



Foto: UIB



Fred Holsten

Spesialist i psykiatri
ved Bergen
søvn-senter

Somnolog

Søvn, rus og psykiske lidelser

Søvnen er ofte forstyrret ved rusmiddelmisbruk. Bruk av forskjellige typer rusmidler gir forskjellig virkning, også på søvnen. Samtidig er bakgrunnen for misbruk mangefasettert: noen misbruker rusmidler først og fremst for å oppnå rus, andre for å døyve angst eller smerter, eller rett og slett for å oppnå bedre søvn. Overlappingen mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser er betydelig, samtidig som misbrukere og personer med psykiske lidelser er mer utsatt for alle typer søvnproblemer.

Ved behandling av søvnproblemer hos personer med rusproblemer er det i tillegg til å diagnostisere søvnlidelsen nødvendig å kartlegge og diagnostisere hvilken type rusproblem som foreligger, hvilke rusmidler som brukes og når de tas, og ta hensyn til komorbide psykiske lidelser. Tidligere anså man ofte søvnproblemer som sekundære i forhold

til rus og psykiatri, og man trodde at hvis rusproblemet og/eller den psykiske lidelsen ble behandlet, ville søvnen falle på plass av seg selv. I dag vet vi at det i de fleste tilfeller ikke er slik, og at søvnproblemer ofte er komorbide og må behandles for seg sammen med rusproblemet og/eller den psykiske lidelsen.

Noen rusmisbrukere har i perioder så store søvnproblemer at de forsøker å regulere livet med sederende midler på natt og våkenstimulerende midler på dagtid i en runddans som ofte forsterker problemene.

De forskjellige søvndiagnosene

Ved søvnevansker må man skille mellom de seks vanligste søvndiagnosene fordi de alle trenger forskjellig tilnærming og behandling: insomni, døgnytmelidelser, søvnrelaterte bevegelseslidelser (for eksempel restless legs), søvnrelaterte respirasjonslidelser (for eksempel søvnapné), hypersomnilidelser og parasomnier (for eksempel søvngjengeri, natteskrekk osv.). Skal man lykkes med behandlingen er det derfor viktig å bruke tid på å diagnostisere av både søvnforstyrrelser, psykiske lidelser og rusmisbruk.

Ved kronisk insomni har man innsovningsvansker, nattlige oppvåkninger og tidlig morgenoppvåkning eller en blanding av symptomene. Pasienter med insomni tilbringer ofte lang tid i sengen, men har dårlig søvnkvalitet. De er heller ikke søvnige på dagtid, men er ekstremt slitne. Som behandling anbefales CBTi (kognitiv atferdsterapi for insomni) som førstevalg. Bruk av en liten dose sederende antidepressivum før sengetid kan være til god hjelp, spesielt mot oppvåkninger om natten og tidlig morgenoppvåkning hos de rusmisbrukere som har komorbide depresjoner eller angstlidelser, eventuelt en liten dose antipsykotikum hos de som har psykoser eller bipolare lidelser. Det er viktig med en så lav dose som mulig for å unngå tretthet neste morgen (hangover). Søvn som ikke gir opplagthet på dagtid er lite verd. Slik kombinert CBTi og lavdose sederende antidepressivum kan gjøre det lettere å trappe ned på unødvendig bruk av angstdempende preparater, sovemidler og andre rusmidler [1].

Forsinket søvnfase er den vanligste døgnytmelidelsen hos ungdom og mange rusmisbrukere. De har ofte store innsovningsvansker og enda større problemer med å våkne til rett tid om morgenen. Ved døgnytmelidelser anbefales lysbehandling og/eller korttidsvirkende melatonin etter

individuelt tilpasset skjema [2]. Det har også blitt hevdet at noen av de medikamentene som er virksomme ved affektive lidelser, for eksempel stemningsstabiliserende midler, har noe av sin virkning ved at de hjelper til med å gjenopprette døgnytmten.

Ved søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser (mest vanlig er restless legs), er det viktig å kartlegge samtidig bruk av medikamenter. Sederende antidepressiver og en rekke antipsykotiske midler kan både skape og forverre plagene som kan være invalidiserende. Behandling med dopamin-agonister virker ofte raskt og effektivt [3].

**Noen
rusmisbrukere
har i perioder så store
søvnproblemer at de
forsøker å regulere livet med
sederende midler på natt og
våkenstimulerende midler
på dagtid i en runddans
som ofte forsterker
problemene.**

Ved søvnapné har man mange pustestopp om natten som forstyrrer søvnen, og pasientene plages ofte av sterk dagtretthet. Diagnosen obstruktiv søvnapné (OSA) stilles etter objektiv måling av pustemønsteret om natten. Vektreduksjon kan være gunstig. Sovemedisiner, alkohol og tobakksrøyking forverrer sykdommen og bør derfor unngås. Best dokumentert er behandling med pustemaskin (CPAP). Apnéskinne kan også være et alternativ [4].

Hypersomnier preges av sterk søvnighet på dagtid. Den mest kjente formen er narkolepsi, men stadig flere får også diagnosen idiopatisk hypersomni, altså hypersomni uten kjent årsak.

Alkohol og søtsaker kan forverre søvnigheten. Behandling med sentralstimulerende midler er mest vanlig [5].

Parasomnier, som det å gå i søvne forverres av alkohol og sederende midler. I abstinensfaser kan man få mareritt eller livlige drømmer.

De forskjellige rusmidlene og søvn Alkohol

Inntak av alkohol vil hos de fleste lette innsovningen. Alkohol er også vist å kunne øke mengden av den dype søvnen i første halvdel av natten, men deretter blir søvnen mer urolig og oppstykket. I siste halvdel av natten ses økende grad av søvnfragmentering, våkenhet, urolig søvn, reduksjon av dyp søvn og økning av REM-søvn med levende og angstladede drømmer. Ved kronisk alkoholbruk reduseres gradvis den sedative effekten av alkohol. Søvnvansker rapporteres hos rundt halvparten av alkoholavhengige, og søvnproblemer kan vedvare i uker og måneder etter at man er tørrlagt. Alkoholavhengige med uttalte søvnforstyrrelser har betydelig økt sjans for tilbakefall av sitt alkoholmisbruk. Både perioden under og etter seponering av alkohol er preget av ganske uttalte søvnvansker med søvnfragmentering og livlige og ubehagelige drømmer. Selv om disse plagene er avtakende, kan de vedvare i opptil et år etter tørrlegging – hvilket bekreftes av søvnregistrering, som viser vedvarende reduksjon av mengden med dyp søvn og økt søvnfragmentering.

Sentralstimulerende midler

Amfetamin er i likhet med kokain og ecstasy et sentralstimulerende stoff som blant annet innebærer at søvnbehovet undertrykkes. Sentralstimulerende stoffer kan føre til at brukeren har lange perioder med våkenhet, fulgt av perioder med uttalt tretthet, som igjen kan motivere til nytt inntak av slike stoffer. Abstinenssymptomer etter seponering av sentralstimulerende stoffer dukker gjerne opp i løpet av noen timer og kan vare noen dager. Symptomene kjennetegnes av dysfori, asteni, ubehagelige drømmer, insomni eller hypersomni, økt appetitt, paranoiditet og redusert kognisjon.





Søvnregistrering ved akutte overdoser av sentralstimulerende stoffer viser økt søvnløshet, redusert total søvnlengde, økt antall oppvåkninger med motorisk uro, forlenget REM-søvnløshet og redusert REM-søvn. Seponering etter langvarig bruk av slike stoffer er assosiert med redusert innsøvnstid og økt søvnløshet.

Cannabis

Den akutte effekten av cannabis viser kun liten forstyrrelse av søvnen, mens langvarig bruk tydelig bidrar til mindre dyp søvn.

Angstdempende midler og sovemidler

Misbruk av angstdempende midler og sovemidler kan føre til søvnproblemer og søvnløshet. Søvnregistrering av pasienter med kronisk bruk av slike legemidler viser ofte forstyrret søvnmønster med økning av lett søvn og redusert mengde dyp søvn. Ved brå seponering av slike preparater ses

ofte akutt insomni og angst. Kronisk bruk av angstdempende midler og sovemidler fører vanligvis til toleranseutvikling og behov for doseøkning, som igjen kan gi tretthet (hangover) og nedsatt funksjon på dagtid. Disse legemidlene kan også forverre søvnapné, fordi de virker avslappende på muskulaturen i hals- og svelgområdet.

Ved komorbid misbruk og insomni brukes kognitiv atferdsbehandling ved insomni, og man starter ikke gradvis reduksjon av misbruket før søvnbehandlingen har begynt å virke.

Komorbid psykiske lidelser

Ved misbruk, angstlidelser og lette til middels alvorlige depresjoner er det relativt lett å administrere behandling av komorbid insomni og døgnrytmelidelser. Ved rusmisbruk og alvorlige psykotiske depresjoner, andre psykoser, og alvorlige

bipolare svingninger kan man med fordel anvende en lettere tillempning av behandlingsprinsippene inntil pasienten blir bedre av sin psykiske lidelse. Ved rusmisbruk og affektive lidelser er det vist at tidlig behandling av søvnforstyrrelsene kan være god forebygging mot nye sykdomsepisoder og mer misbruk.

Enkelte pasienter med restless legs syndrom har komorbid depresjon. Hvis depresjonen kom etter restless legssyndromet, kan urolig nattesøvn på grunn av uroen i beina være en mulig utløsende faktor til både misbruk og depresjon. Effektiv behandling av restless legs syndrom med for eksempel dopaminagonister vil da kunne ha god effekt også på depresjonen. Ved komorbid restless legs syndrom og depresjon kan også kombinert antidepressiv behandling og dopaminagonister benyttes. En slik kombinasjon er ikke uvanlig i klinisk praksis. Det er viktig å være

oppmerksom på at de fleste sederende antidepressiver og nyere antipsykotika samt antihistaminer kan gi restless legs som bivirkning.

Ved ikke-organisk hypersomni vil behandling av den psykiske lidelsen ofte bedre søvnproblemene og redusere søvnigheten, og lett søvnrestriksjon, stimuluskontroll og søvnhygiene kan forsøkes. Samtidig behandling med sentralstimulerende midler som modafinil kan være aktuelt, og må overvåkes i forhold til misbruk.

Rusmisbrukere med søvnapné kan utvikle eller ha psykiske plager. Ved slik komorbiditet vil vi anbefale at alle sykdommer behandles samtidig. Søvnapné gir urolig søvn og tretthet på dagtid. Effektiv behandling av søvnapné vil ofte bedre humøret og gjøre rusbehandlingen lettere. På samme måte vil alvorlig depresjon kunne påvirke rusbruken og søvnapnéplagene, og ikke minst etterlevelse med CPAP. Samtidig er det viktig å unngå antidepressiv behandling som kan gi vektøkning og dermed forverring av søvnapné.

Søvnlidelser er vanlige ved misbruk og de fleste psykiske lidelser, og mange tenker på søvnproblemene som sekundære symptomer som går over dersom den psykiske lidelsen behandles. I mange tilfeller skjer ikke det, og effektiv behandling av den psykiske lidelsen bedrer ikke nødvendigvis søvnlidelsen. Dette er spesielt vist ved affektive lidelser, angstlidelser og schizofreni, men gjelder sannsynligvis for de fleste psykiske lidelser. Flere studier viser at søvnproblemer kan komme før en episode av psykisk sykdom, og at forstyrret søvn er en av de sterkeste risikofaktorer for senere utvikling av depresjon, angst, bipolare lidelser, psykose og misbruk.

Vi anbefaler derfor å se på rusmisbruk, psykiske lidelser og søvnlidelser som komorbide tilstander som ofte må

behandles hver for seg. Søvnlidelser gir i likhet med psykiske lidelser plager gjennom hele døgnet. Bortsett fra hos pasienter med alvorlige psykoser, dype depresjoner og alvorlige bipolare lidelser er samtidig behandling av søvnproblemene

ofte en takknemlig oppgave både akutt og som tilbakefallsprevensjon. Diagnostisering og behandling av søvnlidelsene ved rus og psykiske lidelser kan bedre den psykiske lidelsen, både umiddelbart og også forebygge nye episoder av misbruk.



Flere studier viser at søvnproblemer kan komme før en episode av psykisk sykdom, og at forstyrret søvn er en av de sterkeste risikofaktorer for senere utvikling av depresjon, angst, bipolare lidelser, psykose og misbruk.

REFERANSER

1. Bjørn Bjorvatn: Insomni: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetan-setjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/insomni>.
2. Fred Holsten, Ståle Pallesen, Børge Sivertsen: Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 688-91.
3. Einar Kinge, Jan Ulfberg: Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1888-9.
4. Sverre Lehmann: Søvnapné hos voksne <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetan-setjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnappn-hos-voksne>.
5. Bjørn Bjorvatn: Hypersomnier. <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetan-setjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/hypersomnier>.