

Hypersomni i samband med psykiska symptom

Med hypersomni i samband med psykiska symptom kan personen sova många timmar (över 9-10) med verkligt hög sömneffektivitet (över 90%) och ändå vara trött/sömnig och ofta även somna dagtid vid mer eller mindre lämpliga tillfällen. Sambandet med psykiska symptom är viktigt; är hypersomnin kronisk (inte enbart i samband med psykiskt dåligt mående) bör sömnutredning göras.

Är sambandet med det psykiska måendet tydligt är det läge att gå in med beteendeåtgärder. Ett stort problem för många psykiatriska patienter är låg motivation till någon som helst aktivitet, vilket är en vanlig ursprungstrigger för lång sömntid. När personen väl är med i en sömngrupp/har bestämt sig för att ta itu med sömnen är just den grundläggande motivationsbristen ofta inte ett lika stort problem. Samtidigt behöver behandlaren förstås ha ett motiverande förhållningssätt generellt, vilket i det här sammanhanget involverar en allmänt nyfiken och problemlösande inställning.

Att sätta mål kan också ha en motiverande effekt, gärna övergripande "livsmål" och "sömnsmål" utifrån vilka man sen kan identifiera delmål – steg i rätt riktning att jobba med. Ett sömnsmål kan t ex vara att sova (bara) åtta timmar (till skillnad från insomnibehandling är det alltså i det här fallet helt rimligt att ha ett mål i timmar).

Många med hypersomni (liksom vid insomni) lever i föreställningen att trötthet ska botas med vila, eller sömn. Föreställningen lever kvar trots att man ofta vilar och sover en mycket stor del av dygnet och ändå inte blir mindre trött. Beteendeeexperiment är engagerande att designa och ger ofta mycket bra utdelning (Exempel testa i två dagar, dag 1: 3 timmars vila för att spara energi, därefter 3 timmars energislösande (gå promenad, stämma träff med en kompis). Dag 2: motsatt ordning.)

För själva beteendeinterventionen är det första steget att **schemalägga sömnen**. Börja med ett sömnfönster som motsvarar ungefär så lång tid personen har sovit i genomsnitt senaste veckan, eller så lång tid som personen "brukar sova" i liknande skov (t ex 11 timmar). Schemalägg även en (ibland två) **tupplurar dagtid**, c:a 15-20 minuter vardera. Sprid tupplurarna över den vakna tiden. Justera därefter sömnschemat veckovis genom att antingen ta bort en av tupplurarna eller **komprimera** nattsömnen; behåll uppstigningstiden och senarelägg läggtiden med 15-20 minuter. OBS att komprimeringen vid hypersomni alltså inte baseras på sömneffektivitet (som alltså är hög även initialt), utan sker veckovis (eller varannan vecka) tills patienten har nått sin önskade sömntid, med eller utan tupplurar dagtid.

Kombinera med ordentligt med ljus dagtid vilket också minskar trötthet. Helst dagsljus utomhus, annars mycket ljusa lampor (c:a 1100-1600 lumen) med "kallt" ljus (c:a 4000-6000 Kelvin). OBS tajmingen på ljuset som behöver ligga rätt för att inte stjälpa dygnsrytmen. Även fysisk aktivitet dagtid är positivt och ger effekt både *mot* dagtidströttheten och *för* sömnen. Använd även som vanligt nedvarvning före sänggående, och vakna-rutin för morgonen.

Om personen under behandlingens gång (eller efter avslut) börjar sova sämre på natten, börja först med att ta bort tupplurarna (en per vecka om fler än en). Om båda tupplurarna är borta och personen fortfarande inte sover gott på natten, gå över till vanlig sömnrestriktion eller sömnkomprimering baserad på sömneffektivitet.