ges inom en behandling, vilket kan påverka upplevelsen av att kunna tillgodogöra sig den. Att förankra generella modeller i den specifika livshistorien skulle på så vis kunna vara än viktigare för denna grupp.

På vilket sätt är behandlingen verksamt?

Det livslånga lärandet. Deltagarna lyfte upplevelsen av att få lära sig nya saker som ett verksamt inslag i behandlingen. De gav även uttryck för en delvis förändrad syn på sig själv och andra i form av ökad tilltro till förmågan att hantera sin sömn (self-efficacy), vilket ligger i linje med annan forskning på gruppbehandling (Croxford et al.,

2015). En ökad tilltro till den egna förmågan kan tänkas ge andra effekter än enbart kopplat till sömnen, som exempelvis att bryta ålderistiska föreställningar om föränderlighet.

Att sömnbehandlingen upplevdes givande för deltagarna oavsett hur stor effekten blev kan delvis tillskrivas formatet, då behandlingen förstods som ett kursmoment snarare än en behandlingsinsats. Förståelsen ses exempelvis i att deltagarna refererar till behandlarna som lärare och till behandlingen som kurs eller skola, antagligen utifrån att behandlingen kallas "sömnskola". Det kunde ses som lustigt att behöva gå i skola som 80-åring, även om deltagarna själva betonade det livslånga lärandet. En risk med att för starkt betona utbildningsaspekten av behandlingen skulle kunna vara att det blir för mycket "skola" och för lite terapeutisk process, där deltagarna inte omsätter den kunskap de får. I vårt material kan vi se att kunskap som inte kan omsättas i praktiken tycks mer oreflekterad och distanserad. Samtidigt utesluter inte förståelsen av behandlingen som en "skola" att det sker terapeutiska processer. Andra fördelar med utbildningsaspekten tycks vara att det upplevs intellektuellt stimulerande och eventuellt mindre stigmatiserande än att gå i terapi.

Värdet av att vara i en "bra" grupp. Alla deltagare talade positivt om upplevelsen av gruppformatet och betonade vikten av en bra grupp. Det är en faktor som tydligast gjort behandlingen givande även för de deltagare där behandlingen varit mindre verksam gällande sömn eller mående. Gruppen tycks ge ett mervärde som inte nödvändigtvis är kopplat till förändringar hos en själv, som att ha trevligt tillsammans, dela erfarenheter och se andras utveckling. Vårt resultat avseende gruppaspekter stämmer överens med litteratur om gruppbehandling, där att bryta ensamhet och att få lära av varandra är centralt (Croxford et al, 2015). Vad vi inte återfunnit i vårt material är negativa åsikter om att vara i grupp. Det kan bero på svårigheter i att ge negativ kritik men även på unika faktorer för dessa grupper, exempelvis ett tryggt gruppklimat. Att skapa en bra gruppdynamik kan utifrån vårt material ses som en av behandlarnas viktigaste uppgifter.

Om gruppformatet har en positiv inverkan i sig, är det då någon skillnad på den gruppgemenskap som skapas inom en behandling jämfört med andra grupper? Vissa aspekter som framkommit i materialet skiljer sig säkerligen inte åt beroende på kontext utan mer på medlemmar, såsom möjligheten att ha roligt och skapa positiva erfarenheter tillsammans. Andra aspekter kan vara mer unika utifrån att behandlingen leds av behandlare som ansvarar för att innehållet är meningsfullt och terapeutiskt. Ett särdrag för en terapeutisk gruppbehandling är att fokus ligger på att skapa förändring snarare än att ge socialt stöd, även om det senare kan vara en viktig komponent. Deltagare påpekade att gruppen skiljde sig från andra då det fanns en seriositet och ett djup trots att det var roligt. Att fördjupa utbytet mellan deltagarna kan tänkas vara en självklar del i en gruppbehandling jämfört med andra gruppkonstellationer.

Metoddiskussion

Effekterna av att studien är retrospektiv. De resultat som framkommit i studien bör förstås utifrån det faktum att studien är retrospektiv. Deltagarna har berättat om sina upplevelser av behandlingen utifrån sina erfarenheter av att ha genomgått hela behandlingen och upplevt den mer eller mindre verksam. Enligt Heiders (1958) teori om människan som en naiv vetenskapsman finns ett behov hos människor att skapa me-

ningsfullhet och koherens i sina upplevelser. Detta kan innebära att olika faktorer i efterhand förstås annorlunda än de upplevts i stunden, utifrån att berättelser skapas där individen är just nu. Exempelvis kan temat om vikten av att behandlingen passar deltagarna förstås som en retrospektiv förklaringsmodell till varför behandlingen beskrivits som mer eller mindre hjälpsam, vilket även kan ses i de kvantitativa skattningarna (tabell 1).

Att samtliga deltagare uttryckte en positiv upplevelse av behandlingen kan också diskuteras utifrån den retrospektiva designen och begreppet kognitiv dissonans (Festinger, 1957). Då deltagarna investerat tid och engagemang i behandlingen kan det tänkas att de i efterhand tenderar att se den utifrån vad som givit positiv verkan för dem. Behandlingen skulle uppfattas av deltagarna på detta sätt för att minska omedvetna motstridiga känslor och tankar. Att vissa av våra deltagare exempelvis upplevde behandlingen som positiv och givande trots frånvaro av behandlingseffekt genom att lyfta fram gruppformat och inläring skulle kunna vara ett uttryck för kognitiv dissonans. En forskningsdesign som istället följer deltagarna under terapiprocessen hade troligtvis kunnat fånga fler nyanser och ambivalenta känslor.

Vår inverkan på resultatet. Då vi har försökt fånga vad som varit verksamt snarare än ett värdeladdat omdöme om behandlingen (bra eller dålig) har det stundtals varit svårt att skilja dem åt. Då vi inte har funnit explicit kritik mot behandlingen har vi därför behövt läsa mellan raderna för att finna nyans och djup i deras upplevelser, vilket då blivit färgat av vår subjektivitet. Exempelvis har vi försökt förstå uttalanden som att behandlingen inte passar alla i ljuset av vad de har beskrivit för behandlingseffekt. Frånvaron av kritik kan relateras till att vi kan ha sammankopplats med den äldre psykiatriska mottagningen, då till exempel kontakten inför intervjuerna inleddes av behandlarna och intervjuerna gjordes på mottagningen. Förutom intervjusituationen kan det finnas ytterligare en aspekt av makt relaterat till en eventuell beroenderelation mellan mottagningen och patienterna.

Vårt bidrag och framtida forskning

Kliniska implikationer. Denna studie har haft som ambition att fördjupa förståelsen av den sömnbehandling som ges till äldre vuxna inom specialistpsykiatrin. Vikten av icke-farmakologiska interventioner till denna population är lika viktig som den är ovanlig. Att dessutom få patientperspektiv kan vara en viktig del i att göra justeringar som kan öka både tillgänglighet och effekt av behandlingen. Exempelvis tycks de justeringar som redan gjorts av behandlingen från ursprungslitteraturen, som en ökad läkarnärvaro och tydligare medicinperspektiv, upplevts mycket positivt av deltagarna. Utifrån vårt resultat kan vi även tänka oss det finns en poäng i att ha tydligare urvalskriterier vid rekrytering av deltagare till behandlingen, både utifrån sömnproblematik men även utifrån motiverande faktorer.

Vi kan även se i vårt material att trots att behandlingseffekten tycks ha varierat bland deltagarna så är alla deltagarna mycket positiva till interventionen. Det verkar som att gruppformatet och inlärningsmomentet ger deltagarna positiva effekter utöver att få en förbättrad sömn. Uttryck för missnöje eller misslyckande skulle kunna vara väntat i en så pass heterogen grupp, men detta har varit frånvarande i de manifesterade berättelserna.

Avslutningsvis vill vi lyfta fram vikten av psykologiska behandlingsalternativ som för samtliga deltagare givit positiva effekter, även om det inte nödvändigtvis förbättrat sömnen. Att öka tilltron till den egna förmågan, få intellektuell stimulans, känna gemenskap och utveckla sin empati upplevs som verksamma aspekter av psykologisk gruppbehandling, något som inte tydligt kan fångas med ett för snävt fokus på sömneffekt. Förutom effekt på sömnen kan psykologisk behandling vid sömnproblem få andra viktiga positiva effekter, som exempelvis en minskad sömnmedicinering som påverkar det allmänna måendet. Vikten av att ha ett helhetsperspektiv på individen och kontexten kan vara än viktigare vid behandling av en heterogen grupp som äldre vuxna.

Framtida forskning. Forskningsläget gällande psykologisk behandling med äldre vuxna är bristfälligt, så också inom sömn- och gruppbehandling. Vi har i vår litteratursökning hittat en enstaka kvantitativ studie som berör dessa kriterier, inga kvalitativa. Mer forskning gällande upplevelse, effekt och anpassning av interventioner för äldre vuxna är önskvärt. Så även att undersöka vad som predicerar behandlingseffekt för denna åldersgrupp skulle vara intressant ur ett livsspannsperspektiv. I vår studie hade vi exempelvis deltagare som sömnmedicinerat i flera decennier, vilket säkerligen inte är ovanligt i populationen och kan ställa unika krav på behandlingsinterventioner. Det hade även varit intressant att se kvalitativ forskning på upplevelse av behandling före, under och efter för att på så vis kunna följa terapiprocessen mer ingående.

Bristen på terapiforskning kan i praktiken innebära att äldre vuxna inte rekommenderas psykologisk behandling om det saknas evidens för gruppen. Även om det är viktigt bedriva evidensbaserad behandling så bör inte bristen på evidens förvägra individer vård, speciellt då det finns evidens för en yngre åldersgrupp. Därmed blir det en ålderistisk diskriminering vilken hade kunnat undvikas med relevant forskningsstöd. En vanlig missuppfattning inom hälso- och sjukvården är att äldre personer inte kan tillgodöra sig terapi, vilket skulle kunna kopplas till ålderistiska attityder om begränsade möjligheter till förändring hos äldre vuxna (Laidlaw et al., 2004). För att öka möjligheterna till rätt vård är det därför även önskvärt att synliggöra eventuella ålderistiska attityder hos både behandlare och patientgrupp.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5:e upplagan. London: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D., H. & Durand V., M. (2015). *Abnormal psychology: an integrative approach* (7:e upplagan). Stamford: Cengage learning.
- Bastien, C., H., Vallieres, A. & Morin, C., M. (2001). Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.
- Beck, A., T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Bieling, P., J., McCabe, R., E., Antony, M., M. (2008). *Kognitiv beteendeterapi i grupp*. Stockholm: Liber.
- Braun, L., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brenes, G., A., Miller, M., E., Stanley, M., A., Williamson, J., D., Knudson, M., McCall, W., V. (2009). Insomnia in older adults with generalized anxiety disorder, 465–472. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/JGP.0b013-e3181987747>.
- Cahn, S., C., Langenbucher, J., W., Friedman, M., A., Reavey, P. & Falco, T (2005). Predictors of interest in psychological treatment for insomnia among older primary care patients with disturbed sleep. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 87-98.
- Croxford, A., Notley, C. J., Maskrey, V., Holland, R. & Kouimtsidis, C. (2015). An exploratory qualitative study seeking participant views evaluating group cognitive behavioral therapy preparation for alcohol detoxification. *Journal of Substance Use*, 20, 61-68. doi: 10.3109/14659891.2014.894590.
- Festinger, L. (1957). *A theory on cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Foster, R., G., & Lockley, S., W. (2012). *Sleep: a very short introduction*. Oxford university press: Oxford.
- Gallagher-Thompson D., Steffen, A. M. & Thompson, L. W. (2008). *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. Stanford: Springer.
- Gooneratne, N., S., Bellamy, S., Pack, F., Staley, B., Schutte-Rodin, S., Dinges, D., F., & Pack, A., I. (2011). Case-control study of subjective and objective differences in sleep patterns in older adults with insomnia symptoms. *Journal of Sleep Research*, 20, 434-444.
- Heider F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Kay, D., B., Buysse, D., J., Germain, A., Hall, M., & Monk, T., H. (2014). Subjective-objective sleep discrepancy among older adults: associations with insomnia diagnosis and insomnia treatment. *Journal of Sleep Research*, 24, 32-39. doi: 10.1111/jsr.12220.
- Kim, H., Suh, S., Cho, E., R., Yang, H-C., Yun, C-H., Thomas, R., J., Lee, S., K., Shin, C. (2013). Longitudinal course of insomnia: age-related differences in subjective sleepiness and vigilance performance in a population-based sample, *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 532-538.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L. & Gallagher-Thompson, D. (2004). *Cognitive behavior therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Larsen, R., J. & Buss, D., M. (2010). *Personality psychology*. New York: McGraw-Hill.

- Lichstein, K., L., Riedel, B., W. & Means, M., K. (1998). Psychological treatment of late-life insomnia. I R. Schulz (Red.), G. Maddox (Red.) & M. P. Lawton (Red.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (s. 74-110). New York, NY, US: Springer Publishing Co, 1999.
- Lichstein, K., L., & Morin, C., M. (2000). *Treatment of late-life insomnia*. Kalifornien: Sage publications.
- Lovato, N., Lack, L., Wright, H. & Kennaway, D. (2013). Predictors of improvement in subjective sleep quality reported by older adults following group-based cognitive behavior therapy for sleep maintenance and early morning awakening insomnia. *Sleep Medicine, 14*, 888-893.
- Luborsky, L., Auerbach, A., H., Chandler, M. & Cohen, J. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin, 75*, 145-85.
- Nau, S. D., McCrae, C. S., Cook, K. G., & Lichstein, K. L. (2005). Treatment of insomnia in older adults. *Clinical Psychology Review, 25*, 645–672.
- Neikrug, A., B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the older adult - A mini-review. *Gerontology, 56*, 181-189.
- O'Donohue, W., T. & Fisher, J., E. (2008). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rybarczyk, B., Lopez, M., Benson, R., Alsten, C., & Stepanski, E. (2002). Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychology and Aging, 2*, 288-298. doi: 10.1037//0882-7974.17.2.288.
- Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *GDS 20 (Geriatric Depression Scale)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska centralbyrån. (2015a). Hämtad 2017-02-01, från: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/237-18>.
- Statistiska centralbyrån. (2015b). Hämtad 2017-02-01, från: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/24-160>.
- Statistiska centralbyrån. (2015c). Hämtad 2017-02-01, från: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/23719>.
- Statistiska centralbyrån. (2015d). Hämtad 2017-02-01, från: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/24891>.
- Statistiska centralbyrån. (2015e). Hämtad 2017-02-01, från: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/23721>.
- Söderström, M. (2007). *Sömn – sov bättre med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva Förlag AB.
- van de Laar, M., Pevernagie, D., van Mierlo, P. & Overeem, S. (2015). Psychiatric comorbidity and aspects of cognitive coping negatively predict outcome in cognitive behavioral treatment of psychophysiological insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 13*, 140-156.
- Verbeek, I., Konings, G., Aldenkamp, A., Declerck, A., & Klip, E. (2016). Cognitive behavioral treatment in clinically referred chronic insomniacs: group versus individual treatment. *Behavioral Sleep Medicine, 4:3*, 135-151.
- Västra Götalandsregionen. (2016). *Regionalmedicinsk riktlinje*. Hämtad 2017-02-01, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3367/-Insomni.pdf?a=false&guest=true>.

- Västra Götalandsregionen. (2017). Vårdguiden. Hämtad 2017-02-01, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Restless-legs---rastlosa-ben/?ar=True>.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology (3:e upplagan)*. Open University Press: New York.
- Yamadera, W., Sato, M., Harada, D., Iwashita, M., Aoki, R., Obuchi, K., Ozone, M., Itoh, H., & Nakay, K. (2013). Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms, 11*, 176-184.

Bilaga 1

	Tema	KBT-intervention	Hemuppgift
1	Presentation Introduktion Screening ISI Sömnteori	Diagnostik-ISI Psykopedagogik Problemanalys	Registrera sömn-Sömndagbok Registrera vanor –Beteendedagbok Öva diafragmaandning
2	Sömnformeln Onda cirklar Konkretisera problem Mina vanor	Analys enligt sömnformeln Strategier utifrån sömnformeln Målformulering	Fortsätta registreringar Etablera rytm och balans Formulera mål Analys enligt sömnformeln Öva avspänning
3	Målsättning Sömnmedicin Sömnformeln –strategier Sömnmedicin och Tablettpsykologi	Målformulering Sängtidsrestriktion Stimuluskontroll Psykologisk aspekt på farmakaanvändning	Konstanthåll, alt. nedtrappning sömn Sängtidsrestriktion Stimuluskontroll Reg.veckans aktiviteter Öva avspänning/Mindfulness
4	Onda cirklar Stressteori Aktiveringsnivån Stress och Stresshantering	Konkretiserad problemanalys Funktionell analys, säkerhetsbeteenden, undvikanden Beteendemedicinsk aspekt- Stress-Sömn	Sömnrestriktion Stimuluskontroll Konstanthåll, alt trappa ned sömn Justerat aktivitetschema AvspänningsövnMindfulness
5	Hantera tankar och känslor	Kognitiva interventioner Känslomässiga interventioner Acceptans Ev. beteendeaktivering	Uppmärksamma aktiveringsnivå Observera tankar och känslor Balansera aktivitet Stimuluskontroll
6	Repetition hanteringsstrategier Trötthet Avstämning av metoder, mål, effekt Tidsperspektiv	ACT-intervention Känslostyrt beteende Reflekerat beteende	Öva acceptans och mindfulness Fortsatt arbete sömnmedel Följ upp aktivitetschema Vidmakthållandeplan
7	Fortsättning-Framtid Summering Återkoppling Utvärdering	Vidmakthållandeplan Bakslag/bakslagshantering Utvärdering Diagnostik ISI+ ev HAD MADRAS	

Bilaga 2

Sömnskolan började ju i höstas. Vi ska börja med att prata om hur det var innan sömnskolan. Vill du berätta hur ditt liv såg ut då? (gärna konkret exempel ex hur en vanlig dag såg ut) (ca 10 minuter)

Vill du berätta om hur din sömn var innan sömnskolan?

- Hur länge har du haft sömnproblem
- Hur har du försökt hantera dem tidigare? (beteende)
- Hur tänkte och kände du kring din sömn då/hur såg du på din sömn då? (tanke & känsla)

Hur tänkte och kände du inför att börja sömnskolan? (ca 10 minuter)

- Hur kom det sig att du började sömnskolan?
- Hur såg dina förväntningar ut? (tankar, känslor, farhågor, förhoppningar)
- Vad hoppades du på för resultat?

Hur upplevde du sömnskolan? (ca 15-20 minuter)

- Vad hade du för tankar och känslor under behandlingen?
- Var det något som var svårare respektive lättare?
- Vad var hjälpsamt? (tekniker/socialt stöd/normalisering/beteendeeperiment/kognitiv omstrukturering/info)
- Var det någon skillnad efter första tillfällena du var där jämfört med de sista tillfällena? Vilken (sömn, allmänt mående, upplevelse av sessionerna/gruppen)? Isåfall, vilken tillskriver du sömnskolan?
- Hur var det att vara i grupp? Skillnad gentemot andra sociala sammanhang?
- Berättade du för någon utanför sömnskolan om behandlingen? Isf vilka och vilka reaktioner/stöd?
- Vad tycker du om formatet/behandlingsupplägg? (påminna om upplägg: 7 sessioner a 1,5h. Information om sömnmedel, fakta om sömn och sömnproblem, fem steg: kartlägg din sömn, följ dygnsrytmen, balans mellan sömn och vakenhet, aktiveringsnivå, summera och planera framåt.)
- Finns det något som du vill förbättra? (något som var mindre bra?)
- Hur upplevde du behandlarna?

Hur ser du på sömnskolan såhär efteråt? (ca 20 minuter)

- Vad har du tagit med dig? (kunskap/tekniker)
- Vilka verktyg har du använt? Använder du dem fortfarande?
- Har det påverkat andra delar av ditt liv än sömnen?
- Var det någon skillnad direkt efter behandlingen jämfört med nu?
- Hur ser du på din sömn idag?

Nu har vi pratat om hur det var innan, under och efter sömnskolan/från januari fram till idag, hur skulle du sammanfatta den här perioden?

Något mer du vill tillägga? Hur har det varit att intervjuas om det här?

Bilaga 3

Samtycke till ljudinspelning samt delgivning av tidigare skattningar

Jag samtycker till att intervjun spelas in i samband med examensarbete. Intervjun anonymiseras vid transkribering och ljudfilen förstörs.

Jag samtycker även till att Jana Andersson och Maja Lindecrantz får ta del av mina tidigare skattningsskalor som gjorts i samband med sömskolan 2016.

Jag har också fått information om att deltagande i examensarbetet är frivilligt, att jag får avbryta intervjun när som helst och/eller kan avstå att svara på frågor. Jag har informerats om att det material jag bidrar med kommer presenteras på gruppnivå och vara avidentifierat.

Namn:

Namnteckning:.....

Kontaktuppgifter:

Tack för ditt deltagande! Vid frågor om examensarbetet, kontakta Jana Andersson på telefon 0761875481 eller Maja Lindecrantz på telefon 0700734554.