

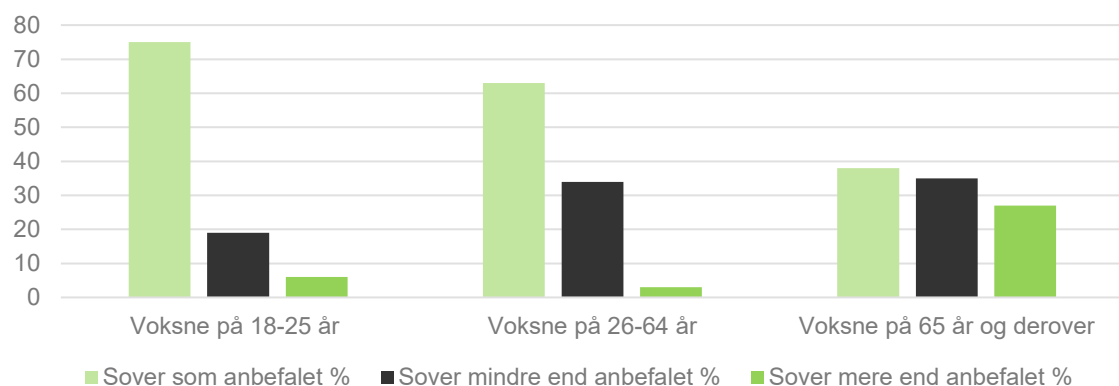
Søvnforstyrrelser og relation til psykisk lidelse

Søvn hos kvinder gennem livet

Lone Baandrup

Cheflæge, ph.d., dr.med.

lone.baandrup@regionh.dk



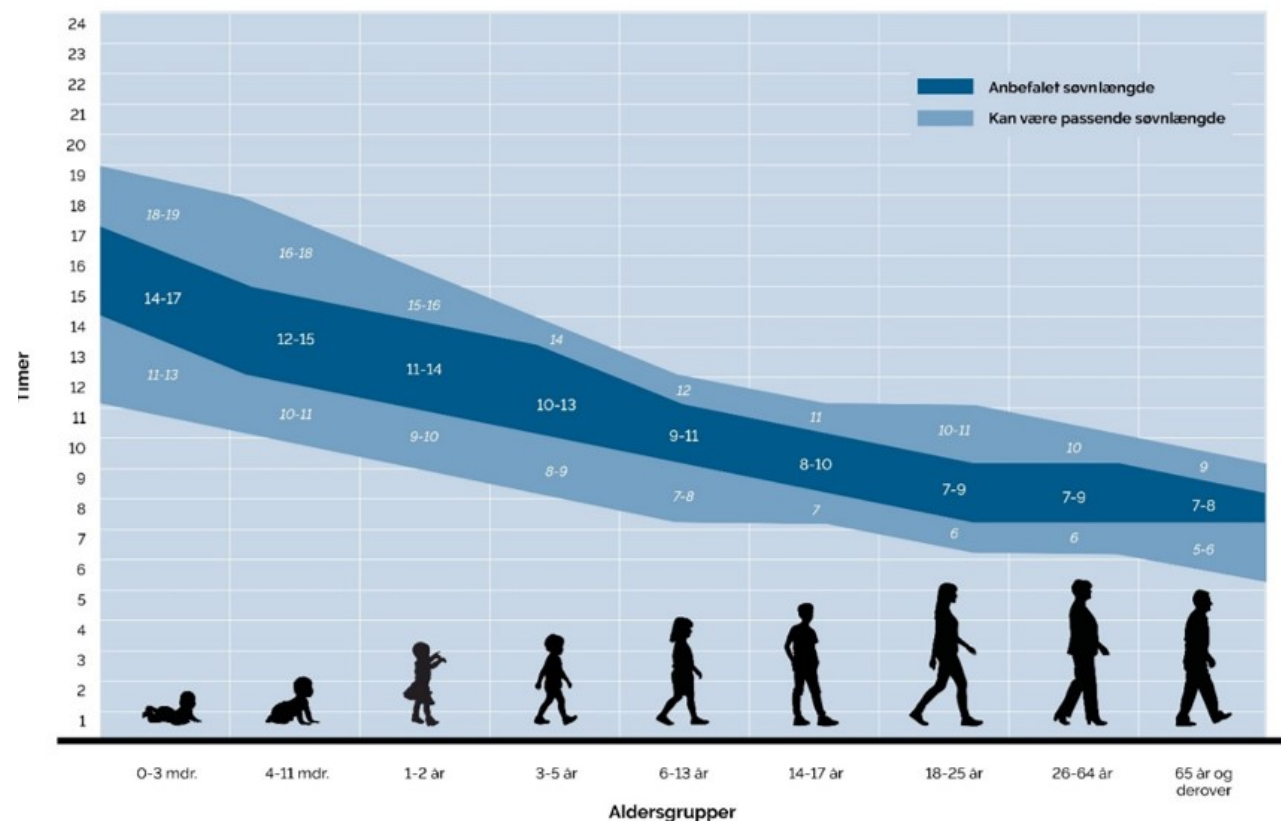
Nationale anbefalinger for søvnlængde



Til alle aldersgrupper

1.3. Illustration af anbefalinger for søvnlængde til alle aldersgrupper

I nedenstående figur illustreres anbefalinger for søvnlængde til alle aldersgrupper. Endvidere illustreres søvnlængde, der kan være passende for den specifikke aldersgruppe.

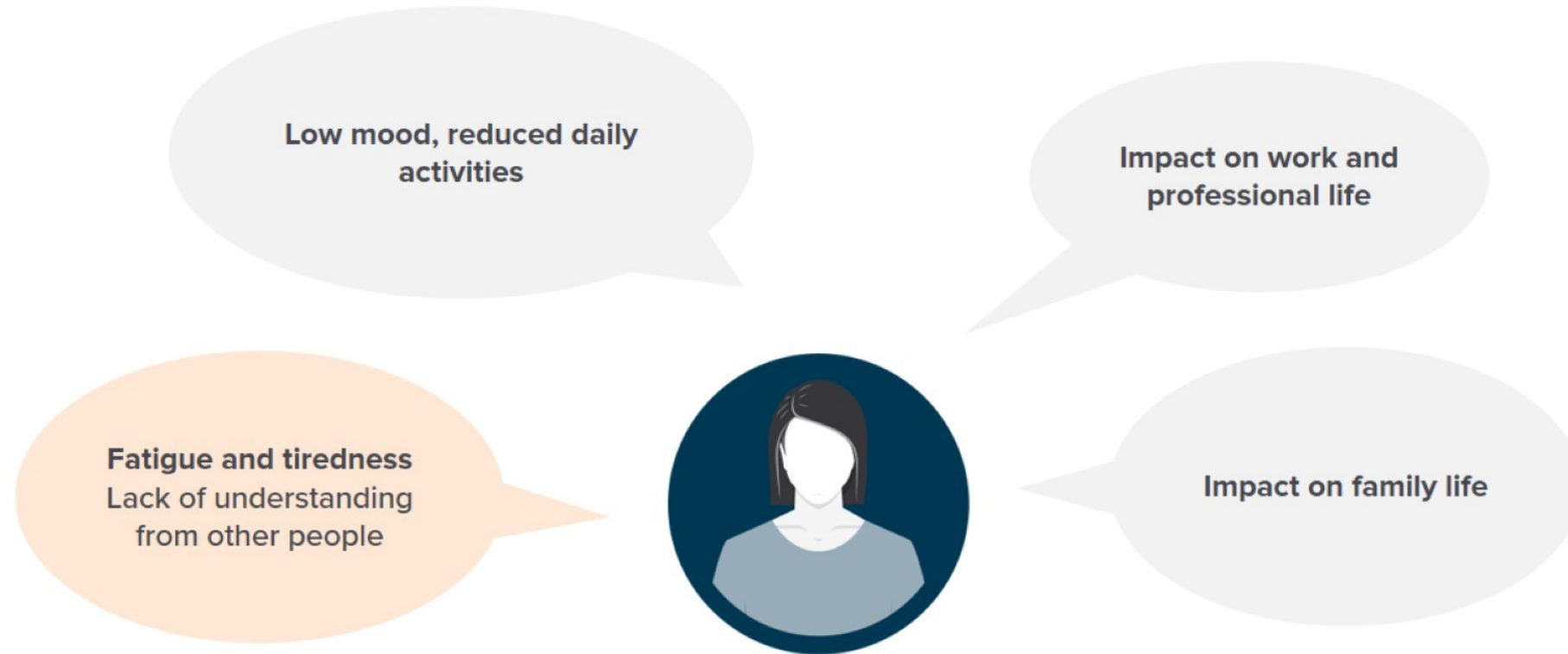


Insomni ('søvnløshed')

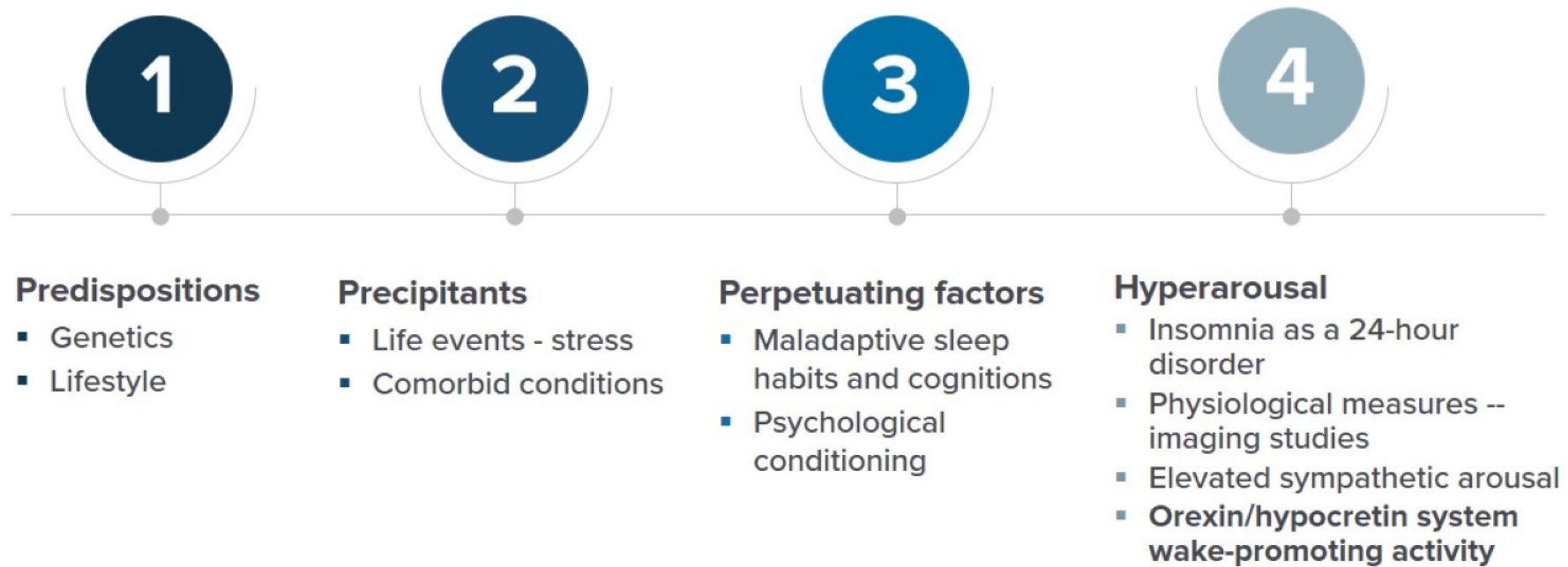
Definition: utilstrækkelig eller dårlig søvn

- Symptom
 - Subjektive klager over
 - Indsovningsvanskeligheder,
 - Hyppige opvågninger eller
 - Dårlig søvnkvalitet (ikke udhvilet)
- Sygdom
 - Insomnisymptomer samt
 - Betydelig forstyrrelse af social, arbejdsmæssig eller anden vigtig funktion

Impact of Insomnia on Daily Life *Expert Opinion*



Biological Basis of Insomnia



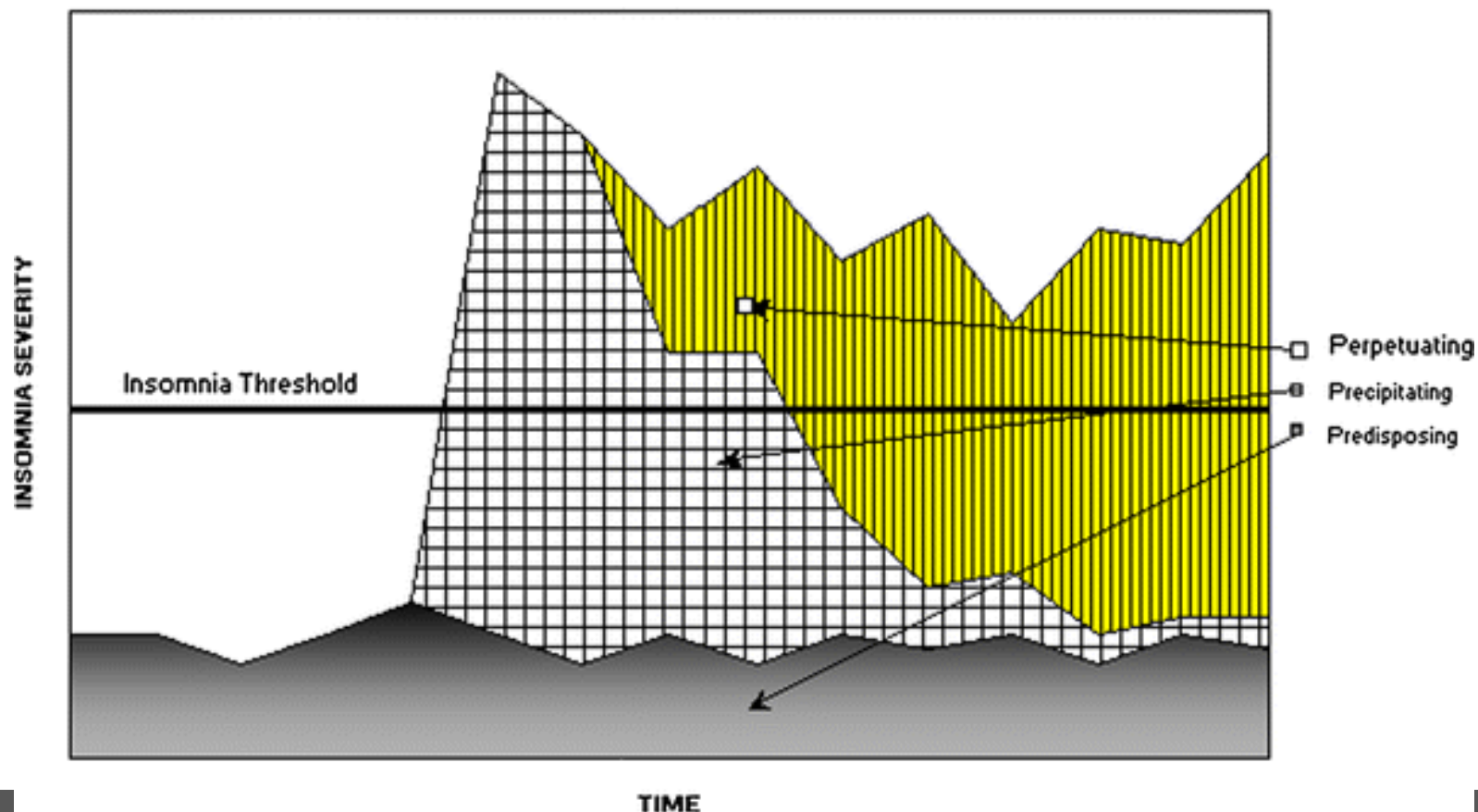
Morin CM, et al. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15026.

Udvikling af akutte og kroniske søvnproblemer

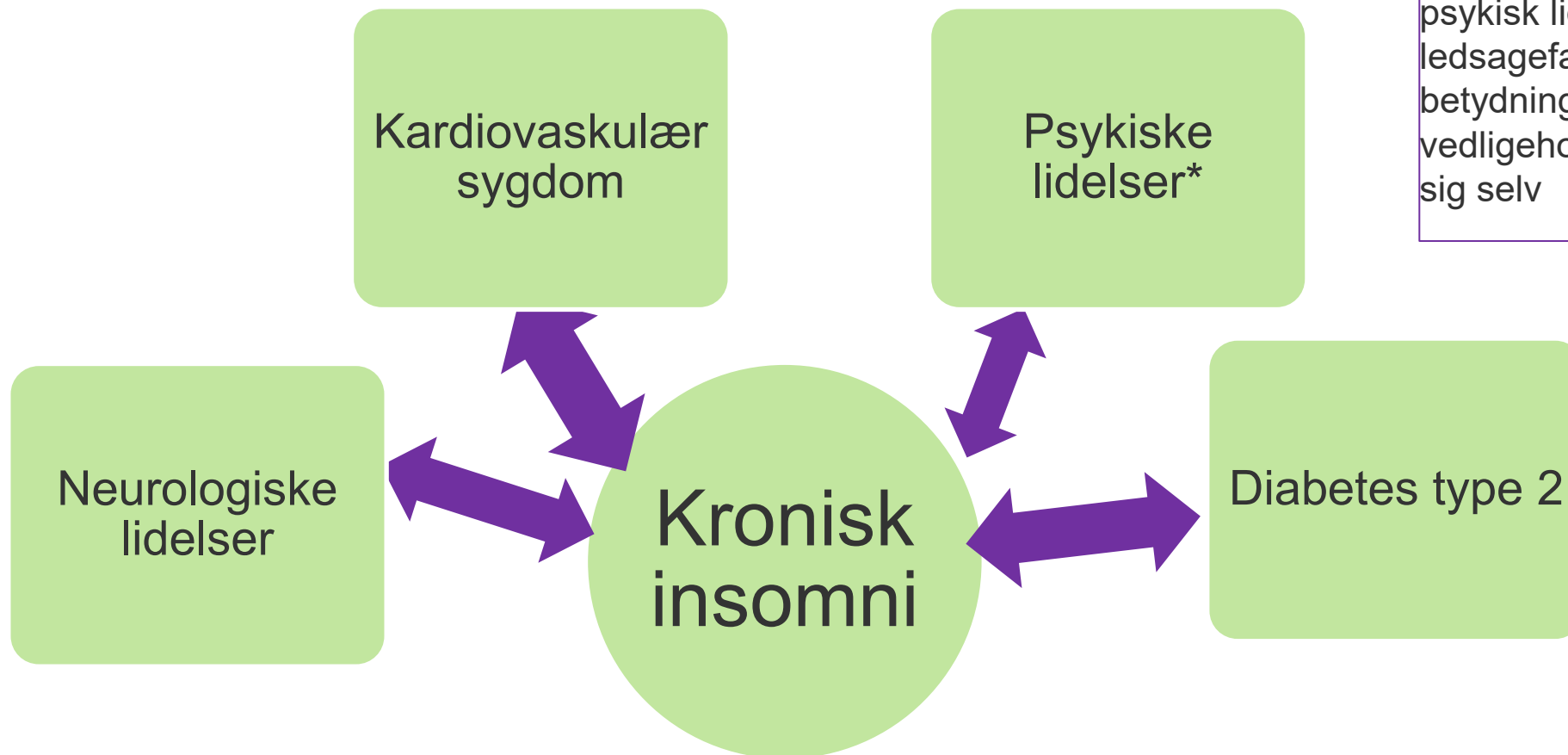
- Mange/alle har i perioder symptomer på insomni
 - Insomni = subjektiv oplevelse af utilstrækkelig eller for ringe kvalitet af søvnen
 - Akut insomni – udløst af belastning
 - Kronisk insomni – varighed ≥ 3 mdr., ≥ 3 dage/uge
 - + påvirkning af dagtidfunktion
-
- Indsovningsvanskeligheder ($> \frac{1}{2}$ time), gennemsovningsvanskeligheder (> 45 min samlet opvågning eller ≥ 3 opvågninger/nat) eller for tidlig opvågning (< 6 timer eller $< 80\%$ af forventet)

Hvordan akutte søvnforstyrrelser udvikler sig til kronisk insomni

Precipitating/Perpetuating Factors Contributing to Insomnia
Over Time



Dobbeltrettet relation mellem kronisk insomni og komorbide lidelser

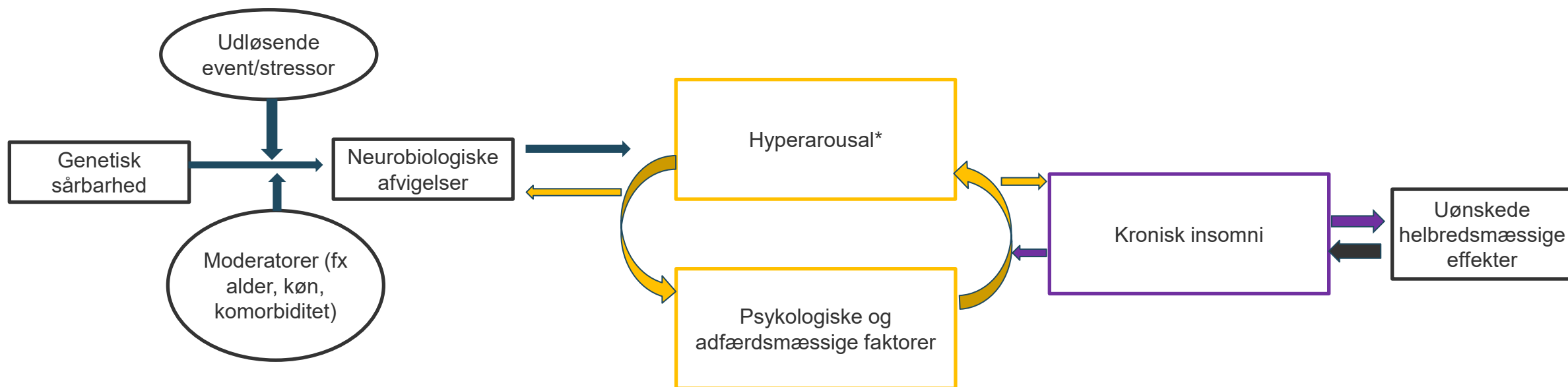


Historisk set har insomni været betragtet som sekundær til psykisk lidelse – et uspecifikt ledsagefænomen – NU: har en betydning for udvikling og vedligeholdelse af psykisk lidelse i sig selv

Kronisk insomni er en vigtig tilstand med stor betydning på flere niveauer



Kronisk insomni kendetegnet ved selvvedligeholdende hyperarousal



*Hypothalamus-hypofyse-binyrebark (kortisol)
Sympatikus (noradrenalin)
Autonom kardiel påvirkning (HR variability)
Inflammation (CRP)
MRC (reduceret GABA, øget glutamat)

How Poor Sleep Impacts Cognitive Function



Short-Term

Effects of sleep deprivation can appear in the form of:



Difficulty concentrating



Decline in mood



Impaired memory



Visible signs of fatigue

Vs.

Long-Term

Sleep deprivation or fragmented sleep over long periods of time can result in:



Poor work performance



Cognitive decline



Heightened risk of dementia

Forskellige insomni fænotyper

- Forskning viser at det har klinisk relevant betydning for flere outcomes at forsøge at skelne mellem forskellige typer af kronisk insomni

Insomni – normal søvnlængde

- ↓ Biologisk sårbarhed
- ↓ Fysiologisk arousal
- ↓ Kardiovaskulær risiko
- ↓ Neurokognitiv påvirkning
- ↓ Forløb uden remission
- ↑ Ængstelig-ruminativ profil
- ↑ Sleep misperception

Kortikal, kognitiv
arousal ↑

Psykologisk
sårbarhed ↑

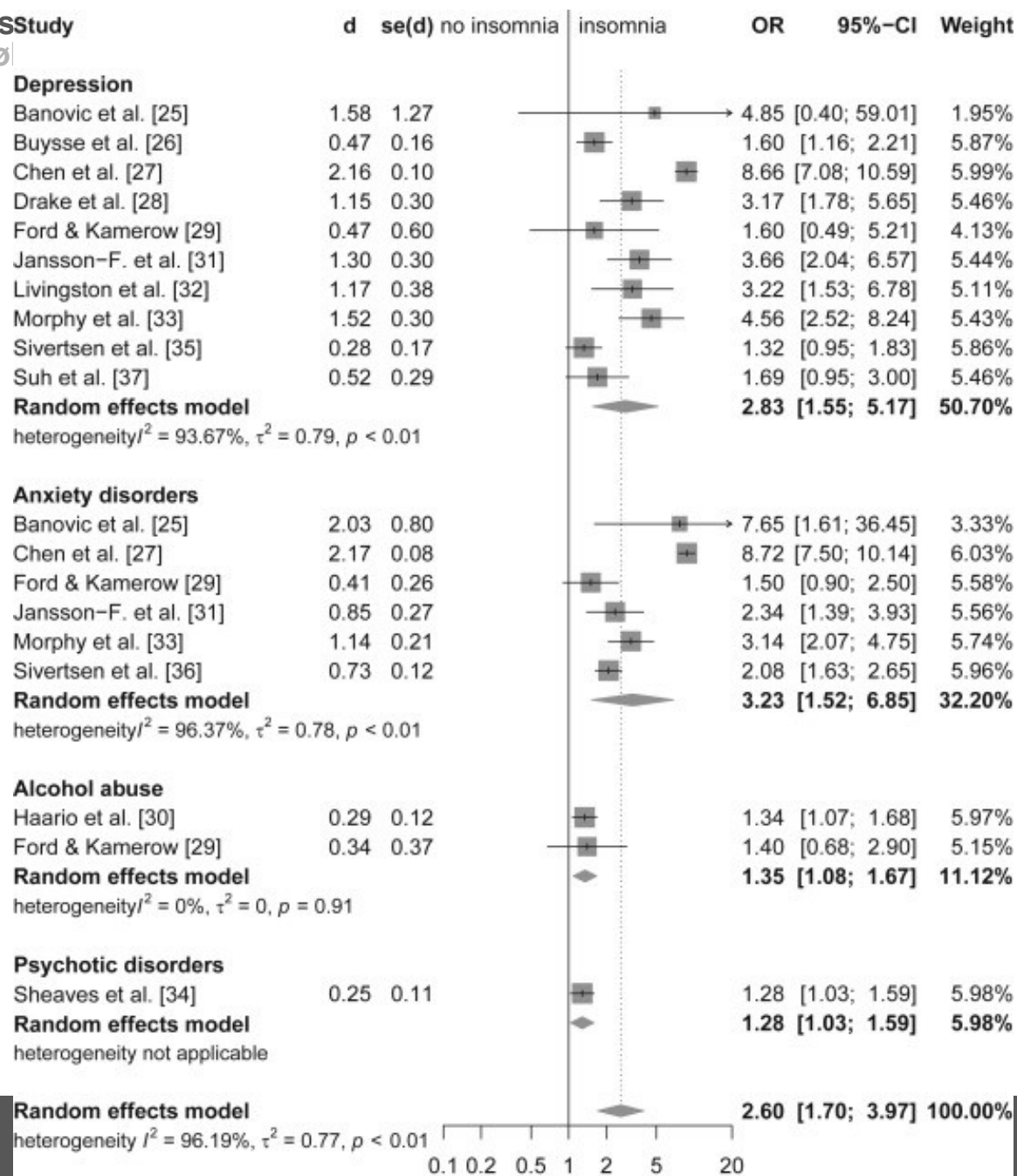
Psykiatrisk
risiko ↑

Insomni – kort søvnlængde

- Biologisk sårbarhed ↑
- Fysiologisk arousal ↑
- Kardiovaskulær risiko ↑
- Neurokognitiv påvirkning ↑
- Forløb uden remission ↑
- Depressiv-somatisk profil ↑
- Sleep misperception ↓

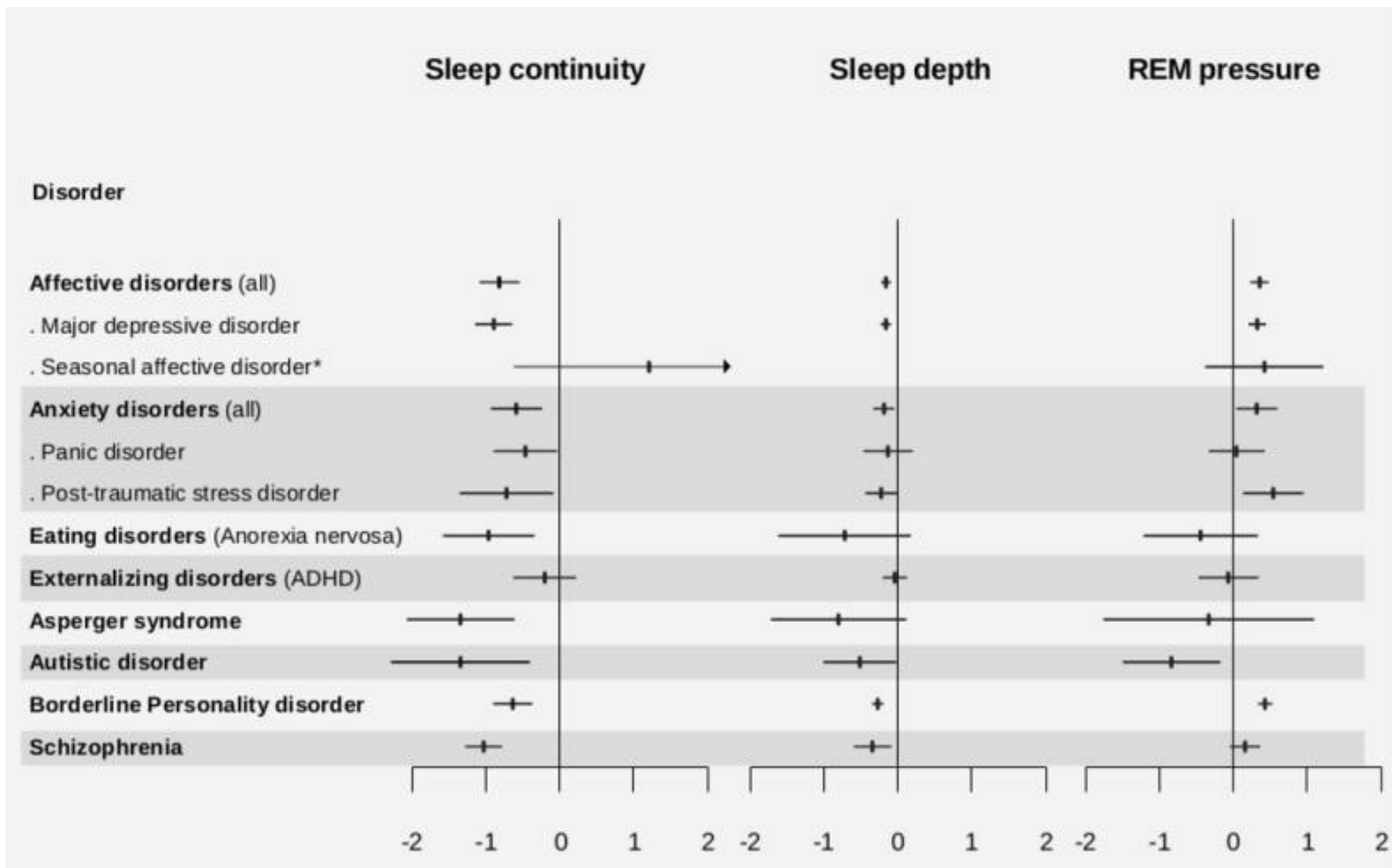
Unge med insomnisymptomer 5x
odds for at udvikle insomno-
lidelse ved 5 års FU
Voksne øget risiko for
insomni ved 7,5 års
FU

Insomni er en uafhængig risikofaktor for udvikling af mental mistrivsel og psykisk lidelse



Prædiktiv værdi af insomni
for fremtidig psykopatologi

Hertenstein et al. Sleep Med Rev
Volume 43, February 2019, Pages 96-105



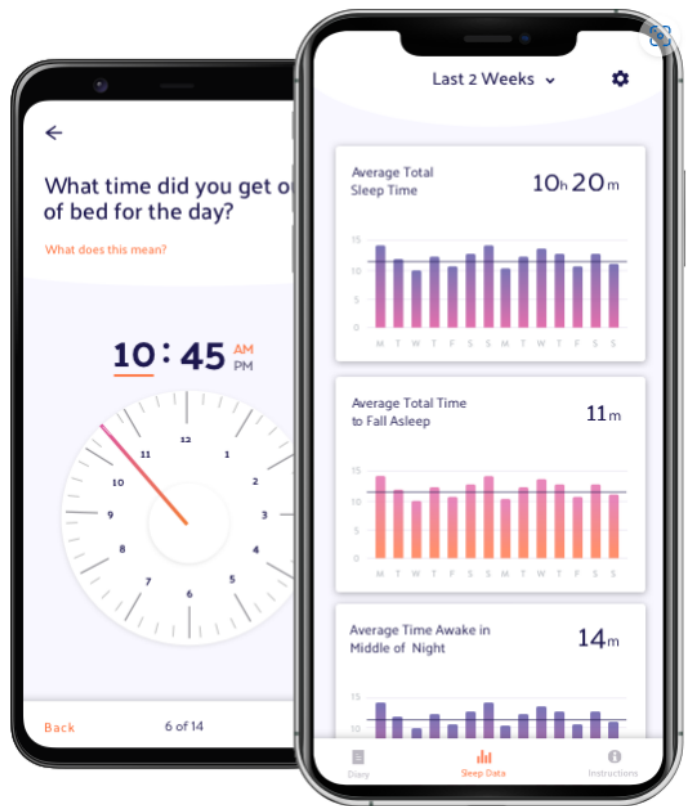
Gode råd til en bedre søvn

- Vær fysisk aktiv, men ikke for sent om aftenen
- Gear ned inden du går i seng
- Nedsæt dit indtag af kaffe, te, cola om aftenen
- Undgå alkohol om aftenen
- Undgå rygning hvis du vågner om natten
- Undgå hvil om dagen – og hvis nødvendigt, da inden kl. 15 om eftermiddagen (og ikke over 1 times varighed)
- Nedsæt væske-indtag om aftenen
- Gå ikke sulten eller overmæt i seng
- Sørg for at soveværelset har en behagelig temperatur og er fri for lys og støj
- Tag ikke problemer med i seng
- Stå op og gå i seng på samme tidspunkt
- Stå op hvis du ikke kan sove
- Brug kun sengen til at sove i – sid i en stol hvis du kun trænger til at hvile dig
- Undgå at se TV i sengen – se TV i en stol
- Sørg for at have rutiner før sengetid

Ikke effekt som single-intervention

Navn og CPRnr.: _____

1. Skriv dato og ugedag.
2. Marker med en lodret linje, hvor du går i seng til natten.
3. Marker med en lodret linje, hvor du står op.
4. Skriver de felter, hvor du sover, både om natten og om dagen.
5. Lad være med at skravere de felter, hvor du ikke sover i løbet af natten eller dagen.
6. Skriv K på de tidspunkter, hvor du indtager koffein. Skriv A på de tidspunkter du indtager alkohol.
7. Skriv JA i felterne til højre hvis du har indtaget opvikkende eller søvnfremmende medicin.
8. Medbring skemaet ved din næste konsultation.

[illegible]

Behandling af kronisk insomni

- CBT-i er 1. valg
- Medicinsk behandling hvis CBT-i ikke er tilstrækkeligt eller muligt

Sleep Hygiene



appropriate
bedroom environment



avoiding
screen-based devices
before bedtime



avoiding coffee or
alcohol consumption

Stimulus Control



using bedroom
only to sleep



leaving bedroom-
when cannot fall
asleep

Sleep Restriction



restricting sleep
times



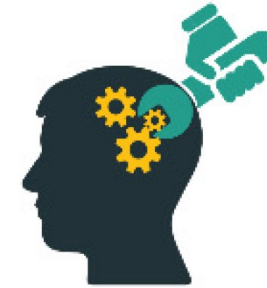
increasing in-bed
sleep times

Relaxation



taking short and
long relaxations
during the day

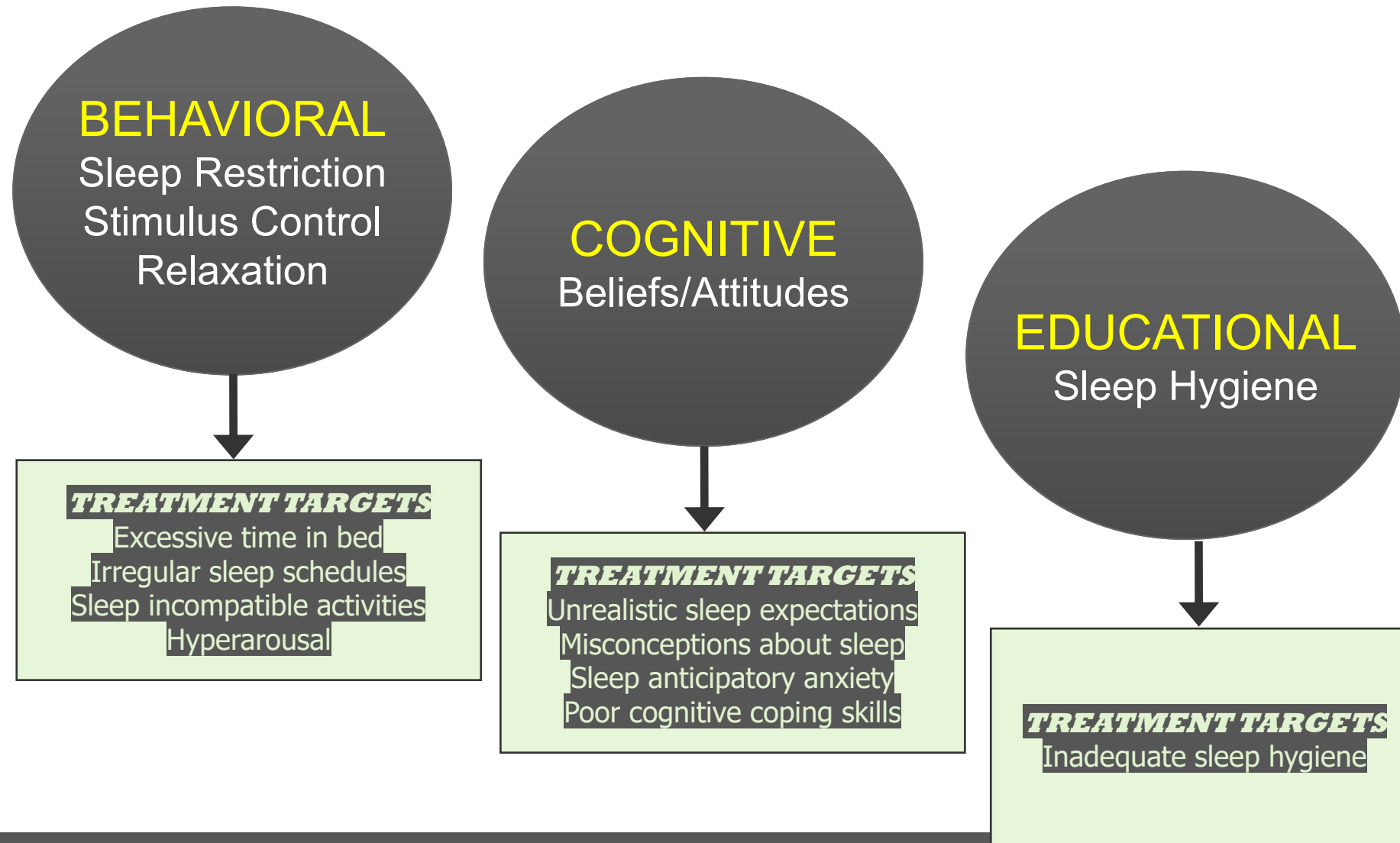
Cognitive



restructuring
undesired thinking
patterns

Wrap-Up

going over each
component to
prevent the relapse
of insomnia



Den oprindelige SRT (Spielman et al. 1987)

Table 1

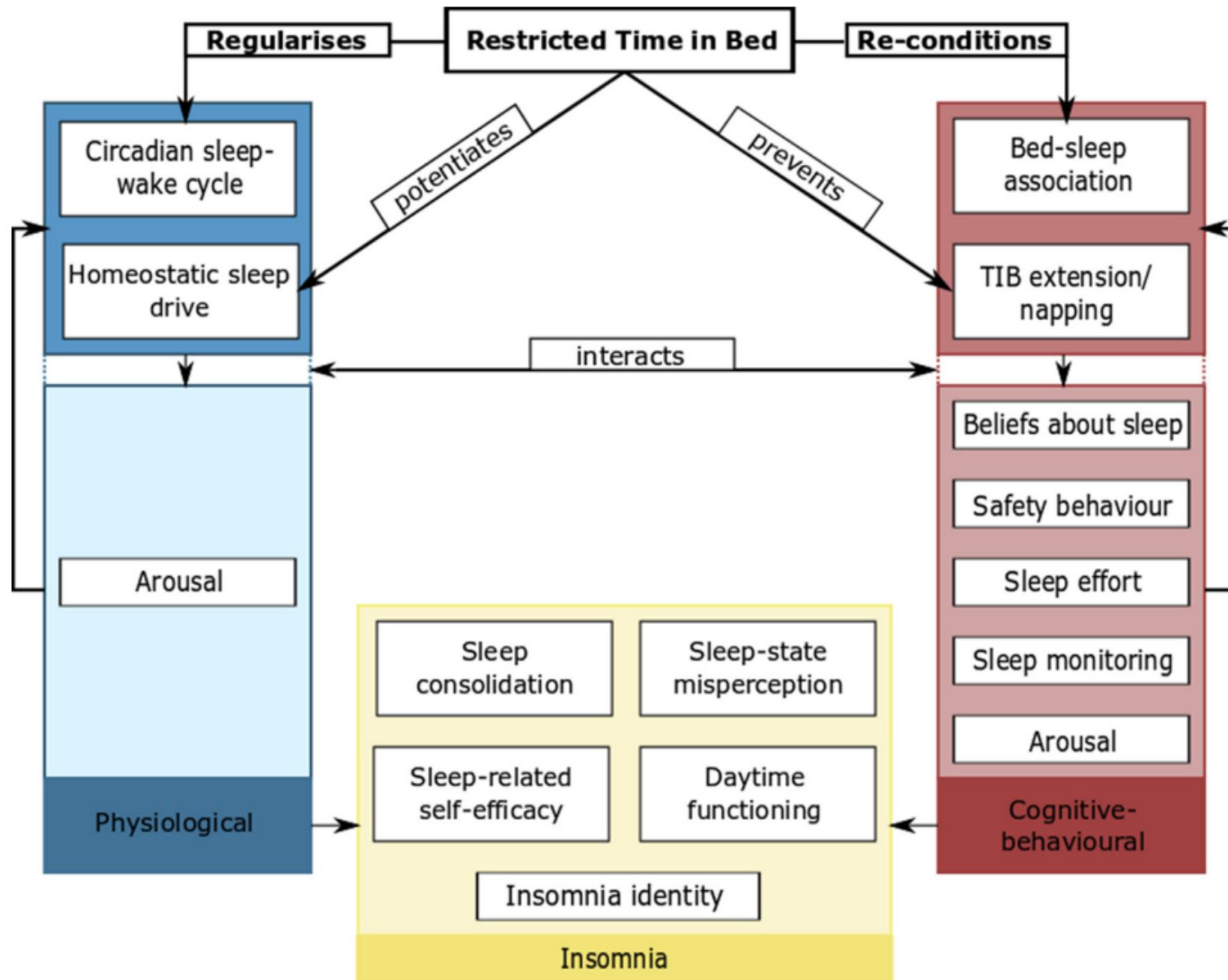
Original SRT method as described by Spielman et al. (1987) [1].

Sleep window generation:	Average TST based on two week sleep diary
Minimum TIB:	Minimum TST not less than 4.5 h
Sleep window position:	Fixed rise-time to suit daytime schedule
Sleep efficiency criterion:	$\geq 90\%$ over five days increase TIB by 15 min; $< 85\%$ over five days decrease TIB by 15 min; no TIB change if 85–89.
Daytime sleep:	Napping prohibited

TST = total sleep time; TIB = time-in-bed.

	SRT TIB calculation	Minimum TIB	Sleep efficiency criteria	TIB minutes change	Determination of sleep window position
Lovato et al. [29]	Self-reported TST	5 h	SE > 90% increase TIB	30 min	Delay habitual bedtime and advance habitual risetime (in equal amounts)

SE=sleep efficiency; SRT=sleep restriction therapy; TST = total sleep time; TIB = time-in-bed.



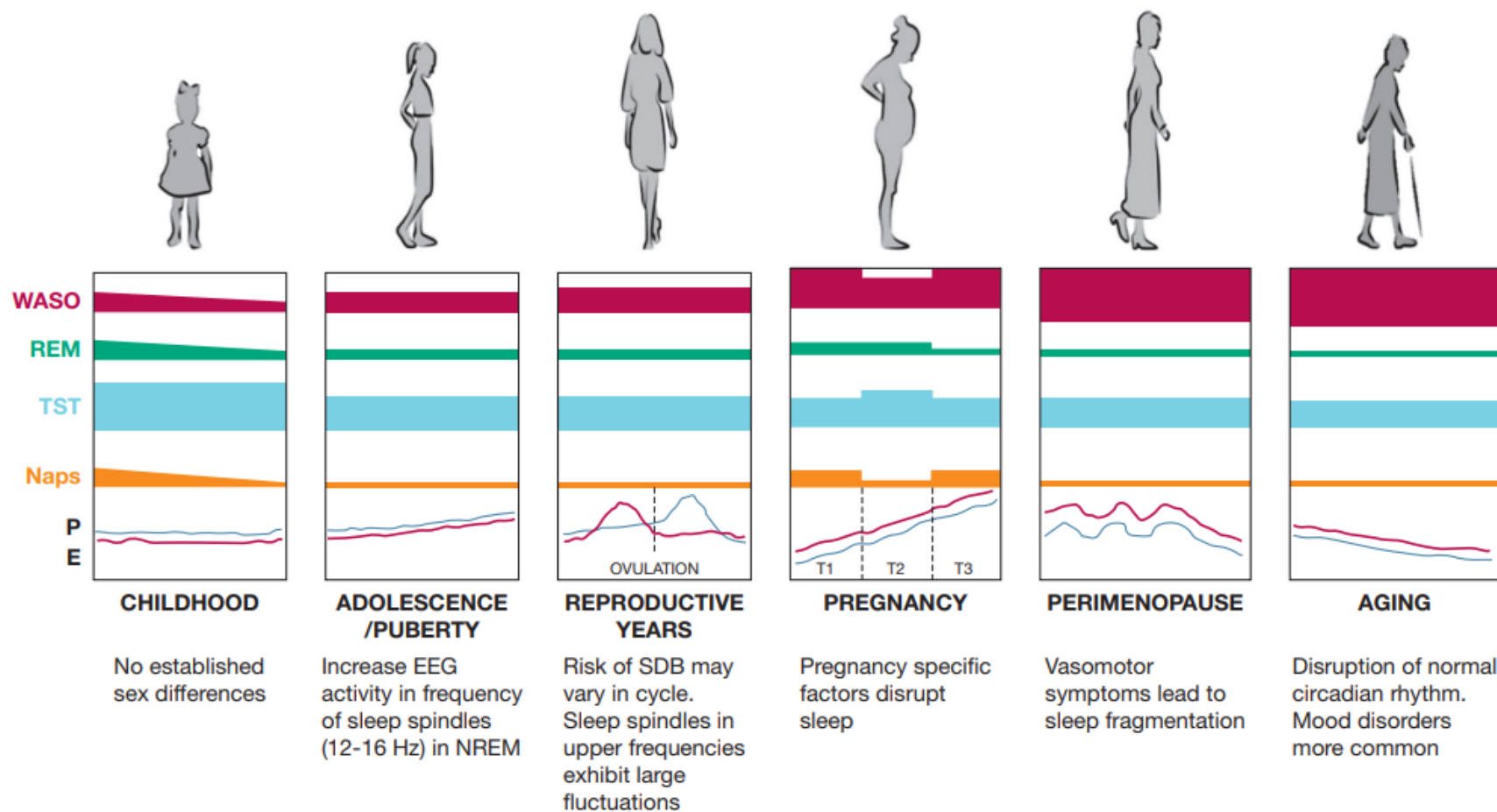


Figure 1 – Sleep in women across the life span. E = estrogen; NREM = non-rapid eye movement; P = progesterone; REM = rapid eye movement; SDB = sleep-disordered breathing; T = trimester; TST = total sleep time; WASO = wake after sleep onset.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.04.005>

Forskelle i søvn mænd/kvinder

- 15-30 årige kvinder har 28% højere risiko for insomni end jævnaldrende mænd
- Den dårlige søvnkvalitet afspejles ikke i objektive mål (PSG)
- Efter menarchen – kvinder har 2.7 x øget risiko for affektive lidelser sammenlignet med mænd

Graviditet

- Massive fysiologiske ændringer der på forskellig vis påvirker søvnen
- Anatomiske ændringer – påvirke opvågninger, TST, OSA
- Ændringer i metabolisme af bl.a. jern – øget risiko for RLS
- Natlig vandladning grundet øget natlig natrium-udskillelse – flere opvågninger
- Fosterbevægelser, plukveer (natlig peak af oxytocin), dyspepsi
- Udtalte hormonændringer i løbet af graviditeten påvirker regulation af søvn-vågen
- Søvnproblemer under graviditeten er associeret med øget risiko for hypertension, gestational diabetes og et mere kompliceret fødselsforløb

Søvn peri- og postmenopausalt

- Søvnproblemer er hyppigt, optræder hos > 40% to 60% af kvinder omkring og efter menopausen
- Søvnproblemerne er hyppigst relateret til afbrudt søvn, øget antal/længder af opvågninger og oplevelse af dårlig søvnkvalitet
- Risikofaktorer for udvikling af søvnproblemer omkring menopausen - depressive symptomer, søvnighed i dagtid og brug af psykofarmaka
- Få data omkring objektive fund
- PSG data har fundet ingen forskelle eller reduceret TST, flere opvågninger/arousals og reduceret søvneffektivitet sammenlignet med yngre kvinder
- To longitudinelle studier (som følger de samme kvinder over tid) har dog fundet positive effekter på søvnen i forbindelse med menopausen (målt ved PSG), herunder øget TST og SWS sammenlignet med præ-menopausalt

Søvn peri- og postmenopausalt

- Søvn kan påvirkes af flere grunde – hyppigste er som følge af vasomotoriske symptomer, hormonelle ændringer, aldersrelaterede ændringer og øget frekvens af komorbide tilstande som depression og OSA

Vasomotoriske symptomer og søvn

- Hedeture og natlig sved – spiller stor rolle ift. søvnforstyrrelser ifb. menopause
- PSG data viser sammenhæng mellem omfang af vasomotoriske symptomer og øget WASO, nedsat SE
- Varighed snarere end antal af vasomotoriske events hænger sammen med WASO, reduceret N3/øget N2, og forlænget REM latens

Hormonbehandling og søvn

- Kun få studier belyser påvirkning af søvnen ved behandling med kønshormoner som prævention eller for at afhjælpe postmenopausale symptomer
- Både østrogen alene og i kombination med gestagen synes at reducere søvnlatensen, forbedre søvneffektiviteten og øge andelen af REM søvn
- Effekterne er dog små og inkonsistente
- Hormonterapi er effektiv ift. lindring af hede-/svedeture, idet der ses en 75% reduktion af hyppigheden af hede-svedeture i forhold til placebo

Livsstilsintervention og ikke-hormonale behandlinger af hede-svedeture

- Motion, eventuelt kostomlægning, og rygestop kan muligvis reducere omfanget af -gener fra hede-svedeture, men evidensen er sparsom
- Kognitiv terapi, yoga og mindfulness kan også afprøves som alternativer til hormonal behandling, men der er beskeden evidens for effekten på hede-svedeture
- Ikke-hormonale farmakologiske behandlingsmuligheder for hede-svedeture omfatter lavdosis SSRI og SNRI-præparater samt gabapentin, men disse anbefales ikke rutinemæssigt og er off-label
- Der findes også planteøstrogener, som kan købes uden recept, i form af fødevarer, kosttilskud eller naturlægemidler - mangelfuld evidens for både effekt og bivirkninger

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-Farmakoterapi-3-2022/Hormonbehandling-i-overgangsalderen>

Hormonændringer og søvn

- Området er ikke så godt belyst, men der ser ud til at være en direkte sammenhæng mellem hormonændringer og søvnproblemer
- Resultater peger i lidt forskellige retninger
- Et studie fandt at hurtig stigning i FSH, en markør for lavt østrogenniveau, var associeret med højere andel SWS og længere TST
- Et andet studie fandt, at højere niveauer af FSH var associeret med øget WASO selv efter justering for alder, BMI og hot flashes
- Ændringer i døgnrytmen som optræder med alderen kan muligvis hos kvinder være associeret til de hormonelle ændringer
- Normale fysiologiske ændringer i forbindelse med søvn (perifer vasodilatation som følge af nedsat noradrenerg tonus, varmetab gennem huden, fald i kropstemperatur, associeret med melatonin secretion) mindskes i amplitude i forbindelse med menopausen

Aldersrelaterede ændringer ift. søvn

- Alder er i sig selv associeret med afbrudt søvn, symptomer på insomni, døgnrytmeforskydning og ændringer i arkitekturen af søvnen, herunder mere N2, mindre N3, nedsat SE, øget WASO, reduceret REM
- Melatonin sekretion reduceres med alderen og specifikt i relation til menopausen
- Behandling med melatonin har ikke effekt på hedeture/nattesved – men kan forbedre humøret og lindre subjektive søvnproblemer med oplevelse af bedre søvnkvalitet

Ændringer relateret til affektive lidelser

- Komorbiditet, især affektive lidelser, bliver hyppigere med alderen, specifikt i forbindelse med menopausen, og kan dermed samlet set medvirke til større grad af søvnproblemer
- Hyppigheden af depression fordobles i forbindelse med menopausen uafhængigt af andre risikofaktorer
-



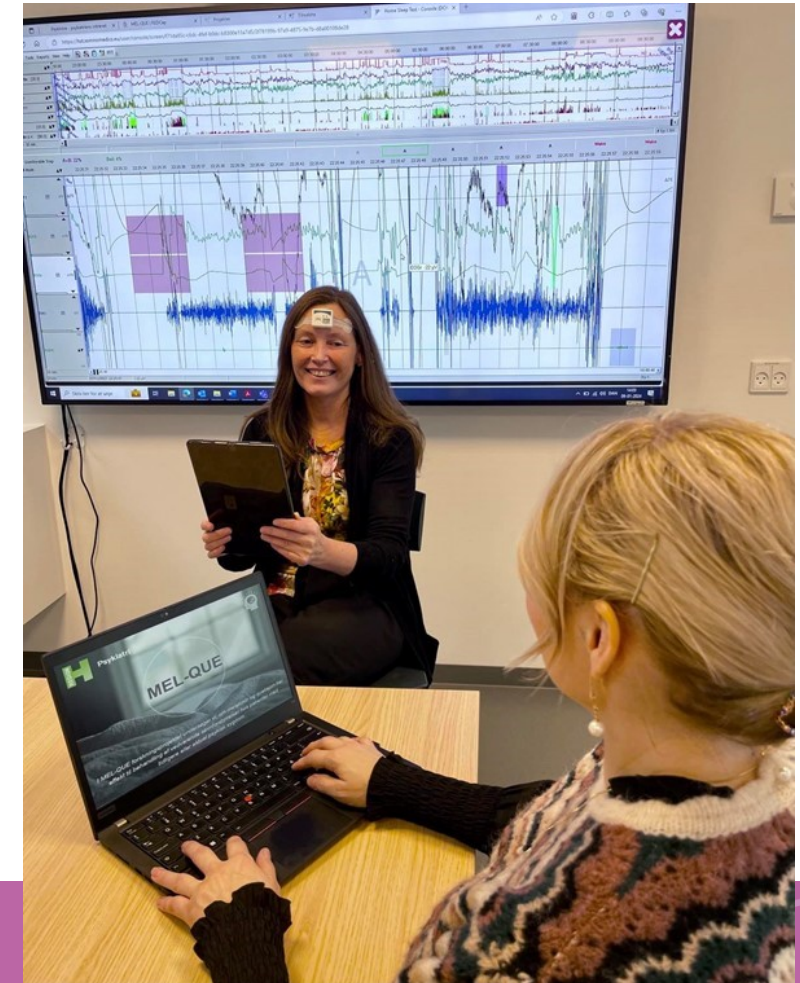
Vi søger deltagere til forskningsprojekt – formål at forbedre din egen og andres søvn!

- 18 til 64 år
- Tidligere eller aktuel psykisk lidelse
- Selv-rapporterede søvnproblemer mindst 3 gange pr. uge i mindst 3 måneder
- Insomnia Severity Index score ≥ 11
- Kvinder i fertil alder skal anvende sikkert præventionsmiddel



Sammenligner effekt og bivirkninger mellem

- 1. Melatonin (3 til 9 mg, immediate release)
 - 2. Quetiapin (50 til 150 mg, immediate release)
 - 3. Placebo
-
- Varighed: 6 uger



<https://forskningnu.dk/projekt/forsoegspersoner-med-psykisk-lidelse-soeges-til-klinisk-forskningsprojekt-om-soevn?fnint=>

Kontaktinformationer

Projektlæge, ph.d.

Ursula Ø. Brinck-Claussen

20 48 31 36

ursula.oedum.brinck-claussen@regionh.dk

Projektsygeplejerske

Pia Berner

21 32 62 94

pia.berner@regionh.dk

Forskningsprojektet er tilknyttet:
Psykiatrisk Center København
Esther Amundsensvej 36
2400 København NV

- TAK for opmærksomheden 😊