



Hva er insomni?

LEDER

MORTEN ENGSTRØM

E-post: morten.engstrom@ntnu.no

Morten Engstrøm er overlege ved klinisk neurofysiologisk laboratorium St. Olavs hospital, forsker ved NTNU og leder av norsk forening for søvnmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar og støtte til reiser fra Philips og Resmed.

Diagnosekriteriene for insomni er i endring. Om det gir et sannere bilde av hvor mange som har insomni, er vanskelig å vite sikkert.

Insomni er assosiert med økt risiko for helseplager og forekommer hyppig i kjølvannet av disse (1, 2). Ofte har de som lider av insomni også affektive lidelser som angst og depresjon (3).

I studien av Olufsen og medarbeidere som nå publiseres i Tidsskriftet, vurderes effekten av endringen av insomnikriteriene i DSM-systemet (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) fra DSM-IV til DSM-5 (4). I DSM-5, som kom i 2013, kvalifiserer ikke lenger ikke-restituerende søvn for diagnosen insomni, slik det gjorde tidligere. Intensjonen med denne endringen var å skille tydeligere mellom insomni og andre søvnlidelser, for eksempel obstruktiv søvnapné. Kravet om innsovningstvansker, hyppig eller for tidlig oppvåkning tre ganger per uke eller mer samt ledsagende dagtidskonsekvenser besto, men symptomvarighetskravet økte fra én måned til tre måneder. Det er nå også varslet tilsvarende endringer fra ICD-kodeverket (International Classification of Diseases) fra ICD-10 til ICD-11. ICD-11 er planlagt innført i Norge om relativt kort tid.

Olufsen og medarbeideres undersøkelse er basert på et meget stort antall personer som fylte ut nettbaserte spørreskjemaer om søvntvansker, angst og depresjon i perioden 2012–16. Studien viser som forventet en lavere forekomst av insomni ved DSM-5-kriteriene sammenliknet med DSM-IV-kriteriene, men også en prosentvis høyere forekomst av komorbide angst- og depresjonsplager.

Ved typisk insomni kan diagnosen settes basert på anamnese og klinisk undersøkelse, eventuelt supplert med spørreskjema. Eventuelle tilleggsundersøkelser vurderes individuelt (5). I store epidemiologiske undersøkelser beregnes prevalenstall av insomni oftest utfra svar på spørreskjema. Det er en generell svakhet ved disse studiene. Blant annet kan diagnosekriteriet om dagtidskonsekvenser av insomni være vanskelig å fange opp i et spørreskjema fordi de erkjente konsekvensene av søvnmangel kan være så ulike.

Blant søvnforskere regnes insomni ofte som en «hyperarousal»-lidelse (6). Pasienter med insomni har på gruppenivå et høyere fysiologisk, affektivt og/eller kognitivt aktiveringsnivå enn de uten insomni. I utgangspunktet tenker man seg at den høye aktiveringen er

vedvarende og gjelder hele døgnet. Om det gjenspeiler at bekymringer er mer plagsomme om kvelden, er usikkert, men i DSM-5 står det at dagtidssøvnighet kan forekomme. I International Classification of Sleep Disorders 3. utgave fra 2014 sies det enda tydeligere: dagtidssøvnighet er noe som kan høre til insomni diagnosen (7). Jeg har spurt meg om ikke døgnrhythme-forstyrrelse ville være en riktigere diagnose ved innsovningsvansker om kvelden og ledsagende dagtidssøvnighet – til forskjell fra dagtidstrøtthet – selv om forskjellen i norsk dagligtale mellom søvnighet og trøtthet er noe ullen. Man kan godt være trøtt og sliten uten å sovne og man kan sovne uten å være veldig sliten dersom situasjonen er avslappende og/eller kjedelig nok. Søvnbehovet er dessuten individuelt. Det betyr at ikke alle som sover kort har insomni og ikke alle med insomni sover kort. Begge tilstandene er på gruppenivå hver for seg assosiert med dårlig helse (2, 8), men trenger ikke å ha samme patofysiologi, selv om de som både har insomni og kort søvn, antakelig har den største helserisikoen (9).

Endrede kriterier for en diagnose kan endre prevalenstall uten at den reelle forekomsten endres

Det kan ikke være lett å komme frem til diagnosekriteriene som benyttes i de store, internasjonale kodeverkene. Vanligvis inneles tilstander etter det kliniske bildet, slik tilfellet er med insomni. Men inndeling etter patofysiologi, genetikk eller behandling som hjelper, gir ikke alltid samme resultat. Siden mange tilstander er multifaktorielle og en tilsynelatende årsak kan gi ulike symptomer hos ulike individer, kan samme symptom også ha ulike årsaker. Da kan samme pasient få ulike diagnoser ved samme tilstand, avhengig av øynene som ser. En diagnose som beskriver et problem gir heller ikke nødvendigvis svaret på hvordan problemet best kan løses.

Endrede kriterier for en diagnose kan endre prevalenstall uten at den reelle forekomsten endres. Hvis kriterieendringen for insomni bedrer diagnosens treffsikkerhet, får vi i hvert fall være fornøyd med det.

LITTERATUR:

1. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 97–111. [PubMed][CrossRef]
2. Bollu PC, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. *Mo Med* 2019; 116: 68–75. [PubMed]
3. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 9–15. [PubMed][CrossRef]
4. Olufsen IS, Sørensen ME, Bjorvatn B. Nye diagnosekriterier for insomni og sammenhengen mellom insomni, angst og depresjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0041. [CrossRef]
5. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017; 26: 675–700. [PubMed][CrossRef]
6. Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ. The pathophysiology of insomnia. *Chest* 2015; 147: 1179–92. [PubMed][CrossRef]
7. Sateia M. red. International Classification of Sleep Disorders. Third edition (ICSD-3). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
8. Grandner MA, Patel NP, Gehrman PR et al. Problems associated with short sleep: bridging the gap between laboratory and epidemiological studies. *Sleep Med Rev* 2010; 14: 239–47. [PubMed][CrossRef]
9. Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Liao D et al. Insomnia with objective short sleep duration: the most biologically severe phenotype of the disorder. *Sleep Med Rev* 2013; 17: 241–54. [PubMed][CrossRef]