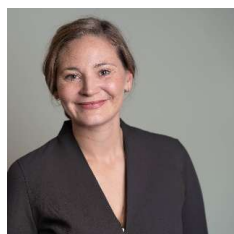


Udredning og behandling af søvnforstyrrelser

Ida Kim Wium-Andersen, speciallæge i psykiatri
Marie Kim Wium-Andersen, speciallæge i psykiatri
Ane Muusmann Gerdes, specialpsykolog

DPS årsmøde 13. Marts 2025 kl. 16.30-17.30

Hvem er vi?



Ane Muusmann Gerdes



Ida Kim Wium-Andersen



Marie Kim Wium-Andersen

- Tværfagligt team med forskellige kompetencer
 - Ane: Specialpsykolog samt kommende specialist i psykoterapi
 - Ida: Speciallæge i psykiatri, PhD
 - Marie: Speciallæge i psykiatri, PhD, DMSc
- Grundlæggere af et søvnteam ved Psykoterapeutisk Ambulatorium på Psykiatrisk Center Ballerup (forår 2022)
- Ejere af SPP Klinik, som er en privat søvnklinik i Hvidovre
- Vi har i flere år arbejdet med udredning og behandling af søvnforstyrrelser hos patienter med eller uden psykisk sygdom

Hvad vil vi gennemgå i dag?

- Introduktion til søvnproblemer hos psykiatriske patienter
- Hvilke søvnforstyrrelser bør vi kende til?
- Tilgang til patienter med søvnforstyrrelser
- Behandlinger i forskellige situationer
- Spørgsmål

Hvad sker der, hvis vi sover dårligt?



Hvad sker der, hvis vores patienter sover dårligt?

- Forværring af psykose, angst, depression
- Øget risiko for udadreagerende adfærd, selvskade
- Koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, øget impulsivitet, nedsat affektregulering
- Øget risiko for suicidalitet
- Dårligere livskvalitet

Soehner 2013, Robertson 2019, Chen 2021, van Veen 2020, Bian 2021, Winsper 2014, van Veen 2017, Zhang 2019, Malik 2014, Wang 2019, Xu 2022, Batalla-Martin 2020

Hvor mange patienter sover dårligt?



49% i den generelle befolkning i
Region Hovedstaden er lidt eller meget
generet af søvnproblemer

Reelle søvnlidelser ses hos:

- Ca. 35 % af patienter med skizofreni
- Ca. 42 % af patienter med depression
- Ca. 48 % af patienter med angst

Hombali 2019

Case: Ole på 52 år



- Ole henvender sig i PAM grundet depressive symptomer og dårlig søvn gennem længere tid
- Ole har tidligere i livet haft lidt angst, men er ikke i øvrigt kendt i psykiatrisk regi
- Ole fortæller, at hans største problem er søvnen. Han kan ligge i timer inden han falder i søvn, og vågner ofte om natten. Står så op og går rundt i lejligheden. Skal tisse min. 1-2 x pr nat. Er træt og udmattet hele dagen
- Socialt: Bor alene, arbejdsløs. Kommer sjældent ud. Dårlig appetit, men har ikke tabt sig
- Der er af egen læge opstartet mirtazapin 15 mg mod depression og søvnproblemer, og Ole er for en uge siden optrappet til 45 mg. Der er ingen effekt og tiltagende dårlig søvn.
- Obj.: ET over middel, HAM-D17 18

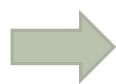
Søvnforstyrrelser og psykiatri

Paradigmeskift inden for de sidste 10-20 år



Hvilke søvnforstyrrelser bør vi kende?

"Sover dårligt..."



Søvnforstyrrelser

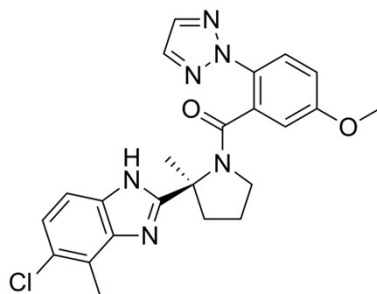


Hypersomni / narkolepsi

- Tilstande med massiv træthed om dagen
- Hypersomni
 - Stort søvnbehov (>10 timer), træthed og evt. lure om dagen
 - Behandles med psykoterapi evt. medicinsk (ved neurolog)
- Narkolepsi
 - Hjernesygdom med mangel på stoffet orexin i hjernen
 - Hypersomni, søvnangreb, katapleksi, hypnagoge/pompe hallucinationer og søvnparalyse
 - Behandles medicinsk med fx modafinil, eller methylphenidat

Orexin stimulerer vågenhed

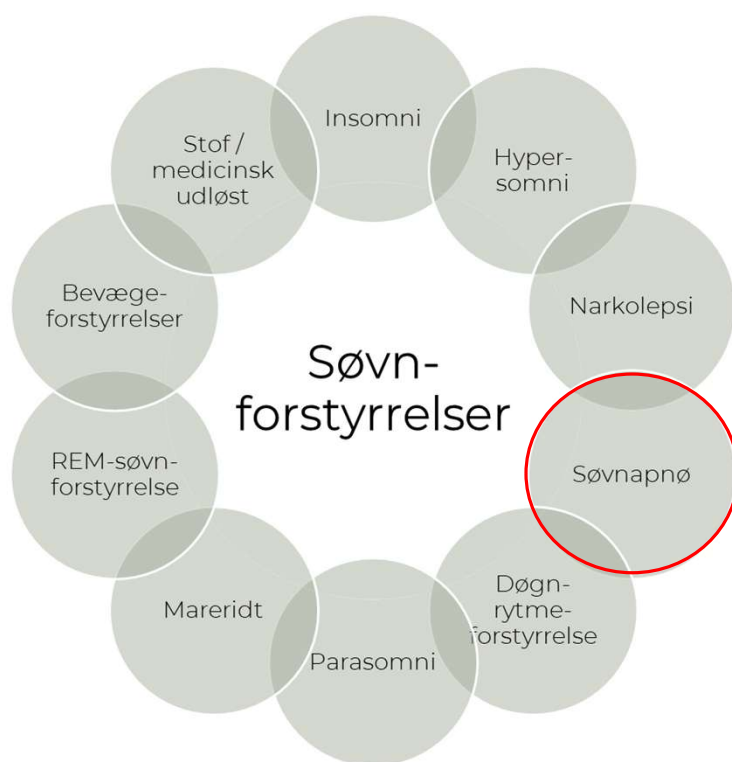
- Orexin-mangel → søvnighed
 - Naturligt ved Narkolepsi type 1
 - Dual orexin receptor antagonists (DORAs): ny type sovemedicin



Daridorexant

- Nyt sovemedicin til brug ved insomni
- EMA godkendt april 2022
- Ikke markedsført i Danmark, men bruges i Sverige, England, Tyskland, Italien, Schweiz, Spanien og Frankrig

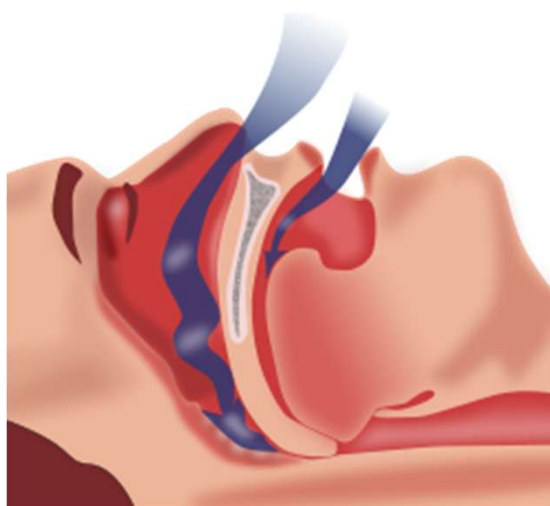
Søvnforstyrrelser



Søvnapnø

- Tilstand med gentagne episoder af obstruktion af luftvejen under søvn

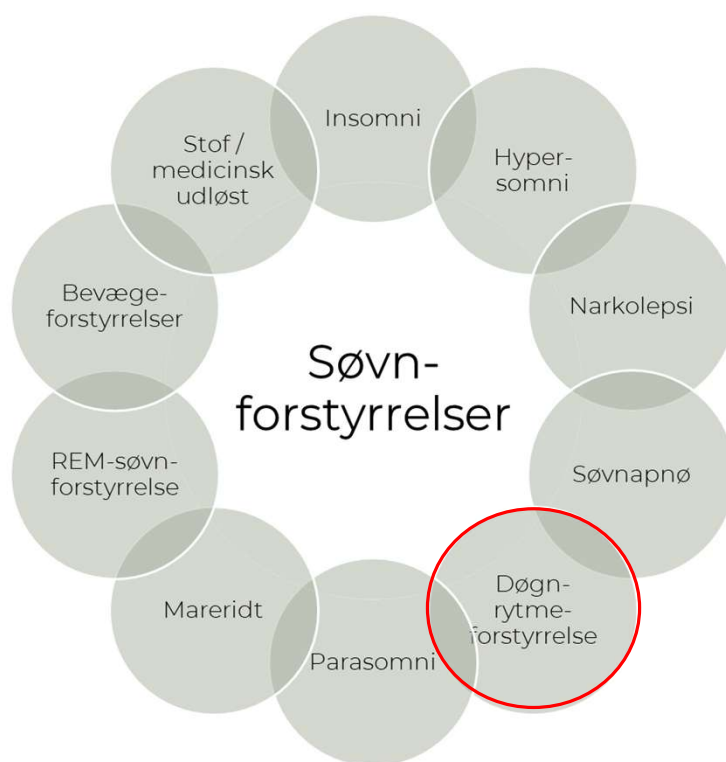
Søvnforstyrrelser



Søvnapnø

- Tilstand med gentagne episoder af obstruktion af luftvejen under søvn
 - Findes hos 10-20% voksne mænd og 5-10% kvinder (hyppigt ved comorbid hypertension, tidl apoplexi, Afli, og overvægt)
 - Er især hyppig blandt patienter med PTSD og depression
- Hovedsymptomet er træthed og tendens til at falde i søvn, evt. gennemsovningsbesvær
 - Giver øget risiko for kardiovaskulær sygdom
 - Bør henvises mhp. udredning (Watch-Pad) og behandling (CPAP)

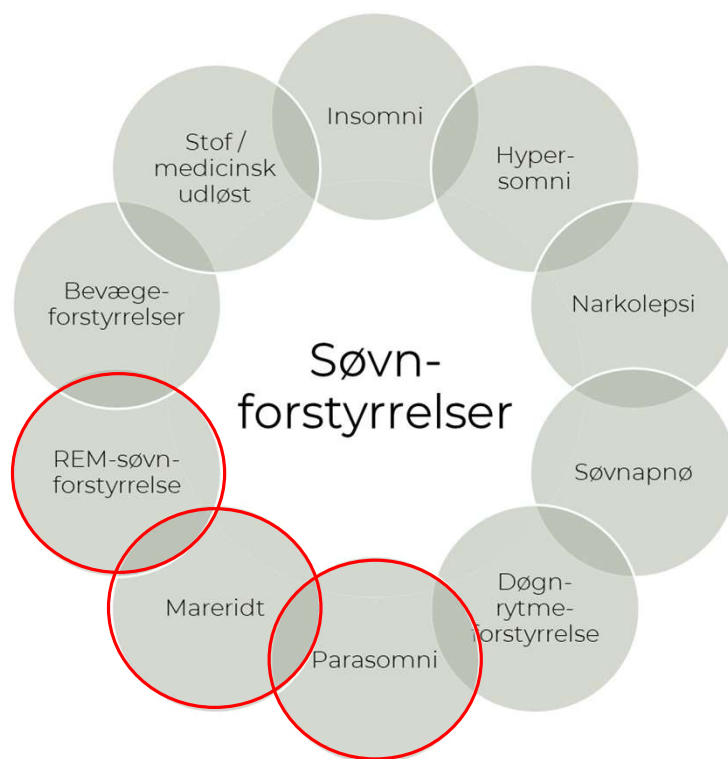
Søvnforstyrrelser



Døgnrytmeforstyrrelse

- Ses hyppigt hos patienter med F20-lidelse, ADHD og autisme (og hos teenagere)
- Giver risiko for insomni og fejltolkes ofte som fx indsovningsbesvær ved insomni (forsinket døgnrytme)
- Behandles med *kronoterapi* (melatonin og lys) som led i psykoterapi

Søvnforstyrrelser



Parasomnier

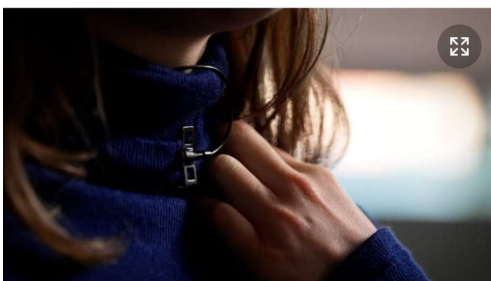
- Parasomnier = tilstande med unormal adfærd under søvn

Parasomnier

Krimi

25-årig voldtaget af sovende mand – nu kommer hun med opråb

Selv Højesteret mener, at hun blev voldtaget. Men manden gik i søvne og er frikendt. 25-årig kvinde håber på, at en lovændring kan hjælpe andre ofre.



Hun blev udsat for voldtægt ved søvngænger og efterspørger nu en lovændring, så en gerningsmand fremover ikke kan frifindes helt uden

Review Article

Zolpidem for Insomnia: A Double-Edged Sword. A Systematic Literature Review on Zolpidem-Induced Complex Sleep Behaviors

Niti Mittal¹, Rakesh Mittal¹, M. C. Gupta¹

ABSTRACT

Background: Being a nonbenzodiazepine, zolpidem is believed to have a favorable side-effect profile and is widely prescribed for insomnia. However, in the past few years, numerous neuropsychiatric adverse reactions, particularly complex sleep behaviors (CSBs), have been reported with zolpidem.

Objective: To conduct a systematic review of zolpidem-associated CSBs.

Data Sources: An electronic search was conducted using MEDLINE, Embase, PubMed, and Cochrane database of systematic reviews to extract relevant articles till July 2020.

Study Eligibility Criteria: Any type of literature article (case report, case series, and observational or interventional study) reporting CSBs associated with zolpidem.

Results: In this review, we present aggregate summarized data from 148 patients presenting with zolpidem-induced CSBs (79 patients from 23 case reports and 5 case series; 69 patients out of 1454 taking zolpidem [4.7%] from three observational clinical studies). Various types of CSBs associated with zolpidem were reported,

most common being sleepwalking/somnambulism and sleep-related eating disorder. On causality assessment, around 88% of cases were found to have a probable association with zolpidem.

Limitations: Extraction of data from observational studies and spontaneous reports, due to nonavailability of any randomized controlled trials relevant to the study objective.

Conclusion and Implication of Key Findings: Zolpidem-induced CSBs, although not very common, may develop when the drug is used at therapeutic doses for insomnia. Doctors need to be alert to monitor such adverse effects of zolpidem and exercise caution while prescribing it.

Keywords: Zolpidem, complex sleep behaviors, sleepwalking, parasomnias, somnambulism, sleep-related eating disorder

Key Messages: Zolpidem is a one of the widely prescribed drugs for insomnia due to its better safety profile compared to benzodiazepines. However, various neuropsychiatric adverse events like hallucinations, sensory distortions, delirium, parasomnias or complex sleep

behaviours (CSBs), amnesia, etc associated with the use of zolpidem are a matter of serious concern. Health care professionals need to be aware of such adverse events and exercise caution while prescribing drug.

Zolpidem, an imidazopyrrolone, was approved by USFDA in 1992 for the short-term treatment of insomnia. It is a rapid and short-acting sedative-hypnotic drug, with only mild anxiolytic, anticonvulsant, and muscle relaxant properties. Being a nonbenzodiazepine, it is considered to have a favorable side-effect profile, particularly respect to rebound insomnia, amnesia, and dependence, compared to benzodiazepines. Hence, it is nowadays widely used in clinical practice for the management of insomnia.¹

Numerous postmarketing studies and case reports have shown an association of zolpidem with various neuropsychiatric adverse events like hallucinations, sensory distortions, delirium, parasomnias or complex sleep behaviors (amnesia, etc). A majority of these events comprise CSBs like somnambulism

¹Dept. of Pharmacology, Pandit Bhagwat Dayal Sharma Post Graduate Institute of Medical Sciences, Rohtak, Haryana, India.

HOW TO CITE THIS ARTICLE: Mittal N, Mittal R, M. C. Gupta. Zolpidem for Insomnia: A Double-Edged Sword. A Systematic Literature Review on Zolpidem-Induced Complex Sleep Behaviors. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(5):373-381.

Address for correspondence: Niti Mittal, Dept. of Pharmacology, Pandit Bhagwat Dayal Sharma Post Graduate Institute of Medical Sciences, Rohtak, Haryana

Submitted: 28 Nov. 2020
Accepted: 11 Jan. 2021



IN THIS SECTION: Drug Safety And Availability

[Drug Safety and Availability](#)

FDA adds Boxed Warning for risk of serious injuries caused by sleepwalking with certain prescription insomnia medicines

FDA Drug Safety Communication

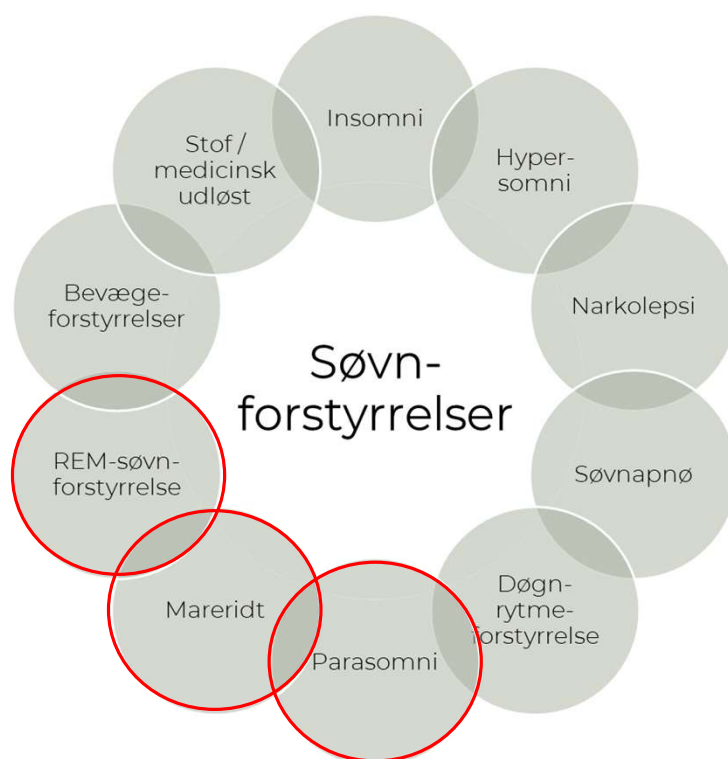
[Share](#) [Post](#) [LinkedIn](#) [Email](#) [Print](#)

Safety Announcement

[04-30-2019] The Food and Drug Administration (FDA) is advising that rare but serious injuries have happened with certain common prescription insomnia medicines because of sleep behaviors, including sleepwalking, sleep driving, and engaging in other activities while not fully awake. These complex sleep behaviors have also resulted in deaths. These behaviors appear to be more common with eszopiclone (Lunesta), zaleplon (Sonata), and zolpidem (Ambien, Ambien CR, Edluar, Intermezzo, Zolpimist) than other prescription medicines used for sleep.

As a result, we are requiring information about this risk to be added to the **Boxed Warning**, our most prominent warning, of the [prescribing information](#) and to the patient [Medication Guides](#) for these medicines. We are also requiring a **Contraindication**, our strongest warning, to avoid use in patients who have previously experienced an episode of complex sleep behavior with eszopiclone, zaleplon, and zolpidem.

Søvnforstyrrelser



NREM-parasomnier:

- Søvnngængereri, natteterror osv.
- Udtalt parasomni hos voksne (% mareridt) bør henvises til PSG i søvnlaboratorium

REM-parasomnier:

- Ses som prodromal syndrom ved Parkinson og Lewy Body
- Kan skyldes SSRI eller SNRI
- Kan ses ved PTSD

Mareridt

- Ses især hyppigt hos patienter med PTSD, evt. depression og skizofreni

Symptomer

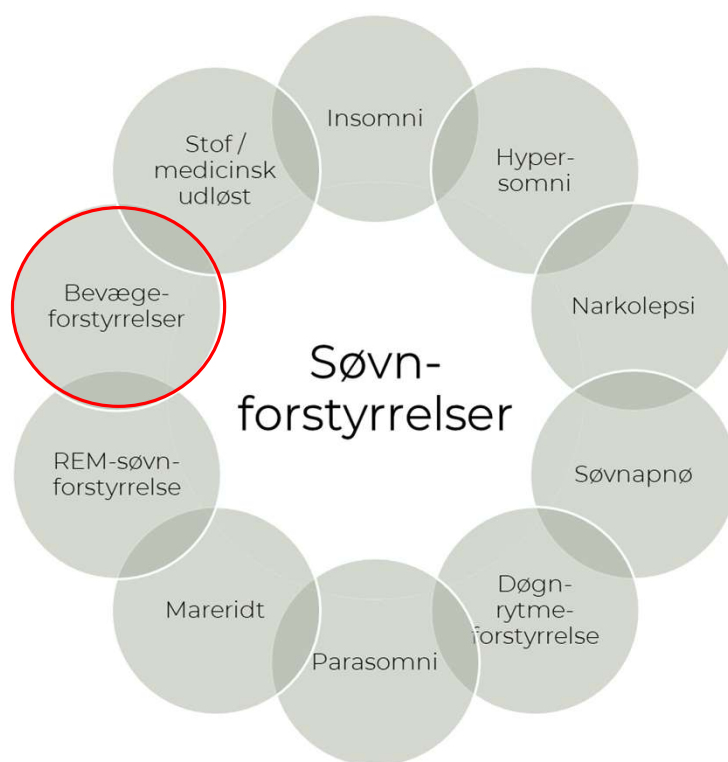
- Angst for at lægge sig til at sove
- Sover med lyset tændt
- Mange opvågninger med angst
- Forsøger at holde sig vågne
- Evt. risiko for misbrug for at dæmpe angsten
- Kan udløses/forværres af medicin, ofte mirtazapin

Behandling

- Psykoterapeutisk: omskrivningsterapi (IRT, ERRT)
- Medicin (doxazosin) er off-label



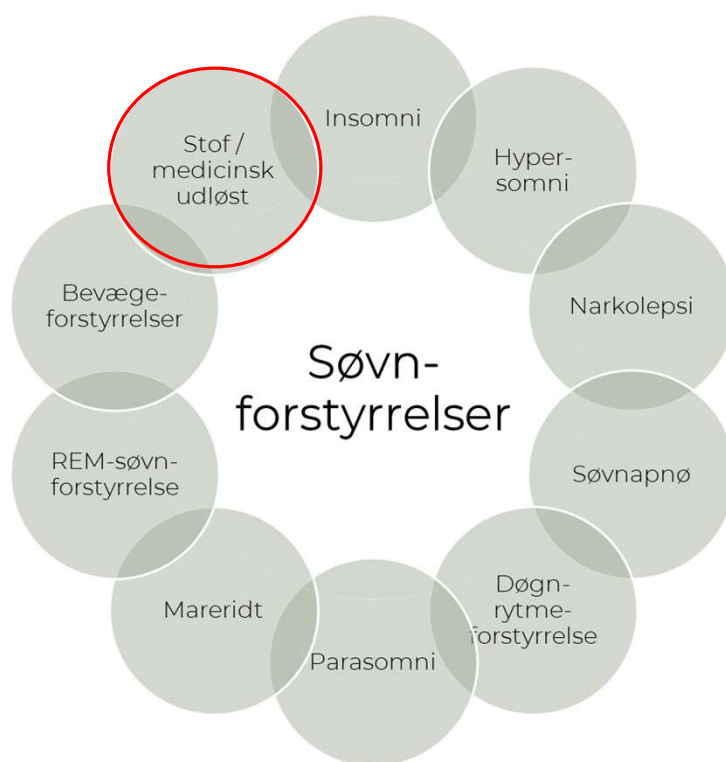
Søvnforstyrrelser



Bevægeforstyrrelser

- Hyppigst er Restless Legs syndrom som karakteriseres af uro i benene om aftenen, som lindres af bevægelse.
- Evt. periodic limb movement disorder
- Obs. jernmangel, diabetes, sekundært til medicin
 - særligt antidepressiva (10%), antipsykotika, især mirtazapin (28%)!
- Behandles medicinsk i almen praksis (1. valg gabapentin/pregabalin)

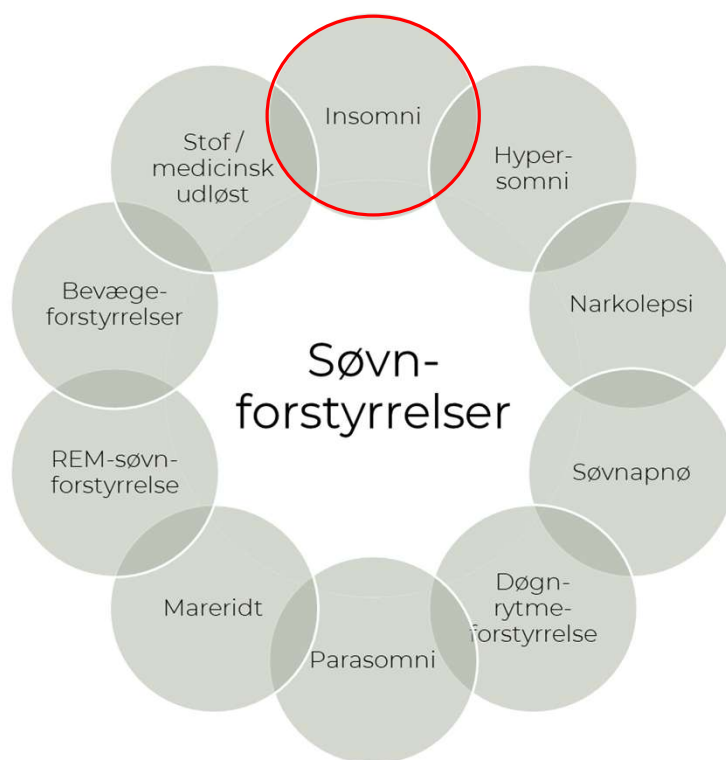
Søvnforstyrrelser



Medicin/stofudløst

- Forskellig medicin kan udløse:
 - Søvnbesvær
 - Mareridt og livlige drømme
 - Opvågninger om natten, fx pga. tissetrang (obs. søvnapnø!)
- Alkohol bedrer indsovning, men forværrer gennemsovning
- Søvnproblemer kan ses associeret med stofmisbrug / abstinenser

Søvnforstyrrelser



Insomni = søvnløshed

Insomni = søvnløshed



Symptomer:

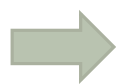
- Klager over ikke at kunne sove på trods af mulighed
- Forpinthet over tilstanden
- Søvnens beskrives let og overfladisk
- Kan have angst for ikke at kunne sove
- Falder sjældent umotiveret i søvn om dagen

	ICD10 (F51.0)	ICD11	DSM-5	ICSD-3*
Navn	Ikke-organisk insomni	Insomni-lidelse		
Symptomer	Indsovningsbesvær, gennemsovningsbesvær, tidlig morgenopvågning			
Dagtid-konsekvenser	Ikke specificeret	Kræves (fx træthed, koncentrationsbesvær, humørændringer, dårlig præstation i arbejde/skole, øget risiko for ulykker/fejl)		
Frekvens	Min. 3 nætter pr uge			
Varighed	Mindst 1 måned	Mindst 3 måneder		

*ICSD-3 = International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition

Søvnproblemer

"Sover dårligt..."



Case: Ole på 52 år



- Ole henvender sig i PAM grundet depressive symptomer og manglende søvn.
- Ole har tidligere i livet haft lidt angst, men er ikke i øvrigt kendt i psykiatrisk regi.
- Ole fortæller, at hans største problem er søvnen. Han kan ligge i timer inden han falder i søvn, og vågner ofte om natten. Står så op og går rundt i lejligheden. Skal tisse min. 1-2 x pr nat. Er træt og udmattet hele dagen.
- Socialt: Bor alene, arbejdsløs. Kommer sjældent ud. Dårlig appetit, men har ikke tabt sig.
- Der er af egen læge opstartet mirtazapin 15 mg mod depression og søvnproblemer, og Ole er for en uge siden optrappet til 45 mg. Der er ingen effekt og tiltagende dårlig søvn.
- Obj.: ET over middel, HAM-D17 18

Case: Ole på 52 år - søvnanamnese



- Typisk nat
- Typisk dag
- Forløb
- Screening for comorbid søvnlidelse
- Fysiske sygdomme
- Psykiske sygdomme
- Medicin / misbrugsanamnese
- Bilkørsel / farligt arbejde

Case: Ole på 52 år – Objektiv undersøgelse

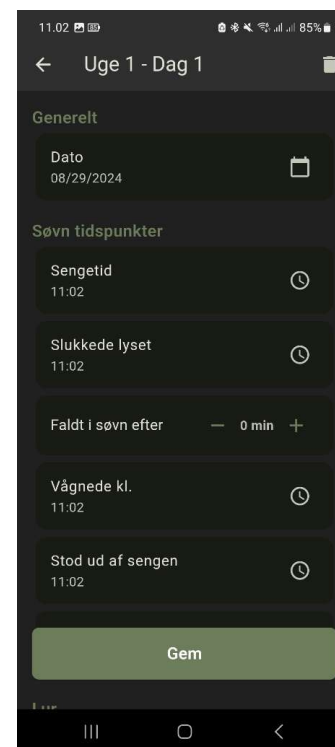
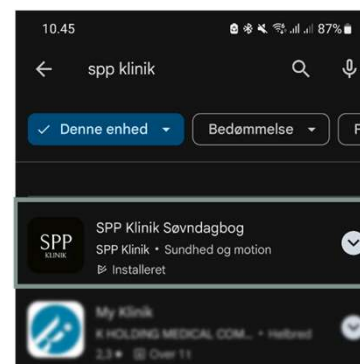


- Højde, vægt → BMI
- Halsomfang (omkring Adamsæblet)
- BT og puls
- Almindelig psykisk obj. undersøgelse
- Ambulatorium-regi: Blodprøvescreening, fx hæmatologi, hba1c, TSH, D-vitamin, ferritin og EKG

Case: Ole på 52 år - Screeninger



- ISI (insomnia severity index)
- Epworth Sleepiness Scale (risiko for at falde i søvn)
- STOP-BANG
 - S=Snorken
 - T=Træthed
 - O=Observerede vejrtrækningspauser / opvågning ved gisp
 - P=Forhøjet blodtryk
 - B=BMI>35
 - A=Alder
 - N=Halsomfang>40cm
 - G=Mandligt køn
- SØVNDAGBOG i 1-2 uger



Case: Ole på 52 år - yderligere



- Altid B-menneske, altid søvnbesvær, men forværring de seneste år
- Nat: Går i seng kl. 22, sover først ca. 01, uro i benene om aftenen som er forværret efter mirtazapin. Vågner 2-4 gange i løbet af natten, skal tisse mindst 1-2 gange pr nat, men vågner også uden at skulle tisse. Har ofte svært ved at falde i søvn efter opvågninger. Sover alene, så ved ikke om han snorker, men vågner med tørhed af munden og tendens til morgenhovedpine. Vågner af sig selv ved 8-tiden, men er ikke frisk.
- Dag: Drikker kaffe, spiser nogenlunde regelmæssigt, men ikke så varieret. Kommer sjældent ud. Sover nogle gange lur i løbet af eftermiddagen på sofaen.
- Somatisk: hypertension, men ingen diabetes, let forhøjet kolesterol. BMI ca. 32. Halsomfang 40.
- Psykisk: Tendens til angst tidligere, nu manglende energi og tendens til tristhed og ligegyldighed, ingen suicidale tanker eller planer. Ingen tidligere manier.
- Medicin i form af antihypertensiva og mirtazapin
- Kører bil, men er aldrig faldet i søvn bag rattet. ESS 11. ISI 17, stop-bang 5(6-7?)

Case: Ole på 52 år - Diagnostik



- Insomni
 - Indsovnings- og gennemsovningsbesvær, træthed om dagen
- Forsinket døgnrytme?
 - Altid B-menneske, sover først ved 1 tiden, vågner ved 8 tiden (7-timer)
 - Går i seng kl. 22 - Søvnbehov?
- Søvnapnø
 - BMI 32; nykturi; hypertension; højt halsomfang; træthed og søvn om dagen; mundtørhed om morgenen
- Restless legs
 - Kliniske symptomer (evt. udløst af mirtazapin)

Case: Ole på 52 år - Behandling

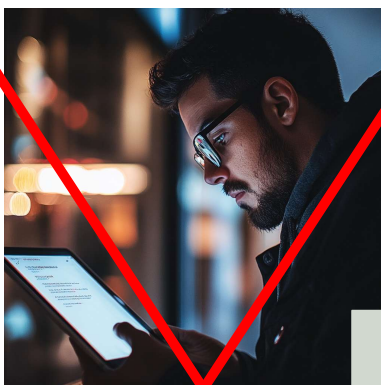


- Insomni
 - Indsovnings- og gennemsovningsbesvær, træthed om dagen
 - CBTi – eller råd, der ligner
- Forsinket døgnrytme
 - Altid B-menneske, sover først ved 1 tiden, vågner ved 8 tiden (7-timer)
 - Går i seng kl. 22 - Søvnbehov?
 - Kronoterapi med lys / evt. tidlig melatonin (0.5-1 mg)
- Søvnapnø
 - BMI 32; nykturi; hypertension; højt halsomfang; træthed og søvn om dagen; mundtørhed om morgenen
 - Henvist til Dansk Center for Søvnmedicin: Ved søvnapnø bliver han tilbudt CPAP
- Restless legs
 - Kliniske symptomer (evt. udløst af mirtazapin)
 - Seponer mirtazapin – obs. vægt
 - Kontroller blodprøver inkl. hba1c, nyretal og ferritin

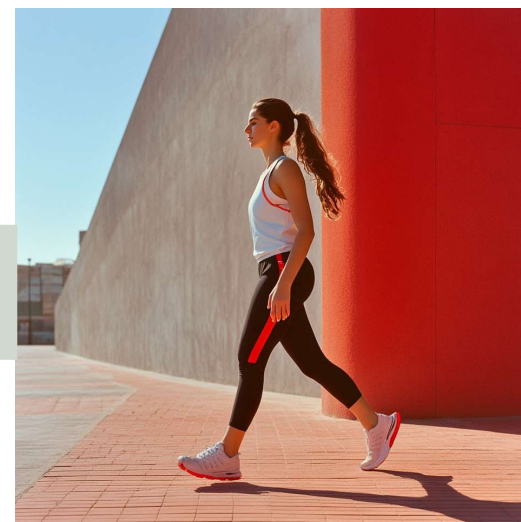
CBTi principper

- Hovedprincipper: Man skal være træt (søvnig) for at kunne sove!
- Vi kan ikke styre vores indsovning, men vi kan kontrollere vores vågentid!
- Sengen skal forbindes med søvn (stimulus kontrol)

Hvad har de fleste prøvet for at sove?

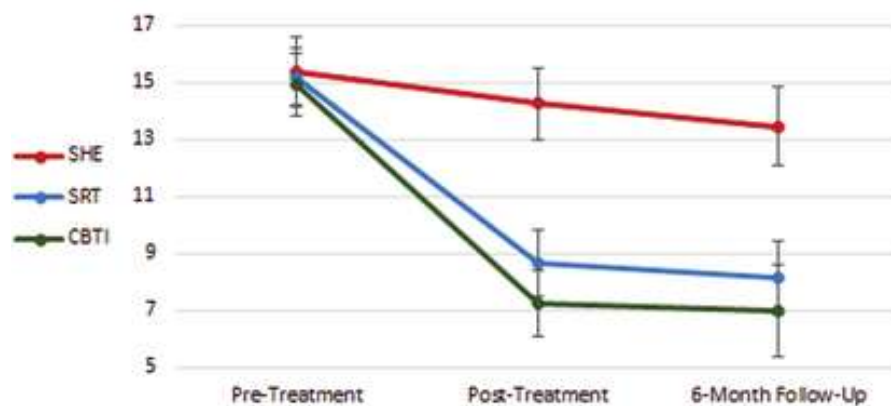


Men virker det?

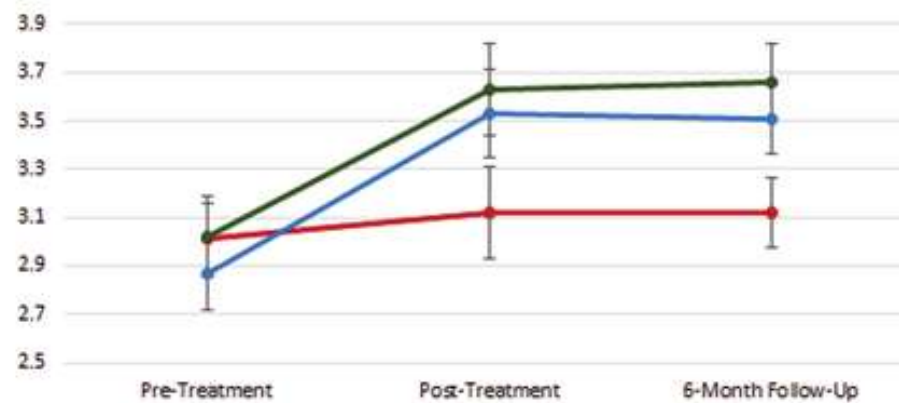


Effekt af søvnhygiejne

ISI= insomnia severity index



Søvnkvalitet



Hvad er CBTi?



Søvn-restriktion

Begrænser tiden i sengen og justeres løbende baseret på forhold til søvnregistreringer



Stimulus-kontrol

Genskaber den positive association mellem sengen og søvn



Søvn-hygijne

Danner basis for mulighed og rammer for god søvn kan opnås

Udfordrer evt. sikkerhedsadfærd



Kognitiv terapi

Udfordrer negative tankemønstre og bekymringer som kan medføre besvær med at sove



Afslapnings-teknikker

Forskellige slags øvelser som lærer kroppen fysisk og psykisk afslapning og reducerer anspændthed



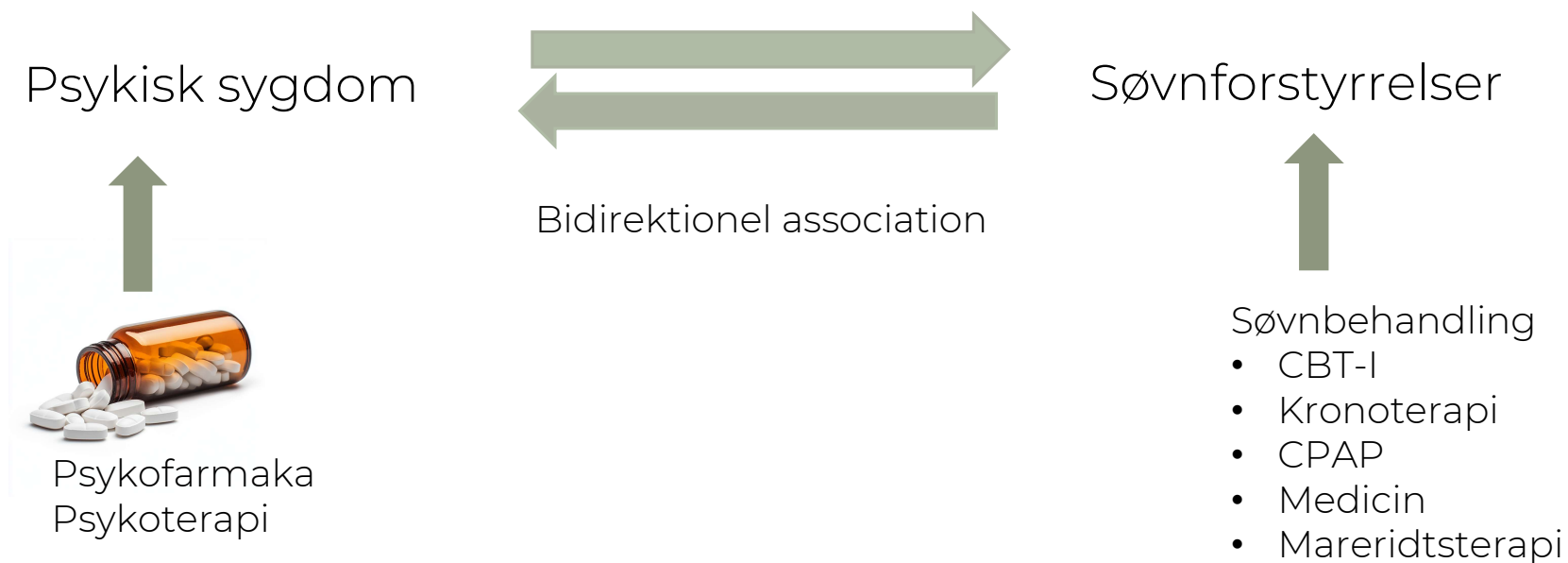
Kronoterapi

Sikrer stabil døgnrytme og korrigerer evt. forskydninger i døgnrytmen

Søvnråd ved insomni (CBTi-baserede)

- Fast morgenopvågning og læg dig ikke til at sove igen i løbet af dagen
- Gå først i seng når du er træt nok til at sove (og det er realistisk i forhold til opvågning)
- Undgå at være vågen i sengen og undgå at "forsøge" at sove (*sleep effort*)
- Brug evt. en mindre skærm om aftenen og brug solbriller udenfor, når det er lyst om aftenen
- Få mere lys om morgenen efter opvågning
- Få behandlet psykiatrisk komorbiditet

Søvnforstyrrelser og psykiatri



Case: Ole på 52 år - Behandling



- Insomni
 - Indsovnings- og gennemsovningsbesvær, træthed om dagen
 - CBTi – eller råd, der ligner
- Forsinket døgnrytme
 - Altid B-menneske, sover først ved 1 tiden, vågner ved 8 tiden (7-timer)
 - Går i seng kl. 22 - Søvnbehov?
 - Kronoterapi med lys / evt. tidlig melatonin (0.5-1 mg)
- Søvnapnø
 - BMI 32; nykturi; hypertension; højt halsomfang; træthed og søvn om dagen; mundtørhed om morgenen
 - Henvist til Dansk Center for Søvnmedicin: Ved søvnapnø bliver han tilbudt CPAP
- Restless legs
 - Kliniske symptomer
 - Seponer mirtazapin – obs. vægt
 - Kontroller blodprøver inkl. hba1c, nyretal og ferritin

Case: Ole på 52 år - Behandling



- Insomni

- Indsovnings- og gennemsovningsbesvær, træthed om dagen

- HVAD MED DE DEPRESSIVE SYMPTOMER

Har han en depression?

- Forsi

- A
- C
- K
- Udvikling af symptomer?
- Ingen effekt af øgning i mirtazapin
- Klinisk vurdering af depression

- Søvn

- Bindez, tryk, hypertension, høje halsskild, træthed og søvn om dagen; mundtørhed om morgenen

- Henvi til Dansk Center for Søvnmedicin: Ved søvnapnø bliver han tilbudt CPAP

- Restless legs

- Kliniske symptomer
- Sænk mirtazapin – obs. vægt
- Kontroller blodprøver inkl. hba1c, nyretal og ferritin

Søvnråd ved insomni (CBTi-baserede)

- Fast morgenopvågning og læg dig ikke til at sove igen i løbet af dagen
- Gå først i seng når du er træt nok til at sove (og det er realistisk i forhold til opvågning)
- Undgå at være vågen i sengen og undgå at "forsøge" at sove (*sleep effort*)
- Brug evt. en mindre skærm om aftenen og brug solbriller udenfor, når det er lyst om aftenen
- Få mere lys om morgenen efter opvågning
- Få behandlet psykiatrisk komorbiditet
- Se farmakologiske rekommendationer
- Sovepiller er indicerede ved akut insomni (forhindre den bliver kronisk)

Behandling – Europæiske guidelines

 Check for updates

Received: 16 August 2023 | Accepted: 21 August 2023
DOI: 10.1111/jsr.14035

REVIEW ARTICLE



The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Dieter Riemann^{1,2} | Colin A. Espie³ | Ellemarije Altena⁴ |
Erna Sif Arnardottir^{5,6} | Chiara Baglioni⁷ | Claudio L. A. Bassetti⁸ |
Celyne Bastien⁹ | Natalija Berzina¹⁰ | Bjørn Bjorvatn¹¹ | Dimitris Dikeos¹² |
Leja Dolenc Groselj¹³ | Jason G. Ellis¹⁴ | Diego Garcia-Borreguero¹⁵ |
Pierre A. Geoffroy¹⁶ | Michaela Gjerstad¹⁷ | Marta Gonçalves¹⁸ |
Elisabeth Hertenstein¹⁹ | Kerstin Hoedlmoser²⁰ | Tuulikki Hion²¹ |
Brigitte Holzinger²² | Karolina Janku²³ | Markus Jansson-Fröjmark^{24,25} |
Heli Järnefelt²⁶ | Susanna Jemelöy^{24,25} | Poul Jørgen Jennum²⁷ |
Samson Khachatryan²⁸ | Lukas Krone^{3,8,19} | Simon D. Kyle³ |
Jaap Lancee²⁹ | Damien Leger³⁰ | Adrian Lupusor³¹ |
Daniel Ruivo Marques^{32,33} | Christoph Nissen³⁴ | Laura Palagini³⁵ |
Tiina Paunio³⁶ | Lampros Perogamvros³⁴ | Dirk Pevernagie³⁷ |
Manuel Schabus²⁰ | Tamar Shochat³⁸ | Andras Szentkiralyi³⁹ |
Eus Van Someren^{40,41} | Annemieke van Straten⁴² | Adam Wichniak⁴³ |
Johan Verbraecken⁴⁴ | Kai Spiegelhalter¹

Correspondence
Dieter Riemann, Department of Clinical
Psychology and Psychophysiology, Centre for
Mental Disorders, Medical Centre - University
of Freiburg, Faculty of Medicine, University of
Freiburg, Germany; Hauptstr. 5, D-79104
Freiburg, Germany.
Email: dieter.riemann@uniklinik-freiburg.de

Summary

Progress in the field of insomnia since 2017 necessitated this update of the European Insomnia Guideline. Recommendations for the diagnostic procedure for insomnia and its comorbidities are: clinical interview (encompassing sleep and medical history); the use of sleep questionnaires and diaries (and physical examination and additional measures where indicated) (A). Actigraphy is not recommended for the routine evaluation of insomnia (C), but may be useful for differential-diagnostic purposes (A). Polysomnography should be used to evaluate other sleep disorders if suspected (i.e. periodic limb movement disorder, sleep-related breathing disorders, etc.), treatment-resistant insomnia (A) and for other indications (B). Cognitive-behavioural therapy for insomnia is recommended as the first-line treatment for chronic insomnia in adults of any age (including patients with comorbidities), either applied in-person or digitally (A). When cognitive-behavioural therapy for insomnia is not sufficiently

Kognitiv adfærdsterapi for insomni (CBTi) er førstevalgsbehandling for kronisk insomni hos voksne i alle aldre (inklusive patienter med komorbiditeter)

Når CBTi ikke er tilstrækkeligt effektivt, kan en farmakologisk intervention tilbydes:

- Benzodiazepiner, Z-drugs, daridorexant og lavdosis sederende antidepressiva kan anvendes til kortvarig behandling af søvnløshed (≤ 4 uger), evt. i nogle tilfælde kan langtidsbehandling indledes
- Langsomt frigivende melatonin kan anvendes i op til 3 måneder hos patienter ≥ 55 år
- Antihistaminer, antipsykotika, hurtigt frigivende melatonin anbefales ikke

Lysterapi og træningsinterventioner kan være nyttige som supplerende behandlinger til kognitiv adfærdsterapi for søvnløshed

Tak for i dag

I er velkomne til at kontakte os med
spørgsmål om søvnforstyrrelser eller
søvnbehandling på

klinik@sppklinik.dk