

SPF kliniska riktlinjer



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Psykologisk behandling vid psykisk sjukdom:

-Vad gör man och varför?

Skribenter

Erik Andersson, med dr, leg psykolog, docent, studierektor Karolinska Institutet
Martin Kraepelien, med dr, leg psykolog, docent, Karolinska Institutet

Granskare

Nils Lindfors, överläkare psykiatri, tidigare professor, Karolinska Institutet

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

Dan Gothefors. Leg läkare, specialist i psykiatri. Leg psykoterapeut.

Granskarens prolog

Behandlingar vid psykisk sjukdom ger god effekt hos många individer, partiell hos andra men ibland saknas signifikant förbättrande effekt helt. Detta gäller oavsett om behandling sker med läkemedel, psykologisk behandling eller kombination av flera åtgärder. Vi saknar i stort sett metoder att i förväg ta reda på individens kapacitet att få förväntad behandlingseffekt.

Vid ångestsjukdomar och mild till måttlig depression är numera psykologisk behandling ofta effektiv och anges av Socialstyrelsen och i många vårdprogram som förstahandsbehandling. Läkemedelsbehandling bör då ges om den psykologiska behandlingen bedöms ge otillräcklig effekt. Även vid insomni är psykologisk behandling ofta effektiv och rekommenderas i första hand. Vid riskabelt bruk av alkohol har psykologisk behandling stark rekommendation av Socialstyrelsen.

Inom specialiserad psykiatri och än mer i primärvård är utbudet av psykologisk behandling av dessa tillstånd fortfarande otillräcklig. Föreliggande kortfattade text syftar i första hand till att underlätta för läkare att identifiera behov av psykologisk behandling specifikt avseende kognitiv beteendeterapi (KBT) Detta för att underlätta informerad rådgivning till patienter och närstående samt för ändamålsenlig hänvisning till kompetenta behandlare.

Texten kommer att revideras regelbundet. Kliniker är välkomna att inkomma med kommentarer via psykologiskbehandling@svenskpsykiatri.se

Innehåll

1. Inledning.....	4
2. Depression.....	5
3. Generaliserat ångestsyndrom.....	6
4. Paniksyndrom.....	8
5. Socialt ångestsyndrom.....	10
6. Tvångssyndrom.....	12
7. Post-traumatiskt stressyndrom.....	14
8. Problematisk alkoholkonsumtion.....	16
9. Insomni.....	17

Författarnas inledning

Denna guide syftar till att ge läsaren en överblick kring hur psykologisk behandling fungerar för några vanliga psykiska sjukdomar. Därtill beskrivs ytterligare några tillstånd som är vanliga tillsammans med psykiska sjukdomar, och som det finns effektiv och etablerad psykologisk behandling för. Mer specifikt vill vi som författat guiden att du ska få en övergripande förståelse kring de processer man försöker förändra i olika slags psykologiska behandlingsprogram. Fokus kommer alltså vara på hur man jobbar i psykologisk behandling: Vad gör man och varför?

Strukturen för denna folder

Vi har på uppdrag av Psykiatriska föreningens styrelse valt ut några vanliga psykiatriska tillstånd. För varje tillstånd kommer vi gå igenom principerna för psykologisk behandling. Fokus kommer att ligga på de processer man vill förändra i den specifika behandlingen. Varje stycke avslutas med konkreta råd hur du kan själv göra för att försöka fördjupa bedömningen och kartlägga de psykologiska mekanismer som är relevanta för tillståndet.

Observera att denna guide ger en förenklad bild kring vad man gör och varför i psykologisk behandling, för att göra texten lättillgänglig för kliniker. Det kommer alltså att finnas aspekter/nyanser/behandlingsprogram som vi inte kommer ta med av utrymmesskäl.

Depression (mild till måttlig)

Psykologisk behandling med fokus på beteendeförändringar i vardagen:

Vid depression finns en hel uppsjö av psykologiska och andra behandlingsmetoder som alla fått stöd i behandlingsforskning. Av utrymmesskäl och i enlighet med guidens övergripande tema så kommer vi endast att gå igenom en väl etablerad psykologisk behandlingsmetod. Vi har valt ut en metod som fokuserar på beteendeförändringar i vardagen (även kallat för ”Beteendeaktivering”). Metoden har bra stöd i forskningen och ingår som komponent i flera större behandlingsprogram. Beteendeaktivering går att kombinera med andra interventioner (exempelvis att utmana kognitiva förvrängningar man har om världen och sig själv).

Beteendemodellen vid depression tänker sig som följande: Patienten har fastnat i ett ”moment 22”; man gör ingenting meningsfullt i sin vardag för att man inte känner någon lust att göra något. Således så får man ingen lust att göra saker eftersom man inte gör någonting. Utifrån detta tänker man sig att patienten behöver komma igång med beteenden som är viktiga i ens vardag även om det känns motigt. Viktigt i sammanhanget är att man aldrig vet på förhand vad dessa beteenden är. Därför är första steget i den här behandlingen att patienten får registrera timme för timme vad man gör i sin vardag och hur man mår. Utifrån denna information kan psykologen och patienten tillsammans identifiera faktorer i vardagen som gör att patientens mående varierar. Utifrån den informationen försöker man hitta vissa nyckelbeteenden som påverkar patientens vardag till det positiva. En utmaning här är att patienten ska komma igång med dessa nyckelbeteenden oavsett hur det faktiskt känns i stunden. En grundpremiss i den här behandlingsmodellen är att vardagsbeteenden är viktiga i vidmakthållandet av depression. Det finns bra epidemiologiskt stöd för att det vardagsbeteenden har en stor påverkan för depressivt mående.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med depression utifrån denna modell; kom ihåg att fråga hur vardagen ser ut. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Hur ser dina dagar ut? Finns det någon period under veckan då du mår lite bättre eller känner större meningsfullhet? Bara det handlar om en minut så är det värdefull information.*
- *Finns det någonting du slutat göra i din vardag som du tidigare uppskattat eller tyckt varit meningsfullt? Berätta mer om vad du tror gjort att du slutat med dessa saker.*

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Psykologisk behandling med fokus på "intolerans för osäkerhet":

En av de mest etablerade modellerna för GAD menar på att patienter som besväras av överdriven oro har utvecklat en överkänslighet för situationer som är förknippade med osäkerhet. Alltså, även i situationer där osäkerheten inte är så hög så reagerar patienten med överdrivna kontroller och undvikanden för att försöka minska graden av osäkerhet. Genom att patienten ständigt beter sig som om osäkerhet är någonting farligt kommer patienten fortsätta tolka dessa situationer som farliga.

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att patienten testat att göra saker utan att ta till kontroll- och undvikandebeteenden. Genom att systematiskt testa annorlunda beteenden tänker man sig att patientens intolerans för osäkerhet minskar vilket i sin tur leder till mindre överdriven oro.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med GAD utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring olika slags kontroll- och undvikandebeteenden kring situationer som är förknippade med osäkerhet. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Tar du till några knep för att försöka minska graden av osäkerhet i vardagen? Berätta gärna mer om det*
- *Undviker eller skjuter du upp saker av rädsla för att det kan finnas en möjlighet att det blir fel?*

Psykologisk behandling med fokus på "meta-oro":

En annan psykologisk modell som fått bra stöd i forskning fokuserar primärt på att det är patientens så kallade "meta-oro" (oro för oro) som vidmakthåller GAD. Rent konkret tänker man sig att oro är en normal kognitiv process men som kan gå överstyr om patienten börjar oro sig över sin egen oro. Många patienter med GAD börjar katastroftänka att deras oro är okontrollerbar och farlig.

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att patienten får jobba med att förhålla sig till sin metaoro på ett annorlunda sätt. Målet är att patienten ska få förmåga att lägga mindre uppmärksamhet på sina orostankar och därmed också få färdigheter att inte lockas in i långa orosprocesser. Rent konkret vill modellen att patienten ska sluta katastroftänka kring sin oro (man får upplevelsen att orostankar är normalt fenomen, de är inte farliga och det går att lägga uppmärksamheten på annat än orostankar).

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med GAD utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring om patienten oroar sig över sina egna orostankar. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Tänker du att dina orostankar är farliga på något sätt, exempelvis att du kanske kommer på sikt att bli galen av dina orostankar?*
- *Tänker du att dina orostankar är helt omöjliga för dig att kontrollera? Berätta mer om hur du tänker kring detta*

Paniksyndrom

Psykologisk behandling med fokus på kontroll- och undvikandebeteenden:

Det finns flera olika slags ansatser hur man behandlar paniksyndrom med psykologiska interventioner. En av de mest etablerade behandlingarna utgår från att paniksyndrom vidmakthålls genom överdrivna kontroller och undvikandebeteenden. Denna modell antar att om patienten ständigt försöker dämpa symptom som påminner om en panikattack (exempelvis hög puls, yrsel) genom kontroller och/eller undvikanden (exempelvis kontrollerar pulsen, undviker tunnelbanefärder som kan leda till yrsel) så kommer hjärnan fortsätta att signalera med ångestpåslag. Kort sagt kan man säga att patienten upplever att paniksymptom är farliga för att patienten beter sig som om symptomen faktiskt är farliga.

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att patienten tränar sig att gradvis våga stanna kvar kroppsliga symptom som påminner om en panikattack och att steg för steg fasa ut de olika kontroll- och undvikandebeteenden. Genom att man gör detta upprepade gånger tänker man sig att patienten vänjer sig och blir bättre på att rida ut olika symptom som påminner om en panikattack. Om detta görs framgångsrikt kommer ångestsignalerna gradvis avta i intensitet.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med paniksyndrom utifrån denna modell; kom ihåg att fråga kring olika slags kontroll- och undvikandebeteenden som patienten tar till. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *När du får en sån där panikattack – gör du något i stunden för att försöka dämpa ångesten?*
- *När du oroar dig för att du kanske kommer få en panikattack i framtiden – finns det något du gör eller undviker för att det inte ska hända?*
- *Finns det något viktigt i ditt liv du i dagsläget undviker på grund av rädsla för att få panikattacker?*

Psykologisk behandling med fokus på kognitiv förändring:

En annan etablerad behandlingsmodell för paniksyndrom menar att paniksyndrom vidmakthålls av att patienten övertolkar betydelsen av sina symptom. Rent konkret tänker man sig att patienten `kör på autopilot´ och tolkar exempelvis en förhöjd puls som ett tecken på hjärtinfarkt, denna automatiska tanke leder till att patienten får ångest som i sin tur triggar fler fysiologiska reaktioner. Dessa reaktioner fungerar som bränsle på elden och patienten blir allt mer övertygad i sin tankeloop att den förhöjda pulsen faktiskt är farligt och bör undvikas.

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att försöka bromsa tankeförloppet. Alltså, istället för att patientens `autopilot´ går igång och selektivt börja hitta tecken på att symptomen är farliga, så vill psykologen att hen istället ska kunna stanna upp och nyansera sina tankar kring sina symptom. Genom att patienten slutar se sina initiala tankar och tolkningar som sanningar, utan istället förhåller sig till sina tankar som hypoteser om verkligheten, tänker man sig att patienten får bättre distans till sina symptom och tankar. Det leder i sin tur till mindre oro för panikattacker.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med paniksyndrom utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring hur patienten tänker kring kroppsliga symptom som påminner om en panikattack och hur hen tolkar dessa symptom. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *När du upplever symptom som exempelvis hög puls, vad tänker du då?*
- *När du får tankar kring att dina kroppsliga symptom är farliga – hur ser tankeprocessen ut då – börjar du hitta fler tecken som stödjer din katastroftanke?*

Socialt ångestsyndrom

Psykologisk behandling med fokus på kontroll- och undvikandebeteenden:

En väletablerad modell vid social ångest antar att patientens kontroll- och undvikandebeteenden vidmakthåller problematiken. Genom att patienten undviker sociala situationer (exempelvis sjukanmäler sig till ett seminarium vid Universitetet) eller försöker minska ångesten under tiden man är i en social situation (exempelvis tittar ned i sina papper för att undvika andra personers granskande blickar) går hen miste om erfarenheter vad som faktiskt skulle inträffa (exempelvis ”är det verkligen så att de andra i rummet tycker jag pratar ointelligent?”).

Utifrån denna modell får patienten testa att utmana (exponera) sig i sociala situationer. Det kan handla om att bryta undvikanden och kontroller man gör i dagsläget (exempelvis gå på seminariet och hela tiden titta upp på de andra deltagarna) men också testa att överdriva exponeringar (exempelvis gå in och klaga på en vara man köpt i en affär trots att man egentligen inte är missnöjd med varan). Genom att man får andra erfarenheter av att vara i sociala situationer följer av denna modell att man minskar sin sociala ångest.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med socialt ångestsyndrom utifrån denna modell; kom ihåg och fråga ifall patienten gör mycket undvikanden och/eller kontroller i sociala situationer. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Undviker du några specifika sociala situationer och varför?*
- *När du är i sociala situationer tar du till några knep för att dämpa din ångest? Berätta mer om hur det ser ut för dig.*

Psykologisk behandling med fokus på kognitiv förändring:

Den kognitiva behandlingsmodellen vid social ångest är snarlik som kontroll- och undvikandemodell men lägger större fokus på att patienter med social ångest fastnar i så kallat överdrivet självfokus (att man ser sig själv utifrån hur man tror att omgivningen uppfattar en). Det överdrivna självfokuset leder till ångest och kroppsliga reaktioner (exempelvis att man börjar svettas). Dessa symptom leder i sin tur till att patientens självfokus ökar ännu mer och hen får en ännu mer skev bild över sin prestation i den sociala situationen. För att försöka dämpa sina symptom så tar patienten till olika slags beteenden för att försöka dölja sina brister (likt beteenden som kontroll- och undvikandemodellen stipulerar, så kallade ”säkerhetsbeteenden”).

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att patienten får jobba med att försöka utmana sitt överdrivna självfokus och testa hur det blir om man slutar med säkerhetsbeteenden. Rent konkret kan man exempelvis testa att filma sig själv när man håller en konversation med någon annan och jämföra på en färgkarta hur mycket man rodnar på filmen med hur mycket man trodde att man rodnar utifrån ens eget självfokus. En annan intervention man brukar testa är att vara i en social situation först med säkerhetsbeteenden sedan testa att göra samma sak utan säkerhetsbeteenden (inte sällan upplever patienten att hen får mindre negativt självfokus genom att sluta med sina säkerhetsbeteenden). Målet är att patienten ska få förmåga se sina tankar som testbara hypoteser och därmed få bättre distans till sina tankar. Genom att man får bättre distans till sina tankar minskar också valören i den sociala ångesten.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med socialt ångestsyndrom utifrån denna modell; kom ihåg och fråga ifall patienten besväras av överdrivet självfokus och vad patienten gör i dessa situationer. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *När du är i sociala situationer – får du ett starkt självfokus då? Alltså att du ser dig själv utifrån, lite grann som att någon skulle hålla en filmkamera?*
- *När du är i sociala situationer och känner starkt självfokus – tar du till några slags beteenden då för att försöka dämpa dessa jobbiga bilder av dig själv? Berätta mer om hur det ser ut för dig.*

Tvångssyndrom

Psykologisk behandling med fokus på kontroll- och undvikandebeteenden:

Den mest välbeforskade och etablerade psykologiska behandlingsmodellen för tvångssyndrom fokuserar på kontroll- och undvikandebeteenden. Modellen antar att patienten får tvångstankar som väcker obehag (exempelvis ”tänk om jag glömt spisplattorna på och hela hyreshuset brinner upp?”, ”tänk om jag skulle råka knuffa ned någon från tågplattformen?”). För att dämpa ångesten som kommer med tvångstankarna tar patienten till tvångshandlingar som syftar till att dämpa ångesten. Tvångshandlingar kan vara synliga beteenden (exempelvis kontrollera spisen) men inte sällan är det också tankeprocesser (man kontrollerar i huvudet att man gjort rätt) eller undvikanden (man låter sin sambo kontrollera spisplattorna istället). Modellen menar att dessa strategier är problematiska eftersom patienten beter sig som om tvångstankarna faktiskt är farliga och därför kommer patienten fortsätta vara rädd för dem.

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att patienten tränar sig att gradvis våga stanna kvar i tvångstankarna och att stegvis trappa ut olika slags kontroll- och undvikandebeteenden. Genom att man inte beter sig som om tvångstankarna är farliga antar behandlingsmodellen att patienten kommer att få allt mindre ångest av dessa tankar.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med tvångssyndrom utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring olika slags kontroll- och undvikandebeteenden som patienten tar till. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *När du får jobbiga tankar som handlar om katastrofer – gör du något i stunden för att försöka dämpa ångesten?*
- *Gör du något i huvudet för att försöka dämpa dina tvångstankar?*
- *Finns det några situationer du undviker idag eftersom du är orolig att du ska få jobbiga tvångstankar?*

Psykologisk behandling med fokus på kognitiv förändring:

Det finns en komplementär behandlingsmodell vid tvångssyndrom som, till skillnad från kontroll- och undvikandemodellen) fokuserar på hur patienten tolkar betydelsen av sina tvångstankar. Modellen antar att de flesta människor har påträngande tankar kring katastrofer emellanåt. Problemet är alltså inte att man har påträngande jobbiga tankar utan det viktiga är hur man förhåller sig till sina tankar. Om exempelvis en patient tolkar sina tvångstankar (exempelvis tankar på att man ska skära halsen av sin sambo) som farliga och omoraliska ("att jag har dessa tankar betyder att jag egentligen vill göra det", "att ha dessa tankar är lika omoraliskt som att faktiskt göra det") så kommer det leda till mer ångest, kontroller och undvikanden jämfört med en person som tolkar sina tankar som just tankar och ingenting annat.

Utifrån denna modell går en psykologisk behandling ut på att normalisera tvångstankar och träna patienten i att se sina tankar som just tankar och ingenting tillräckligt viktigt som man behöver lägga uppmärksamhet på. Genom att patienten slutar katastroftänka kring sina tvångstankar får de mindre valör.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med tvångssyndrom utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring hur patienten tolkar betydelsen av sina tvångstankar. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Tänker du att de tvångstankar du brukar få säger något om dig som person?*
- *Tänker du att det är fel, farligt eller omoraliskt att få tankar med innehållet som du har?*

Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD)

Psykologisk behandling med fokus på undvikandebeteenden:

Undvikandemodellen av PTSD stipulerar att en traumatisk händelse har skapat en rädslstruktur hos patienten. Rädslstrukturen tar in all information om situationen (exempelvis färger, former och ljud) men också vad hen upplevde (exempelvis hjärtklappning) och gjorde under situationen (exempelvis blev lamslagen). Teorin menar också att patienten gör en rad tolkningar kring betydelsen av både själva händelsen (exempelvis "Bilar är farliga") och varför man agerade som man gjorde (exempelvis "Jag borde förhindrat bilolyckan istället för att bli lamslagen"). Modellen menar att när något påminner hjärnan om den traumatiska händelsen återaktiveras rädslstrukturen med syfte att hjälpa patienten från att hamna i farliga situationer igen. Påträngande minnesbilder, rädsla och ångest blir utifrån denna teori ett varningssystem som vill skydda patienten från fara. Men genom att ständigt undvika påträngande minnesbilder och situationer som är förknippade med den traumatiska händelsen så får inte hjärnan möjlighet att bearbeta traumat.

Utifrån denna modell psykologisk behandling ut på att patienten tränar sig att gradvis våga stanna kvar i jobbiga tankar, känslor, bilder från händelsen (på engelska kallar man denna behandling för *prolonged exposure*). Detta gör man genom så kallad *in vivo* exponering (man återbesöker platser som påminner om traumat) samt imaginativ exponering (man återbesöker minnesbilder som man normalt sätt undviker). Man genomför dessa exponeringsövningar upprepade gånger och tränar på att stanna kvar i jobbiga känslor och tankar. Syftet är att hjärnan ska få emotionell bearbetning. En viktig del i dessa exponeringsövningar är också att patienten ska få möjlighet att omvärdera eventuella felaktiga föreställningar om världen, situationen och sig själv.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med PTSD utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring olika slags undvikandebeteenden som patienten tar till. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Finns det några minnen, tankar, eller känslor relaterade till traumat som du försöker undvika att tänka på? Om ja, berätta mer om hur detta undvikande ser ut.*
- *Undviker du idag några situationer som påminner om händelsen (till exempel, människor, platser, samtal, aktiviteter, objekt, eller situationer)? Om ja, berätta mer om hur detta undvikande ser ut.*

Psykologisk behandling med fokus på kognitiv förändring:

Den kognitiva modellen vid PTSD har många likheter med undvikandemodellen men lägger större vikt vid patientens föreställningar kring sina symptom samt föreställningar om sig själv i förhållande till traumat.

Utifrån den kognitiva behandlingsmodellen jobbar man systematiskt med att förändra patientens föreställningar om sina symptom (exempelvis från ”jag är tillbaka där det hände, fara!” till ”jag får tankar om den traumatiska händelsen nu för att jag är vid en vägkorsning, men jag är inte tillbaka i samma hotfulla situation som då. Det är en annorlunda situation.”) samt även negativa föreställningar om sina symptom och sitt agerande under traumat (exempelvis från ”Det är mitt fel att olyckan inträffade” till ”Det var en trafikolycka som inträffade på grund av flera olika faktorer där jag är bara en liten del av en större händelsekedja”). Detta gör man genom så kallat sokratiskt frågande och att patienten får träna sig på olika sätt att tänka mer nyanserat kring sina tankar och känslor. Kognitiv terapi vid PTSD kan också gå ut på att aktivt manipulera traumaminnets och skapa fler positiva associationer. Målet i denna behandling är alltså kognitiv förändring; man vill att patienten ska få ett annat förhållningssätt till sina tankar och känslor. Genom att man får bättre distans till sina tankar kommer de bli mindre påträngande.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med PTSD utifrån denna modell; kom ihåg och fråga kring hur patienten tolkar betydelsen av sina tvångstankar. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Skyller du ofta på dig själv för det som hände? Om ja, berätta mer om hur de tankegångarna går.*
- *Har du mycket negativa föreläsningar om att det är något allvarligt fel på dig som får dessa tankar?*

Problematisk alkoholkonsumtion

Psykologisk behandling med fokus på kontrollerat drickande:

Precis som med insomni så kan patientens alkoholkonsumtion vara en stark vidmakthållande faktor för både psykiatriska problem och för sömnproblem som i sin tur påverkar psykiatriska tillstånd. Tyvärr är stigmat kring alkoholkonsumtion stort och steget att söka psykologisk behandling kan vara stort för många som inte identifierar sig som någon med alkoholproblem, även om hälsa och mående är påverkat av alkoholkonsumtionen. Patienter med stora alkoholproblem eller utvecklat beroende kan behöva beroendevård med läkemedel, men många andra skulle till att börja med gynnas av någon form av strukturerad insats med psykologisk behandling eller stöd och uppföljning av en beteendeförändring.

Målsättningen för en psykologisk behandlingsinsats behöver individanpassas för att passa ihop med patientens förändringsvilja och sätt att dricka. Vissa kan behöva välja att avstå alkohol helt, andra väljer att avstå helt under en period, och ytterligare andra väljer att börja dricka kontrollerat direkt. Vilka gränser i form av standardglas alkohol om dagen/i veckan som är kontrollerat drickande är också individuellt även om det finns riktlinjer. Behandlingen innebär ofta förutom målsättning, strukturerad registrering av antal standardglas i en alkoholdagbok, att känna igen och hantera risksituationer, att hantera alkoholsug och att ha strategier för att dricka mindre/långsammare när man väl dricker (om målet är att dricka kontrollerat). Motivation är centralt i denna modell och därför ligger tonvikten på att skapa individuella mål med patienten.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med en problematisk alkoholkonsumtion, som kan påverka hälsa och mående; kom ihåg att fråga om patientens drickande på ett icke-stigmatiserande sätt. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Hur påverkar drickandet ditt liv? Till exempel hur du mår, sömnen, arbetet, din ekonomi eller dina relationer?*
- *Ser du några skäl till att minska drickandet – i sådana fall på vilket sätt?*

Insomni

Psykologisk behandling med fokus på dygnsrytm och sömtryck:

Tidigare har sömnbesvär ofta setts som ett symtom på eller en effekt av samtidiga psykiatriska problemen. Det har dock visat sig att insomni ofta vidmakthålls separat från övriga problem och kan leda till positiva effekter på andra tillstånd om framgångsrikt adresserat med psykologisk behandling. Patienter med långvariga sömnproblem har ofta bra koll på råd om sömnhygien och kan dessutom behöva någon form av mer strukturerad behandling för att uppnå en bättre sömn.

Målet med denna variant av psykologisk behandling för insomni är inte att patienten nödvändigtvis ska sova längre, utan mer sammanhållet och med bättre sömnkvalitet, vilket ofta betyder mer djupsömn. Insomningssvårigheter och svårigheter att bibehålla sömnen beror ofta på en kombination av en förskjuten dygnsrytm och försök att sova när sömtrycket är för lågt. Genom att gå upp samma tid varje dag, även på helgen och att vara fysiskt aktiv på dagen, gärna i dagsljus, kan den förskjutna dygnsrytmen tryckas tillbaka. Samtidigt bör patienten också skapa ett ökat sömtryck genom att tillbringa mindre tid i sängen än vanligt och avstå från tupplurar. Det ökade sömtrycket kan då leda till mer sammanhållen sömn och mindre vaken tid i sängen vilket i sin tur minskar kopplingen mellan att inte kunna sova och den fysiska sovmiljön i sängen. Råd om att bara sova i sängen och att inte göra andra aktiviteter i sängen bör ges i kombination med att man medvetet och strukturerat skapar ett ökat sömtryck.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med insomni utifrån denna modell; kom ihåg att fråga ifall patienten besväras av förskjuten dygnsrytm och/eller lågt sömtryck. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Sover du ut ibland när du kan, till exempel med långa tupplurar eller sovmorgnar?*
- *Ändrar du din dygnsrytm återkommande, exempelvis på helger?*

Psykologisk behandling med fokus på kognitiv förändring:

En komplementär metod för psykologisk behandling vid insomni utgår från patientens tankar om sin sömn. Om patienten ägnar sig åt problemlösning, grubbel eller ältande i sängen blir det svårare att somna. Om patienten dessutom har prestationsångest över egen oförmåga att sova skapas en ond cirkel av tankar och uppvarvning.

Det kan vara tankar som ”Jag kommer inte att klara dagen efter en sådan här dålig natt.” eller ”Jag måste sluta grubbla över jobbet. Kan ingen stänga av mig?”. Paradoxalt kan en del patienter lättare komma till ro om de slutar försöka att somna. Metoderna för att sluta tänka på sömnen i sängen kan behöva individanpassas men kan innehålla visualiseringsövningar, medveten närvaro eller avslappningsövningar samt tekniker för att ändra tolkningen av tankarna.

Om du vill fördjupa symptombilden för en patient med insomni utifrån denna modell; kom ihåg att fråga ifall patienten besväras av tankar, problemlösning och grubbel i sängen. Hjälpsamma frågor du kan ställa är:

- *Går din hjärna på högvarv ibland när du ska försöka sova?*
- *Tänker du ibland på att du inte kan sova och kan inte sluta tänka på det?*