

Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V02230068

Søvnforstyrrelser hos børn og unge med neurologiske og psykiatriske lidelser

Johanne Modvig¹, Anne Sørensen² & Nanette Mol Debes¹

1) Afdeling for Børn og Unge, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 2) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus, Psykiatrien i Region Midtjylland

Ugeskr Læger 2023;185:V02230068

HOVEDBUDSKABER

- Der er hyppigere forekomst af søvnproblemer hos børn og unge med psykiatriske og neurologiske lidelser.
- Der er overlap af symptomer mellem psykiatriske lidelser og søvnproblemer, hvilket vanskeliggør diagnosticering.
- Det er vigtigt at være opmærksom på ætiologien bag søvnforstyrrelser for at kunne give patienten den bedst mulige behandling.

I hjernen reguleres både søvn og vågenhed, hvorfor det er naturligt, at søvnen også påvirkes i nogen grad, når en person rammes af sygdomme, der inkluderer større områder af hjernen. Søvnforstyrrelser er hyppigt forekommende blandt børn og unge med psykiske og somatiske symptomer [1]. Søvnforstyrrelser kan have store konsekvenser for barnets daglige trivsel og for familielivet. Insomni er den hyppigste form for søvnforstyrrelser hos børn og er defineret som subjektivt oplevede problemer med indsovning, gennemsovning, søvnvarighed eller dårlig søvnkvalitet, som medfører nedsat daglig funktion [2, 3].

Søvnmangel påvirker barnets trivsel i dagligdagen og kan medføre indlæringsbesvær, humørforstyrrelser, motorisk uro, kognitive forstyrrelser, fatigue samt på sigt øge risikoen for somatiske symptomer såsom hovedpine, hjerte-kar-sygdomme, hypertension, obesitas, diabetes mellitus m.m. [4, 5].

Symptomer som følge af søvnforstyrrelser hos børn overlapper ofte med de samme symptomer, som kan ses hos børn med psykiatriske lidelser, hvilket komplicerer diagnosticering af barnet og kræver et stort kendskab til psykopatologi og søvn [6]. I nogle tilfælde kan meget svære søvnforstyrrelser være udløsende for udvikling eller forværring af psykiatriske symptomer såsom depression og angst. Endelig kan en igangværende psykofarmakologisk behandling også påvirke søvnen. Årsagssammenhængen er derfor kompleks, og mange faktorer kan være i spil, herunder såvel miljømæssige som biologiske faktorer [6].

I klinikken findes begrænset behandlingstilbud til børn med søvnforstyrrelser, og søvnforstyrrelser behandles derfor sjældent som en separat lidelse, men bliver ofte behandlet sammen med anden lidelse [7]. Til trods for dette er det essentielt at kunne skelne mellem årsag og virkning i forhold til søvnforstyrrelser for at kunne give patienten den mest kvalificerede og målrettede behandling.

NEUROLOGISKE OG PSYKIATRISKE LIDELSER OG SØVNFORSTYRRELSE

Hos børn med ADHD rapporteres der søvnforstyrrelser hos op til 70% af patienterne [8]. Ofte beskrives der

problemer med indsovning, som kan medføre konflikter op til sengetid [9]. Motorisk uro, som er et af kernesymptomerne på ADHD, kan også skyldes kroppens kompensation på den manglende søvn for at holde sig vågen [6]. Søvnforstyrrelserne kan påvirke barnets daglige funktionsniveau, som ofte kan ses som koncentrationsbesvær, der også er et kernesymptom ved ADHD, samt adfærdsproblemer [6]. Søvn manglen vil med stor sandsynlighed forværre symptomerne på ADHD og kan føre til en forringet respons på behandling. Den farmakologiske behandling mod ADHD kan også medføre søvnforstyrrelser, hvilket igen kan forværre symptombilledet [10]. Ifølge enkelte studier er det muligt at reducere symptomerne ved ADHD ved udelukkende at behandle for søvnforstyrrelser hos barnet. En seks måneders søvnintervention har vist sig at kunne forbedre barnets søvnkvalitet, livskvalitet og adfærd [11].

Hos op til 67% af børn med autisme rapporteres søvnforstyrrelser [12]. Her beskrives ofte forlænget søvnlatens samt nedsat koncentration af melatonin, hvilket kan give indsovningsbesvær [6]. Søvnforstyrrelserne kan forværre barnets daglige adfærd i forhold til kommunikation, stereotypier samt koncentration. Derudover viser undersøgelser et øget stressniveau hos barnets forældre [13]. Søvnforstyrrelserne påvirker således ikke kun graden af autisme hos barnet, men også familielivet [13].

Ved affektive lidelser ses insomni ofte som det første symptom, inden de egentlige kernesymptomer viser sig. I nogle tilfælde kan søvnforstyrrelser medføre udvikling af depression og angst hos barnet [14]. Børn med depression og søvnforstyrrelser har hyppigere tilfælde af angstanfald og ligger generelt højere på depressionsskalaerne [6]. Op til 90% af børn med enten depression og/eller angst har rapporteret søvnforstyrrelser, ofte i form af hyppige opvågninger, øget søvnlatens samt reduceret søvnkvalitet [15]. Søvnforstyrrelser kan derfor både være en udløsende faktor eller et prodromalt symptom på en begyndende affektiv lidelse [6, 14].

Hovedpine kan være symptom på en underliggende neurologisk eller psykiatrisk sygdom (f.eks. depression, angst eller epilepsi) [16]. Yderligere kan hovedpine fremkomme som en komorbiditet hos børn med psykiatriske lidelser grundet øget søvnlængde, søvnmangel eller reduceret søvnkvalitet. Insomni i sig selv kan også resultere i hovedpine blandt børn og unge, som kan udvikle sig til kronisk hovedpine. Ved målrettet at behandle for barnets søvnforstyrrelser kan man ofte reducere hovedpinen [17].

Flere sygdomme, såsom epilepsi og maniske lidelser, kan have komorbid insomni, som kan forværre tilstanden yderligere [6].

UDREDNING

Hos børn med symptomer på psykiatrisk eller neurologisk sygdom og samtidige søvnforstyrrelser er det vigtigt at udføre en grundig anamnese. Det er vigtigt at inkludere debut, varighed og forbedrende/forværende faktorer på symptomerne. Der kan overvejes parakliniske undersøgelser, udelukkelse af primære søvnsygdomme samt udredning for eventuelle underliggende neurologiske og psykiatriske sygdomme. Akronymet BEARS kan med fordel bruges til screeningen: Bedtime problems, Excessive daytime sleepiness, Awakenings during the night, Regularity and duration of sleep, Snoring.



Søvnproblemer hos børn. Foto: Vistacreate.

Hertil er særligt B og R et problem hos børn med psykiatiske forstyrrelser, hvorfor søvnregistreringen er særlig vigtig i udredningen. Søvnregistreringen skal ske over en periode på ca. to uger, hvor alle tidspunkter (gå i seng-, falde i søvn- og vågne op-tider) nedskrives i form af en søvndagbog. En søvndagbog bidrager til at give indblik i barnets søvnrytme og -struktur, eventuelle indsovningsvanskeligheder, natlige søvnproblemer, dagstræthed samt adfærd og konflikter op til sengetid. Er der mistanke om søvnsygdomme eller andre lidelser, skal der henvises til øre-næse-hals-læge, et specialiseret center for søvnmedicin eller relevant speciallæge (f.eks. børne- og ungdomspsykiater eller pædiater) for yderligere udredning [6].

BEHANDLING AF SØVNFORSTYRRELSER

I familier til børn med søvnforstyrrelser påvirker søvnproblemerne ikke kun barnet, men både forældre og søskende, og derfor er psykoedukation vigtig. Forældrene og barnet, afhængig af alder, skal informeres og oplyses om søvn og almindeligt forekommende søvnforstyrrelser. Derudover er information om de søvnforstyrrelser, som barnet og familien kæmper med, vigtige at få belyst samt at få talt om, hvordan de kan håndteres, og få lavet en behandlingsplan. Det er essentielt for barnets behandlingsforløb, at forældrene trives og selv får nok søvn. Forældrene og barnet skal føle sig godt klædt på til at fortsætte deres dagligdag med de ressourcer, som det kræver for at arbejde vedholdende med søvnen [14]. Sideløbende med eller efter udredning og eventuel behandling af en underliggende psykiatrisk og somatisk lidelse eller psykosociale belastninger kan selve behandlingen af søvnforstyrrelser igangsættes enten nonfarmakologisk eller farmakologisk.

Nonfarmakologisk behandling

Første valg af behandling er information om søvn, søvnhygiejne (se **Tabel 1**) og kognitive tiltag, som indeholder vejledning inden for tre områder: rutiner og søvnrytmeregulerende tiltag (f.eks. faste sengetider), fysiske rammer omkring sovemiljø (f.eks. temperatur, lyd, lys, forstyrrelser) og følelsesmæssig regulering og

forældrestøttende tiltag (f.eks. at undgå konflikter). Søvnhygiejniske tiltag skal være afprøvet i minimum fire uger og kræver vedholdenhed. Anden nonfarmakologisk behandling, som tyngdeprodukter (f.eks. kugledyne) eller lysbehandling, kan overvejes [6, 20].

TABEL 1 Barnets søvnhygiejne er det første, man vil vejlede omkring. En god søvnhygiejne er essentiel for barnets søvnmønster og indebærer vejledning som anført i tabellen.

Vejledning	
Døgnrytme	Der bør ikke være > 1 t.s forskel i sengetid og stå op-tid mellem skoledage og weekender/feriedage
Soveværelset	Soveværelset skal være behageligt, roligt og mørkt
Aftenaktiviteter	Rolige aktiviteter om aftenen anbefales
Aftenrutine	Aftenrutinen skal omfatte rolige aktiviteter
Lur	En lur skal være tilpasset barnets alder og udviklingstrin
Elektronik	Hold fjernsynet og andre elektroniske medier ude af barnets soveværelse Unge bør undgå lektier og sociale medier på computer, tablet og mobiltelefon senest 1 t. inden sengetid [18]
Motion	Få frisk luft og motion hver dag
Mad	Gå ikke sulten i seng
Koffein	Undgå indtagelse af koffein efter kl. 15 [19] Koffein findes i mange typer sodavand, energidrikke, kaffe, iste, kakao og chokolade

Farmakologisk behandling

Farmakologiske behandlingsmuligheder af søvnforstyrrelser hos børn og unge er begrænsede. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at melatonin kan overvejes ved søvnforstyrrelser hos børn og unge med ADHD [8] og autisme [21], hvis søvnhygiejniske indsatser ikke har haft tilstrækkelig effekt. Melatoninbehandling til børn og unge, som ikke er diagnosticeret med autisme, ADHD eller Smith-Magenis' syndrom, er off-label. Ved andre psykiatriske lidelser kan grundbehandlingen være sederende, men har ikke insomni hos børn som godkendt indikation. Hverken sløvende antihistaminer eller antipsykotika med sederende effekt (f.eks. quetiapin) anbefales [2, 3, 22].

I november 2022 blev en ny, national, klinisk anbefaling for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge publiceret [18], som omfatter både børn og unge, hvor der ikke er en kendt årsag til søvnforstyrrelserne, samt børn og unge med søvnforstyrrelser på grund af en anden sygdom. Ved utilstrækkelig effekt af nonfarmakologisk behandling kan der overvejes at indlede med et melatoninpræparat, som forventes at have en lille nettogevinst i form af forlængelse af den totale søvntid med 20-50 minutter og reduktion af indsovningstiden med 15-28 minutter [18, 22]. Der ses ingen eller kun lille effekt på søvnkvalitet og funktionsniveau.

Ligesom anbefalet til børn og unge med udviklingsforstyrrelser (ADHD og autisme) kan der startes med en dosis på 1-2 mg pr. dag ½-1 time før søvn. Dosis kan øges med 1 mg om ugen, og maksimal dosis er 6 mg pr. dag. Behandling med melatonin skal være kortvarig og skal altid revurderes efter 14 dage og igen efter tre måneder. Ved sparsom eller ingen effekt skal lægemidlet seponeres. Ved god effekt og fortsat behandling skal behandlingseffekt og behandlingsplan revurderes ved fornyet brug af søvndagbog minimum hver sjette måned. Tilsvarende bør der efter pausering eller ved nedtrapning foretages en vurdering af søvnmønsteret ved brug af søvndagbog. Ved seponering skal melatonin udtrappes over tid.

KONKLUSION

Søvnforstyrrelser hos børn og unge med psykiatriske og neurologiske lidelser kan være meget komplekse og er ofte forskellige fra patient til patient. Diagnosticeringen vanskeliggøres af et stort overlap mellem symptomerne. En grundig udredning af patienten kan derfor være med til at klargøre, hvorvidt søvnforstyrrelserne er 1) en forværring af symptombilledet på baggrund af en psykiatrisk diagnose, en somatisk lidelse eller en psykofarmakologisk behandling, eller 2) den udløsende faktor for udvikling af en ny psykiatrisk diagnose. Søvnlogbøger kan bidrage til en kvalificeret og målrettet undersøgelse af symptomerne ved at give overblik over søvnforstyrrelserne samt patientens søvnmønster.

Der skal tages hensyn til de metodologiske og tolkningsmæssige udfordringer ved søvnlogbøger eller søvnspørgeskemaer. Især hos små børn skal der være opmærksomhed på, at spørgeskemaerne besvares af forældrene, som kan være præget af en subjektiv opfattelse af barnets søvnvaner. Samtidig er det svært at holde øje med sit barns søvn over natten, hvorfor dette kan have indflydelse på barnets udredning. Børn kan have svært ved at skelne mellem virkelighed og drømme, hvilket kan påvirke barnets egen opfattelse af søvnkvalitet og dermed udfyldelse af spørgeskema [6].

Det er vigtigt at blive ved med at forske inden for søvn med fokus på og forståelse for ætiologien bag søvnforstyrrelser for at kunne give patienterne en bedre udredning og målrettet behandling.

Korrespondance *Nanette Mol Debes*. E-mail: nanette.marinette.monique.debes@regionh.dk

Antaget 31. maj 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 36. juni 2023

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V02230068

SUMMARY

Sleep problems in children and adolescents with neurological and psychiatric disorders

Johanne Modvig, Anne Sørensen & Nanette Mol Debes

Ugeskr Læger 2023;185:V02230068

Children and adolescents with psychiatric or neurologic disorders often suffer from sleep problems. Disrupted sleep might lead to different comorbidities in the child/adolescent. These symptoms often mimic other psychiatric symptoms, which makes the diagnostic process challenging. Sleep problems can lead to aggravation of existing symptoms, exacerbation into psychiatric problems, or arise as a response to pharmacological treatment. In order to provide an efficient and well-qualified treatment, it is important to understand the pathogenesis of sleep problems to be able to distinguish between the cause and consequence, as argued in this review.

REFERENCER

1. Agersted ABA, Pagsberg AK. Søvnforstyrrelser hos børn og unge. Ugeskr Læger. 2021;183:V11200826.
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26(6):675-700.

3. Jennum P, Bonke J, Clark AJ et al. Søvn og sundhed. Vidensråd for Forebyggelse, 2015.
4. Brown KM, Malow BA. Pediatric insomnia. *Chest*. 2016; 149(5):1332-9.
5. Touchette E, Petit D, Tremblay RE, Montplaisir JY. Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: new perspectives. *Sleep Med Rev*. 2009;13(5):355-61.
6. Jennum P. Søvn. 1. udg. Munksgaard, 2013.
7. Kragh M, Møller D, Speed M, Dyrberg H. Kroniske smertepatienter - husk den bio-psykosociale tilgang. *Fag og Forskning*, 2021.
8. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2020:2-47.
9. Ivanenko A, Johnson K. Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. *Semin Pediatr Neurol*. 2008;15(2):70-8.
10. Lægemiddelstyrelsen. Produktresumé for Ritalin. Lægemiddelstyrelsen, 2022.
11. Hiscock H, Sciberras E, Mensah F et al. Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: randomised controlled trial. *BMJ*. 2015;350:h68.
12. Wiggs L, Stores G. Sleep patterns and sleep disorders in children with autistic spectrum disorders: insights using parent report and actigraphy. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46(6):372-80.
13. Reynolds AM, Malow BA. Sleep and autism spectrum disorders. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58(3):685-98.
14. Sørensen AV. Søvn og søvnproblemer. I: Skovgaard AM, red. Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn og unge. FADL's Forlag, 2023:168-79.
15. Møller LR, Sørensen AV. Børnepsykiatri og søvn. I: Jennum P, red. Søvn. Munksgaard, 2013:233-42.
16. Bendtsen L, Aegidius K, Amin FM et al. Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter. Dansk Hovedpine Selskab, 2020. https://dhos.dk/wp-content/uploads/2020/06/2932-Referenceprogram_2020_final_web-24.06.20.pdf (maj 2023).
17. Rains JC, Poceta JS. Headache and sleep disorders: review and clinical implications for headache management. *Headache*. 2006;46(9):1344-63.
18. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske anbefalinger for behandling med melatonin ved søvnforstyrrelser hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2022.
19. Owens JA, Witmans M. Sleep problems. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2004;34(4):154-79.
20. Wirz-Justice A, Benedetti F, Terman M. Chronotherapeutics for affective disorders: a clinician's manual for light and wake therapy. 2nd ed. Basel: S. Karger, 2013.
21. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2021.
22. Sundhedsstyrelsen. Søvnproblemer hos børn og unge. *Rationel Farmakoterapi*. 2023;1. www.sst.dk/da/udgivelser/2023/Rationel-Farmakoterapi-1-2023/Soevnproblemer-hos-boern-og-unge (maj 2023).