



Detta är ett svar från SBU:s Upplysningstjänst den 24 februari 2014. SBU:s Upplysningstjänst svarar på avgränsade medicinska frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturoversikt, varför resultaten av litteratursökningen kan vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Detta svar har tagits fram av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s råd eller nämnd.

Psykologiska behandlingar av sömnbesvär hos barn och unga

Sömnstörningar hos barn och ungdomar är vanliga. Dålig sömn kan leda till impulsivitet, utagerade, koncentrationssvårigheter, inlärningssvårigheter, samt psykosociala och psykiska symtom.

Sömnbesvär är mer vanligt hos barn och unga med samsjuklighet eller funktionsnedsättning såsom exempelvis ADHD, autism, ångest, depression, epilepsi, blindhet, utvecklingsstörning och cancer. Det finns en stor osäkerhet i vad olika psykologiska behandlingar kan ha för effekt på sömnbesvär hos barn och unga.

Fråga

”Hur ser evidensläget ut för psykologisk behandling av sömnbesvär hos barn och unga?”

Sammanfattning

Behandlingar av sömnbesvär hos vuxna utvärderades i en SBU-rapport från år 2010. I denna drogs slutsatsen att psykologiska behandlingsmetoder i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) eller annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare, inte är vaken lika länge under natten och även att sömnkvaliteten blir bättre [1].

För sömnstörningar hos barn och unga har Upplysningstjänsten identifierat nio artiklar där man studerat olika typer av psykologiska behandlingar, framför allt för svårigheter att somna (insomni), med eller utan annan samsjuklighet. Dessa omfattar tre systematiska översikter samt fyra RCT-studier och två observationsstudier.

Generellt beskrivs interventionerna förhållandevis dåligt, där det specifika innehållet i de olika behandlingarna ”beteendeterapi”, ”kognitiv beteendeterapi”, ”sömnhygien”, ”sömnutbildning” eller ”sömnprogram” överlappar stort. I flera studier var det få deltagare, interventioner av olika längd (antal sessioner), olika mottagare av behandlingarna (barnet, eller föräldrarna eller både och), och aspekter kring selektion. Bortfall, rapporteringsbias osv, beskrivs oftast inte. Blindning av utförare eller deltagare var inte möjlig i studierna. Studierna omfattar ett stort antal och varierande utfallsmått, på sömn- och på beteendevariabler hos barnet och/eller hos en vuxen vårdare, samt varierande uppföljningstider. Negativa psykologiska effekter på barnet rapporteras eller diskuteras oftast inte.

I en av de systematiska översikterna [2] har även en evidensgradering gjorts och där dras slutsatsen att evidensläget är osäkert, men att beteendeterapier (framför allt utsläckning och gradvis utsläckning) kan vara en första åtgärd att pröva. I de andra två översikterna [7-8] har författarna inte utfört någon evidensgradering av effekterna, men drar likaså slutsatserna att beteendeterapier kan vara fördelaktiga.



Bakgrund

Olika typer av sömnstörningar omfattar insomnier, hypersomnier (dagsömnighet, sömnattacker dagtid, narkolepsi), parasomnier (besvärande fenomen i samband med sömn, t ex sömngång, mardrömmar och nattskräck), problematisk dygnsrytm samt andningsproblem som påverkar sömnen (sömnapnéer). Psykologiska behandlingsmetoder av sömnbesvär innefattar olika typer av icke-farmakologiska behandlingsmetoder, generella, specifika eller kombinerade åtgärder [3–4].

Generella interventioner omfattar grundläggande sömnhygieniska råd, exempelvis lugna kvällsaktiviteter, en sovrumsmiljö som befrämjar sömn (t ex skön säng, mörkt/svag nattlampa, adekvat temperatur, ej associerat med negativa upplevelser, t ex bestraffning), regelbundna rutiner kring sängdags, gå till sängs när man är sömnig, somna på egen hand utan förälders sällskap, regelbundna tider för sängdags och uppstigning, regelbunden fysisk aktivitet dagtid samt frisk luft och ljus under dagarna [3–4].

Specifika interventioner omfattar beteendeterapi och KBT. För sömnbesvär används ofta exempelvis metoderna stimuluskontrollbehandling, sömnrestriktion, utsläckning och gradvis utsläckning, avslappning samt ljusbehandling [3–4].

Stimuluskontrollbehandling går ut på att styrka patientens association mellan "sömn och säng". Sängen ska användas enbart att sova i. Om man inte somnar, ska man hellre gå upp, lämna sovrummet och inte återgå till sängen förrän man är trött [3–4].

Sömnbegränsning går ut på att minska tiden i sängen till den tid patienten faktiskt sover, genom att sätta fasta lägnings- och uppstigningstider (om till exempel den beräknade sömnlängden per natt är åtta timmar, begränsas barnets tid i sängen till åtta timmar).

"Utsläckning" (på engelska "extinction" eller "cry-it-out" technique) innebär att man ignorerar barnets gråt vid insomning. Föräldrarna utbildas inom grundläggande beteendeteori, där man särskiljer mellan barnets behov och barnets viljor. Gradvis utsläckning ("graduated extinction" eller "camping-out" technique) är en modifiering av vanlig extinktion. När denna metod används läggs barnet sömngigt men ännu inte sovande. När barnet gråter/protesterar tas det ej upp ur sängen. Efter en viss tid tittas barnet till av förälder som stoppar om och försäkrar att allt är bra. Tiden innan barnet får föräldrakontakt ökas gradvis med några minuter för varje natt. Samma procedur tillämpas vid barnets nattliga uppvaknanden. Målet är att "avbeta" den problematiska sömnassociationen, och att lära barnet somna själv [3–6].

KBT omfattar oftast att identifiera och förändra beteenden som bidrar till sömnproblemen, att identifiera och hantera störande orostankar (till exempel "jag kommer inte att kunna somna"), samt information om missuppfattningar som rör sömnen. Åtgärder som kan ingå i KBT inkluderar exempelvis sömnrestriktion och avslappningsteknik [3, 5–6]. Ljusbehandling är en viktig komponent för inställning av dygnsrytmen och vid behandling av sömnfasstörningar (förekommer oftast hos tonåringar samt hos patienter med särskilda neurologiska och psykiatriska tillstånd)[4].

Vidare förekommer andra icke-psykologiska behandlingsmetoder som motion, massage, samt kompletmentärmedicinska behandlingsmetoder som musikterapi och bildterapi.

Det finns flera olika sätt att mäta sömn [1], exempelvis insomningstid ("sleep onset latency" – SOL), antal uppvaknanden ("number of awakenings" – NWAK), vakentiden under natten ("wake-time after sleep onset" – WASO), total sömntid ("total sleep time" – TST), sömneffektivitet ("sleep efficiency" – SE; total sömntid/tid i sängen), sömnkvalitet ("sleep quality rating" – SQR), samt även en del beteendevariabler som motstånd att gå till sängs, gråttid, och hur ofta sovrummet lämnas [3,7].



Avgränsningar

Upplysningstjänsten har gjort sökningar i databaserna PubMed samt Cochrane Library, se den specifika sökmetodiken under avsnittet Litteratursökning. Vi har inte tagit med studier över komplementär och alternativ medicin såsom kosteliminering (elimination diet), meditation, mindfulness, motionsterapi, massageterapi, musikerapi, dansterapi eller bildterapi. Vi har inte tagit med studier som undersöker mätning av sömn (polysomnografi, aktigrafi), eller studier på effekter av sömnstörning på vakenhetsfunktion eller sömnkvalitet (se dock SBU-rapporten gällande vuxna om dessa metoder [1]). De artiklar som inte ingår i svaret har exkluderats på grund av studiedesign eller för att de inte var relevanta för frågeställningen. Vi utför ingen granskning eller evidensgradering av de inkluderade studierna.

Resultat

Upplysningstjänstens litteratursökning har totalt genererat 318 träffar. Av dessa har 56 lästs i fulltext, nio artiklar har bedömts som relevanta och inkluderats i svaret, varav tre systematiska översikter och fyra RCT:er, samt två observationsstudier.

Identifierade systematiska översikter

Bruni och Novelli [2] är en systematisk översikt, med kvalitetsgranskning och evidensgradering enligt GRADE. I översikten presenteras data över barn 2–16 år med svårigheter att somna och sova hela natten (dyssomnier) och sömnstörningar, såsom exempelvis sömngång och nattskräck (parainsomnier), med eller utan annan samsjuklighet. I översikten tog forskarna endast med översikter eller RCT:er, med minst 20 deltagare varav minst 80% fullföljde studien, och de inkluderade studierna och omfattade totalt 365 barn.

I gruppen dyssomnier hos barn utan samsjuklighet identifierades studier över metoderna utsläckning och gradvis utsläckning, samt sömnhygienska råd, se Tabell 1. I studierna drogs slutsatsen att utsläckning och gradvis utsläckning kan vara mer effektivt för att förbättra sömnkvalitet, förbättra orolig sömn, och att minska antalet nattliga uppvaknanden jämfört med ingen behandling. Det var dock oklart om sömnhygienska råd kan vara mer effektivt för att minska antalet nattliga uppvaknanden eller förbättra sömnlåten eller total sömntid jämfört med ingen behandling.

I gruppen dyssomnier hos barn med samsjuklighet (motoriska handikapp, inlärningssvårigheter, epilepsi samt ADHD) identifierades studier över utsläckning och gradvis utsläckning, och det konstaterades att gradvis utsläckning tillsammans med samtalsstöd från terapeut kan vara mer effektivt för att förbättra orolig sömn, och att minska antalet nattliga uppvaknanden jämfört med ingen behandling.

Inga studier identifierades för sömnhygienska råd hos barn med dyssomnier och med samsjuklighet, eller för ljusterapi eller sömnbegränsning för barn med dyssomnier. Några studier om sömnhygien respektive sömnbegränsning för parasomnier identifierades inte heller.

Mindell 2006 [7] och Ramchandani 2000 [8] är två systematiska översikter som inkluderar barn upp till fem år och som ligger till grund för riktlinjer från American Academy of Sleep Medicine [9]. I studien av Mindell 2006 identifierades totalt 52 studier, varav 11 uppfyllde kraven för evidensnivå ett + två, enligt Sackett 1993 [10]. De 52 studierna på totalt 2 500 barn, utvärderade flera olika behandlingar med stora variationer över hur de gavs, de flesta inbegrep metoderna utsläckning och dess olika varianter, positiva rutiner, senarelagd läggning ("bedtime fading with response cost"), tidsbestämda väckningar ("scheduled awakenings"), och sömnutbildning för föräldrarna. Ett flertal olika utfallsmått användes, såsom sömnrelaterade parametrar eller beteendeparametrar.



Av de 11 inkluderade studierna med högst kvalitet, påvisades att behandlingarna utsläckning och sömnutbildning hade starkast stöd, följt av gradvis utsläckning, nedtrappning vid läggdags, positiva rutiner och tidsbestämda väckningar.

Ramchandani 2000 [8] identifierade totalt 5 RCT-studier med totalt 235 barn, som utvärderat olika metoder (utsläckning, gradvis utsläckning, modifierad utsläckning, positiva rutiner, tidsbestämda väckningar, utbildningshäfte, samt sömnprogram med upp till tre månaders uppföljning). Det påvisades att effekterna av behandlingarna positiva rutiner, gradvis utsläckning, tidsbestämda väckningar och utsläckning kvarstod. Dock identifierades metodologiska problem såsom att studiegrupperna var små och brist på information om bortfall.

Tabell 1. Systematiska översikter

Inkluderade studier	Population	Behandling
Bruni and Novelli 2010 [2]		
En systematisk översikt, Tre RCT-studier	Barn med dyssomnier. Ålder 9–60 månader.	Utsläckning eller gradvis utsläckning.
Författarens slutsatser: "Compared with no treatment, extinction and graduated extinction may be more effective at improving sleep quality, improving settling, and reducing the number of weekly night wakes in otherwise healthy children who regularly wake up in the night (low-quality evidence)."		
Två RCT studier	Barn med dyssomnier. Ålder 18–48 månader.	Sömnhygien
Författarens slutsatser: "Compared with no treatment, we don't know whether a bedtime routine is more effective at reducing night awakenings, or at improving sleep latency and total sleep duration, as no direct comparisons were performed (very low-quality evidence)."		
En RCT-studie	Barn med dyssomnier samt fysiska handikapp, inlärnings- svårigheter, epilepsi eller ADHD. Medelålder 10 år.	Utsläckning eller gradvis utsläckning.
Författarens slutsatser: "Compared with no treatment, graduated extinction-based behavioral programmes supported with therapist's telephone calls may be more effective at improving settling and reducing the frequency and duration of night wakings; however, we don't know whether they are more effective in improving sleep duration after 3 months in children with severe learning disabilities and severe sleep problems (very low-quality evidence)."		
Mindell 2006 [7]		
52 studier, varav 11 RCT	Barn med sömnsvårigheter. Ålder 0–5 år	Utsläckning eller gradvis utsläckning, positiva rutiner, positiv förstärkning, tidsbestämda väckningar, föräldrautbildning.
Författarens slutsatser: "The findings indicate that behavioral therapies produce reliable and durable changes. Across all studies, 94% report that behavioral interventions were efficacious, with over 80% of children treated demonstrating clinically significant improvement that was maintained for 3 to 6 months. In particular, empirical evidence from controlled group studies utilizing Sackett criteria For evidence-based treatment provides strong support for unmodified extinction and preventive parent education. In addition, support is provided for graduated extinction, bedtime fading/positive routines, and scheduled awakenings."		



Inkluderade studier	Population	Behandling
Ramchandani 2000 [8]		
Fem RCT studier	Barn med sömnsvårigheter. Ålder 0–5 år.	Utsläckning, gradvis och modifierad utsläckning, tidsbestämda väckningar, utbildningshäfte, stödbesök, positiva rutiner.
Författarens slutsatser: “...specific behavioral interventions showed both short-term efficacy and possible longer term effects for dealing with settling problems and night walking.”		

RCT = Randomiserad kontrollerad studie; ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

Identifierade RCT:er och observationsstudier

Quach 2011 [11]

En screeningsstudie på 1 523 barn under första året i skolan (5-åringar) som åtföljdes av en RCT ($n=108$) på de barn som rapporterade ha svåra till medelsvåra sömnproblem. Behandlingen bestod av en kort beteendebaserad intervention (en individuell session med förälder plus en telefonkonsultation, med möjlighet till en extra session för föräldern), där fokus var på information om åldersadekvata sömncykler, sömnhygien, konsekventa rutiner och tider för sänggående och väckning, information om beteendetekniker samt avslappning.

Behandlingsgruppen påvisade snabbare förbättringar av sömnproblemen vid sex och tolv månaders uppföljning, samt förbättringar i sömnvanor, psykosociala och prosociala utfall jämfört med kontrollgruppen som fick ingen behandling.

Paine 2011 [12]

En RCT på 7–13 åringar där man studerat KBT vid insomni under sex sessioner (kombinerade beteendetekniker samt ångestdämpande tekniker, oklart om det var riktat enbart mot barnet eller både mot barn samt föräldrar) jämfört med patienter på väntelista. Behandlingsgruppen visade signifikanta förbättringar i SOL, WASO och SE, samt minskningar av problematiska sömnassociationer och ångest vid upp till sex månaders uppföljning jämfört med patienter på väntelista.

Schlarb 2011 [13]

En RCT på 5–10 åringar där man studerat ett sex veckors ”multikomponent” träningsprogram (tre gruppterapisessioner för barn samt tre sessioner för föräldrarna) som inkompleterat stimuluskontroll, sömnhygien, KBT, samt hypnoserapi och avslappning. Behandlingsgruppen visade på en signifikant förbättring på skattningsskalorna CSHQ och SDSC (Children Sleep Habit Questionnaire och Sleep Disturbance Scale for Children) jämfört med patienter på väntelista.

Gradisar 2011 [14]

En RCT på 11–18 åringar med diagnosen Delayed Sleep Phase Disorder. I studien jämfördes sex sessioner KBT och ljusterapi för patient och föräldrar, med patienter på väntelista. KBT bestod av sömnutbildning, sömnhygien, identifiering av automatiska tankar av sömn, och utvecklande av alternativa tankar, samt utvärdering och återfallsprevention. Resultaten uppmättes med sömndagbok samt skattningsskalor över dagfunktion. Interventionen påvisade förbättringar i samtliga parametrar vid upp till sex månaders uppföljning.

Sciberras 2011 [15]

En RCT-pilot där man studerat ett kort (en session) mot ett längre (2–3 sessioner) sömnprogram hos barn och unga (5–14 år) med ADHD (obekräftad diagnos). Sömnprogrammet bestod av skriftlig information till föräldrar om normal sömn, god sömnhygien, och ”sedvanliga kliniska strategier” mot sömnproblem (ej närmre specificerat, med referens till Mindell 2003 [6]). Båda



grupper påvisade förbättringar i sömnproblem vid fem månaders uppföljning. I behandlingsgruppen med det längre sömnprogrammet påvisades förbättringar även på livskvalitet, dagfunktion samt förälders mentala hälsa vid två och fem månaders uppföljning, jämfört med gruppen som fått det kortare sömnprogrammet.

Blunden 2011 [16]

En okontrollerad före- och efterstudie på yngre barn (åtta månader till fyra år) i vilken man involverat ett 5-veckors träningsprogram för föräldrar där man modifierat ”camping-out”-tekniken till att även tillåta kontakt med barnet, så länge som föräldrarna gradvis avtar med sin kontakt. Behandlingen påvisade förbättringar på TST, SOL, WASO, och negativa sömnassociationer, samt mindre samsovande och familjestress jämfört med före behandlingen.

Tabell 2. Originalartiklar

Studietyp	Population	Intervention	Utfallsmått
Quach 2011 [11] Australien			
RCT n = 108	Barn med sömnsvårigheter. Medelålder 5,7 år	Beteendestrategier efter initial screeningenkät: 2–3 konsultationer om sömnhygien, gradvis utsläckning, schemalagda väckningstider, avslappning	Förälders rapportering (enligt inga/milda mot medel/svåra problem); CSHQ, skattningsskalor på beteende, inlärning, livskvalitet och förälders mentala hälsa
”Sustained sleep-habit improvements were evident at 3, 6, and 12 months [...], and there were initial marked improvements in psychosocial scores that diminished over time [...]. Better pro-social behavior was evident at 12 months [...]. Benefits included evidence of more rapid resolution of child sleep problems (primary outcome) and sustained and clinically important improvements in child sleep habits.”			
Paine 2011 [12] Australien			
RCT n = 42	Barn diagnosticerade med Behavioral Insomnia of Childhood. Ålder 7–13 år	KBT bestående av sex sessioner, kombinerat med beteendeterapier (t ex sömnbegränsning), och ångestrelaterade terapier (t ex ”cognitive restructuring”)	SOL, TST, WASO, SE; Skattningsskalor för insomni och ”adaptive functioning”
”Compared to waitlist controls, children receiving CBT showed significant improvements in sleep latency, wake after sleep onset, and sleep efficiency, but not total sleep time. CBT was also associated with a reduction in problematic sleep associations, child-reported total and separation anxiety, with all gains being maintained 6 months post-treatment. [...] multi-component CBT can be effective for the sleep, insomnia, and anxiety symptoms of Behavioural Insomnia of Childhood in school-aged children.”			
Schlarb 2011 [13] Tyskland			
RCT n = 38	Barn diagnosticerade med Behavioral Insomnia, Sleep-Onset Association Disorder eller Limit-Setting Sleeping Disorder. Ålder 5–10 år	6-sessioner med beteende- och hypnoterapi	Sömndagbok, (inklusive SOL, WASO, läggningstid, väckningstid, tid för sänggående rutiner, tid i föräldrars säng), sömn-symtom enligt CSHQ och SDSC



Studietyp	Population	Intervention	Utfallsmått
"... , the treatment group exhibited a significantly greater improvement with regard to CSHQ and SDSC total scores as well as in several sleep parameters, reflecting the most important features of the intervention program, such as bedtime, sleep-related anxiety, night waking, and sleeping in parents' bed."			
Gradisar 2011 [14] Australia			
RCT n = 49	Barn diagnosticerade med Delayed Sleep Phase Disorder. Ålder 11–18 år	KBT kombinerat med ljusterapi (Bright Light Therapy - BLT). KBT bestående av 6 sessioner (med barn plus förälder) med sömnutbildning, sömnhygien, identifiering av automatiska tankar, alternativt tänkande, målbeskrivning, återfalls-prevention	Sömndagbok (inklusive läggningstid, släckningstid, SOL, WASO, NWAK, sömnlängd, väckningstid), Sleepiness rating scale, Fatigue rating scale, Depression rating scale
" Compared to WL [waiting list], moderate-to-large improvements [...] were found at post-treatment for CBT plus BLT adolescents, including reduced sleep latency, earlier sleep onset and rise times, total sleep time (school nights), wake after sleep onset, sleepiness, and fatigue. At 6-month follow-up [...], small-to-large improvements [...] continued for CBT plus BLT adolescents, with effects found for all measures. Significantly fewer adolescents receiving CBT plus BLT met DSPD criteria at post-treatment [...], yet 13% still met DSPD criteria at the 6-month follow-up. [...] CBT plus BLT for adolescent DSPD is effective for improving multiple sleep and daytime impairments in the immediate and long-term."			
Sciberras 2011 [15] Australien			
RCT pilot n = 27	Barn och unga med ADHD (obekräftad diagnos). Ålder 5–14 år	Kort mot långt sömnprogram, omfattande sömnhygien och standard sömnbehandling enligt Mindell 2003 [6]	Förälders rapportering, CSHQ, skattningsskala för ADHD, livskvalitet, dagfunktion, förälders mentala hälsa
"Five months post-randomisation, 67% of parents in both groups reported that their child's sleep problems had resolved. Child quality of life, daily functioning, and parental anxiety also improved in the extended group only."			
Blunden 2011 [16] Australien			
Okontrollerad studie n = 33	Barn med Behavioral Insomnia of Childhood. Ålder 8–51 månader	Beteendeterapi med modifierad gradvis utsläckning, som lär föräldrarna att gradvis minska sin assistans	TST, SOL, WASO
"... this intervention method, proposed as an alternate to commonly used methods involving extended bouts of crying [extinction and graduated extinction], resulted in positive changes in sleep behaviours [...] and importantly, significant satisfaction from parents."			

CSHQ- Child Sleep Habits Questionnaire; SDSC- Sleep Disturbance Scale for Children.
Utfallsmått (TST, SOL, WASO, SE osv) beskrivs under Bakgrund.

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Malin Höistad, Göran Bertilsson, Jessica Dagerhamn och Jan Liliemark vid SBU.



Referenser

- [1] SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 199. ISBN 978-91-85413-35-5. www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-somnbesvar-hos-vuxna/
- [2] Bruni O, Novelli L. Sleep disorders in children. Clinical Evidence 2010;09:2304.
- [3] Dautovich ND, McNamara J, Williams JM, Cross NJ, McCrae CS. Tackling sleeplessness: Psychological treatment options for insomnia. Nature and Science of Sleep 2010;2:23-37.
- [4] Läke medelsverket. Behandling av sömnsvarigheter. Behandlingsrekommendation. <http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/somnsvarigheter.pdf>
- [5] Smedje H. Sömnproblem hos barn och ungdom. Information för sjukvårdspersonal. Akademiska Sjukhuset, Uppsala 2004.
- [6] Mindell JA, Owen. A clinical guide to pediatric sleep diagnosis and management of sleep problems in children and Adolescents. 2003; Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia PA.
- [7] Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A; American Academy of Sleep Medicine. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep 2006; 29(10):1263-1276.
- [8] Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatment of settling problems and night waking in young children. BMJ 2000;320(7229):209-213.
- [9] Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J Jr, Friedman L, Kapur VK, Lee-Chiong T, Pancer J, Swick TJ; American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep 2006;29(10):1277-1281.
- [10] Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations for the management of patients. Canadian Journal of Cardiology 1993; 9(6):487-489.
- [11] Quach J, Hiscock H, Ukoumunne OC, Wake M. A brief sleep intervention improves outcomes in the school entry year: a randomized controlled trial. Pediatrics 2011;128(4): 692-701.
- [12] Paine S, Gradisar M. A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. Behaviour Research and Therapy 2011;49(6-7): 379-388.
- [13] Schlarb AA, Velten-Schurian K, Poets CF, Hautzinger M. First effects of a multicomponent treatment for sleep disorders in children. Nature and Science of Sleep 2011;3:1-11.
- [14] Gradisar M, Dohnt H, Gardner G, Paine S, Starkey K, Menne A, Slater A, Wright H, Hudson JL, Weaver E, Trenowden S. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. Sleep 2011;34(12):1671-1680.
- [15] Sciberras E, Fulton M, Efron D, Oberklaid F, Hiscock H. Managing sleep problems in school aged children with ADHD: a pilot randomised controlled trial. Sleep Medicine 2011;12(9):932-935.
- [16] Blunden S. Behavioural treatments to encourage solo sleeping in pre-school children: an alternative to controlled crying. Journal of Child Health Care 2011;15(2): 107-117.



Litteratursökning

PubMed via NLM Oktober 2013		
Sleep disturbances in children and adolescents		
	Search terms	Items found
Population:		
1.	"Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[Mesh Terms] OR insomnia*[Title/Abstract] OR "sleep disturbances"[Title/Abstract] OR "Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep"[Title/Abstract] OR "dbas"[Title/Abstract] OR "PSQI"[Title/Abstract] OR "insomnia severity"[Title/Abstract] OR "Behavioral sleep disorders"[Mesh Terms] OR "Behavioural sleep disorders"[Mesh Terms] OR "sleep disruption"[Title/Abstract] OR "sleep health"[Title/Abstract] OR "sleep-wake"[Title/Abstract] OR "sleeplessness"[Title/Abstract] OR "night waking"[Title/Abstract] OR "night walking"[Title/Abstract] OR ("quality"[Title/Abstract] AND "sleep"[Title/Abstract])	27 985
2.	"Child"[Mesh Terms] OR "Child"[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR "Children"[Title/Abstract] OR Pediatric*[Title/Abstract] OR Adolescen*[Title/Abstract] OR "Youth"[Title/Abstract]	1 920 442
Intervention:		
3.	"Behavior therapy"[Mesh Terms] OR "imagery psychotherapy"[Mesh Terms] OR "sleep hygiene"[Title/Abstract] OR sleep intervention*[Title/Abstract] OR "sleep education"[Title/Abstract] OR "sleep management"[Title/Abstract] OR "sleep program"[Title/Abstract] OR "psychoeducation"[Title/Abstract] OR "behavior therapy"[Title/Abstract] OR "behavior therapy"[Title/Abstract] OR "cognitive therapy"[Title/Abstract] OR "cognitive behavior therapy"[Title/Abstract] OR "cognitive behaviour therapy"[Title/Abstract] OR "cbt"[Title/Abstract] OR "behavior modification"[Title/Abstract] OR "behaviour modification"[Title/Abstract] OR "cognitive restructuring"[Title/Abstract] OR "stimulus control"[Title/Abstract] OR "relaxation"[Title/Abstract] OR "meditation"[Title/Abstract] OR "biofeedback"[Title/Abstract] OR "sleep restriction"[Title/Abstract] OR "imagery"[Title/Abstract] OR "paradoxical"[Title/Abstract] OR ("multimodal"[Title/Abstract] OR "multicomponent"[Title/Abstract] OR "psychological"[Title/Abstract] OR "non pharmacological"[Title/Abstract]) AND (therap*[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract])	219 704
Study type:		
4.	(Randomized controlled trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title/Abstract] OR Systematic[sb] OR "clinical trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR NOT (has abstract[text]) NOT ("case reports"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "letter"[Publication Type] OR "news"[Publication Type])	12 952 429
Final	1 AND 2 AND 3 AND 4	318

Modifierat från: SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 199. ISBN 978-91-85413-35-5.

www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-somnbesvar-hos-vuxna/