

---

# Sömn och psykiska symtom hos barn i förskole- och skolåldern

EEVA ARONEN, JUULIA PAAVONEN OCH HANNA HUHDANPÄÄ

---

Sömn är av stor betydelse för barnets normala utveckling och för inläring. Sömnproblem är vanliga i förskole- och skolåldern och cirka tio procent av barnen har långvariga svåra sömnproblem. Det är viktigt att upptäcka och behandla sömnproblem hos barn, eftersom det då är möjligt att minska dagtrötthet, inlärningssvårigheter, emotionella problem och störande beteende. Sömnproblem bör identifieras också hos barn med somatiska eller psykiska problem eller störningar. Om sömnproblemet behandlas kan symtomen på den somatiska eller psykiska störningen minska. En psykisk störning kan också ligga bakom det konstaterade sömnproblemet, som kan gå över om den bakomliggande störningen behandlas. Barnens sömn bör kartläggas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården genom att fråga både barnet och föräldrarna om sömnmängd och sömnkvalitet samt med prospektiv sömnuppföljning (sömndagbok). Vid behov preciseras bedömningen med objektiva metoder. För att kunna välja rätt behandlingsmetod bör man vara på det klara med typen av sömnstörning. Föräldrarna, barnen och ungdomarna bör erbjudas information om hur sömnmängd och sömnkvalitet inverkar på barns och ungas välbefinnande. Vid behov bör de också erbjudas metoder som visats vara effektiva för att främja god sömn.

## SKRIBENTERNA

**Eeva Aronen** är professor i barnpsykiatri vid Helsingfors universitet och överläkare vid HUCS, Kliniken för barn och unga, barnpsykiatri. I sin forskning har hon koncentrerat sig på barns sömn, minne och psykiska symtom samt stress hos barn och föräldrar.

**Juulia Paavonen**, docent i neuropsykiatrisk epidemiologi, är ansvarig avdelningsläkare vid HNS barnpsykiatri och specialforskare vid Institutet för hälsa och välfärd. Hon har studerat sömnstörningar och psykiska problem hos barn.

**Hanna Huhdanpää**, ML, är läkare under specialistutbildning i barnpsykiatri vid HNS och doktorand vid Helsingfors universitet.

Sömnen har stor betydelse för barnens normala psykiska utveckling, i synnerhet eftersom sömn behövs för inläring under barndomen. En förutsättning för inläring är att hjärnan utvecklas och bildar nya och effektivare kopplingar i sitt neurala nätverk. Under sömnen

bearbetas dagens händelser och det uppstår nya minnesspår (kopplingar i det neurala nätverket) som i fortsättningen styr aktiviteten. När hjärnan mognar under barndomen och de kognitiva färdigheterna utvecklas lär sig barnet inte bara att förvärva kunskaper och färdigheter utan också att reglera sina känslor och att bete sig enligt samhällets normer (1). Sömnen är viktig också för den fysiska utvecklingen och hälsan. För lite eller för dålig sömn har hos barn samband med dagtrötthet, problem med uppmärksamhet och korttidsminne, inlärningssvårigheter, problem med känsloliv och beteende och somatiska besvär (2–8).

## Sömnproblem hos barn i förskole- och skolåldern

Förekomsten av sömnstörningar hos barn under skolåldern har i befolkningen varierat mellan 13 och 26 procent (9–10). I ett finländskt befolkningsbaserat material rapporterade upp till 45 procent av föräldrarna till barn i åldern 3–6 år i en omfattande sömnenkät minst ett problem med sömnen tre gånger i veckan eller oftare. Fler än ett sömnrelaterat problem förekom hos 21 procent av barnen (5). Hos barn i skolåldern har förekomsten av sömnproblem

**Tabell I.** Prevalensen för sömnproblem och dagtrötthet som förekommer ofta (3–5 gånger i veckan) eller alltid (varje natt/dag) (%), rapporterade av föräldrarna och mätta enligt SDSC (Sleep Disturbance Scale for Children), i en uppföljningsstudie med ett befolkningsbaserat material bestående av förskolebarn (åldern 3–6 år) och skolbarn (åldern 7–12 år) (14) samt barnpsykiatriska öppenvårdspatienter i förskoleåldern (n = 139).

Sömnproblem och dagtrötthet (SDSC)	Prevalens (%) 3 gånger eller oftare per vecka		
	Förskolebarn	Skolbarn	Patientmaterial förskoleåldern
3. Barnet lägger sig motvilligt	13,6	10,5	16,6
4. Barnet har svårt att somna om kvällen	10,7	8,3	18,7
5. Barnet känner rädsla eller oro när det ska lägga sig	2,7	2,1	6,5
6. Vid insomnandet förekommer snabba uppvaknanden eller ryckningar	4,1	2,7	7,2
7. Barnet gungar eller vaggas sig eller slår sig på huvudet vid insomnandet	1,7	0,4	4,4
8. Barnet har starka hallucinationsliknande upplevelser vid insomnandet	0,4	0,4	0,7
9. Barnet svettas ymnigt vid insomnandet	10,5	4,5	6,4
10. Barnet vaknar mer än två gånger om natten	2,3	2,1	4,3
11. När barnet vaknar om natten har det svårt att somna igen	1,2	0,6	2,2
12. Under sömnen har barnet upprepade eller sprittande rörelser eller ryckningar i benen, byter ofta ställning eller sparkar bort täcket	2,7	2,1	31,7
13. Barnet har nattliga andningssvårigheter	0,4	0,4	2,2
14. Barnet kippar efter andan om natten eller kan periodvis inte andas	0,8	0,6	1,4
15. Barnet snarkar	5,8	4,5	12,9
16. Barnet svettas ymnigt om natten	12,7	4,8	13,0
17. Ni har märkt att barnet går i sömnen	0,8	0,8	0,7
18. Ni har märkt att barnet pratar i sömnen	5,4	3,3	7,2
19. Barnet gnisslar tänder under sömnen	10,5	6,0	14,4
20. Barnet vaknar om natten och skriker eller är förvirrat och är inte kontaktbart, men barnet kommer inte ihåg händelsen nästa morgon	2,5	1,4	0,7
21. Barnet har mardrömmar men kommer inte ihåg dem nästa dag	1,2	0,8	3,6
22. Det är extra svårt att få barnet att vakna om morgonen	5,0	3,1	12,2
23. Barnet är trött om morgonen efter uppvaknandet	6,2	7,8	21,6
24. Barnet känner att hen inte kan röra sig vid uppvaknandet på morgonen	6,2	7,8	5,7
25. Barnet känner sig trött om dagen	3,3	2,1	12,2
26. Barnet somnar dagtid vid olämpliga tillfällen	0,2	0,4	0,0

varierat mellan 5 och 43 procent (11–13). När barnen i åldern 3–6 år i den finländska studien följdes upp till skolåldern hade 31 procent enligt föräldrarna minst ett sömnrelaterat problem tre eller flera gånger i veckan. Allt som allt minskade sömnproblemen något med åldern.

Hos cirka en tredjedel (35 procent) av barnen med sömnstörning före skolåldern fortsatte störningen dock upp i skolåldern och nio procent av alla barn som deltog i studien hade en sömnstörning som föräldrarna rapporterade både före och i skolåldern. Barn som inte hade

sömnstörning i åldern 3–6 år rapporterades å andra sidan sällan ha störningar när de kommit upp i skolåldern (14).

Prevalensen för sömnproblem hos barn varierar, eftersom studierna använder olika definitioner på sömnstörning, sömnkvaliteten bedöms på olika sätt, till exempel med olika frågor, varierande antal frågor och olika frågeformulär, frågorna riktas till olika respondenter (barn/förälder) eller man använder objektiva mått på sömnen. Studierna använder dessutom olika sampel (till exempel normativa eller kliniska sampel), där antalet sömnstörningar har varierat. Det är entydigt att sömnproblem är vanliga under barndomen, och att de hos en del barn inte försvinner med åldern utan är bestående och inverkar på barnets fysiska och psykiska utveckling och inlärningsförmåga (7).

## Typer av sömnproblem

Vanliga sömnproblem hos barn är för litet eller för mycket sömn, nattliga uppvaknanden, olika problem med att lägga sig eller somna in (beroende antingen på störningar i dygnsrytmen eller på sömnlöshet) och speciella problem under sömnen (parasomnier, andningssvårigheter). De vanligaste sömnproblemen hos finländska barn i åldern 3–6 år är ovilja att lägga sig (14,1 procent), svårighet att somna (10,2 procent), tandgnissling (10,2 procent), att tala i sömnen eller nattskräck (8,5 procent) och andningssvårigheter under sömnen (8,2 procent). Största delen av barnen i förskoleåldern sov dock mer än nio timmar om natten enligt föräldrarnas uppskattning (5). Vid uppföljningen var samma slags sömnproblem vanligast både i och före skolåldern, om också en större del av skolbarnen sov mindre än nio timmar per natt jämfört med förskolebarnen (14). Förekomsten av sömnlöshet ökar med åldern också enligt andra studier (15). Också en svensk epidemiologisk studie visar att de vanligaste sömnproblemen bland barn i åldern 5–6 år är ovilja att lägga sig (12,6 procent), insomningssvårighet (9,2 procent) samt av parasomnierna tandgnissling och att tala i sömnen (4,6 och 3,0 procent) (9).

Sömmängden minskar under barnets normala utveckling (16). Också typen av sömnproblem förändras när barnet blir äldre. Till exempel parasomnierna (korta uppvakningar, nattskräck, att tala eller gå i sömnen) minskar vanligen medan sömnlöshet tilltar (14). I Tabell I visas utgående från en finländsk befolkningsundersökning frekvensen av sådana sömnproblem och dagtrötthet som förekommer hos barn i förskole- och skolåldern tre eller flera

Tabell II. Icke organiska sömnstörningar enligt klassificeringen ICD-10.

F51 Icke organiska sömnstörningar	
F51.0	Icke organisk sömnlöshet
F51.1	Icke organisk hypersomni
F51.2	Icke organisk störning i dygnsrytmen
F51.3	Sömngång (somnambulism)
F51.4	Nattskräck
F51.5	Mardrömmar
F51.8	Andra specificerade icke organiska sömnstörningar
F51.9	Icke organisk sömnstörning, ospecificerad

gångar i veckan (14). Enligt vissa studier har flickor och pojkar olika typer av sömnproblem, till exempel har pojkar i förskoleåldern fler nattliga uppvaknanden än flickor (5). En del studier har däremot visat att sömnproblem är vanligare hos pojkar än hos flickor i förskoleåldern, men under ungdomsåren rapporterar flickor fler sömnproblem (9, 17).

I sjukdomsklassificeringen ICD-10 indelas sömnproblem i organiska och icke organiska störningar. Sömnproblem hos barn är övervägande icke organiska, utom andningssvårigheter under sömnen som ofta har samband med snarkning och/eller stora tonsiller (18). Störningar i dygnsrytmen klassificeras som organiska sömnstörningar, och de börjar förekomma i tilltagande grad under skolåldern. Tabell II visar betäckningarna för de icke organiska sömnstörningarna enligt ICD-10.

## Att upptäcka och bedöma sömnstörningar

Det är viktigt att beakta barnens sömn i det kliniska arbetet, och man bör fråga både föräldrarna och barnet eller den unga själv om sömnen. Forskningen har visat att sömnproblem helt kan undgå upptäckt om man inte direkt frågar om dem (20). Om ett barn har sömnproblem bör man bedöma om sömnen kvalitativt är tillräckligt bra och om sömmängden är tillräcklig. Vid bedömning av sömmängden ska man beakta barnets ålder, symtom under dagen i relation till sömnbristen och eventuella sömnstörningar som påverkar sömnkvaliteten. Symtom som tyder på sömnnapné bör särskilt efterfrågas. Sådana symtom är till exempel snarkning, nattlig svettning, andningsuppehåll, dagtrötthet och olika neuropsykologiska

---

symtom såsom oro, uppmärksamhetsproblem, impulsivitet och nedsatt kognitiv prestationsförmåga. De senare symtomen kan också bero på ren sömnbrist (21).

Uppföljning med sömndagbok är ett viktigt hjälpmedel för att utreda sömnstörningens art och svårighetsgrad. Standardiserade frågeformulär som omfattar alla specifika sömnproblem kan vara till hjälp för att kartlägga sömnstörningarnas art och frekvens. Det är dessutom bra att uppskatta om barnet lägger sig i tid, vilka kvällsrutiner som tillämpas i familjen och vilka uppfattningar och förväntningar föräldrarna har på hur mycket och hur bra sömn barnet behöver. Ibland kan föräldrarnas förväntningar på barnets sömnbehov vara överdrivna i relation till barnets ålder. Dessutom ska man kartlägga faktorer som stör sömnen, såsom skärmtid, andra stressfaktorer och eventuella sjukdomar. Det är speciellt viktigt att upptäcka psykiatriska störningar som kräver specifik behandling, till exempel kan separationsångest eller depression vara förknippade med sömnlöshet (21).

När det behövs en noggrannare uppfattning om barnets sömn använder man objektiva mått på sömnmängden och sömnkvaliteten, exempelvis registrering av hjärnans elektriska aktivitet (polysomnografi) eller aktigrafi som grundar sig på registrering av rörelseaktiviteten. Polysomnografien är sömnregistreringens gyllene standard, eftersom den samtidigt registrerar hjärnans elektriska aktivitet (EEG), ögonrörelserna (EOG) och muskeltonus (EMG) under hela natten. Utgående från dessa värden definieras sömnstadierna, som varierar cykliskt under natten. Aktigrafi är ett annat objektiva mått på sömnmängden och sömnkvaliteten. Vid aktigrafiregistrering har barnet en aktigraf, en apparat som ser ut som en vanlig klocka, runt handleden i flera dygn och den registrerar barnets rörelser både på dagen och på natten. Utgående från rörelseaktiviteten kan man med en datoralgoritm bedöma sömnmängden och sömnkvaliteten (22). Aktigrafien är viktig till exempel om det är svårt att få en pålitlig bild av sömnkvaliteten eller om olika personer har olika uppfattning om kvaliteten.

I många studier och i det kliniska arbetet används dock oftast subjektiv bedömning av barnets sömn. Man frågar alltså föräldrarna och/eller barnet självt om sömnen vid en intervju. Dessutom kan noggrannare enkätformulär användas och/eller man ber föräldrarna följa upp barnets sömn med en sömndagbok. Genom både barnets och föräldrarnas svar och uppgifterna från sömndagboken får man i de flesta fall en tillräckligt god bild av barnets

sömnproblem och kan planera en lämplig behandlingsintervention.

Eventuella somatiska, neurologiska och psykiska störningar som ligger bakom sömnstörningen bör också upptäckas. Om barnet å andra sidan kommer till mottagningen för problem med beteende eller känsloliv eller för somatiska problem eller inlärningssvårigheter är det viktigt att samtidigt utreda barnets sömn, eftersom sömnstörningar och sömnbrist ger problem dagtid som kan förvärra barnets symtombild. Det är således möjligt att barnet psykiska eller somatiska symtom lindras om man behandlar sömnproblemet.

### **Sömnstörningar och psykiska problem hos barn**

Andningsstörningar under sömnen hos barn (sömnapné och snarkning) har ofta samband med andra sömnproblem och med dagtrötthet, oro, koncentrationssvårigheter, aggressivitet, sociala svårigheter och affektiva symtom (23, 24). Sömnapné och snarkning har också samband med svårigheter med kognition och inlärning, till exempel är auditiv uppmärksamhet och verbal intelligenskvot lägre hos snarkande barn än hos kontroller (24). Cirka hälften av de barn som har sömnapné eller snarkning lider av kliniskt signifikanta koncentrationssvårigheter, överaktivitet eller beteendesymtom (25). En intressant iakttagelse är att symtomens svårighetsgrad inte alltid står i relation till sömnapnéindex: man har i en del av studierna sett ett samband mellan enbart snarkning utan sömnapné och psykiska symtom respektive uppmärksamhetsproblem (23, 24). Det finns tecken som tyder på ett kausalt samband mellan snarkning/sömnapné och psykiska/kognitiva problem, eftersom behandling (till exempel tonsillektomi) lindrar psykiska problem hos barn och förbättrar den kognitiva funktionen (25).

Forskningen har visat att också andra sömnproblem hos barn har samband med beteendeproblem, ångest, affekter och kognitiva funktioner, i synnerhet problem med uppmärksamhet och arbetsminnets funktion i normativa material (2, 3, 7, 26–28). Enligt en färsk finländsk befolkningsbaserad studie förklaras ångest- och depressionssymtom, i synnerhet nedsatt sinnesstämning, hos barn i åldern 4–12 år rentav bättre av sömnstörningar än av familjestrukturen eller långvarig sjukdom hos barnet (26). I ett befolkningsbaserat material hade barn med långvariga sömnproblem (fyra års uppföljning, sömnproblem i början av studien och under uppföljningen)

---

16 gånger så stor risk att få psykiska symtom som överskrider en klinisk gräns jämfört med barn utan sömnproblem. Den största risken för dessa barn att få symtom som överskred den kliniska gränsen gällde bristande uppmärksamhet (12,8 gånger så stor), depression (12,5 gånger) och aggression (10,7 gånger) (7).

Sambandet mellan sömn och psykiska symtom understryks också av att hälften av de barn som remitterades för fortsatt utredning på grund av sömnstörning redan tidigare hade fått någon psykiatrisk diagnos. En sådan diagnos kunde dessutom ställas på 20 procent av dem som inte tidigare hade diagnos. Sömnstörning var alltså den primära diagnosen hos bara vart tredje barn som hade remitterats till den specialiserade sjukvården för sömnstörning (29). Insomningssvårigheter, avbruten sömn och för tidigt uppvaknande är också typiska symtom på depression. Enligt studier är sömnlöshet i samband med ångest ofta sekundär, medan situationen beträffande depression sannolikt också kan vara den motsatta – även hos barn kan sömnlöshet komma före depression (26).

Hos barnpsykiatriska patienter har det konstaterats fler sömnproblem eller för litet sömn än i befolkningsbaserade barnmaterial (30). Sömnproblem hos barnpsykiatriska patienter kan antingen vara samsjuklighet eller ingå i den bakomliggande sjukdomens symtombild. Enligt de diagnostiska kriterierna för affektiva störningar och ångeststörningar hör sömnstörningar till de typiska symtomen. Enligt en studie av Ivanenko et al. (2006) hade barnpsykiatriska öppenvårdspatienter oftare orolig sömn, sömnrelaterade rädslor, stridigheter kring sänggående, snarkning, längre insomningslatens, kortare sömn och flera nattliga uppvaknanden än kontrollbarn. Barnpsykiatriska patienter med sömnproblem har fler psykiska symtom än de som har god sömn (30). I ett finländskt psykiatriskt patientmaterial med små barn (i förskoleåldern) konstaterades fler sömnproblem än i ett befolkningsbaserat material (Tabell I). I det psykiatriska materialet fanns dessutom fler barn som sov mindre än nio timmar om dygnet än i befolkningsmaterialet. Det vanligaste sömnproblemet hos barn i patientmaterialet var orolig sömn medan det näst vanligaste var insomningssvårigheter. Morgontrötthet var betydligt vanligare hos patienterna än i befolkningsmaterialet (Tabell I). Hos patienterna var sömnproblemen starkt förknippade med det totala antalet psykiska. De ökade såväl symtomen på beteendeproblem som depressions- och ångestsymtomen. Vid alla typer av sömnproblem, såsom

dyssovinnier (svårigheter att somna och att upprätthålla sömnen), parasovinnier och andningssvårigheter, ökade de psykiska symtomen i materialet med barnpsykiatriska patienter i förskoleåldern. Barn som hade diagnos på en neuropsykiatrisk störning, exempelvis aktivitets-uppmärksamhetsstörning (ADHD) eller autismspektrumstörning, hade betydligt oftare (hos upp till 83 procent) sömnproblem än normala kontrollbarn. Sömnproblemen hos dessa patientgrupper verkar öka eller förstärka barnets symtom dagtid, till exempel svårigheter med beteendereglering (31, 32). Också patienter med trots- eller beteendestörningsdiagnos har konstaterats ha mera sömnproblem än kontrollbarn, i synnerhet enligt rapportering från föräldrarna. Dessutom konstaterades det att beteendeproblemets svårighetsgrad korrelerade kraftigt med den objektiva sömnmängden mätt med aktigraf (33).

Många studier har påvisat mera sömnproblem hos somatiskt sjuka barn och unga än hos kontroller. Till exempel rapporterade föräldrarna mera sömnproblem hos unga med inflammatorisk tarmsjukdom än hos kontrollungdomar (19). Sömnproblemen korrelerade med allvarigare sjukdomssymtom och med depressionssymtom (8, 19).

### Orsakssamband

Ovannämnda studier visar att sömnproblem har samband med många psykiska och somatiska symtom och störningar samt med kognitiva funktioner som påverkar inlärningen (1–8, 15, 17, 24–33). Trots att sömnstörningar och psykiska problem och störningar korrelerar med varandra är det ofta svårt att påvisa kausalitet (7, 26). Vidare är det uppenbart att sambandet mellan psykiska symtom och sömnproblem verkar i båda riktningarna. Å ena sidan ökar sömnproblem risken för psykiska symtom och å andra sidan ökar psykiska symtom risken för sömnproblem. Uppföljningsundersökningar har visat att långvariga (obehandlade eller behandlingsresistenta) sömnproblem klart ökar risken för inlärningssvårigheter, beteendeproblem och affektiva problem (1, 7). Sömnproblem bland småbarn verkar också ha samband med problem med regleringen av uppmärksamhet och beteende samt med affektiva symtom (7).

Det är möjligt att det är fråga om samsjuklighet med bakgrund till exempel i hjärnfunktionen och/eller i mekanismer förmedlade av psykosocial stress, som predisponerar för både sömnrelaterade störningar och psykiska

## Behandling av sömnstörningar

<b>Störningar i dygnsrytmen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rytmmisering, ljus</li><li>• Melatonin vid behov</li></ul>
<b>Problem med sömnassociation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sömnskola enligt tassmetoden eller motsvarande</li></ul>
<b>Problem med att lägga sig</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sömnintervention med positiva rutiner</li><li>• Stöd för föräldraskapet</li></ul>
<b>Sömdlöshet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sömnhygien, melatonin vid behov</li><li>• Sömnintervention med positiva rutiner</li><li>• Kognitiva terapimetoder, sömnpass</li></ul>

Figur 1. Riktlinjer för behandling av sömnstörningar. Tassmetoden innebär att man till en början stryker eller vidrör barnets rygg vid insomnandet för att skapa trygghet.

symtom. Barn och unga med allvarliga beteendeproblem har visats ha sömnproblem, likaså avvikelser i sömnstruktur enligt både objektiva och subjektiva mätningar, vilket tyder på att samma problem i hjärnan kan ligga bakom både beteende- och sömnstörningen (17, 33). Å andra sidan har det konstaterats att psykosociala faktorer, som traumatiska erfarenheter under den tidiga barndomen eller anknytningsstörningar, kan predisponera för både sömnrelaterade störningar och psykiska störningar. Det är uppenbart att förekomsten av sömnstörningar påverkas av både miljörelaterade faktorer och biologiska faktorer, och att samma faktorer också inverkar på förekomsten av psykiska symtom eller störningar. Dessa faktorer kan delvis utgöra riskfaktorer för båda problemen. Ett intressant tillägg till dessa resonemang är den avvikande prevalensen av subjektivt och objektivt uppmätta sömnproblem vid psykiska störningar hos barn och unga. Det finns till exempel belegg för att nästan alla deprimerade unga rapporterar sömnproblem subjektivt, men att sömnkvaliteten objektivt mätt med polysomnografi inte alltid skiljer sig från normala kontrollers sömn (34). Enligt en del av studierna rapporterar föräldrar till barn med ADHD rikligt med problem med insomning eller sömn, men objektivt mätta har problemen varit färre (31). Det behövs ytterligare forskning, som preciserar sömn och psykiska störningar hos barn.

Allt som allt har kunskaperna om sömnens stora betydelse för barns allmänna hälsa och inlärningsförmåga ökat kraftigt de senaste åren. Det är viktigt att upptäcka och behandla sömnproblem inom ramen för den rutinmässiga uppföljningen av barnens utveckling, eftersom man då kan minska inlärningssvårigheter,

affektiva problem och störande beteende (7, 26, 1) (Figur 1). Det är vidare nödvändigt att upptäcka sömnproblem hos barn som har somatiska eller psykiska problem eller störningar (19, 33). Om sömnproblemet behandlas kan också symtomen på den somatiska eller psykiska störningen minska (25, 35). Man bör också komma ihåg att det bakom ett upptäckt sömnproblem kan finnas en psykisk störning (till exempel depression) och att behandling av den psykiska störningen kan åtgärda sömnproblemen. Sönnen bör kartläggas genom att fråga både barnet och föräldrarna om sömnmängden och sömnkvaliteten (gärna med en sömnenkät) och genom att göra en prospektiv sömnuppföljning. Vid behov kan sömnbedömningen preciseras med objektiva metoder. Man bör känna till arten av sömnstörning (till exempel störd sömnrytm eller något annat) för att kunna välja rätt behandlingsmetod. Det ger ofta goda resultat om barn med sömnstörningar behandlas med behavioristiska metoder (21). Såväl föräldrarna som barnen och ungdomarna själva bör erbjudas information om hur sömnmängden och sömnkvaliteten inverkar på välbefinnandet och de bör dessutom erbjudas metoder som har visats vara effektiva för att främja god sömn. Familjerna behöver ofta detaljerade anvisningar och råd om hur de ska handla i situationer som upplevs som problematiska.

**Eeva Aronen**  
eeva.aronen@hus.fi

**Juulia Paavonen**  
juulia.paavonen@hus.fi

**Hanna Huhdanpää**  
hanna.huhdanpaa@hus.fi

*Inga bindningar*

---

## Referenser

1. Beebe DW. Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2011;58:649–665.
2. Aronen ET, Paaavonen EJ, Fjällberg M, Soininen M, Törrönen J. Sleep and psychiatric symptoms in school-aged children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:502–508.
3. Steenari M-R, Vuontela V, Paaavonen EJ, Carlson S, Fjällberg M, Aronen ET. Working memory and sleep in 7-13-year-old schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:85–92.
4. Salmi J, Huottilainen M, Pakarinen S, Siren T, Alho K, Aronen E.T. Does sleep quality affect involuntary attention switching system? *Neuroscience Letters*, 2005;390:150–155.
5. Simola P, Niskakangas M, Liukkonen K, Virkkula P, Pitkäranta A, Kirjavainen T, Aronen E.T. Sleep Problems and Somnolence in Finnish Preschool-Aged Children -a Community Survey. *Child Care, Health Dev* 2010;36:805–811.
6. Blunden, S., Lushington, K., Lorenzen, B., Martin, J., & Kennedy, D. Neuropsychological and psychosocial function in children with a history of snoring or behavioral sleep problems. *J Pediatr* 2005;146:780–786.
7. Simola P, Liukkonen K, Pitkäranta A, Pirinen T, Aronen ET. Psychosocial and somatic outcomes of sleep problems in children: a 4-year follow-up study. *Child Care Health Dev* 2014;40:60–67.
8. Pirinen T, Kolho K-L, Ashorn M, Aronen ET. Sleep and Emotional and Behavioral Symptoms in Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. *Sleep Disorders* 2014, Article ID 379450, 5 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/379450>
9. Smedje H, Broman J, Hetta J. Sleep disturbances in Swedish pre-school children and their parents. *Nord J Psychiat* 1998;52:59–67.
10. Hiscock H, Canterford L, Ukoumunne O C, Wake M. Adverse associations of sleep problems in Australian preschoolers: National population study. *Pediatrics* 2007;119:86–93.
11. Meijer A M, Habekoth HT, Van Den Wittenboer GL. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *J Sleep Res* 2000;9:145–153.
12. Neveux T, Cnattingius S, Olsson U, Hetta J. Sleep habits and sleep problems among a community sample of schoolchildren. *Acta Paediatr* 2001;90:1450–55.
13. Paaavonen EJ, Aronen ET, Moilanen I, Piha J, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F. Sleep problems of school-aged children: a complementary view. *Acta Paediatr* 2000;89:223–228.
14. Simola P, Liukkonen K, Virkkula P, Pitkäranta A, Turkka Kirjavainen T, Aronen E.T. Sleeping Problems and Tiredness in a Community Sample from Preschool to School Age. *Child Care Health Dev* 2011;1365–2214:1–9.
15. Paaavonen EJ, Solantaus T, Almqvist F, Aronen ET. A four year follow-up study of sleep and psychiatric symptoms in preadolescents: The relationship of persistent and temporary sleep problems to psychiatric symptoms. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24:307–314.
16. Aronen ET, Paaavonen J, Soininen M, Fjällberg M. Associations of age and gender with activity and sleep. *Acta Paediatr* 2001;90:222–224.
17. Backman H, Laajasalo T, Saukkonen S, Salmi V, Jokela M, et al. (2016) Severe Sleep Problems and Psychopathic Features: A Study of Finnish Adolescents. *J Child Adolesc Behav* 4: 301. doi:10.4172/2375-4494.1000301.
18. Liukkonen K, Virkkula P, Aronen ET, Kirjavainen T, Pitkäranta A. All snoring is not adenoids in young children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008;72:879–884.
19. Pirinen T, Kolho K-L, Simola P, Ashorn, M, Aronen ET. Parent and Self-Report of Sleep-Problems and Daytime Tiredness Among Adolescents With Inflammatory Bowel Disease and Their Population-Based Controls. *Sleep* 2010;33:1487-93.
20. Blunden S, Lushington K, Lorenze B, Ooi T, Fung F, Kennedy D. Are sleep problems under-recognised in general practice? *Arch Dis Child* 2004;89:708–712.
21. Paaavonen EJ, Saarenpää-Heikkilä O. Lapsuuden unihäiriöiden arviointi kliinisessä työssä. *Finlands Läkartidning* 2012;67:2805–11.
22. Paaavonen EJ, Fjällberg M, Steenari M-R, Aronen ET. Actigraph placement and sleep estimation in children. *Sleep* 2002;25:235–237.
23. Liukkonen K, Virkkula P, Haavisto A, Suomalainen A, Aronen ET, Pitkäranta A, Kirjavainen T. Symptoms at presentation in children with sleep-related disorders. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2012;76:327–333.
24. Aronen ET, Liukkonen K, Simola P, Virkkula P, Uschakoff A, Korkman M, Kirjavainen T, Pitkäranta A. Mood Is Associated with Snoring in Preschool-Aged Children. *J Dev Behav Pediatr* 2009;30:107–114.
25. Wei JL, Mayo MS, Smith HJ, Reese M, Weatherly RA. Improved behavior and sleep after adenotonsillectomy in children with sleep-disordered breathing. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:974–9
26. Maasalo K, Fontell T, Wessman J, Aronen ET. Sleep and behavioural problems associate with low mood in Finnish children aged 4–12 years: an epidemiological study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2016 10:37 DOI 10.1186/s13034-016-0125-4.
27. Paaavonen EJ, Räikkönen K, Lahti J, Kosti N, Heinonen K, Pesonen A-K, Järvenpää A-L, Strandberg T, Kajantie E, Stenberg T. Poor sleep and cognitive performance in healthy 7-8-year-old children. *Sleep Med* 2010;11:386–392.
28. Paaavonen EJ, Räikkönen K, Lahti J, Kosti N, Heinonen K, Pesonen A-K, Järvenpää A-L, Strandberg T, Kajantie E, Stenberg T. Short sleep and behavioural symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in healthy 7-8-year-old children. *Pediatrics* 2009;123:857–864.
29. Ivanenko A, Barnes ME, Crabtree VM, Gozal D. Psychiatric symptoms in children with insomnia referred to a pediatric sleep medicine center. *Sleep Med* 2004;5:253–259.
30. Ivanenko A, Crabtree VM, O'Brien LM, Gozal D. Sleep complaints and psychiatric symptoms in children evaluated at a pediatric mental health clinic. *J Clin Sleep Med* 2006;2:42–48.
31. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:894–908. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ac09c9.
32. Paaavonen EJ, Vehkalahti K, Vanhala R, von Wendt L, Nieminen-von Wendt T, Aronen E.T. Sleep in Children with Asperger Syndrome. *J Autism Dev Dis* 2008;38:41–51.
33. Aronen ET, Lampenius T, Fontell T, Simola P. Sleep in children with disruptive behavioral disorders. *Behav Sleep Med* 2014;12:373–88. doi:10.1080/15402002.2013.821653.
34. Ivanenko A, Crabtree VM, Gozal D. Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Med Rev* 2005;9:115–129.
35. Paaavonen EJ, Nieminen T, Vanhala R, Aronen ET, von Wendt L. Efficacy of melatonin in the treatment of sleep disturbances in children with Asperger syndrome. *J Child Adolesc Psychopharm* 2003;13:83–96.

---

## Summary

### *Sleep and psychiatric symptoms in children*

*Sleep is of most importance for physical and mental development as well as learning during childhood. Sleep problems are prevalent at preschool- and school age, with about 10% of children showing persistent, long-lasting, and severe sleep problems. Such problems are related to children's daytime tiredness, attention issues, learning difficulties, emotional problems, and disruptive behavior, as well as to many child psychiatric and somatic disorders. To recognize and treat children's sleeping difficulties is important. Information about the importance of sleep for children's well-being and about ways of promoting good sleep should be available for all parents and for the children themselves.*