

GEDRAGSTHERAPIE

The cover features a large, stylized letter 'G' that is split vertically. The left half of the 'G' is white and set against a solid coral background. The right half is teal and set against a teal background. The entire cover is framed by light teal vertical bars on the left and right sides. On the left and right sides, there are decorative horizontal bars: coral on the left and teal on the right. A dotted line is positioned below the main title.

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*

THEMANUMMER
Slaap

JAARGANG 56 NUMMER 2 JUNI 2023

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Salemink, *hoofdredacteur*
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Anouk Vanden Bogaerde
Sandra Verbeken
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudi Bockting,
prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K.
Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr.
Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van
Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske
Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof.
dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser, dr.
Ellen R. Klaassens, dr. Rianne de Kleine, em.
prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr. Ernst
Koster, prof. dr. Marije van der Lee, prof. dr.
Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia van der
Oord, dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De
Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey
Roelofs, prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr.
Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens,
prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan
Vlaeyen, dr. Marisol Voncken, prof. dr.
Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61
3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam
(basisontwerp)

© 2023

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@boom.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap.

Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie:
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



.....

Met trots kan ik aankondigen dat we weer een themanummer hebben bij *GEDRAGSTHERAPIE*. Deze keer hebben Ingrid Verbeek, Annemieke van Straten en redactielid Jaap Lancee het initiatief genomen om een themanummer over slaap samen te stellen. Ik ga niet de inhoud van dit themanummer introduceren, want dat doen de drie gastredacteurs op de volgende pagina's al. Zij geven aan dat het belang van goede slaap in de maatschappij en in het werkveld steeds meer benadrukt wordt. Dat is veelbelovend, maar tegelijkertijd blijkt er nog veel te winnen te zijn, zeker ook gezien de rol van slaap in diverse vormen van psychopathologie (slaap kan wel gezien worden als een transdiagnostisch fenomeen). In het themanummer komt slaap in de volle breedte aan bod. Tegelijkertijd is het onvermijdelijk dat er onderwerpen ontbreken. Zo melden de gastredacteurs zelf al dat slaapproblemen bij verslavingsproblematiek niet aan bod komen. Het is in dit verband misschien leuk om te vermelden dat de sectie Verslaving van de VGCT net een plan heeft ingediend om een themanummer over verslaving te maken; toeval bestaat niet ... Mocht je interesse hebben om iets te schrijven, aansluitend bij dit thema of over andere onderwerpen, aarzel dan niet en neem contact op of dien wat in!

Veel leesplezier en dank aan de gastredacteurs voor dit mooie themanummer.

Elske Salemink
Hoofdredacteur

Inleiding

JAAP LANCEE, INGRID VERBEEK & ANNEMIEKE VAN STRATEN

In de maatschappij, maar ook in het werkveld, wordt de laatste jaren het belang van goede slaap steeds meer benadrukt. Dit is weleens anders geweest. Tot voor kort werden slaapproblemen vooral gezien als secundaire problemen, die vanzelf zouden opknappen als de oorspronkelijke klacht behandeld werd. We weten nu echter dat dit lang niet altijd het geval is, en dat slaapproblemen apart gediagnosticeerd en behandeld moeten worden.

Wij als slaapdeskundigen zijn dan ook heel verheugd over de toegenomen aandacht voor slaap. Goed slapen is namelijk een basisvoorwaarde voor goed lichamelijk en mentaal functioneren. Als de slaap verstoord is, heeft men minder veerkracht en is men vatbaarder voor mentale klachten. Zo is slapeloosheid een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie (Baglioni et al., 2011). Dit geldt ook wanneer het slaapprobleem zich in eerste instantie voordoet in het beloop van andere stoornissen. Vaak worden slaapklachten een opzichzelfstaand probleem, dat herstel in de weg zit of de kans op terugval groter maakt.

Het behandelen van slaapproblemen heeft een positief effect op het dagelijks leven en op het verloop van de psychologische behandeling van andere stoornissen. Ook wordt de kans er groter door dat de andere behandeling beter beklijft. Een onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat het doen van een dutje *na* een exposurebehandeling de effecten van die behandeling een week later flink versterkt (Kleim et al., 2014). Ook is de kans op terugval groter wanneer mensen aan het eind van een depressiebehandeling nog slaapklachten hebben. Het lijkt ons daarom van wezenlijk belang om binnen psychologische behandeling ook altijd aandacht voor slaap te hebben. Zoals gezegd zijn er gelukkig steeds meer behandelaars die aandacht hebben voor slaap.

Niettemin is er ook nog wel wat te winnen. In de praktijk wordt slaap nog vaak vergeten of gaat men ervan uit dat slechte slaap vanzelf opknapt als de behandeling aanslaat. Ook wordt de behandeling van chronische slapeloosheid nog steeds niet vergoed in de ggz. Momenteel kan een psycholoog slapeloosheid alleen behandelen als er tevens sprake is van een andere stoornis. Het moge duidelijk zijn dat wij dit een onwenselijke situatie vinden. Wij waren daarom erg blij dat we een themanummer over slaap konden vormgeven. Zo komt het onderwerp meer onder de aandacht.

Voor dit themanummer hebben wij gekozen voor brede artikelen met een praktische inslag. De volgende artikelen zijn opgenomen: (1) van Straten en

collega's over de slaapzorg in de huisartspraktijk, (2) Rauwerda en Verbeek over het toepassen van cognitieve gedragstherapie bij insomnie, (3) Lancel en collega's over slaap en comorbiditeit, (4) de Vries en collega's over slaapproblematiek bij kinderen en jeugd, (5) Lancee en van Schagen over nachtmerries en andere parasomnieën, en (6) van Bruggen met een bespreking van een boek over slaapstoornissen in de psychiatrie.

Wij danken de auteurs voor hun mooie bijdragen en de reviewers voor hun waardevolle commentaar. Wij hebben het idee dat dit themanummer een mooi en breed overzicht van de (behandeling van) slaapproblematiek biedt. Tegelijkertijd zijn er onvermijdelijk onderwerpen die niet aan de orde komen (zoals slaapproblemen bij verslavingsproblematiek). We vertrouwen erop dat deze en andere onderwerpen in de toekomst ook aandacht krijgen in het tijdschrift *Gedragstherapie*.

Wij denken dat er met deze artikelen praktische handvatten geboden worden om slaapproblemen zowel te herkennen als te behandelen en hopen dat dit themanummer ertoe leidt dat meer mensen het belang van slaap op hun netvlies krijgen. Ten slotte is het onze wens dat dit nummer van *Gedragstherapie* bijdraagt aan het besef dat behandeling voor slapeloosheid vergoed dient te worden binnen de basis-ggz. Wij hopen dat dit themanummer bijdraagt aan een goede slaapzorg voor iedereen.

Jaap Lancee is werkzaam bij Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie.

Ingrid Verbeek is verbonden aan het Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe.

Annemieke van Straten is verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, en aan het Amsterdam Public Health Research Instituut.

Correspondentieadres: Jaap Lancee, Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Klinische Psychologie, Postbus 15933, 1001 NK Amsterdam. E-mail: j.lancee@uva.nl.

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 135, 10-19. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011</p> | <p>Kleim, B., Wilhelm, F. H., Temp, L., Margraf, J., Wiederhold, B. K., & Rasch, B. (2014). Sleep enhances exposure therapy. <i>Psychological Medicine</i>, 44, 1511-1519. https://doi.org/10.1017/S0033291713001748</p> |
|--|--|

Slaapstraat

Evaluatie van een slaapzorgprogramma in de huisartspraktijk

ANNEMIEKE VAN STRATEN, TANJA VAN DER ZWEERDE, INGRID VERBEEK
 & JAAP LANCEE

Samenvatting

Slaapstraat is een nieuw zorgprogramma dat huisartsen faciliteert bij de aanpak van slaapproblemen. Doel is verbetering van de slaapzorg in de huisartspraktijk. Om dit zorgprogramma te kunnen uitvoeren volgen professionals in hun eigen praktijk een training over slaapproblemen, en over de diagnostiek en behandeling ervan. Wij hebben in vijf regio's in Nederland de meerwaarde van de implementatie van Slaapstraat geëvalueerd door een voormeting en een nameting uit te voeren. De belangrijkste bevindingen zijn: (1) dat huisartsen na implementatie van Slaapstraat slaapproblemen eerder herkennen, maar (2) dat nog lang niet alle patiënten met slaapproblemen herkend worden, (3) dat de diagnostiek sterk verbeterd is, (4) dat patiënten de toegenomen aandacht voor diagnostiek heel prettig vinden, (5) dat patiënten minder vaak slaapmedicatie voorgeschreven krijgen, en (6) dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) weliswaar de eerstekeuzebehandeling is, maar dat die nog maar heel beperkt wordt toegepast. Slaapstraat is een goede eerste stap om de slaapzorg in de eerste lijn te verbeteren. Er is echter meer aandacht nodig voor brede implementatie van CGT-i. Dit kan onder andere door gerichte training van de POH-ggz.

Trefwoorden: huisartspraktijk, insomnie, slaapproblemen, CGT, CGT-i

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Slaapstraat, een nieuw zorgprogramma voor de eerste lijn gericht op slaapproblemen, verbetert de kennis en diagnostiek van slaapproblemen, en leidt tot minder voorschrijven van slaapmedicatie.

- ▶ Patiënten vinden het prettig dat slaapproblemen serieus genomen worden en zijn blij met de uitgebreidere diagnostiek en betere psycho-educatie in Slaapstraat.
- ▶ De bewezen effectieve behandeling voor insomnie (cognitieve gedragstherapie voor insomnie) wordt nog onvoldoende toegepast, wat specifieke nascholing van POH's essentieel maakt.

INLEIDING

.....

Aanleiding voor de ontwikkeling van Slaapstraat: prevalentie en gevolgen van slaapproblemen

.....

Slaapproblemen zijn een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Meer dan 40% van de bevolking geeft aan onvoldoende slaap te krijgen en ongeveer een derde van de populatie ervaart symptomen van een slaapprobleem (Kocevska et al., 2021; Ohayon, 2002). Er zijn zes verschillende hoofdgroepen van slaapproblemen te onderscheiden, namelijk: (1) insomnie (slaapeloosheid), (2) parasomnie (ongewoon slaapgedrag, zoals slaapwandelen en nachtmerries), (3) slaap-waakritmestoornissen, (4) overmatige slaperigheid, (5) slaapapneu, en (6) rusteloze benen.

Van alle slaapproblemen komt insomnie het meeste voor. Een kleine 10% van de bevolking voldoet aan de diagnose van een insomniestoornis, die we ook wel 'chronische insomnie' noemen (Kerkhof, 2017; Morin et al., 2006; Ohayon, 2002). We spreken van een insomniestoornis wanneer er problemen zijn met in- of doorslapen, of wanneer iemand te vroeg wakker wordt, gedurende ten minste drie nachten per week. Deze problemen moeten minstens drie maanden achtereen aanwezig zijn en bovendien het functioneren overdag beïnvloeden (APA, 2014). We spreken van acute insomnie als de klachten kortdurend zijn. Dit artikel betreft uitsluitend chronische insomnie, die we verder kortweg aanduiden als 'insomnie'.

Insomnie gaat vaak gepaard met een verminderde kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden. Daarnaast komt insomnie vaak voor samen met andere somatische en psychische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten (He et al., 2017; Spiegelhalder et al., 2010) en depressie (Baglioni et al., 2011). Mensen die lijden aan insomnie maken vaker gebruik van zorg, melden zich vaker ziek voor hun werk en zijn over het algemeen minder productief dan mensen die goed slapen (Daley et al., 2009). De hoge prevalentie, de directe en indirecte gevolgen ervan, en de grote mate van comorbiditeit zorgen samen voor hoge maatschappelijke kosten (Wickwire et al., 2016). Om de gevolgen van insomnie en andere slaapproblemen zoveel mogelijk te beperken, is het van belang dat huisartsen ze goed herkennen, kunnen diagnosticeren en de juiste hulp aanbieden.

Optimale zorg van slaapstoornissen volgens NHG-standaard

Binnen de huisartsenpraktijk geldt als richtlijn de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) *Slaap en slaapmiddelen* (Gorgels et al., 2014). Om goede zorg te kunnen leveren, dienen slaapstoornissen op de eerste plaats goed gediagnosticeerd en gedifferentieerd te worden. De NHG-standaard beschrijft het afnemen van een slaapdagboek als optioneel, naast het afnemen van een anamnese. Een slaapdagboek is zeer nuttig omdat het in een oogopslag inzicht geeft in het slaap-waakritme van de patiënt. Onder slaapexperts bestaat consensus dat onderzoek in een slaapkliniek (zoals polysomnografie) lang niet altijd nodig is om een diagnose te stellen. Wel wordt verwijzing naar een slaap-waakcentrum aangeraden bij overmatige slaperigheid, bij een sterk vermoeden van een obstructief slaapapneu en bij ernstige vormen van *restless legs*.

Insomnie, de meest voorkomende slaapstoornis, kan doorgaans goed behandeld worden in de huisartspraktijk (Bothelius et al., 2013; van der Zweerde et al., 2020). Het voorschrijven van slaapmedicatie, zoals benzodiazepinen, wordt ontraden bij insomnie. Deze medicatie is zeer verslavend en heeft negatieve bijwerkingen, zoals sufheid en duizeligheid overdag (Holbrook et al., 2000). Wanneer iemand deze middelen enige tijd heeft gebruikt, is het erg lastig om het gebruik ervan weer af te bouwen. Zoals in de NHG-standaard wordt beschreven, dient dergelijke medicatie alleen bij uitzondering en alleen voor de korte termijn te worden voorgeschreven. Naast benzodiazepinen worden ook andere (niet-geregistreerde) middelen voorgeschreven om slapen te bevorderen, zoals sommige soorten antidepressiva en antipsychotica. Er is tot op heden nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid hiervan. De vraag of de voordelen opwegen tegen de nadelen is nog niet beantwoord (Bakker et al., 2021).

Volgens alle huidige insomnierichtlijnen is de eerstekeuzebehandeling cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i; Gorgels et al., 2014; Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017). De belangrijkste elementen hiervan zijn: psycho-educatie, slaaphygiëne (aandacht voor gedrag dat de slaap kan belemmeren c.q. bevorderen, zoals het opbouwen van een 24-uursritme), stimuluscontrole (bed en slaapkamer leren associëren met slapen en niet met wakker liggen) en slaaprestrictie (beperken van de tijd in bed om zo de slaapdruk op te voeren). Voor een verdere beschrijving van CGT-i, zie het artikel van Rauwerda en Verbeek (2023) in deze uitgave. Lastig is dat de huisarts niet kan doorverwijzen naar een psycholoog, omdat de behandeling van insomnie niet wordt vergoed door zorgverzekeraars (indien insomnie de primaire diagnose is). De CGT-i-behandeling kan echter ook goed worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner van de huisarts op het vlak van geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz).

Huidige zorg voor slaapstoornissen in de huisartspraktijk

123

Wij kunnen ons goed vinden in hoe de zorg nu in de NHG-richtlijnen beschreven staat. De praktijk is echter weerbarstig en de zorg die nu in de huisartspraktijk geboden wordt is vaak nog niet optimaal. Huisartsen hebben niet altijd voldoende kennis over slaapproblemen om een goede diagnose te kunnen stellen. Verder wordt bij insomnie nog vaak slaapmedicatie voorgeschreven, en wel bij ongeveer 60% van alle nieuwe patiënten (Hoebert et al., 2012). Dit is vaak niet de voorkeur van de huisartsen, maar zij ervaren een gebrek aan goede alternatieven (Everitt et al., 2014). Onbekend is hoeveel patiënten een volledige CGT-i krijgen aangeboden, maar waarschijnlijk gaat het om een kleine minderheid.

Een nieuw slaapzorgprogramma voor de huisartspraktijk: Slaapstraat

Uit onvrede over de huidige situatie heeft een groep eerstelijns zorgprofessionals uit Utrecht het initiatief genomen tot het opzetten van een slaapzorgprogramma: Slaapstraat (www.slaapstraat.nl). Om slaap(problematiek) regionaal te agenderen en professionals met het zorgprogramma te leren werken, zijn tegelijkertijd een Theater Talkshow en een training ontwikkeld:

- 1 De Theater Talkshow brengt op enigszins luchtige wijze slaapproblematiek voor het voetlicht en nodigt hulpverleners uit de regio uit om met elkaar in gesprek te gaan over de huidige werkwijze rond slaapproblemen.
- 2 De training wordt op locatie in een huisartspraktijk verzorgd, richt zich primair op huisartsen en POH's-ggz en bestaat uit twee dagdelen van ieder ongeveer 3,5 uur. Het eerste dagdeel is voornamelijk gericht op slaapfysiologie, slaapproblematiek en diagnostiek. Tijdens het tweede dagdeel ligt de focus op de behandeling van slaapproblemen. De praktijk-assistenten krijgen aanvullend een aparte training aangeboden van ongeveer 2 uur. In deze training wordt ook achtergrondinformatie gegeven over slaapproblematiek en is er specifiek aandacht voor hoe de assistenten de huisarts kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van Slaapstraat.

Nadat de training doorlopen is, kan gestart worden met het uitvoeren van Slaapstraat. Dit betekent het volgende:

- 1 Iedere patiënt bij wie men een slaapprobleem vermoedt, wordt uitgenodigd voor de zogeheten Slaapmeetweek (www.slaapmeetweek.nl). De patiënt ontvangt een uitnodiging om online een vragenlijst in te vullen en om gedurende een week een slaapdagboek bij te houden. De vragenlijst die wordt afgenomen is de Holland Sleep Disorders Questionnaire (HSDQ; Kerkhof et al., 2013). Deze vragenlijst bestaat uit 32 stellingen.

De score geeft weer of de klachten inderdaad wijzen op een slaapprobleem. Bovendien kan er op basis van de subschaalscores gedifferentieerd worden tussen de zes meest voorkomende slaapproblemen. Indien er sprake blijkt te zijn van een insomniestoornis, wordt bovendien de Insomnia Severity Index (ISI; Morin et al., 2011; Thorndike et al., 2011) afgenomen om de ernst van de klachten te bepalen. De vragenlijsten kunnen als pdf gekoppeld worden aan het huisartseninformatiesysteem (HIS), waardoor de uitslagen (inclusief normscores) direct terug te vinden zijn in het dossier van de patiënt.

- 2 Na de meetweek volgt een tweede, lang consult, waarin het ingevulde slaapdagboek wordt besproken, samen met de scores op de vragenlijst. Tijdens dit gesprek worden de diagnose gesteld, psycho-educatie gegeven en een behandelplan opgesteld. De huisartsen krijgen een klapper die gebruikt kan worden voor psycho-educatie aan de patiënt.
- 3 De huisarts kan de CGT-i zelf in zes tot acht consulten uitvoeren, maar ook kan de patiënt hiervoor verwezen worden naar de POH-ggz. In de klapper staat het stroomschema van de behandeling.

VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

.....

Slaapstraat is ontwikkeld in de regio Utrecht. De positieve ervaringen in deze regio hebben ertoe geleid dat Slaapstraat in 2018 en 2019 is uitgerold naar vijf andere regio's. Tegelijk met deze uitrol werd een evaluatieonderzoek gestart, dat door de Hersenstichting (GH-2017-00247) is gefinancierd en door de auteurs van dit artikel uitgevoerd. De evaluatie was gericht op het in kaart brengen van: (1) verandering in kennis van de professionals, (2) verandering in het zorgproces, (3) vermindering van klachten van patiënten, en (4) tevredenheid van patiënten en professionals over de nieuwe werkwijze. Hoewel Slaapstraat betrekking heeft op alle slaapproblemen, richt deze evaluatie zich primair op insomnie, omdat deze stoornis verreweg het meeste voorkomt.

METHODE

.....

Deelnemende regio's

.....

In de vijf deelnemende regio's, verspreid over het land, waren in totaal 41 huisartsen, 19 POH's-ggz en ruim 20 assistenten werkzaam. Iedere regio bediende ongeveer 11.000 tot 13.000 patiënten. De dataverzameling vond plaats in 2019.

Dataverzameling

De data werden op verschillende manieren verzameld:

- 1 Voor en na implementatie van Slaapstraat moesten alle professionals een vragenlijst invullen om het volgende na te gaan: (A) veranderingen in kennis over diagnostiek en behandeling van slaapproblematiek, (B) tevredenheid over het gebruik van Slaapstraat, en (C) knelpunten in de slaapzorg. Er kon geen gebruik worden gemaakt van een bestaande vragenlijst. De vragen zijn door de onderzoekers zelf opgesteld, in samenwerking met enkele somnologen. Voorbeelden van open vragen zijn: 'Wat is slaappro restrictie?' en 'Wanneer is slaapmedicatie geïndiceerd voor insomnie?'
- 2 Verder is gebruikgemaakt van data uit het huisartseninformatiesysteem (HIS). Er werd informatie verzameld over het jaar *voorafgaand* aan de invoering van Slaapstraat en het jaar *na* invoering van Slaapstraat. De medewerkers van de huisartspraktijken haalden deze data zelf uit het HIS, nadat zij precieze instructies van de onderzoekers hadden gekregen over de gewenste variabelen. Aan de hand van de HIS-data werd gekeken naar: (A) de prevalentie van slaapproblemen (het aantal nieuwe patiënten dat gediagnosticeerd werd met een slaapprobleem, namelijk zij die voldeden aan de International Classification of Primary Care (ICPC)-codes Po6-slapeloosheid, Po6.01-apneu of No4-rusteloze benen), en (B) prevalentie van het voorschrijven van slaapmedicatie aan mensen met een consult voor insomnie (ICPC-code Po6).
- 3 Bij de huisarts of POH-ggz werd gecheckt hoe het beloop was van de behandeling van patiënten die meededen aan Slaapstraat (het ging dan bijvoorbeeld om informatie over verwijzingen naar de POH-ggz, de behandeling die de POH-ggz heeft toegepast, en verwijzingen naar elders). In sommige gevallen wist huisarts of POH-ggz dit uit het hoofd (zij konden zich de patiënt herinneren), in andere gevallen werd de informatie opgezocht in het dossier.
- 4 Alle patiënten in Slaapstraat is gevraagd om mee te doen aan het onderzoek. De patiënten kregen na het invullen van de vragenlijst in het kader van de Slaapmeetweek informatie over het onderzoek, met de vraag om medewerking. Alle patiënten die online *informed consent* hadden gegeven, kregen bij de start van Slaapstraat extra vragen voorgelegd én werden 3 maanden later opnieuw benaderd. Op deze manier werd: (A) het beloop van de slaapklachten in kaart gebracht (ISI, zeven vragen; Morin et al., 2011), (B) het beloop in angst- en depressieve klachten (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, 14 vragen; Olssen et al., 2005; Spinhoven et al., 1997), (C) het functioneren in het dagelijks leven (Work and

Social Adjustment Scale, WSAS, vijf vragen; Mundt et al., 2002), en (D) de tevredenheid over de zorg (zelf opgesteld).

- 5 In alle regio's werden ongeveer een half jaar na de start van het onderzoek evaluatiebijeenkomsten gehouden. Alle medewerkers uit huisartspraktijken die de Slaapstraat-training hadden gevolgd werden hiervoor uitgenodigd, maar niet alle medewerkers waren aanwezig. De onderzoekers noteerden de knelpunten die besproken werden. Deze data zijn een aanvulling op de vragenlijst aan de professionals waarin naar (on)tevredenheid is gevraagd over de slaapzorg na invoering van Slaapstraat (zie punt 1 hierboven).

Respons

De respons op de vragenlijst onder professionals voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat was 80% (34 van de 41 huisartsen, en 14 van de 19 POH's). De respons op de nameting was aanzienlijk lager, namelijk 46% (17 van de 39 huisartsen, en 9 van de 17 POH's).

In totaal werden 263 patiënten uitgenodigd voor deelname aan Slaapstraat. Van hen vulde 71% ($n = 187$) de online vragenlijst in. Deze 187 patiënten zijn benaderd voor het onderzoek, van wie 117 patiënten (63%) toestemming gaven voor het kwantitatieve deel (vragenlijsten). Zij zijn 3 maanden later opnieuw benaderd met een vragenlijst en de respons was toen 43% (50 van de 117). Tot slot gaven 98 van de 117 patiënten toestemming om de huisarts te bevragen over hun zorg.

Ethiek

Het onderzoek is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het VUmc, die heeft geoordeeld dat dit onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. Alle patiënten werd schriftelijk toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek na te zijn geïnformeerd over het doel en de werkwijze ervan.

Analyses

Waar mogelijk hebben wij het verschil tussen de voormeting en de nameting getoetst met een gepaarde *t*-toets.

Veranderingen in kennis over insomnie van huisartsen en POH's-ggz

Kennis over insomnie is getoetst door middel van 35 open vragen. Een vraag werd alleen goed gerekend indien het antwoord volledig goed was. Bij de voormeting antwoordden de huisartsen 30% van de vragen geheel correct en de POH's 34%. Bij de nameting waren deze percentages respectievelijk 43% en 45%. De verbeteringen (respectievelijk 13% en 11%) zijn niet statistisch significant (respectievelijk $p = 0,36$ en $p = 0,60$).

Veranderingen in het zorgproces

Er zijn anoniem HIS-data verzameld over de zorg in het jaar voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat en in de 9 tot 12 maanden na invoering van Slaapstraat. Daarnaast is bij de professionals nagevraagd welke zorg deelnemers aan Slaapstraat kregen.

- 1 *Herkennen van slaapproblematiek.* Er is gekeken naar de incidentie van slaapproblematiek, dat wil zeggen: naar het aantal nieuwe patiënten dat op consult kwam voor een slaapprobleem op een totaal aantal van ongeveer 57.000 consulten. Het gaat om de drie slaapproblemen met een eigen code in het huisartsdossier: insomnie (Po6), apneu (Po6.01) en rusteloze benen (No4). Voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat is de incidentie van deze drie stoornissen samen 2,0% en na invoering is ze 2,4%. De toename is klein, maar wel statistisch significant ($p < 0,01$).
- 2 *Diagnostiek.* In totaal kreeg 89% van de patiënten die meededen aan Slaapstraat (en toestemming gaven voor onderzoek) na het invullen van de vragenlijst een vervolgsconsult met de huisarts. Van hen had het merendeel (96%) tevens een ingevuld slaapdagboek bij zich. Tijdens dit vervolgsconsult is bij al deze patiënten een diagnose gesteld. De HSDQ-vragenlijst ($n = 117$) liet bij 80% van de patiënten een verhoogde totaalscore zien. Van deze groep met een verhoogde score had 77% een verhoogde score op insomnie, 27% op circadianeritmestoornissen, 17% op hypersomnolentie, 17% op rusteloze benen, 16% op ademhalingsgerelateerde slaapproblemen, en 13% op parasomnieën. Het totaal komt boven de 100% uit, omdat patiënten op meerdere schalen een verhoogde score konden hebben.
- 3 *Slaapmedicatie.* Uit de HIS-data voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat bleek dat 64% van de patiënten bij wie insomnie werd vastgesteld slaapmedicatie krijgt voorgeschreven. Een jaar na de invoering is dit ge-

daald tot 50%. Er is dus sprake van een duidelijke afname van 14% en deze afname is ook statistisch significant ($p < 0,01$).

- 4 *Behandeling met CGT-i*. Gemiddeld kregen patiënten met insomnie vijf consulten bij de huisarts tijdens het jaar na invoering van Slaapstraat. Twee van deze vijf consulten waren daadwerkelijk voor insomnie (code Po6 in HIS), terwijl de overige consulten voor andere mentale of fysieke problemen waren (andere HIS-codering). In de twee consulten voor insomnie werd wel psycho-educatie gegeven, maar het aantal consulten is onvoldoende voor een volledige CGT-i. De helft van de patiënten (50%) werd doorverwezen naar de POH-ggz. De POH-ggz besteedde wel aandacht aan de slaapproblemen, maar daarbij ging het veelal om uitleg van slaaphygiëne. Andere belangrijke onderdelen van CGT-i kwamen veel minder vaak aan bod. Zo kreeg maar 9% van de patiënten bij de POH-ggz slaaprestrictie voorgeschreven.

Slaapklachten van patiënten die meededen aan Slaapstraat en aan het onderzoek

Uit de vragenlijst die 117 deelnemende patiënten hebben ingevuld bleek dat 80% vrouw is, 88% geboren is in Nederland en 49% hoog is opgeleid (minimaal hbo-opleiding). Ongeveer de helft van de patiënten heeft al langere tijd (10 jaar of meer) continue slaapproblemen. Bij de andere helft zijn de slaapproblemen meer periodiek: zij komen en gaan. Ongeveer de helft geeft aan al eerder hulp te hebben gezocht voor de slaapproblemen.

Tabel 1 geeft het klinische profiel weer van de patiënten bij de start van Slaapstraat en 3 maanden later. De gemiddelde score op de ISI was bij aanvang 18,2 (SD = 3,9). Dit staat voor klinisch relevante, matig ernstige slaapproblemen. De patiënten scoorden daarnaast ook depressieve klachten (gemiddeld 14,7; SD = 3,7) en angstklachten (gemiddeld 14,3; SD = 4,0). Van al deze patiënten heeft 43% ($n = 50$) ook een nameting ingevuld. Deze groep, die dus zowel een voormeting als een nameting heeft ingevuld, verbetert significant ($p < 0,01$) op hun slaapklachten: de afname van de ISI-score was gemiddeld 4 punten, wat neerkomt op een effectgrootte van Cohens $d = 0,6$. De overige resultaten zijn minder eenduidig. Angstklachten bleken significant toe te nemen (effectgrootte +0,5; $p < 0,01$). Ook de depressieve klachten bleken iets toe te nemen (effectgrootte van $d = +0,3$), maar het verschil was niet statistisch significant ($p = 0,07$). Het functioneren tijdens de dag leek wel iets te verbeteren (effectgrootte $d = 0,3$), maar ook dit was niet statistisch significant ($p = 0,20$).

Tevredenheid van patiënten en professionals over de nieuwe werkwijze

Uit de vragenlijst die is afgenomen bij patiënten 3 maanden na inclusie in Slaapstraat (respons 43%) bleek dat patiënten vooral tevreden waren over de

TABEL 1 Scores van patiënten op ernst van de insomnie (ISI), depressieve en angstklachten (HADS), en functioneren (WSAS) tijdens voormeting en nameting

	Totale groep (<i>n</i> = 117)	Groep met zowel voormeting als nameting (<i>n</i> = 50)			
	Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Effect-grootte (Cohens <i>d</i>)	<i>p</i> -waarde
Ernst insomnie (ISI)	18,2 (3,9)	18,7 (4,0)	14,7 (5,8)	- 0,6	< 0,01
Depressie (HADS)	14,7 (3,7)	15,4 (3,9)	16,5 (1,8)	+ 0,3	0,07
Angst (HADS)	14,3 (4,0)	15,1 (4,4)	18,2 (2,3)	+ 0,5	< 0,01
Functioneren (WSAS totaal)	4,1 (2,1)	4,5 (1,9)	4,0 (2,0)	- 0,3	0,20

Noot. ISI = Insomnia Severity Index, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, SD = standaarddeviatie, WSAS = Work and Social Adjustment Scale.

aandacht die werd geschonken aan het slaapprobleem. Ze vonden het fijn dat de huisarts de tijd nam om te luisteren en zij voelden zich serieus genomen. Ook het slaapdagboek werd erg gewaardeerd. Patiënten gaven aan tevreden te zijn met het verkregen inzicht in het slaappatroon en de kennis over de oorzaken van slecht slapen. Men is echter minder tevreden over het vervolg. Patiënten gaven aan dat zij na de diagnose behoefte hadden aan meer begeleiding, nazorg en adviezen. Gegevens over de tevredenheid van professionals over de implementatie van Slaapstraat was afkomstig uit zowel vragenlijsten (respons 46%) als evaluatiebijeenkomsten per regio. De vragenlijsten die waren ingevuld lieten positieve resultaten zien. De huisartsen zien een duidelijke meerwaarde in Slaapstraat, omdat het programma leidt tot meer aandacht, erkenning en alertheid voor slaapproblemen. Men is heel tevreden over het slaapdagboek als diagnostisch instrument. De POH's-ggz vinden het prettig dat zij een belangrijker rol hebben gekregen in de slaapzorg. Zij hebben meer taken gekregen, in zowel de diagnostiek als de behandeling.

Zowel huisartsen als POH's-ggz noemen als knelpunt dat zij te weinig mensen met slaapproblemen zien om zich de methode goed eigen te kunnen maken. Er wordt onvoldoende routine en handigheid opgebouwd. Daarnaast ervaart men een gebrek aan tijd om de diagnostiek en behandeling optimaal te kunnen uitvoeren.

DISCUSSIE

.....

Om de slaapzorg in de huisartspraktijk te verbeteren is het zorgprogramma Slaapstraat ontwikkeld. Dit programma is uitgerold in vijf regio's. De resultaten ervan zijn geëvalueerd aan de hand van een voormeting en een nameting, en beantwoorden vier vragen. De eerste vraag is naar veranderingen in de kennis van professionals. We zien aanwijzingen dat deze kennis toeneemt, maar de toename bleek niet statistisch significant te zijn. De tweede vraag, naar veranderingen in het zorgproces, laat zien dat huisartsen slaapproblemen eerder herkennen, dat zij uitgebreidere slaapdiagnostiek verrichten en minder slaapmedicatie voorschrijven. Volledige CGT-i wordt echter nog zelden toegepast. De derde vraag betrof het effect op patiënten. We zien dat patiënten significant verbeteren op slaapklachten, maar niet op depressie, angst of functioneren. De laatste vraag betrof de tevredenheid met de nieuwe slaapzorg. Patiënten zijn met name tevreden over het feit dat er aandacht is voor het probleem en de uitgebreidere diagnostiek. Huisartsen zien de meerwaarde van Slaapstraat vooral rond de diagnostiek.

Herkennen van slaapprobleem

.....

Het programma leidt tot meer aandacht voor slaapproblematiek. Er is ook een (statistisch significante) toename te zien van het aantal patiënten bij wie in het dossier een slaapprobleem wordt geregistreerd. Het totale aantal patiënten (2,4% van alle patiënten op consult) is echter nog steeds erg laag. Dit aantal is niet in verhouding met de prevalentie van slaapklachten in de bevolking: ongeveer 30% voor slaapklachten in het algemeen en een kleine 10% voor insomniestoornissen (Ohayon, 2002). Verwacht mag worden dat dit percentage nog hoger is bij patiënten die op het spreekuur van de huisarts komen.

Slaapproblemen worden om twee redenen niet herkend. Ten eerste omdat patiënten ze zelf niet naar voren brengen, bijvoorbeeld omdat zij denken dat er weinig aan gedaan kan worden. Ten tweede omdat slaapproblemen vaak tegelijk optreden met andere klachten (bijvoorbeeld pijn of stemmingsklachten) en zowel huisartsen als POH's-ggz de neiging hebben om vooral daar aandacht aan te besteden: men denkt dan dat na behandeling van die andere klachten ook de slaapklachten vanzelf zullen overgaan. Uit de wetenschappelijke literatuur komt echter duidelijk naar voren dat slaapklachten apart te onderscheiden problemen zijn, die behandeling verdienen (Bjorvatn et al., 2021; Troxel et al., 2012). Zo is de kans dat stemmingsklachten aanhouden of weer terugkeren vele malen groter wanneer er sprake is van onbehandelde slaapproblemen.

Diagnostiek

Invoering van Slaapstraat genereert duidelijk meer aandacht voor de diagnostiek, hoewel de kennis niet duidelijk toeneemt. Vooral de invoering van het slaapdagboek (en in mindere mate de vragenlijst) speelt een belangrijke rol bij het verkrijgen van meer inzicht in het slaapprobleem. Overigens hebben wij binnen dit onderzoek niet kunnen checken in hoeverre de slaapstoornissen correct gediagnosticeerd waren of niet. Het merendeel van de patiënten vindt het fijn om een slaapdagboek in te vullen. Patiënten hebben hierdoor het gevoel dat hun klachten serieus genomen worden en het geeft hun zelf ook meer inzicht.

Slaapmedicatie

Het percentage patiënten dat slaapmedicatie krijgt voorgeschreven neemt af met 14% (en is statistisch significant). Dit is een grote winst. Desondanks krijgt de helft van de patiënten nog steeds medicatie voorgeschreven. Dit is niet in overeenstemming met de richtlijnen, die voorschrijven om heel terughoudend te zijn met slaapmedicatie. Er is dus een grote en belangrijke verbetering, maar ook is er nog meer winst te behalen.

Psycho-educatie

Er is bij de hulpverleners niet gevraagd in hoeverre zij meer (of betere) psycho-educatie geven. Patiënten gaven echter duidelijk aan dat er meer aandacht en tijd was om het slaapprobleem te bespreken. Ook vinden zij het fijn om meer te weten over (de oorzaken van) hun slaapprobleem.

CGT-i

CGT-i is de eerstekeuzebehandeling bij insomnie volgens alle insomnie-richtlijnen en de NHG-standaard. Uit dit onderzoek blijkt echter dat ook na invoering van Slaapstraat het percentage patiënten dat een volledige CGT-i krijgt (inclusief stimuluscontrole en slaaprestrictie) nog heel klein is. Dit betekent dat de slaapproblemen van patiënten minder verbeteren dan mogelijk is. Slaapstraat draagt uit dat CGT-i aangeboden kan worden door huisartsen. Wij zijn het daar in principe mee eens, maar tegelijkertijd constateren wij dat de meeste huisartsen aangeven daar onvoldoende tijd voor te hebben. Wij menen dan ook dat CGT-i beter aangeboden kan worden door de POH-ggz. Tijdens de Slaapstraattraining wordt nog maar beperkt aandacht geschonken aan CGT-i-training voor POH's. In eerder onderzoek hebben wij aangetoond dat POH's-ggz na training goed in staat zijn om CGT-i aan te bie-

den en dat dit grote effecten heeft op slaapklachten (van der Zweerde et al., 2020).

Effecten op klachten van patiënten

De slaapklachten van patiënten in Slaapstraat namen significant af. Gemiddeld genomen daalde de ISI-score met 4 punten. Dit komt overeen met een middelgroot effect ($d = 0,6$), maar niet met een klinisch relevant effect, dat gedefinieerd is als een daling van 6 punten of meer. De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat patiënten onvoldoende behandeling hebben gehad (CGT-i).

Naast een daling van slaapklachten zagen wij een significante toename van angstklachten. Dit is een onverwacht resultaat, aangezien angst- en depressieve klachten doorgaans afnemen als slaapklachten verbeteren (Ballesio et al., 2017; Gebara et al., 2018; Staines et al., 2022). Wellicht is dit te wijten aan het feit dat men geen controle leerde te krijgen over de slaapklachten. Ook kan het natuurlijk een toevalsbevinding zijn.

Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek in vijf regio's in Nederland, waarin professionals en patiënten zijn benaderd om veranderingen in slaapzorg in kaart te brengen na invoering van Slaapstraat, kent een aantal beperkingen.

Ten eerste is dit een observationeel onderzoek. Dit wil zeggen dat we geen controlegroep hadden (van patiënten die niet aan Slaapstraat hebben deelgenomen) om de uitkomsten mee te vergelijken. Dit betekent dat we niet met zekerheid kunnen zeggen of de veranderingen in de scores ook daadwerkelijk door invoering van Slaapstraat zijn veroorzaakt.

Ten tweede was er een hoge non-respons onder de professionals. Bij aanvang wilde nog 80% van hen onze vragenlijst invullen, maar een jaar later was dit nog maar 46%. Waarschijnlijk valt deze hoge non-respons te verklaren door de grote werkdruk onder huisartsen en de relatief lange vragenlijst. Bovendien zijn slaapklachten slechts een van de vele problemen waar huisartsen mee te maken krijgen. Het is aannemelijk dat huisartsen die het meest gemotiveerd zijn door het thema 'slaapzorg' het vaakst de vragenlijst hebben ingevuld. Dit betekent dat de non-significante toename van kennis wellicht een overschatting is.

Ten derde was er ook een hoge non-respons onder patiënten. Bij aanvang wilde nog 63% van de patiënten die meededen aan Slaapstraat onze vragenlijst invullen, maar na een jaar was dat nog maar 43%. Patiënten die de nameting niet hebben ingevuld lieten bij aanvang wat minder klachten zien (slaap, angst, depressie) dan patiënten die de nameting wel hebben ingevuld. Mogelijk hadden deze patiënten bij de nameting geen klachten meer en hebben ze daarom de nameting niet ingevuld. In dat geval is het gevon-

den effect een *onderschatting* van het daadwerkelijke effect. Het kan ook zijn dat juist de meest ontevreden patiënten de nameting niet meer hebben ingevuld. In dat geval zou het gevonden effect ook een *overschatting* kunnen zijn van het daadwerkelijke effect. Het enige wat we hier met zekerheid over kunnen zeggen is dat een volledige CGT-i in de huisartspraktijk, aangeboden door de POH-ggz, zeer effectief is op slaapklachten (van der Zweerde et al., 2020).

Klinische implicaties: verdere verbeteringen van de slaapzorg

We concluderen dat invoering van Slaapstraat een goede eerste stap is in het verbeteren van de slaapzorg in de huisartspraktijk, maar ook dat CGT-i vaker toegepast kan en moet worden. Naar onze mening zijn er een aantal manieren om implementatie van CGT-i te bevorderen:

- 1 *CGT-i-behandeling laten geven door de POH-ggz.* Om dit te faciliteren, is het belangrijk om de POH-ggz goed te trainen in CGT-i. Het slaap-waakcentrum Kempenhaeghe heeft een pilotonderzoek uitgevoerd, waarbij POH's-ggz uit een zestal huisartspraktijken een driedaagse training kregen aangeboden en daarna maandelijkse intervisie. Vervolgens is nagegaan in hoeverre de slaapklachten afnamen van patiënten met insomnie in deze huisartspraktijken. De gemiddelde ISI-score vóór behandeling was 17, wat neerkomt op matig ernstige klachten. Na behandeling was de gemiddelde score gedaald tot 7, wat betekent dat er geen slaapprobleem meer is. Meerdere organisaties in Nederland bieden CGT-i-cursussen aan voor POH's en psychologen. Recent hebben wij zelf een kortdurende online CGT-i-cursus ontwikkeld. Deze is specifiek ontwikkeld voor POH's-ggz, maar kan ook goed gevolgd worden door bijvoorbeeld psychologen of verpleegkundig specialisten. Het voordeel van online training is dat de kosten ervan relatief laag zijn en de training uitgevoerd kan worden op zelfgekozen tijdstippen, zonder te hoeven reizen. Na afloop kan de cursist desgewenst nog intervisiebijeenkomsten bijwonen onder leiding van een ervaren slaapbehandelaar. Voor meer informatie, zie: www.leerslapen.nl.
- 2 *Toepassing van CGT-i aan de hand van een boek.* Er zijn meerdere goede CGT-i-boeken beschikbaar voor patiënten (Jespen et al., 2022; van Straten & Lancee, 2019; Verbeek et al., 2014). Dit betekent dat de patiënt de behandeling zelf kan doorlezen en in stappen kan uitvoeren, inclusief huiswerk. Uiteraard is het mogelijk om dit samen met een POH-ggz te doen via face-to-faceconsulten, waarin vragen of problemen rond de behandeling besproken kunnen worden. Het voordeel voor de POH-ggz is dat die niet alles hoeft uit te leggen (en hoeft te onthouden), omdat alle belangrijke informatie ook in het boek beschreven staat.
- 3 *Gebruik van online CGT-i.* Er zijn meerdere online slaapcursussen beschikbaar in Nederland. Omdat helaas niet iedere cursus de gehele CGT-i

bevat, is het wel van belang om goed op te letten voor welke cursus er gekozen wordt. Een van de mogelijkheden is de door ons ontwikkelde i-Sleep-cursus, die in verschillende gerandomiseerde onderzoeken effectief is gebleken (van der Zweerde et al., 2019, 2020; van Straten et al., 2014). Deze kan worden afgenomen via Minddistrict of via www.leerslapen.nl. Net als bij een boek, kan de patiënt alle informatie naslaan, in dit geval online. Het voordeel van een online cursus is dat er ook filmpjes en audiofragmenten beschikbaar zijn. Bovendien heeft de behandelaar online toegang tot het ingevulde slaapdagboek en het huiswerk, en kan dus nog gemakkelijker monitoren hoe de voortgang is van de cursus. Ook een online cursus kan goed aangevuld worden met face-to-facecontacten. Tijdens deze contacten kan er tevens aandacht geschonken worden aan eventuele andere problemen van de patiënt.

- 4 *Behandeling van primaire insomnie door een psycholoog laten vergoeden door de zorgverzekeraar.* CGT-i-behandelingen zijn bij uitstek behandelingen die passen in het domein van de psycholoog. Bovendien is insomnie een taaie stoornis, met verstreckende gevolgen. Wij zien daarom geen reden waarom insomnie niet door een psycholoog behandeld kan worden, wanneer behandeling door de POH-ggz niet afdoende blijkt.

De implementatie van Slaapstraat en het evaluatieonderzoek naar deze implementatie zijn mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van de Hersenstichting.

Annemieke van Straten is verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, en aan het Amsterdam Public Health Research Instituut.

Tanja van der Zweerde is werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Amsterdam, locatie VUmc, afdeling Psychiatrie, en bij het Amsterdam Public Health Research Instituut.

Ingrid Verbeek is verbonden aan Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe.

Jaap Lancee is werkzaam bij Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie.

Correspondentieadres: Annemieke van Straten, Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. E-mail: a.van.straten@vu.nl.

Summary *Evaluation of a new care program for sleep problems in primary care*

A new care program for people with sleep problems was developed called 'Slaapstraat'. All care professionals received training to distinguish and diagnose different sleep disorders. We evaluated the effects of implementation of this program in five Dutch regions. The main results were (1) that physicians more often recognize sleep problems, (2) that (by far) not every patient is recognized, (3) that the diagnostic procedures strongly improved, (4) that patients liked the

improved diagnostic attention, (5) that patients were less often prescribed sleep medication, and (6) that cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i), the treatment of choice, is still rarely being used. This new care program is a good first step in improving care for sleep disorders, but there is also a need for better implementation of CBT-i. This might be reached by training the nursing staff and by using books or online CBT-i courses.

Keywords *primary care, general practitioner, insomnia, sleep problems, CBT, CBT-i*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. American Psychiatric Association.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Bakker, M. H., Hugtenburg, J. G., van Straten, A., van der Horst, H. E., & Slottje, P. (2021). Effectiveness of low-dose amitriptyline and mirtazapine for insomnia disorder: Study protocol of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in general practice (the DREAMING study). *BMJ Open*, 11, e047142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047142>
- Ballesio, A., Aquino, M. R. J. V., Feige, B., Johann, A. F., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2017). The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 37, 114-129. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.01.006>
- Bjorvatn, B., Jernelöv, S., & Pallesen, S. (2021). Insomnia – A heterogenic disorder often comorbid with psychological and somatic disorders and diseases: A narrative review with focus on diagnostic and treatment challenges. *Frontiers in Psychology*, 12, 639198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.639198>
- Bothelius, K., Kyhle, K., Espie, C. A., & Broman, J. E. (2013). Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Sleep Research*, 22, 688-696. <https://doi.org/10.1111/jsr.12067>
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoir, J. P., Savard, J., & Baillargeon, L. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, 10, 427-438. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005>
- Everitt, H., McDermott, L., Leydon, G., Yules, H., Baldwin, D., & Little, P. (2014). GPs' management strategies for patients with insomnia: A survey and qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 64, e112-9. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677176>
- Gebara, M. A., Siripong, N., DiNapoli, E. A., Maree, R. D., Germain, A., Reynolds, C. F., Kasckow, J. W., Weiss, P. M., & Karp, J. F. (2018). Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis.

- Depression and Anxiety*, 35, 717-731. <https://doi.org/10.1002/da.22776>
- Gorgels, W., Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. J., Smelt, A., Damen-van Beek, Z., Bouma, M., Verduijn, M. M., & van Venrooij, M. (2014). NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen (Tweede herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 7, 352-361.
- He, Q., Zhang, P., Li, G., Dai, H., & Shi, J. (2017). The association between insomnia symptoms and risk of cardio-cerebral vascular events: A meta-analysis of prospective cohort studies. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24, 1071-1082. <https://doi.org/10.1177/2047487317702043>
- Hoebert, J., Souverein, P., Mantel-Teeuwisse, A., Leufkens, H., & van Dijk, L. (2012). Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. *Huisarts & Wetenschap*, 7, 286-288.
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 225-233.
- Jepsen, J., & van Daele, A. (2022). *Nooit meer niet slapen: De ultieme gids voor slechtslapers*. Spectrum.
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.09.015>
- Kerkhof, G. A., Geuke, M. E., Brouwer, A., Rijsman, R. M., Schimsheimer, R. J., & van Kasteel, V. (2013). Holland Sleep Disorders Questionnaire: A new sleep disorders questionnaire based on the International Classification of Sleep Disorders-2. *Journal of Sleep Research*, 22, 104-107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2012.01041.x>
- Kocevska, D., Lysen, T. S., Dotinga, A., Koopman-Verhoeff, M. E., Luijk, M. P. C. M., Antypa, N., Biermasz, N. R., Blokstra, A., Brug, J., Burk, W. J., Comijs, H. C., Corpeleijn, E., Dashti, H. S., de Bruin, E. J., de Graaf, R., Derks, I. P. M., Dewald-Kaufmann, J. F., Elders, P. J. M., Gemke, R. J. B. J., ... Tiemeier, H. (2021). Sleep characteristics across the lifespan in 1.1 million people from The Netherlands, United Kingdom and United States: A systematic review and meta-analysis. *Nature Human Behaviour*, 5, 113-122. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00965-x>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34, 601-608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97-111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Olssen, I., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*, 5, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-46>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Inter-*

- nal Medicine*, 165, 125-133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Rauwerda, N., & Verbeek, I. (2023). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i): Effectiviteit en inhoud van de behandeling. *Gedragstherapie*, 56, 138-162.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Herstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26, 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Spiegelhalder, K., Scholtes, C., & Riemann, D. (2010). The association between insomnia and cardiovascular diseases. *Nature and Science of Sleep*, 2, 71-78. <https://doi.org/10.2147/nss.s7471>
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004382>
- Staines, A. C., Broomfield, N., Pass, L., Orchard, F., & Bridges, J. (2022). Do non-pharmacological sleep interventions affect anxiety symptoms? A meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 31, e13451. <https://doi.org/10.1111/jsr.13451>
- Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., Saylor, D. K., Magee, J. C., Gonder-Fredrick, L. A., & Morin, C. M. (2011). Validation of the Insomnia Severity Index as a web-based measure. *Behavioral Sleep Medicine*, 9, 216-223. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606766>
- Troxel, W. M., Kupfer, D. J., Reynolds, C. F., Frank, E., Thase, M. E., Miewald, J. M., & Buysse, D. J. (2012). Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 478-485. <https://doi.org/10.4088/JCP.11mo07184>
- van der Zweerde, T., Lancee, J., Slottje, P., Bosmans, J. E., van Someren, E. J. W., & van Straten, A. (2020). Nurse-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: Results from a pragmatic randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 174-184. <https://doi.org/10.1159/000505600>
- van der Zweerde, T., van Straten, A., Eftting, M., Kyle, S. D., & Lancee, J. (2019). Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 49, 501-509. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001149>
- van Straten, A., Emmelkamp, J., de Wit, J., Lancee, J., Andersson, G., van Someren, E. J., & Cuijpers, P. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: A randomized trial. *Psychological Medicine*, 44, 1521-1532. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002249>
- van Straten, A., & Lancee, J. (2019). *i-Sleep: overwin uw slaapproblemen*. Vrije Universiteit Amsterdam. Gratis te downloaden van www.i-sleep.nl/wp-content/uploads/2019/03/i-Sleep-webversie.pdf
- Verbeek, I., van der Laar, M., Pijnenborg, M., & Scholten, W. J. (2014). *Verbeter je slaap: Werkboek voor de cliënt*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wickwire, E. M., Shaya, F. T., & Scharf, S. M. (2016). Health economics of insomnia treatments: The return on investment for a good night's sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.11.004>

Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i)

Effectiviteit en inhoud van de behandeling

NYNKE RAUWERDA & INGRID VERBEEK

Samenvatting

Insomnie, de tweede meest voorkomende psychische aandoening, verhoogt het risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Behandeling van insomnie is dan ook van belang. De eerstekeuzebehandeling bij insomnie is cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i). Medicatie wordt in de praktijk vaak voorgeschreven, maar heeft slechts een kortdurend effect en vaak veel negatieve bijwerkingen. Richtlijnen geven dan ook aan uitsluitend medicatie voor te schrijven in acute situaties, als CGT-i niet effectief of niet beschikbaar is. CGT-i is een effectieve behandeling, die niet alleen adequaat insomnie behandelt, maar ook positieve resultaten laat zien op (preventie van) comorbide klachten. CGT-i bestaat uit verschillende elementen. Voorlichting over slaap, slaaphygiëne en slaap-waakregistratie vormen de start van de behandeling. Slaaprestrictie en stimuluscontrole zijn zeer effectieve elementen om insomnie te doorbreken. Voor beide methoden geldt dat behandelaar en patiënt zich niet moeten laten afschrikken door eventuele kortdurende toename van klachten. Ten slotte zijn belangrijke elementen van CGT-i ontspanning, cognitieve interventies rond disfunctionele slaapgerelateerde cognities en terugvalpreventie. Dit artikel geeft een overzicht van de effectiviteit, inhoud en toepassing van CGT-i, een behandeling die een onmisbaar onderdeel is van de gereedschapskist van de cognitief gedragstherapeut.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, insomnie, slaap, effectiviteit, slaaprestrictie, stimuluscontrole

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Insomnie, de op twee na meest voorkomende psychische aandoening, verhoogt het risico op ontwikkelen van comorbide psychopathologie.
- ▶ De eerstekeuzebehandeling voor insomnie is cognitieve gedragstherapie bij insomnie (CGT-i). CGT-i is effectief op zowel de korte als de lange termijn.
- ▶ CGT-i verbetert niet alleen insomnie, maar vermindert ook comorbide klachten en lijkt veelbelovend voor de preventie van het ontwikkelen van psychopathologie.
- ▶ CGT-i bestaat uit verschillende elementen, die elk op zichzelf effectief zijn in het verminderen van insomnieklachten, maar over het algemeen geldt dat een combinatie van elementen het beste resultaat oplevert.

INLEIDING

.....

Insomniastoorning wordt in de DSM-5 gedefinieerd als de subjectieve klacht van ontevredenheid over de kwantiteit of kwaliteit van de slaap (moeite met inslapen, met doorslapen of te vroeg wakker worden), die minstens drie nachten per week optreedt gedurende minstens drie maanden, met bijbehorende significante lijdensdruk, problemen in functioneren of klachten overdag (APA, 2014). Voor insomniastoorning worden ook geregeld de termen ‘slapeloosheid’ en (chronische) ‘insomnie’ gebruikt. Wij zullen in dit artikel de term ‘insomnie’ gebruiken als synoniem voor insomniastoorning.

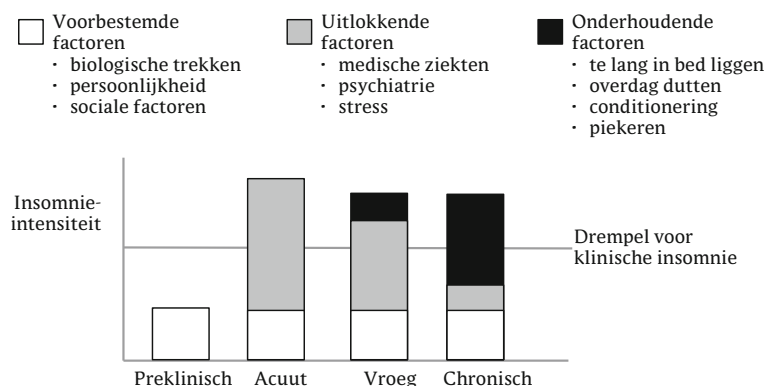
Conform de criteria van de DSM-5 komt insomnie bij 10% van de bevolking voor (Chung et al., 2015) en is daarmee na de angststoornis de tweede meest voorkomende psychische aandoening (Wittchen et al., 2011). Bij mensen met een comorbide medische of psychiatrische aandoening is deze prevalentie nog hoger (Budhiraja et al., 2011; Seow et al., 2018). Daarnaast verhoogt insomnie het risico op het ontwikkelen van een psychische aandoening (Hertenstein et al., 2019). Het is dan ook van belang dat insomnie behandeld wordt als een op zichzelf staande stoornis.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ INSOMNIE

.....

Het driefactorenmodel (zie figuur 1) van Spielman is een biopsychosociaal model dat het ontstaan en de instandhouding van insomnie omschrijft (Spielman et al., 1987). Dit model stelt voorop dat predisponerende factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheidsfactoren), uitlokkende factoren en in stand houdende factoren betrokken zijn bij het ontstaan en de instandhouding van insomnie. Uitlokkende factoren kunnen zijn acute of chronische stress, en psychische en medische aandoeningen. De in stand houdende factoren betreffen: (1) gedragsmatige factoren (zoals lang in bed liggen en dutjes

overdag), (2) piekeren (onder andere slaapgerelateerd piekeren gedurende de nacht) (Lancee et al., 2017), (3) verhoogde focus op en arousal rondom de slaap, en (4) disfunctionele cognities omtrent de slaap. Cognitieve gedragstherapie grijpt in op deze in stand houdende factoren. Bij de beschrijving van de inhoud van CGT-i zullen wij uitleggen hoe de verschillende componenten van CGT-i ingrijpen op deze in stand houdende factoren.



FIGUUR 1 Driefactorenmodel van Spielman en collega's (1987) over de ontwikkeling van insomnie in de tijd (bron: Verbeek & van de Laar, 2015)

EFFECTIVITEIT VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE VOOR INSOMNIE (CGT-I)

Effectiviteit van CGT-i voor insomnie en slaap

Bij insomnie is de eerstekeuzebehandeling cognitieve gedragstherapie bij insomnie (CGT-i). Dit is conform de in 2017 uitgebrachte *Europese richtlijn diagnostiek en behandeling van insomnie* (Riemann et al., 2017) en de Amerikaanse richtlijn *Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians* (Qaseem et al., 2016). Ook in de standaard *Slaapproblemen en slaappmiddelen* van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wordt CGT-i aanbevolen als behandeling (Gorgels, 2014).

Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CGT-i bij insomnie. Recente meta-analyses laten zien dat bij het toepassen van ten minste één component van CGT-i men na de behandeling minder insomnieklachten en een betere slaapkwaliteit ervaart. Het behandel-effect is bovendien groter

wanneer alle elementen van CGT-i worden toegepast (Harvey et al., 2014). Bij de beschrijving van de verschillende elementen van CGT-i gaan we nader in op de effectiviteit van deze elementen.

Face-to-facebehandeling van minimaal vier sessies geeft het beste effect (Edinger et al., 2021; van Straten et al., 2018). Ook de effectiviteit van groepsgewijze behandeling met CGT-i is uitgebreid aangetoond (Koffel et al., 2015). CGT-i kan ook online aangeboden worden. Verschillende meta-analyses laten goede effecten zien, vooral wanneer een therapeut deze behandeling begeleidt (zie bijvoorbeeld: Hasan et al., 2022; Soh et al., 2020). In het Nederlands taalgebied is de online module i-Sleep het beste onderzocht en effectief bevonden in onder andere de huisartsenpraktijk (van der Zweerde et al., 2020). Vanaf 2023 is het in Nederland mogelijk om als e-learning de online nascholing CGT-i te volgen (www.leerslapen.nl).

De uitkomsten van face-to-face CGT-i zijn robuust, gelden voor mensen met en zonder comorbiditeit (zoals depressie, posttraumatische-stressstoornis (PTSS), psychose, bipolaire stoornis (Hertenstein et al., 2022) en medische aandoeningen), voor jonge en oudere mensen, en zijn onafhankelijk van het gebruik van medicatie. Tevens laat onderzoek zien dat het behandel-effect aanhoudt tot ten minste één jaar na de behandeling (van der Zweerde, Bisdounis et al., 2019). Een recente studie laat zien dat bij een groot deel van de patiënten het behandelresultaat zelfs tien jaar na behandeling nog aanwezig is (Jernelov et al., 2022).

Effectiviteit van CGT-i wat betreft (de preventie van) comorbide klachten

Naast een verbetering in ervaren slaapkwaliteit, laat CGT-i tevens een afname zien wat betreft comorbide klachten, zoals depressieve klachten (Cunningham & Shapiro, 2018; van der Zweerde, van Straten et al., 2019), pijn (Selvanathan et al., 2021) en (zij het in mindere mate) angstklachten (Belleville et al., 2016). Indien er sprake is van comorbide insomnie bij psychiatrische problematiek is dan ook aan te raden om CGT-i toe te voegen aan de reguliere behandeling, met name bij depressie, PTSS en multiproblematiek, aangezien CGT-i op zichzelf al de ernst van deze symptomen verbetert (Hertenstein et al., 2022). Verder laat een recente meta-analyse zien dat CGT-i ook effectief is in het verbeteren van de algemene kwaliteit van leven (Alimoradi et al., 2022). Ten slotte laat recent onderzoek zien dat CGT-i niet alleen comorbide klachten doet afnemen, maar ook een belangrijke rol kan spelen in de preventie van het ontwikkelen van psychopathologie. Er is aangetoond dat CGT-i de kans op het ontwikkelen van een depressie verlaagt (Irwin et al., 2022).

Voorspellers van behandelrespons

Specifieke patiëntgerelateerde kenmerken die de behandelrespons op CGT-i voorspellen, zijn onder meer: (1) de aanwezigheid van disfunctionele slaapgerelateerde gedragsfactoren, (2) motivatie om therapie te volgen en een positieve behandelverwachting met betrekking tot CGT-i, (3) verminderd gebruik van hypnotica, (4) langere slaapduur, en (5) adequaat behandelde psychiatrische comorbiditeiten (Cho et al., 2021).

De behandelaar kan de motivatie en behandelverwachting bij de patiënt vergroten door uitleg te geven over de effectiviteit van CGT-i en over de rationale van de behandeling.

CGT-i versus andere psychotherapievormen

In de klinische praktijk worden bij insomnie soms andere therapievormen dan CGT-i aangeboden, bijvoorbeeld *acceptance and commitment therapy* (ACT), mindfulnesstherapie of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). Deze therapieën kunnen veelbelovende opties zijn als CGT-i onvoldoende effectief is (Hertenstein et al., 2014). Wanneer deze therapieën echter op zichzelf worden aangeboden (dus zonder elementen van CGT-i), ontbreekt er tot dusver wetenschappelijk bewijs voor hun werkzaamheid wat betreft afname van insomnie (Garcia et al., 2018; Kim, 2021; Perini et al., 2021; Wong et al., 2017; Zeichner et al., 2017; Zhang et al., 2019). Om deze reden zijn ze niet in de huidige richtlijnen opgenomen.

ROL VAN MEDICATIE

Effectiviteit van medicatie bij insomnie

De Europese richtlijn voor de behandeling van insomnie adviseert medicatie alleen toe te passen gedurende korte tijd, in acute situaties of als CGT-i niet beschikbaar is (Riemann et al., 2017). Desondanks worden er in de praktijk vaak voordat CGT-i is toegepast verschillende medicijnen voorgeschreven voor de behandeling van insomnie, van vrij verkrijgbare middelen (zoals melatonine) tot antidepressiva (Everitt et al., 2018) en benzodiazepine(agonisten) (bijvoorbeeld temazepam en zolpidem). Een recente meta-analyse laat zien dat medicatie die gelabeld is voor gebruik tegen insomnie (benzodiazepine(agonisten), daridorexant, suvorexant en trazodon) effectief zijn in de acute behandeling van insomnie, maar dat ze ofwel slecht verdragen worden, ofwel niet effectief zijn op de lange termijn (De Crescenzo et al., 2022). Daarnaast zijn er medicamenten die niet zijn

geregistreerd om bij insomnie voor te schrijven, maar die desondanks off-label worden voorgeschreven, zoals mirtazipine en Seroquel (Kamphuis et al., 2015). Daardoor worden mensen met insomnie blootgesteld aan medicatie (en de bijwerkingen ervan) waarvoor wetenschappelijke evidentie wat betreft effectiviteit ontbreekt.

Benzodiazepine(agonisten) (BZ) zorgen voor enige versuffing, spierontspanning en minder angstklachten. Onderzoek naar de effecten van BZ op de slaaparchitectuur laat zien dat BZ de duur van de lichte slaap verlengt, en de duur van de diepe slaap en de remslaap (*rapid eye movement sleep*) verkort (voor achtergrondinformatie over slaaparchitectuur, zie het kader met informatie over slaap hierna). Het verlengen van de lichte slaap verklaart waarom BZ-gebruikers vaak ervaren beter te slapen. Echter, de daadwerkelijke slaapkwaliteit neemt juist af, gezien de afname van de belangrijke slaapfasen diepe slaap en remslaap (de Mendonca et al., 2023). Zo is een van de belangrijke functies van de diepe slaap lichamelijk herstel (van Cauter & Plat, 1996) en een belangrijke functie van de remslaap (ook wel 'droomslaap' genoemd) emotioneel herstel (Wassing et al., 2016). Beide slaapfasen dragen daarnaast bij aan informatieverwerking en geheugen (Diekelmann & Born, 2010). De regelmatig gebruikte term 'slaapmedicatie' is dan ook misleidend, omdat hij suggereert dat de medicatie het slaapproces positief beïnvloedt. Indien de medicatie wordt voorgeschreven in een acute situatie (en de stressor nog aanwezig is), is het belangrijk om de medicatie te labelen als een middel dat spanning vermindert en niet de slaap beïnvloedt. Op die manier kunnen patiënten geen onjuiste associaties ontwikkelen ten aanzien van medicatie en slaap.

Langdurig BZ-gebruik heeft als negatieve bijwerking dat mensen overdag klachten ervaren (denk aan duifheid, concentratieklachten en verhoogd risico om te vallen) en kan leiden tot psychische afhankelijkheid (Seldenrijk et al., 2017).

Melatonine kan aangeschaft worden zonder voorschrift van een arts. Veel mensen die slecht slapen proberen het middel daarom uit. Wetenschappelijk onderzoek laat echter zien dat melatonine niet effectief is bij insomnie (De Crescenzo et al., 2022). Het gebruik ervan kan zelfs het biologische circadiane ritme verstoren en daarmee slaapklachten op lange termijn verergeren. Het gebruik van melatonine moet daarom worden ontraden bij insomnie. Stoppen met melatonine levert doorgaans geen bijwerkingen op en kan dus veilig plaatsvinden.

Medicatie versus CGT-i

In tegenstelling tot medicatie zorgt de psychologische behandeling CGT-i juist voor verbetering van de slaap, die behouden blijft op de lange termijn, met een lagere kans op terugval (Riemann & Perlis, 2009). Ook de zelfredzaamheid wordt vergroot. Dit is een groot voordeel boven medicamenteuze behandeling.

Gebruik of afbouw van medicatie tijdens CGT-i

Indien een patiënt bij de start van de CGT-i-behandeling medicatie gebruikt, is het vanwege de bijwerkingen en het ontbreken van wetenschappelijke evidentie goed om afbouw daarvan te stimuleren. Fysiologische afhankelijkheid van medicatie leidt tot ontweningsverschijnselen als men plots stopt. Het is belangrijk een patiënt hierover goed te informeren. Met een geleidelijk afbouwschema zijn ontweningsverschijnselen tot een minimum te beperken. Het is van belang dit afbouwschema af te stemmen met de arts die de medicatie heeft voorgeschreven. In de NHG-standaard staan duidelijke richtlijnen over de afbouw van slaapmiddelen. De toepassing van CGT-i gedurende de afbouw kan het afbouwen van medicatie faciliteren (Morin et al., 2004).

Als iemand pertinent niet wil afbouwen, kan toch CGT-i toegepast worden. Belangrijk is dan om afspraken te maken over het medicatiegebruik. Een goede stap is dat mensen slaapmedicatie nemen op vaste dagen, die van tevoren zijn afgesproken (bijvoorbeeld iedere maandagavond). Hierdoor krijgt de patiënt beter zicht op waar hij of zij de verbeterde slaap aan kan toeschrijven: aan de CGT-i of aan de medicatie.

BEHANDELVOORKEUR EN TOEGANG TOT CGT-I

Zoals eerder benoemd, wordt ondanks de Europese richtlijn (Riemann et al., 2017) in Nederland nog veel medicatie voorgeschreven voor insomnie. Dat nog weinig patiënten met insomnie behandeld worden met CGT-i heeft een aantal oorzaken. Een eerste oorzaak is dat zorgverleners er vaak ten onrechte van uitgaan dat mensen met insomnie een medicamenteuze behandeling prefereren boven een psychologische behandeling (Dyas et al., 2010). Onderzoek wijst echter uit dat een groot aantal mensen de voorkeur geeft aan een niet-medicamenteuze behandeling (Vincent & Lionberg, 2001). Een tweede oorzaak is dat de toegang tot CGT-i nog beperkt is, omdat onvoldoende psychologen geschoold zijn in de behandeling. Daarnaast is er vanuit de zorgverleners nog te weinig aandacht voor insomnie en voor het belang van behandeling van insomnie (Koffel et al., 2018).

Momenteel wordt binnen de ggz in Nederland de behandeling van insomnie niet vergoed, tenzij er sprake is van een bijkomende DSM-5-classificatie. Mogelijk speelt dit ook een rol in de nog beperkte aandacht voor insomnie. Binnen het huidige systeem zou insomnie zonder comorbiditeit behandeld kunnen worden in de huisartsenpraktijk (denk aan CGT-i door de POH-ggz en aan slaapoefentherapie), insomnie met comorbide milde psychopathologie in de basis-ggz, insomnie met ernstigere comorbide psychopathologie in de specialistische ggz, en insomnie met comorbide slaapstoornissen of

interfererende medische comorbiditeit in ziekenhuizen en in derdelijns gespecialiseerde slaapcentra.

Ten slotte kunnen patiënten en ook behandelaren opzien tegen een aantal elementen van CGT-i, zoals slaaprestrictie (Vincent et al., 2008). Goede voorlichting over de veiligheid van de behandeling is dan ook van belang.

145

INHOUD VAN CGT-I

.....

Voor de beschrijving van de inhoud van CGT-i en de verschillende onderdelen ervan baseren we ons op het behandelprotocol van Verbeek en van de Laar (2015), waar nodig aangevuld met recente literatuur. Dit behandelprotocol bestaat uit acht sessies: zes wekelijkse sessies, gevolgd door twee follow-upsessies. Het protocol bestaat uit een werkboek voor patiënten en een handleiding voor de behandelaar. In 2023 zal een herziene versie van dit protocol verschijnen, die bestaat uit vijf tot zes wekelijkse sessies en één follow-upsessie (in plaats van twee, aangezien uit de praktijk bleek dat dit voldoende was). Ter illustratie van een mogelijk beloop van cognitieve gedragstherapie bij insomnie hebben wij een casusbeschrijving toegevoegd (zie het kader aan het eind van het artikel).

Overzicht van de elementen van CGT-i

.....

CGT-i bestaat uit verschillende elementen: voorlichting over slaap en slaaphygiëne, slaap-waakregistratie middels een slaapdagboek, de gedragsinterventies slaaprestrictie en stimuluscontrole, ontspanning, cognitieve therapie, en terugvalpreventie. In tabel 1 wordt beschreven hoe de elementen over het algemeen verdeeld zijn over de verschillende sessies. Bij elke sessie neemt de patiënt een ingevuld slaapdagboek mee ter ondersteuning van de interventies.

Psycho-educatie over insomnie

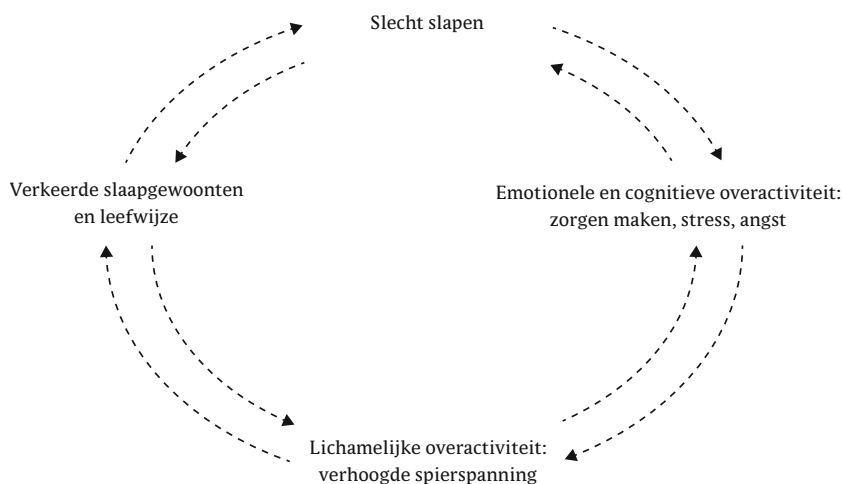
.....

Psycho-educatie is een belangrijk onderdeel van CGT-i. Goed informeren over het ontstaan van insomnie aan de hand van het driefactorenmodel van Spielman (Spielman et al., 1987) en de vicieuze cirkel van insomnie (zie figuur 2), over slaap in het algemeen (zie kader) en over slaap als 24-uurs-aangelegenheid (de invulling van de dag is van invloed op de slaap) creëert een goede motivatie voor de behandeling en reële verwachtingen over de slaap. De geboden psycho-educatie vergemakkelijkt tevens het formuleren van een reële hulpvraag en een doel van de behandeling. In het ggz-protocol *Behandeling van langdurige slapeloosheid* (Verbeek & van de Laar, 2015) en hoofdstuk 12 van *Cognitieve therapie* (Bögels & van Oppen, 2019) is uitgebreidere psycho-educatie te vinden. Na de psycho-educatie wordt samen met

TABEL 1 *Overzicht van CGT-i-interventies en bijbehorende sessies*

Sessie 1	► Voorlichting over slaap en slaaphygiëne ► Start invullen slaap-waakdagboek
Sessie 2	► Start gedragsinterventies: stimuluscontrole- en/of slaaprestrictie-interventies ► Start ontspanning en piekerprogramma
Sessies 3-4	► Gedragsinterventies (vervolg) ► Ontspanning (vervolg) ► Piekerprogramma (vervolg) ► Start cognitieve therapie
Sessies 5-8	► Gedragsinterventies (vervolg) ► Ontspanning (vervolg) ► Piekerprogramma (vervolg) ► Cognitieve therapie (vervolg) ► Terugvalpreventie en follow-up

de patiënt een haalbaar doel voor de behandeling opgesteld, bijvoorbeeld: binnen 45 minuten in slaap vallen, of: zich minder druk maken rond de slaap.



FIGUUR 2 *Algemeen model van langdurige slapeloosheid (gebaseerd op: Morin, 1993) (bron: Verbeek & van de Laar, 2015)*

ALGEMENE INFORMATIE OVER SLAAP

147

Slaap bestaat uit verschillende fasen: lichte slaap, diepe slaap en remslaap. De lichte slaap is de overgang van waken naar slapen, het 'in slaap vallen'. Tijdens de diepe slaap wordt men niet gemakkelijk wakker. Tijdens de remslaap zijn de hersenen zeer actief, en bewegen de ogen snel heen en weer: vandaar de term *rapid eye movement* (REM). Dit is de fase waarin dromen voorkomen. De remfase komt bij iedereen voor, ook als men zich dromen niet herinnert.

Normaal gesproken doorloopt men in ongeveer 1,5 tot 2 uur een cyclus van deze fasen. Tijdens een normale nacht doorloopt men deze cyclus dus gemiddeld vier à vijf keer. Aan het begin van de nacht bestaan de cycli vooral uit diepe slaap. We noemen deze eerste uren slaap daarom de 'kernslaap'. Tegen de ochtend bestaan de cycli uit lichte slaap en remslaap.

Er zijn individuele verschillen wat betreft de hoeveelheid benodigde slaap. De gemiddelde slaapduur bij volwassenen bedraagt ongeveer 7 à 8 uur. De slaapbehoefte neemt af bij het ouder worden, evenals de kwaliteit van de slaap. De diepere fasen van de slaap nemen af, de lichtere fasen toe en men wordt vaker wakker. Ouderen rapporteren dan ook vaker slaapproblemen.

Het slapen wordt gereguleerd door de biologische klok en door slaapdruk. De biologische klok bepaalt het ritme van de slaap (zo zijn er ochtendmensen en avondmensen). De slaapdruk neemt toe naarmate we langer wakker zijn. Na een korte slaap gedurende de nacht is de slaapdruk hoger en is het de nacht erna gemakkelijker om in slaap te vallen.

Slaap is van invloed op het immuunsysteem en draagt bij aan het herstel van het lichaam. Slaap is daarnaast goed voor het geheugen. Het lijkt erop dat we 's nachts gebeurtenissen van de dag verwerken en informatie opslaan in ons geheugen.

Slapen is een automatisch proces. Een verhoogde focus op de slaap kan de slaap juist in de weg gaan zitten.

Slaap-waakregistratie van de subjectieve slaap

Gedurende CGT-i wordt de patiënt gevraagd een slaapdagboek (Carney et al., 2012) bij te houden. Iedere ochtend wordt ingevuld hoe de nacht ervaren is, hoe laat iemand op bed ging liggen, in slaap viel, hoe lang iemand wakker lag in bed, weer opstond en middelen gebruikte. Op basis van deze zelfregistratie kunnen de slaaphygiëne-adviezen en gedragsinterventies op maat worden aangeboden. Het slaapdagboek op zichzelf is ook een interventie, aangezien het inzicht geeft in de factoren die het slaapprobleem in stand houden (van Straten et al., 2009). (Voor een voorbeeld van een slaapdagboek, zie: www.leerslapen.nl.)

Slaaphygiëne en de invloed van leefwijze

Een basisvoorwaarde voor werken aan de slaap is het creëren van goede omstandigheden om te slapen. Verbetering van de slaaphygiëne bij volwassenen met insomnie laat op zichzelf al een milde afname zien van insomnieklachten, maar is minder effectief dan het inzetten van volledige CGT-i (Chung et al., 2018). Het is belangrijk om de volgende slaapadviezen met patiënten met insomnie door te nemen.

Rondom het slapen

- ▶ Houd regelmatige bedtijden aan. Sta vooral op hetzelfde tijdstip op. In het weekeinde mag het tijdstip van opstaan maximaal 1,5 uur verschuiven ten opzichte van het doordeweekse tijdstip.
- ▶ Beperk de tijd in bed tot maximaal 8 uur, ook in het weekend.
- ▶ Ontspan voor het slapengaan. Bouw de dag af en vermijd vanaf een uur vóór het slapengaan inspannende geestelijke en lichamelijke activiteiten.
- ▶ Beperk vlak voor het naar bed gaan het gebruik van beeldschermen, met name schermgebruik met een mentaal activerende inhoud (bijvoorbeeld spannende films of werkgerelateerde bezigheden).
- ▶ Beperk lezen in bed tot maximaal 30 minuten en zorg dat het leesmateriaal niet te spannend of te boeiend is.
- ▶ Zorg voor warme voeten in bed.
- ▶ Gebruik het bed alleen om te slapen of te vrijen. Ga pas naar bed bij slaperigheid en sta even op als het niet lukt om in te slapen.

Overdag

- ▶ Begin de dag met voldoende licht.
- ▶ Een dutje overdag is sterk af te raden, omdat dit de slaapdruk vermindert. Als het toch nodig is, adviseren wij een dutje van maximaal 20 minuten, voor 15:00 uur en bij voorkeur niet in bed.
- ▶ Zorg voor voldoende beweging overdag.

Middelen

- ▶ Vermijd na 18:00 uur cafeïne (koffie, thee, cola en chocolade). Het duurt ongeveer 5 uur voordat de activerende werking van cafeïne afneemt, mogelijk nog langer als men een langzame spijsvertering of traag metabolisme heeft.
- ▶ Vermijd gebruik van alcohol als slaapmutsje. Alcohol vergemakkelijkt het inslapen, maar het zal het doorslapen bemoeilijken en de kwaliteit van de slaap verminderen.
- ▶ Vermijd te veel suiker of zware maaltijden, met name vlak voor het slapen en tijdens de nacht.

Gedraginterventies: slaaprestrictie en stimuluscontrole

149

Nadat de psycho-educatie en de algemene slaaphygiëne-adviezen met de patiënt zijn doorgenomen, komen twee gedraginterventies aan bod: *slaaprestrictie* en *stimuluscontrole*. Met name voor de effectiviteit van slaaprestrictie is veel wetenschappelijke evidentie (zie volgende paragraaf), waardoor het aan te raden is om in ieder geval deze component toe te passen. Maar ook het toepassen van stimuluscontrole kan effectief zijn. Gecombineerd is het effect nog groter (Epstein et al., 2012).

Beide interventies worden aan de patiënt voorgelegd. De patiënt kan met een van beide aan de slag gaan of direct met allebei. Als er voor één interventie gekozen wordt, kan in de loop van de volgende sessies zo nodig de andere interventie toegevoegd worden.

De interventies kunnen als intensief worden ervaren. De patiënt laten kiezen welke interventie het meeste aanspreekt, kan diens behandeltrouw en gevoel van autonomie versterken. Hieronder leggen we achtereenvolgens de twee gedraginterventies uit.

Slaaprestrictie — Slaaprestrictie is een kernelement van de CGT-i en zorgt voor een afname van slapeloosheidsklachten (Maurer et al., 2020, 2021; Miller et al., 2014). Door de tijd die in bed wordt doorgebracht te verkorten, komt er steeds meer drang om te slapen (slaapdruk) en neemt slaapgerelateerde *arousal* af (Maurer et al., 2022). Mogelijk grijpt slaaprestrictie in op verschillende in stand houdende factoren van insomnie: op disfunctionele gedragingen zoals te lang en op wisselende tijden in bed liggen, maar ook op het conditioneren van de associatie tussen bed en slaap, en op disfunctionele cognities (Maurer et al., 2018). Slaaprestrictie kan gezien worden als een vorm van exposure. Patiënten kunnen gedurende de periode van slaaprestrictie bijwerkingen ervaren, waarvan vermoeidheid, slaperigheid, verminderde energie en hoofdpijn het meest frequent worden gerapporteerd (Kyle et al., 2011). Omdat deze bijwerkingen samengaan met een positief behandelresultaat, moeten zowel patiënt als behandelaar zich niet laten afschrikken door dergelijke tijdelijke klachten. Slaaprestrictie ziet er als volgt uit:

- ▶ Kort de tijd in bed in tot het aantal uren dat men daadwerkelijk geslapen heeft, die kunnen worden berekend vanuit het slaapdagboek. Neem de gemiddelde slaaptijd over een week.
- ▶ De tijd in bed mag niet minder worden dan 5 uur (ruim conform de duur van de kernslaap; zie kader), ook als men aangeeft minder dan 5 uur per nacht te slapen.
- ▶ Stel eerst vast wanneer men op wil staan en bereken vervolgens de tijd om naar bed te gaan.
- ▶ Leg goed uit dat men mogelijk aanvankelijk nog minder uren gaat slapen dan normaal. Leg ook uit dat dit de slaapdruk opbouwt. Dit betekent dat

iemand doorgaans na een paar dagen zo slaperig wordt dat hij of zij direct bij het naar bed gaan in slaap valt en goed doorslaapt. Hoewel de slaapduur niet toeneemt, voelt men zich vaak direct beter.

- Omdat tijdens de eerste dagen slaapgebrek kan optreden, moet een goede periode uitgezocht worden (bijvoorbeeld niet vlak voor een examen of tijdens eens periode dat iemand moet autorijden).
- Er wordt een plan opgesteld hoe men zich aan de slaaprestricte kan houden. Huisgenoten kunnen bijvoorbeeld mee opblijven (en voorkomen dat men in slaap valt voor de televisie). Even een ommetje maken in de avond kan ervoor zorgen dat langer opblijven beter is vol te houden. Alles wat iemand wakker houdt maar niet gespannen maakt, is geschikt. Om op tijd op te staan, kan een wekker buiten bereik van het bed gezet worden. Ook kan een vriend of vriendin gevraagd worden om op de gestelde tijd op te bellen. De ervaring leert dat ook patiënten zelf vaak met creatieve ideeën komen.
- De bedtijd kan per week geleidelijk worden uitgebreid met 15 minuten per nacht, als de *slaapefficiëntie* – totale slaaptijd gedeeld door de tijd in bed x 100 – over een periode van 7 nachten minimaal 85% bedraagt. Boven de 50 jaar is 80% voldoende, en boven de 75 jaar 70%. Uitbreiding in te grote stappen kan resulteren in terugval. De geleidelijke uitbreiding van de tijd in bed gaat door totdat een gewenste en reële slaapduur is bereikt.
- Aan oudere patiënten kan gedurende de periode van slaaprestricte zo nodig geadviseerd worden om vóór 15:00 uur een kort dutje van maximaal 30 minuten te doen (buiten het bed).

Stimuluscontrole — Insomnie wordt vaak in stand gehouden door een incorrecte associatie tussen slaapgerelateerde omstandigheden en activiteiten die met waken te maken hebben, zoals voor de tv in slaap vallen en in bed klaarwakker zijn. Het is van belang dat het bed geassocieerd gaat worden met slaap, en dat de associatie tussen het bed en activiteiten die onverenigbaar zijn met de slaap wordt afgezwakt (zoals lang in bed wakker liggen). Een methode om het bed weer te leren verbinden met slaap en om waakactiviteiten buiten het bed te houden, is stimuluscontrole, die als volgt in zijn werk gaat:

- Ga pas naar bed bij slaperigheid, niet bij vermoeidheid. Slaperigheid betekent dat er een sterke drang is om in slaap te vallen, terwijl vermoeidheid eerder wijst op een gebrek aan energie. Als iemand helemaal niet slaperig wordt in de avond, kan men als gedragsinterventie beter overstappen op slaaprestricte.
- Het bed wordt alleen gebruikt voor slapen, kort ontspannen wakker liggen en seksuele activiteit. Als men voor het gevoel 15-30 minuten wakker in bed heeft gelegen, moet men opstaan en de slaapkamer verlaten om bij gedempt licht iets ontspannends te doen (iets wat net genoeg afleidt van

piekeren). Vervolgens gaat men pas weer naar bed bij slaperigheid of na maximaal 45 minuten uit bed te zijn geweest (om aldus te voorkomen dat men buiten het bed in slaap valt of te actief wordt).

- De stimuluscontrole wordt zo vaak als nodig herhaald tijdens de nacht, wat betekent dat als iemand in bed opnieuw niet in slaap kan vallen, hij of zij weer moet opstaan.
- Elke avond zet men de wekker om de volgende ochtend op te staan steeds op hetzelfde tijdstip, ongeacht de hoeveelheid slaap die men heeft gehad of hoe vaak men uit bed is geweest.

Ontspanning

Om goed te kunnen slapen, dienen het lichaam en de geest ontspannen te zijn. Na een drukke dag kan deze ontspanning niet plotsklaps ‘aangezet’ worden op het moment dat iemand wil gaan slapen. Het is nodig dat er ook overdag sprake is van een zekere mate van rust en ontspanning. Omdat slaap een 24-uursaangelegenheid is, moet men ook overdag pauzemomenten inbouwen. Denk hierbij aan de volgende zaken:

- Zijn er vormen van ontspanning die men had voordat de slapeloosheid zich ontwikkelde en nu niet meer gedaan worden? Kunnen deze weer worden ingebouwd?
- Is er voldoende afwisseling tussen passieve en actieve ontspanning?
- Zijn pauzemomenten gelijkelijk verdeeld over de week of zijn er dagen met weinig pauzes, waardoor er geen structuur aanwezig is?
- Zijn de pauzes voldoende ontspannend? Worden er niet te veel pauzes genomen, waardoor conditie en spierkracht afnemen?
- Het invullen van een *dagregistratieformulier*, waarop men een paar dagen lang per uur bijhoudt wat men doet, en of dat inspannend of ontspannend is, kan helpen om meer zicht te krijgen op in- en ontspanning overdag.

Tijdens de sessies worden verschillende ontspanningsoefeningen geoefend (ademhalingsoefeningen, progressieve-relaxatieoefeningen en visualisatieoefeningen) en afspraken gemaakt hoe vaak de patiënt die gaat oefenen buiten de sessies om. Ook worden met de patiënt afspraken gemaakt hoe vaak hij of zij overdag extra pauzes gaat nemen en hoe die worden ingevuld.

Piekerprogramma

Het behandelen van piekeren draagt bij aan het doorberekenen van de insomnie (Cheng et al., 2020). Immers, piekeren in bed leidt tot verhoogde arousal en daardoor tot meer moeite om (weer) in slaap te vallen. Het behandelen van piekeren kan middels een piekerprogramma. Het doel van het

piekerprogramma is om op een andere plaats dan in bed na te denken over gedachten die de patiënt wakker houden. Op deze manier worden problemen buiten de slaapkamer gehouden en neemt de kans op slapen toe. Het piekerprogramma ziet er als volgt uit:

- ▶ Iedere dag wordt op een vast moment (maar niet laat op de avond) een kwartier vrijgemaakt om te piekeren (oftewel: om na te denken over alle zorgen die er zijn).
- ▶ Op het nachtkastje wordt een schrift of notitieblok gelegd waarin tijdens de nacht hardnekkige piekergedachten in steekwoorden kunnen worden genoteerd. Indien men wakker blijft van een piekergedachte, kan men beter even opstaan en die gedachte uitschrijven.
- ▶ Tijdens het piekermoment worden de opgeschreven piekergedachten doorgelezen en doorloopt men de volgende stappen volgens het oplossingsgericht denken:
 - Wat is het probleem?
 - Wat zijn er de verschillende oplossingen voor?
 - Indien er geen oplossingen voor het probleem zijn, wat zijn dan de verschillende mogelijkheden om met het probleem om te gaan (denk aan steun zoeken bij anderen, goede zelfzorg en afleiding zoeken)?
 - Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende oplossingen?
 - Maak een keuze voor een oplossing.
- ▶ Als het piekerprogramma dagelijks wordt herhaald, zal het piekeren in bed steeds verder afnemen.
- ▶ Ook overdag kan de patiënt vervelende piekergedachten opschrijven en bewaren tot het dagelijkse piekermoment.

Cognitieve therapie

Als iemand regelmatig negatieve ervaringen heeft met slaap, kunnen zich bepaalde negatieve opvattingen over slapeloosheid ontwikkelen, zoals: 'Mijn slaapproblemen leiden ertoe dat ik overdag niet goed kan functioneren.' Zulke gedachten zijn van invloed op hoe iemand zich voelt en wat hij of zij doet. Bij mensen met slaapproblemen kunnen negatieve opvattingen leiden tot een vertekende waarneming van de slaap of tot valkuilen in het denken omtrent slapen. Met andere woorden, de ideeën die mensen hebben kloppen vaak niet. Hun disfunctionele gedachten kunnen leiden tot een verergering van hun slaapproblemen. Mensen kunnen nog meer tegen de nacht gaan opzien, waardoor zij bijvoorbeeld meer spierspanning ervaren.

Een afname van disfunctionele gedachten gaat gepaard met een afname van insomnieklachten (Eidelman et al., 2016). Cognitieve therapie is bedoeld om deze negatieve en niet-helpende gedachten van patiënten op te sporen en te veranderen. Het doel is om rationeler en functioneler te leren

denken. Zodoende kan iemand beter met zijn slaapprobleem omgaan. Ook de gedragsmatige interventies (slaaprestrictie en stimuluscontrole) zijn effectief in het verminderen van disfunctionele gedachten gedurende de behandeling, echter niet zo effectief als de cognitieve elementen of CGT-i in zijn geheel (Eidelman et al., 2016).

In de vragenlijst Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS; Morin et al., 2007) komt een aantal veelvoorkomende opvattingen over de slaap voor. Het laten invullen van deze vragenlijst door de patiënt is een handig hulpmiddel om diens disfunctionele gedachten in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. Negatieve en niet-helpende opvattingen over de slaap kunnen betrekking hebben op verschillende onderwerpen:

- *Consequenties van slapeloosheid.* Onder die consequenties vallen het dagelijks functioneren en activiteiten te veel laten afhangen van hoe de nacht verlopen is.
- *Bezorgdheid en hulpeloosheid over de slaap.* Veel mensen geven hun (gebrek aan) slaap de schuld van alles wat er overdag misgaat. Hoewel slecht slapen inderdaad overdag klachten geeft, is het onjuist om alle klachten toe te schrijven aan slecht slapen.
- *Verwachtingen over de slaap.* Uitspraken als: 'Ik heb acht uur slaap nodig om overdag goed te kunnen functioneren' leggen veel druk op de slaap en vergroten de angst om te gaan slapen.
- *Medicatie.* De opvatting dat slaapproblemen ontstaan door een gebrek aan een lichamelijke of chemische stof versterkt het gevoel van hulpeloosheid.

Door het bijhouden van een gedachteschema (gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag) kunnen patiënten samen met de behandelaar onderzoeken of hun opvattingen (volledig) kloppen of niet. Over het algemeen zijn disfunctionele gedachten te zwart-wit, te catastroferend en te veel gebaseerd op een enkele ervaring, en worden er verbanden gelegd die niet kloppen. Door reguliere cognitieve technieken uit de cognitieve gedragstherapie toe te passen, kunnen patiënt en behandelaar zoeken naar reëlere en meer helpende gedachten ten aanzien van de slaap.

Terugvalpreventie

Cognitieve gedragstherapie voor insomnie vermindert de kans op terugval (Riemann & Perlis, 2009). Door een overzicht te maken van de elementen die het beste gewerkt hebben in de behandeling en *waarom* ze goed gewerkt hebben, kan de patiënt zich voorbereiden op moeilijke momenten in de toekomst, bijvoorbeeld bij toename van stress. Dit geeft vaak niet alleen inzicht, maar motiveert ook om weer aan de slag te gaan met interventies die eerder geholpen hebben.

Evaluatie en afronding van de CGT-i-behandeling

Aan de hand van het slaapdagboek (Carney et al., 2012) en de vragenlijst *Insomnia Severity Index* (ISI; Morin et al., 2011) kan aan het einde van de behandeling geëvalueerd worden of het behandel doel is behaald en of er verbeteringen in slaap en/of functioneren overdag zijn opgetreden. Bij onvoldoende effect van een CGT-i-behandeling adviseren wij om de patiënt naar de huisarts te verwijzen voor nadere diagnostiek. Verwijzing naar een slaapcentrum is geïndiceerd bij een vermoeden van een medisch behandelbare slaapstoornis, zoals een slaapgerelateerde ademhalingsstoornis. Indicatoren hiervoor zijn bijvoorbeeld: ademstops tijdens de slaap, op vreemde tijdstippen slapen (circadiane-ritmeproblemen), bewegingsonrust in de benen bij het inslapen, bewegingsonrust in de nacht en ongewenst in slaap vallen overdag.

CONCLUSIE

Dit artikel gaf een overzicht van het belang, de effectiviteit en de toepasbaarheid van CGT-i. Het overzicht maakt inzichtelijk dat CGT-i niet mag ontbreken in de gereedschapskist van de cognitief gedragstherapeut, ongeacht in welke setting die werkzaam is.

CASUS MEVROUW X

Mevrouw X is 49 jaar oud en kampt sinds 15 jaar met slaapproblemen. Het inslapen duurt minimaal een uur, vervolgens wordt zij na ongeveer 3 uur slapen weer wakker, waarna zij uren wakker ligt. Pas tegen de ochtend valt ze dan weer in slaap. Overdag voelt zij zich prikkelbaar en vermoeid. Zij wijt haar klachten aan een slaapttekort. Haar slaapproblemen ontstonden na het doormaken van een postnatale depressie, die destijds adequaat behandeld is. Haar slapeloosheid is echter niet afgenomen. Regelmatig neemt mevrouw X een temazepam, om zodoende voor haar gevoel een goede nacht door te maken, bij voorkeur als zij de volgende dag een belangrijke afspraak heeft. Mevrouw X heeft een drukke baan. In combinatie met de zorg voor haar gezin zou ze zich graag energieke willen voelen om alles goed op de rit te kunnen houden. Ook is mevrouw X bang om opnieuw depressief te raken als gevolg van de slapeloosheid, want geregeld ervaart zij somberheid. Hierover piekert zij in de nacht als zij lang wakker ligt. De huisarts heeft mevrouw X doorverwezen naar een cognitief gedragstherapeut voor CGT-i.

Bij de start van de behandeling stellen mevrouw X en de therapeut samen het behandel doel op. Mevrouw X zou graag binnen 30 minuten in slaap willen vallen

en vervolgens minimaal 5 uur achter elkaar slapen. Ook wil zij graag haar medicatie afbouwen. Mevrouw X en haar therapeut spreken een vaste avond af voor haar temazepam, waarvan in overleg met de huisarts de dosering in de komende weken afgebouwd zal worden.

De cognitief gedragstherapeut geeft mevrouw X psycho-educatie over slaap, en over het ontstaan en de instandhouding van insomnie. Mevrouw X kan zich in het model herkennen. De informatie over de slaapcycli helpt haar te begrijpen waarom zij na 3 uur wakker wordt. Uit haar slaapdagboek blijkt dat mevrouw X regelmatig in het weekend uitslaapt en overdag dutjes doet. Na het doornemen van de slaaphygiëne spreekt zij met de therapeut af te starten met het aanbrengen van structuur in haar slaapritme: iedere dag dezelfde tijd in en uit bed, niet langer dan 8 uur in bed en geen dutjes overdag.

In de volgende sessie worden de gedragsinterventies slaaprestrictie en stimuluscontrole uitgelegd. Uit haar slaapdagboek blijkt dat mevrouw X voor haar gevoel gemiddeld 5 uur per nacht slaapt. Zij kiest er vervolgens voor een slaaprestrictie van 6 uur in bed toe te passen. Mevrouw X ziet op tegen de slaaprestrictie. Ze merkt echter dat ze weliswaar korter in bed ligt, maar niet meer fouten maakt tijdens haar werk. Dit helpt haar om de restrictie door te zetten. Overdag plant mevrouw X meer pauzes in en oefent zij de ontspanningsoefeningen. Gedurende de behandeling maken mevrouw X en haar therapeut uit haar slaap-waakregistratie op dat zij steeds vlotter in slaap valt en meer uren achter elkaar slapend in bed doorbrengt. Zij mag dan ook na drie weken haar tijd in bed uitbreiden met wekelijks een kwartier. Samen met de therapeut gaat mevrouw X aan de slag met niet-helpende gedachten. Zij komt tot de conclusie dat haar klachten overdag (somberheid, prikkelbaarheid en vermoeidheid) niet alleen samenhangen met haar slaapprobleem, maar in grotere mate met haar drukke leefstijl. Dit motiveert haar verder om meer pauzes in te lassen en kritischer naar haar balans tussen in- en ontspanning te kijken. Daarnaast maakt zij zich ook minder zorgen over haar slaap.

Na zes sessies heeft mevrouw X haar medicatie afgebouwd en heeft zij haar aanvankelijke behandeldoel qua slaapduur behaald. Samen met haar therapeut maakt ze een terugvalpreventieplan, zodat zij weet wat haar in de toekomst kan helpen bij een eventuele terugval (onder andere pauzes en ontspanning inlassen, tijdelijke slaaprestrictie toepassen en haar gedachten onderzoeken). Tijdens de follow-up-sessies geeft mevrouw X aan dat zij tevreden is over haar slaap en het behaalde resultaat.

Nynke Rauwerda is klinisch psycholoog-psychotherapeut, somnoloog en cognitief gedragstherapeut (VGCT). Ze is verbonden aan Ziekenhuis Gelderse Vallei, afdeling Medische Psychologie en het Slaapcentrum, en aan het Amsterdam UMC, afdeling Medische Psychologie.

Ingrid Verbeek is als somnoloog/slaaptherapeut verbonden aan het Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe.

Correspondentieadres: Nynke Rauwerda, Ziekenhuis Gelderse Vallei, afdeling Medische Psychologie en Slaapcentrum, Willy Brandtlaan 10, 6717 RP Ede. E-mail: rauwerdan@zgv.nl.

Summary *Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i): Efficacy and content of treatment*

Insomnia, the second most common mental illness, increases the risk of developing psychopathology. Therefore, treatment of insomnia is of utmost importance. First-choice treatment for insomnia is cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i). In clinical practice, medication is often prescribed for insomnia. However, medication has only a short-term effect on sleep and often has many negative side effects. Therefore, guidelines indicate that medication should only be prescribed in acute situations when CBT-i is ineffective or unavailable. CBT-i is an effective treatment, that not only improves sleep and treats insomnia adequately, but also shows positive results on comorbid complaints. CBT-i consists of several elements. Self-registration of sleep, education about sleep and sleep hygiene is the start of the treatment. Sleep restriction and stimulus control are highly effective methods of CBT-i. For both methods, the practitioner and patient should not be deterred by a short-term increase in symptoms. Finally, relaxation, cognitive interventions around dysfunctional sleep-related cognitions and relapse prevention are important elements of CBT-i. This article provides an overview of the effectiveness, content and application of CBT-i, a treatment that is an indispensable part of the toolbox of the cognitive behavioral therapist.

Keywords *cognitive behavioral therapy, insomnia, sleep, effectiveness, sleep restriction, stimulus control*

Literatuur

- Alimoradi, Z., Jafari, E., Brostrom, A., Ohayon, M. M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., Blom, K., Jernelov, S., Kaldo, V., & Pakpour, A. H. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 64, 101646. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101646>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Belleville, G., Ivers, H., Belanger, L., Blais, F. C., & Morin, C. M. (2016). Sequential treatment of comorbid insomnia and generalized anxiety disorder. *Journal Clinical Psychology*, 72, 880-896. <https://doi.org/10.1002/jclp.22300>
- Bögels, S. M., & van Oppen, P. (2019). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Budhiraja, R., Roth, T., Hudgel, D. W., Budhiraja, P., & Drake, C. L. (2011). Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders. *Sleep*, 34, 859-867. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1114>
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M.

- (2012). The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35, 287-302. <https://doi.org/10.5665/sleep.1642>
- Cheng, P., Kalmbach, D. A., Castelan, A. C., Murugan, N., & Drake, C. L. (2020). Depression prevention in digital cognitive behavioral therapy for insomnia: Is rumination a mediator? *Journal Affective Disorders*, 273, 434-441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.184>
- Cho, J. H., Kremer, S., & Young, J. (2021). Who to refer to a behavioral insomnia clinic? Recommendations based on treatment rationale and response prediction. *Current Sleep Medicine Reports*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40675-021-00220-3>
- Chung, K. F., Lee, C. T., Yeung, W. F., Chan, M. S., Chung, E. W., & Lin, W. L. (2018). Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 35, 365-375. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz122>
- Chung, K. F., Yeung, W. F., Ho, F. Y., Yung, K. P., Yu, Y. M., & Kwok, C. W. (2015). Cross-cultural and comparative epidemiology of insomnia: The Diagnostic and Statistical Manual of Diseases (DSM), International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Medicine*, 16, 477-482. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.018>
- Cunningham, J. E. A., & Shapiro, C. M. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *Journal Psychosomatic Research*, 106, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.012>
- De Crescenzo, F., D'Alo, G. L., Ostinelli, E. G., Ciabattini, M., Di Franco, V., Watanabe, N., Kurtulmus, A., Tomlinson, A., Mitrova, Z., Foti, F., Del Giovane, C., Quedsted, D. J., Cowen, P. J., Barbui, C., Amato, L., Efthimiou, O., & Cipriani, A. (2022). Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 400, 170-184. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00878-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00878-9)
- de Mendonca, F. M. R., de Mendonca, G., Souza, L. C., Galvao, L. P., Paiva, H. S., de Azevedo Marques Perico, C., Torales, J., Ventriglio, A., Castaldelli-Maia, J. M., & Sousa Martins Silva, A. (2023). Benzodiazepines and sleep architecture: A systematic review. *CNS & Neurological Disorders – Drug Targets*, 22, 172-179. <https://doi.org/10.2174/1871527320666210618103344>
- Diekelmann, S., & Born, J. (2010). The memory function of sleep. *Nature Reviews. Neuroscience*, 11, 114-126. <https://doi.org/10.1038/nrn2762>
- Dyas, J. V., Apekey, T. A., Tilling, M., Ørner, R., Middleton, H., & Siriwardena, A. N. (2010). Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care for sleep problems and insomnia: A focus group study. *British Journal of General Practice*, 60, e180-200. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X484183>
- Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., Sateia, M. J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *Journal Clinical Sleep Medicine*, 17, 263-298. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8988>
- Eidelman, P., Talbot, L., Ivers, H., Belanger, L., Morin, C. M., & Harvey, A. G. (2016). Change in dysfunctional beliefs about sleep in behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive-

- behavioral therapy for insomnia. *Behavior Therapy*, 47, 102-115. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.002>
- Epstein, D. R., Sidani, S., Bootzin, R. R., & Belyea, M. J. (2012). Dismantling multicomponent behavioral treatment for insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Sleep*, 35, 797-805. <https://doi.org/10.5665/sleep.1878>
- Everitt, H., Baldwin, D. S., Stuart, B., Lipinska, G., Mayers, A., Malizia, A. L., Manson, C. C., & Wilson, S. (2018). Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 5, CD010753. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010753.pub2>
- Garcia, M. C., Kozasa, E. H., Tufik, S., Mello, L., & Hachul, H. (2018). The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: A pilot study. *Menopause*, 25, 992-1003. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001118>
- Gorgels, W., Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. J., Smelt, A., Damen-van Beek, Z., Bouma, M., Verduijn, M. M., & van Venrooij, M. (2014). NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen (Tweede herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 7, 352-361.
- Harvey, A. G., Belanger, L., Talbot, L., Eidelman, P., Beaulieu-Bonneau, S., Fortier-Brochu, E., Ivers, H., Lamy, M., Hein, K., Soehner, A. M., Merette, C., & Morin, C. M. (2014). Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 670-683. <https://doi.org/10.1037/a0036606>
- Hasan, F., Tu, Y. K., Yang, C. M., Gordon, C. J., Wu, D., Lee, H. C., Yuliana, L. T., Herawati, L., Chen, T. J., & Chiu, H. Y. (2022). Comparative efficacy of digital cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 61, 101567. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101567>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Frojmark, M., Palagini, L., Rucker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
- Hertenstein, E., Thiel, N., Luking, M., Kulz, A. K., Schramm, E., Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Riemann, D., & Nissen, C. (2014). Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 371-373. <https://doi.org/10.1159/000365173>
- Hertenstein, E., Trinca, E., Wunderlin, M., Schneider, C. L., Züst, M. A., Feher, K. D., Su, T., van Straten, A., Berger, T., Baglioni, C., Johann, A., Spiegelhalder, K., Riemann, D., Feige, B., & Nissen, C. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 62, 101597. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101597>
- Irwin, M. R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Bjurstrom, M. F., Breen, E. C., & Olmstead, R. (2022). Prevention of incident and recurrent major depression in older adults with insomnia: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79, 33-41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3422>
- Jernelov, S., Blom, K., Hentati Isacsson, N., Bjurner, P., Rosen, A., Kraepelien, M., Forsell, E., & Kaldo, V. (2022). Very long-term outcome of cognitive behavioral therapy for insomnia: One- and ten-year follow-up of a random-

- ized controlled trial. *Cognitive Behavior Therapy*, 51, 72-88. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.2009019>
- Kamphuis, J., Taxis, K., Schuiling-Veninga, C. C., Bruggeman, R., & Lancel, M. (2015). Off-label prescriptions of low-dose quetiapine and mirtazapine for insomnia in The Netherlands. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35, 468-470. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000338>
- Kim, H. G. (2021). Effects and mechanisms of a mindfulness-based intervention on insomnia. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 38, 282-288. <https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00850>
- Koffel, E., Bramoweth, A. D., & Ulmer, C. S. (2018). Increasing access to and utilization of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 33, 955-962. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4390-1>
- Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.05.001>
- Kyle, S. D., Morgan, K., Spiegelhalter, K., & Espie, C. A. (2011). No pain, no gain: An exploratory within-subjects mixed-methods evaluation of the patient experience of sleep restriction therapy (SRT) for insomnia. *Sleep Medicine*, 12, 735-747. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.016>
- Lancee, J., Eisma, M. C., van Zanten, K. B., & Topper, M. (2017). When thinking impairs sleep: Trait, daytime and nighttime repetitive thinking in insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 15, 53-69. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1083022>
- Maurer, L. F., Espie, C. A., & Kyle, S. D. (2018). How does sleep restriction therapy for insomnia work? A systematic review of mechanistic evidence and the introduction of the Triple-R model. *Sleep Medicine Reviews*, 42, 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.07.005>
- Maurer, L. F., Espie, C. A., Omlin, X., Emsley, R., & Kyle, S. D. (2022). The effect of sleep restriction therapy for insomnia on sleep pressure and arousal: A randomized controlled mechanistic trial. *Sleep*, 45. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab223>
- Maurer, L. F., Espie, C. A., Omlin, X., Reid, M. J., Sharman, R., Gavriloff, D., Emsley, R., & Kyle, S. D. (2020). Isolating the role of time in bed restriction in the treatment of insomnia: A randomized, controlled, dismantling trial comparing sleep restriction therapy with time in bed regularization. *Sleep*, 43, zsaa096. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa096>
- Maurer, L. F., Schneider, J., Miller, C. B., Espie, C. A., & Kyle, S. D. (2021). The clinical effects of sleep restriction therapy for insomnia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 58, 101493. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101493>
- Miller, C. B., Espie, C. A., Epstein, D. R., Friedman, L., Morin, C. M., Pigeon, W. R., Spielman, A. J., & Kyle, S. D. (2014). The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 18, 415-424. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.01.006>
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. The Guilford Press.
- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Valières, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 332-342. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.332>

- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34, 601-608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30, 1547-1554. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>
- Perini, F., Wong, K. F., Lin, J., Hassirimi, Z., Ong, J. L., Lo, J., Ong, J. C., Doshi, K., & Lim, J. (2021). Mindfulness-based therapy for insomnia for older adults with sleep difficulties: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002476>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forciea, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125-133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Herstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26, 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Riemann, D., & Perlis, M. L. (2009). The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.06.001>
- Seldenrijk, A., Vis, R., Henstra, M., Ho Pian, K., van Grootheest, D., Salomons, T., Overmeire, F., de Boer, M., Scheers, T., Doornebal-Bakker, R., Ruhe, H. G., & Vinkers, C. H. (2017). [Systematic review of the side effects of benzodiazepines]. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 161, D1052. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29076441
- Selvanathan, J., Pham, C., Nagappa, M., Peng, P. W. H., Englesakis, M., Espie, C. A., Morin, C. M., & Chung, F. (2021). Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101460. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101460>
- Seow, L. S. E., Verma, S. K., Mok, Y. M., Kumar, S., Chang, S., Satghare, P., Hombali, A., Vaingankar, J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2018). Evaluating DSM-5 insomnia disorder and the treatment of sleep problems in a psychiatric population. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14, 237-244. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6942>
- Soh, H., Ho, R. C., & Tam, W. W. (2020). Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine*, 75, 315-325. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.020>
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 541-553. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3332317
- van Cauter, E., & Plat, L. (1996). Physiology of growth hormone secretion during sleep. *The Journal of Pediatrics*, 128, S32-S37. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(96\)70008-2](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(96)70008-2)

- van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J., & van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Medicine Reviews*, 48, 101208. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.08.002>
- van der Zweerde, T., Lancee, J., Slottje, P., Bosmans, J. E., van Someren, E. J. W., & van Straten, A. (2020). Nurse-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: Results from a pragmatic randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 174-184. <https://doi.org/10.1159/000505600>
- van der Zweerde, T., van Straten, A., Eftting, M., Kyle, S. D., & Lancee, J. (2019). Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 49, 501-509. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001149>
- van Straten, A., Cuijpers, P., Smit, F., Spermon, M., & Verbeek, I. (2009). Self-help treatment for insomnia through television and book: a randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.050>
- van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3-16. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.02.001>
- Verbeek, I., & van de Laar, M. (2015). *Behandeling van langdurige slapeloosheid: Protocollen voor de GGZ*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Vincent, N., Lewycky, S., & Finnegan, H. (2008). Barriers to engagement in sleep restriction and stimulus control in chronic insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 820-828. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.5.820>
- Vincent, N., & Lionberg, C. (2001). Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. *Sleep*, 24, 411-417. <https://doi.org/10.1093/sleep/24.4.411>
- Wassing, R., Benjamins, J. S., Dekker, K., Moens, S., Spiegelhalder, K., Feige, B., Riemann, D., van der Sluis, S., van der Werf, Y. D., Talamini, L. M., Walker, M. P., Schalkwijk, F., & van Someren, E. J. W. (2016). Slow dissolving of emotional distress contributes to hyperarousal. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113, 2538-2543. <https://doi.org/10.1073/pnas.1522520113>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wong, S. Y., Zhang, D. X., Li, C. C., Yip, B. H., Chan, D. C., Ling, Y. M., Lo, C. S., Woo, D. M., Sun, Y. Y., Ma, H., Mak, W. W., Gao, T., Lee, T. M., & Wing, Y. K. (2017). Comparing the effects of mindfulness-based cognitive therapy and sleep psycho-education with exercise on chronic insomnia: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 241-253. <https://doi.org/10.1159/000470847>
- Zeichner, S. B., Zeichner, R. L., Gogineni, K., Shatil, S., & Ioachimescu, O. (2017). Cognitive behavioral therapy for insomnia, mindfulness, and yoga in patients with breast cancer with

- sleep disturbance: A literature review. *Breast Cancer (Auckl)*, 11, 1178223417745564. <https://doi.org/10.1177/1178223417745564>
- Zhang, H., Li, Y., Li, M., & Chen, X. (2019). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for insomnia secondary to cervical cancer: Sleep effects. *Applied Nursing Research*, 48, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.016>

Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen en slaapstoornissen

MARIKE LANCEL, GRETHA BOERSMA, FLOOR BUNK & ANNETTE VAN
SCHAGEN

Samenvatting

Psychische stoornissen en slaapstoornissen komen heel vaak samen voor. Die frequente comorbiditeit kan onder meer worden toegeschreven aan toeval, overeenkomstige risicofactoren en de effecten van psychofarmaca. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gestoorde slaap de psychopathologie kan versterken en in stand houden. Mede daarom is het van belang dat cognitief gedragstherapeuten enige kennis hebben van slaapgeneeskunde, zodat zij de diagnostiek en behandeling van de verschillende typen slaapstoornissen eventueel kunnen integreren in hun behandelplan en zo nodig verwijzen naar een slaapspecialist. Dit zal de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg ongetwijfeld ten goede komen. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste en meest relevante comorbide slaapstoornissen, en hun wisselwerking met psychopathologie. Tevens worden handvatten geboden voor diagnostiek en behandeling van deze slaapstoornissen.

Trefwoorden: slaapstoornissen, psychiatrische populatie, prevalentie, gevolgen, behandeling

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Uit onderzoek blijkt dat veel mensen met een psychische stoornis tevens lijden aan een of meerdere slaapstoornissen.
- ▶ Behandeling van comorbide slaapstoornissen heeft vaak een positieve invloed op de psychopathologie en de therapierespons.
- ▶ Bij vermoeden van een slaapstoornis is het zinvol om die zo mogelijk zelf te diagnosticeren en te behandelen, of de patiënt ervoor te verwijzen naar een slaapcentrum.

INLEIDING

.....

In de psychiatrie ervaart ongeveer 50% van de patiënten problemen met in- of doorslapen (Roth et al., 2006) en bij circa 30% is er zelfs sprake van een insomniastoonnis (Stewart et al., 2006). Het is inmiddels volkomen duidelijk dat insomnie vaak persisteert en een negatieve invloed heeft op psychopathologie en het herstel (Lancel, Boersma, & Kamphuis, 2021). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de comorbiditeit van en wisselwerking tussen psychiatrische aandoeningen en andere slaapstoornissen dan insomnie. Uit de beperkt beschikbare literatuur blijkt dat meerdere slaapstoornissen hoogprevalent zijn in psychiatrische populaties en dat ze het psychisch welzijn beïnvloeden. Helaas worden slaapstoornissen in de ggz-praktijk nog steeds niet of pas na jaren geïdentificeerd (Selsick & O'Regan, 2018). Dit kan verklaard worden door symptoomoverlap met psychiatrische stoornissen of onvoldoende kennis van slaapstoornissen, waardoor die ten onrechte niet gediagnosticeerd worden. In het kader van *best practice* is het van belang dat ggz-behandelaren aandacht hebben voor de slaapkwaliteit van hun patiënten, de symptomen van slaapstoornissen kunnen herkennen, en de kennis hebben om slaapstoornissen te diagnosticeren en te behandelen, of adequaat door te verwijzen.

In dit artikel bespreken we de zes hoofdgroepen van slaapstoornissen volgens de International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3; AASM, 2014) en per groep een specifieke slaapstoornis bij volwassenen (insomniastoonnis, obstructieve-slaapapneusyndroom, vertraagd-slaap-waakritmestoonnis, parasomnieën, rustelozebenenensyndroom en hypersomnolentiestoonnis) met hoge relevantie voor de psychiatrie. Aan bod hierbij komen prevalentie, diagnostiek en behandelopties, alsmede de wisselwerking met psychiatrische symptomen.

Eerst wordt een aantal algemene diagnostische overwegingen beschreven. Hoewel er in de DSM-5 (APA, 2014) een hoofdstuk over slaap-waakstoornissen is opgenomen, geeft de ICSD-3 een vollediger overzicht van alle slaapstoornissen dan de DSM-5. Wanneer men de DSM-5 gebruikt om slaapstoornissen te classificeren, is er dus een risico dat specifieke slaapstoornissen niet gezien of verkeerd beoordeeld worden.

Wanneer een gedragstherapeut een patiënt behandelt die slaap-waakklachten heeft, is ons advies om een screeningslijst voor slaapstoornissen af te nemen, bijvoorbeeld de Holland Sleep Disorders Questionnaire (HSDQ; Kerkhof et al., 2013), teneinde een beeld te krijgen van welke slaapstoornis(sen) er mogelijk sprake is. Vervolgens kunnen specifieke slaapvragenlijsten ingezet worden, zoals bij verdenking van insomniastoonnis de Insomnia Severity Index (ISI; Bastien et al., 2001). Daarnaast geven slaap-waakdagboeken en actigrafie op eenvoudige wijze zeer nuttige informatie over bijvoorbeeld slaappatronen, gemiddelde duur van de slaap en de

efficiëntie ervan (Thomasson & van den Bossche, 2021). Voor het stellen van een slaapdiagnose is een uitgebreide slaapanamnese noodzakelijk (Lancel et al., 2022). Voor de meeste slaapstoornissen geldt dat de symptomen frequent (minimaal drie keer per week) en langdurig (minstens drie maanden) aanwezig dienen te zijn, en negatieve gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren. Voor sommige slaapstoornissen, zoals slaapapneu, is polysomnografie noodzakelijk (Thomasson & van den Bossche, 2021). De volgende paragrafen beschrijven per slaapstoornis meer in detail hoe diagnose en behandeling kunnen worden vormgegeven (zie ook figuur 1).

INSOMNIASTOORNIS

.....

Classificatiecriteria

.....

Insomnie is de term voor chronische slapeloosheid, een subjectieve klacht met de volgende kenmerken: ten minste drie keer per week en gedurende een periode van minstens drie maanden problemen tijdens de nacht; inslaapproblemen, doorslaapproblemen en/of te vroeg wakker worden; en problemen overdag vanwege het slechte slapen. Insomnie is een klinische diagnose, die door een psycholoog kan worden gesteld. Zoals eerder vermeld, kunnen de ISI en HSDQ bij de diagnose van de insomniastoonis behulpzaam zijn, alsmede een slaap-waakdagboek.

Er zijn verschillende verklaringsmodellen voor het ontstaan en in stand blijven van insomnie. Zowel erfelijke aanleg speelt een rol als stressvolle gebeurtenissen die de aanleiding vormen voor het slechter slapen. Vervolgens spelen er verschillende andere factoren: (1) gedragsmatige aanpassingen aan het slechte slapen die het juist in stand houden, zoals lang in bed blijven liggen en overdag dutten; (2) cognitieve factoren, zoals disfunctionele gedachten over de slaap en de gevolgen van slaaptekort; en (3) emotionele factoren als angst en hyperarousal, die slaapinducerende systemen in het brein remmen. Daarnaast is recent ontdekt dat mensen die aan insomnie lijden tevens rusteloze oftewel gefragmenteerde remslaap hebben, die een verstorende invloed heeft op de emotieregulatie. Al deze factoren beïnvloeden elkaar wederzijds en verklaren mogelijk de hoge comorbiditeit met psychiatrische stoornissen (Riemann et al., 2022). Slapeloosheid heeft een negatief effect op emotieregulatie, stressregulatie en de neuroplasticiteit van het brein (Palagini et al., 2022), juist factoren die van belang zijn voor mentaal welzijn. En dus verhoogt insomnie het risico op de ontwikkeling van psychopathologie en/of versterkt ze al aanwezige psychopathologie.

Prevalentie en comorbiditeit

Insomnie is de meest voorkomende slaapstoornis, met een prevalentie van circa 8% in de algemene bevolking (Kerkhof, 2017). De prevalentie van insomnie bij verschillende psychiatrische stoornissen verschilt, afhankelijk van het onderzoek en de manier van vragen. Een recente grote cohortstudie laat zien dat insomnie voorkomt bij meer dan de helft van de patiënten met diverse psychiatrische stoornissen: ADHD, angststoornissen, autismespectrumstoornis (ASS), bipolaire stoornis, depressie, posttraumatische-stressstoornis (PTSS), schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis, eetstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis (Sivertsen, Hysing et al., 2021). Insomnie is zowel een risicofactor voor het ontstaan van psychische stoornissen als een factor die reeds aanwezige psychische stoornissen in stand kan houden (Pigeon et al., 2017). Ook zijn psychische klachten erger wanneer er tevens sprake is van insomnie (Hertenstein et al., 2019).

Behandeling en implicaties voor de klinische praktijk

Op dit moment is cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) de eerstekeuzebehandeling bij insomniastoorning (Verbeek & van de Laar, 2008; zie ook het artikel van Rauwerda & Verbeek in dit nummer). In een CGT-i-behandeling wordt aandacht besteed aan psycho-educatie over wat gezonde slaap is, de (inadequate) slaapgewoonten en de beleving van slaap, en wel door middel van cognitieve interventies, en ontspanningsoefeningen. Voor diverse psychiatrische aandoeningen bestaan gevalideerde aangepaste versies van CGT-i (Mijnster et al., 2022). CGT-i kan door een cognitief gedragstherapeut worden uitgevoerd en mogelijk geïntegreerd worden in de behandeling voor (andere) mentale problematiek. Hoewel bij acute slaapproblemen sederende medicijnen kunnen worden voorgeschreven (benzodiazepinen), hebben die op de langere termijn negatieve effecten. Zo stimuleren ze de fysiologische slaap niet (maar verminderen ze juist de diepe slaap en de remslaap), verliezen ze geleidelijk hun werkzaamheid, leiden ze tot psychische en lichamelijke afhankelijkheid, en kunnen ze het functioneren overdag negatief beïnvloeden (*hang-over*-effecten).

Behandeling van insomnie met CGT-i heeft niet alleen een positief effect op de slaap, maar ook op andere klachten (Pigeon et al., 2017), waaronder een afname van depressie (Gee et al., 2019), PTSS (Ho et al., 2016) en psychotische symptomen (Waite et al., 2020). In de psychiatrie komen insomniesymptomen en insomniastoorning zo vaak voor (ten Have et al., 2016), dat slaapproblemen als transdiagnostische symptomen worden beschouwd, te meer daar het behandelen van het slaapprobleem een positief effect heeft op de andere symptomen.

SLAAPGERELATEERDE ADEMHALINGSSTOORNISSEN

167

Classificatiecriteria

Bij slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen wordt de slaap verstoord door ademhalingsproblemen tijdens het slapen. Het bekendst zijn het obstructieve-slaapapneusyndroom (OSAS), het centrale-slaapapneusyndroom en het obesitas-hypoventilatiesyndroom, waarvan OSAS het meest voorkomt. Bij OSAS is er tijdens de slaap frequent sprake van een luchtwegblokkade die de ademhaling ernstig belemmert (hypopneu) of geheel verhindert (apneu). Dit gaat vaak gepaard met een zuurstoftekort en ontwaakreacties. De diagnostische criteria voor OSAS bij volwassenen zijn: minstens vijf obstructieve apneus/hypopneus per uur slaap (apneu-hypopneu-index (AHI) ≥ 5), in combinatie met ernstige bijkomende symptomen en een behandelrespons (NVALT & NVKNO, 2018). Typische symptomen zijn: snurken, ademstops met een luide hervatting van de ademhaling, niet-verkwikkende slaap, ochtendhoofdpijn en slaperigheid overdag. Daarnaast kunnen ook somatische aandoeningen als hypertensie en diabetes mellitus type 2, en stemmingsstoornissen symptomen van OSAS zijn. Voor het diagnosticeren van OSAS zijn een slaapanamnese (waarbij ook informatie van een eventuele bedpartner van belang is) en polysomnografie noodzakelijk. Hoewel ademstops een bekend fenomeen zijn, blijken ze in de slaapproaktijk niet altijd te worden gerapporteerd door patiënt of partner. Dit vraagt om kennis van en alertheid op de andere symptomen. Om excessieve slaperigheid overdag te bepalen wordt vaak de Epworth Sleepiness Scale ingezet (ESS; Johns, 1991).

Prevalentie en comorbiditeit

In de algemene bevolking heeft 9-24% van de mensen een AHI ≥ 5 en voldoet 2-4% aan de criteria van OSAS (Young et al., 1993). Risicofactoren zijn onder andere leeftijd, geslacht (man) en obesitas (Lee & Sundar, 2021). In de psychiatrie komt OSAS vaker voor. Zo bleek uit een meta-analyse dat 26% van ernstig psychiatrische patiënten voldoet aan een AHI ≥ 5 (Stubbs et al., 2016). In overeenstemming hiermee bleek uit een multicenteronderzoek in Duitse psychiatrische klinieken dat er bij 24% van de patiënten tevens sprake is van het symptoom 'overmatige slaperigheid overdag' (Behr et al., 2018). Patiënten met een depressie of PTSS hebben frequent een AHI ≥ 5 , met mediane prevalenties van 48,1% en 42,7% (Gupta & Simpson, 2015). De hoge comorbiditeit kan verklaard worden door een clustering van risicofactoren voor OSAS bij mensen met een psychiatrische stoornis, zoals roken, sederende medicatie en overgewicht. Anderzijds kan OSAS een risicofactor zijn voor de ontwikkeling en het voortbestaan van psychiatrische stoornis-

sen. Longitudinaal onderzoek laat zien dat OSAS de kans op een depressie verhoogt (BaHammam et al., 2016). Hoewel er in de slaapproaktijk soms grote effecten van *positive airway pressure*-therapie op depressieve symptomen worden waargenomen, is wetenschappelijk nog onduidelijk of OSAS-behandeling depressieve symptomatologie vermindert (BaHammam et al., 2016). Er is enige evidentie voor een positieve invloed van *positive airway pressure*-therapie op PTSS-symptomatologie (Miller et al., 2020).

Behandeling en implicaties voor de klinische praktijk

Behandelopties voor slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen zijn: gewichtsreductie bij overgewicht; een positietrainer wanneer OSAS voornamelijk in rugligging optreedt; een mandibulair repositieapparaat, dat wil zeggen een beetje dat de onderkaak naar voren trekt en zo de luchtweg verruimt; en *positive airway pressure*, waarbij met luchtdruk via een masker de luchtweg wordt opgehouden (voor uitgebreidere informatie, zie: de Weerd & Lancel, 2021).

Gezien de hoge prevalentie van OSAS in de psychiatrie is het van belang alert te zijn op OSAS-symptomen en bij verdenking de patiënt te verwijzen naar een slaapafdeling of slaapcentrum voor diagnostiek en behandeling. Met name bij psychiatrische patiënten is therapietrouw aan *positive airway pressure*-behandeling problematisch. De behandelend psycholoog kan een essentiële bijdrage leveren aan de respons op de OSAS-therapie door de patiënt te (blijven) motiveren voor de behandeling en zo de *compliance* te verhogen. Psycho-educatie over de behandeling van OSAS en het effect ervan op de psychopathologie is eveneens een belangrijke interventie, omdat dit doorgaans onbekend is bij patiënten. Dit mede door het inmiddels verouderde, maar hardnekkige idee dat slaapklachten 'bij de psychiatrie horen'. Insomniastoorning is een veelvoorkomende comorbiditeit bij OSAS; de combinatie van beide wordt COMISA genoemd. CGT-i is ook bij COMISA een veilige en werkzame insomniebehandeling (Sweetman et al., 2020), en kan de positieve effecten van OSAS-therapie op subjectieve slaap en functioneren overdag versnellen (Tu et al., 2022). In de slaapproaktijk worden de OSAS-therapie en CGT-i dan ook vaak gecombineerd, zij het in aangepaste vorm.

CIRCADIANERITME-SLAAP-WAAKSTOORNISSEN

.....

Classificatiecriteria

.....

Circadianeritme-slaap-waakstoornissen worden gekenmerkt door problemen met het slapen op de reguliere tijd: de slaap is verschoven naar een vroeger of later tijdstip, of er ontbreekt een regelmatig slaap-waakpatroon.

Om na te gaan of er sprake is van circadiane-ritmeproblematiek kan de Morningness-Eveningness Questionnaire worden afgenomen (MEQ; Horne & Östberg, 1976). Vanwege de hogere prevalentie ervan, zeker in de ggz, richt dit artikel zich voornamelijk op de vertraagd-slaap-waakritme-stoornis (*delayed sleep phase syndrome*; DSPS).

Typerend voor DSPS is dat de slaaptijden op een later moment liggen dan de gewenste of sociaal acceptabele tijd. Uit het anamnestic interview blijkt dat de patiënt 's avonds niet slaperig is (zich juist weer fitter voelt) en problemen met inslapen ervaart. Om de diagnose DSPS te stellen, worden gedurende drie weken (inclusief de weekenden) het slaapdagboek en actigrafie afgenomen, waarbij er sprake moet zijn van een habituele verlate inslaaptijd (Magee et al., 2016). Additioneel kan de *dim light melatonin onset* (DLMO) bepaald worden, om een verlate toename in de melatoninespiegel vast te stellen (Rahman et al., 2009). Aangezien een DLMO-meting relatief lastig en duur is, wordt ze voornamelijk in complexe gevallen ingezet.

Prevalentie en comorbiditeit

De prevalentie van DSPS in de algemene populatie is 0,17-3% (Paine et al., 2014), maar is hoger onder jongeren (3,3-8,9%) (Danielsson et al., 2016; Sivertsen et al., 2015). De DSPS-prevalentie ligt ook duidelijk hoger bij mensen met een psychiatrische diagnose, bijvoorbeeld bij volwassenen met een obsessieve-compulsieve stoornis (42%), ASS (31%), ADHD (26%) of bipolaire stoornis (26%) (Baker & Richdale, 2017; Bijlenga et al., 2013; Takaesu et al., 2016; Turner et al., 2007), bij adolescenten met een angststoornis (5,6%), depressieve stoornis (7,4%) of ADHD (9%), en loopt op tot 20% bij jongeren met een normoverschrijdend-gedragstoornis, vergeleken met 2,9% zonder psychiatrische diagnose (Hysing et al., 2022).

Mensen met DSPS hebben vaker een psychiatrische aandoening dan personen zonder deze slaapstoornis. Zo hadden studenten met DSPS vaker ADHD (1,6 vs. 0,9%), een angststoornis (15 vs. 9,9%) of een stemmingsstoornis (18,7 vs. 10,8%) (Sivertsen, Harvey et al., 2021). Voor een deel van de stoornissen is er sprake van overlappende risicofactoren, bijvoorbeeld overeenkomstige genetische factoren, zoals het CLOCK-gen (Hamet & Tremblay, 2006; Schuch et al., 2018).

Behandeling en implicaties voor de klinische praktijk

Over het algemeen kan DSPS door de eigen psycholoog gediagnosticeerd en behandeld worden. De standaard behandeling is psycho-educatie en lichttherapie. Bij lichttherapie wordt de patiënt in de ochtend (9 uur na DLMO of 7 uur na het in slaap vallen) gedurende een periode van ongeveer 30 minuten blootgesteld aan fel licht (lichtintensiteit 10.000 lux), terwijl hel licht (lichtintensiteit > 25 lux) in de avond, 3-4 uur voor de gewenste

inslaaptijd, juist dient te worden vermeden (voor uitgebreidere informatie, zie: Gordijn & Lancel, 2021). Eerder werd gedacht dat lichttherapie bij een bipolaire stoornis een (hyper)manie kon luxeren, dit risico blijkt echter gering. Een bipolaire stoornis is dus geen contra-indicatie voor lichttherapie (Benedetti, 2018). Een lage dosis melatonine (0,5-3 mg, ongeveer 5 uur voor bedtijd) kan de slaapsymptomen verlichten, hoewel dit geen of slechts geringe effecten heeft op de slaaplatentie, de remslaap en de diepe slaap (Buscemi et al., 2005). Omdat DSPS-patiënten vaak tevens een insomniastoor- nis hebben, is ook hier de toevoeging van CGT-i aan de lichttherapie en/of melatoninetoediening in veel gevallen aan te raden. Recent is hiervoor een nieuwe behandelmodule ontwikkeld (TranS-C), die insomniebehandeling en chronotherapie in één module combineert (Harvey et al., 2021; Sarfan et al., 2022). Psycho-educatie over zowel de biologische als gedragsmatige component van DSPS is essentieel, omdat veel patiënten de ervaring hebben als ‘lui en ongemotiveerd’ gezien te worden en omdat ze door activiteiten laat in de avond hun eigen herstel in de weg kunnen zitten.

Succesvolle DSPS-behandeling leidt tot afname van verscheidene psy- chiatrische klachten, bijvoorbeeld bij ADHD (Rybak et al., 2006). Echter, deze behandel-effecten kunnen een direct gevolg zijn van verbetering van de slaapduur en slaapkwaliteit, en daarmee onafhankelijk zijn van het daad- werkelijke tijdstip van slapen (Scott et al., 2021; Taylor & Hasler, 2018). Uit de slaapproaktijk blijkt dat een beter maatschappelijk functioneren eveneens een effect is van een succesvolle behandeling van DSPS.

PARASOMNIEËN

.....

Classificatiecriteria

.....

Parasomnieën zijn abnormale gedragingen of ervaringen die optreden tij- dens het inslapen, het slapen of het ontwaken. Er wordt onderscheid ge- maakt tussen non-rem- en rem-parasomnieën. Non-rem-parasomnieën, ook wel *disorders of arousal* (DOA) genoemd, zijn volledige of onvolledige ont- wakingen (*arousals*) met bewegingen tijdens de non-remslaap (diepe slaap). Tijdens een non-rem-episode is er geen volledig bewustzijn en vaak geen herinnering aan de arousal. De DOA die het meeste voorkomen in de psy- chiatrie zijn: *confusional arousals* (verwarde ontwakingen, niet genoemd in de DSM-5), slaapwandelen, en *pavor nocturnus* of *night terrors* (nachtelijke angstaanvallen met bewegingen en soms schreeuwen). *Night terrors* wor- den vaak verward met nachtmerries. Het verschil met nachtmerries is dat er bij non-rem-parasomnieën geen herinnering is aan het fenomeen, terwijl nachtmerries altijd goed onthouden worden, vanwege de intense emoties waarmee zij gepaard gaan.

Rem-parasomnieën zijn de remslaapgedragsstoornis (RSBD), de terugkerende geïsoleerde slaapverlamming en de nachtmerriestoornis. RSBD is een zeldzame aandoening, waarbij tijdens de remslaap de gebruikelijke spierverlamming niet optreedt, de patiënt daardoor zijn dromen uitbeeldt en daar ook een actieve herinnering aan heeft. Meestal is RSBD een voorbode van een neurodegeneratieve stoornis, zoals de ziekte van Parkinson. Zorgvuldig onderzoek bij een slaapcentrum is dan ook belangrijk. Bij geïsoleerde slaapverlamming blijft de remslaapverlamming voortduren terwijl men al ontwaakt: men kan de ogen bewegen en ademen, maar verder niet bewegen of praten. Meestal verdwijnt de verlamming snel (binnen 1-2 minuten), maar mensen kunnen haar beangstigend vinden. Als ze bijvoorbeeld net wakker worden uit een nachtmerrie, kan de korte slaapverlamming heel lang lijken te duren (van Schagen & Lancee, 2021).

Voor alle parasomnieën geldt dat de 'stoornis' pas gesteld kan worden wanneer de betrokkene er overdag last van heeft en het dagelijks functioneren verstoord raakt.

Prevalentie en comorbiditeit

Parasomnieën komen relatief vaak voor bij mensen met psychiatrische stoornissen (van Schagen & Lancee, 2021). Het is nog niet precies duidelijk waarom dat zo is. Onder andere het gebruik van psychofarmaca, en dan met name van benzodiazepinen, komt vaak samen voor met non-rem-parasomnieën (Irfan et al., 2021). Parasomnieën treden opvallend vaak op bij PTSS, mogelijk als gevolg van hyperarousal (Lancel, van Marle et al., 2021). Daarnaast zijn slaaptekort, een slechte of onderbroken slaap, emotionele ontregeling en geluiden in de omgeving risicofactoren voor het ontstaan van non-rem-parasomnieën (Irfan et al., 2021; van Schagen & Lancee, 2021). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het directe effect van non-rem-parasomnieën op de slaap en het functioneren overdag.

De nachtmerriestoornis komt redelijk vaak voor, met een prevalentie van 2-5% in de algemene bevolking en 30% bij mensen met mentale stoornissen (Swart et al., 2013). Het is nog onduidelijk waarom de ene persoon wel nachtmerries heeft en de andere niet. Nachtmerries hebben invloed op het functioneren overdag, en wel omdat ze de slaap verstoren of onderbreken, de betrokkene bang is om te gaan slapen, en vanwege de emotioneel geladen inhoud van nachtmerries. Zowel de inhoud van nachtmerries als de gefragmenteerde slaap die er het gevolg van is, kunnen mentale symptomen tot gevolg hebben, zoals angst, vermijdingsgedrag en somberheid, die vervolgens op hun beurt kunnen leiden tot meer nachtmerries. Het is dus van belang om nachtmerries als apart symptoom te behandelen.

Behandeling en implicaties voor de klinische praktijk

De behandeling van non-rem-parasomnieën bestaat voornamelijk uit het indien mogelijk wegnemen van uitlokkende factoren, zoals hyperarousal of slechte slaap, en daarnaast uit psycho-educatie over het fenomeen aan patiënten en partners of ouders. Wanneer een naaste de patiënt aantreft in verwarde toestand, of heftig ziet bewegen of schreeuwen, is het beter om een veilige omgeving te creëren en de patiënt geruststellend toe te spreken dan om hem of haar te wekken (van Schagen & Lancee, 2021).

De standaard psychotherapeutische behandeling van nachtmerries is imaginatie- en rescriptingtherapie (IRT) (Morgenthaler et al., 2018; van Schagen et al., 2016; zie ook het artikel van Lancee & van Schagen in dit nummer). In de slaappraktijk wordt op een specifiek, terugkerend nachtmerrie-beeld ook weleens EMDR toegepast.

SLAAPGERELATEERDE BEWEGINGSSTOORNISSEN

Classificatiecriteria

Kenmerkend voor slaapgerelateerde bewegingsstoornissen zijn overmatige en/of abnormale bewegingen tijdens de slaap, zoals het rustlozebenensyndroom (*restless legs syndrome*, RLS) en tandenknarsen (bruxisme). RLS, de meest prevalentie hiervan, is een klinische stoornis, waarbij uit het anamnestic interview het volgende moet blijken: (1) er is sprake van aandrang om de benen te bewegen, wat vaak samengaat met onaangename sensaties in de benen; (2) dit begint of neemt toe bij rust of inactiviteit; (3) het verbetert of verdwijnt tijdelijk bij beweging; en (4) het treedt voornamelijk op tijdens de avond of nacht. RLS kan leiden tot inslaapproblemen en (onder invloed van periodieke beenbewegingen tijdens de slaap) tot doorslaapproblemen. Om RLS-klachten te inventariseren kan de International Restless Legs Syndrome Rating Scale (IRLS) gebruikt worden (Walters et al., 2003). RLS kan secundair zijn aan lichamelijke condities als zwangerschap, ijzerdeficiëntie en nierfunctiestoornissen. Daarom is het belangrijk om verschillende bloedwaarden te laten bepalen, zoals die van serumferritine (ijzerdeficiëntie), creatine (nierfunctie) en schildklierhormonen. Omdat RLS gerelateerd is aan dopaminerge neurotransmissie, kunnen dopaminerg-werkende medicijnen, waaronder veel psychofarmaca, RLS induceren of verergeren (Vlasie et al., 2022). Gebruikte medicatie dient dan ook nauwkeurig in kaart gebracht te worden.

Prevalentie en comorbiditeit

173

In de algemene bevolking rapporteert 7% RLS-symptomen en 2,7% op een klinisch significant niveau (Allen et al., 2005, 2010). RLS komt vaker voor bij mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis, ADHD of schizofreniespectrumstoornis (Kang et al., 2007; Mackie & Winkelmann, 2015). Epidemiologische studies laten zien dat mensen met RLS vaker stemmings- en angststoornissen hebben dan mensen zonder RLS, waarbij het merendeel aangeeft dat de RLS-symptomen optraden voor de angst- of depressieklachten (Winkelmann et al., 2005). Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat RLS een significante risicofactor is voor een depressie (Li et al., 2012). Met name de betrokkenheid van het dopaminerge systeem bij zowel RLS als tal van psychiatrische stoornissen zou ten grondslag kunnen liggen aan het verband tussen RLS en diverse psychiatrische aandoeningen (Kallweit et al., 2016; Mackie & Winkelmann, 2015). In hoeverre RLS-behandeling leidt tot afname van psychiatrische symptomen is slechts beperkt onderzocht en de resultaten zijn inconsistent (Benes et al., 2011; Saletu et al., 2003).

Behandeling en implicaties voor de klinische praktijk

Bij de diagnose en behandeling van RLS zal altijd een arts betrokken moeten zijn. De eerste stap in de behandeling is het aanpakken van de onderliggende oorzaak. Wanneer leefstijlfactoren een rol spelen, kan een psycholoog leefstijladviezen geven die de RLS kunnen verminderen, zoals het vermijden van alcohol en cafeïne in de avond en het verhogen van lichamelijke activiteit gedurende de dag. Wanneer er sprake is van verlaagd ferritine, zal ijzer-suppletie nodig zijn. Als een patiënt een psychofarmacon gebruikt dat RLS kan veroorzaken of versterken, is het nuttig om te overwegen of de medicatie niet beter op een ander tijdstip ingenomen kan worden, de dosis verlaagd kan worden of vervangen door medicatie met mogelijk minder RLS-stimulerende effecten (Bayard et al., 2011). Bij persisterende en ernstige RLS-klachten is farmacotherapie (dopamine-agonist of alfa2delta-ligand) geïndiceerd (Winkelmann et al., 2018). Bij impulscontroleproblematiek of psychotische ontregeling dient men er rekening mee te houden dat dopamine-agonisten dit risico kunnen vergroten, terwijl bij gebruik van alfa2delta-liganden depressieve klachten kunnen toenemen (voor uitgebreidere informatie, zie: Berrevoets-Aerts & Overeem, 2021).

HYPERMOMNOLIENTIESTOORNIS

.....

Classificatiecriteria

.....

Hypersomnolentie duidt op excessieve slaperigheid overdag. Hierbij gaat het niet over symptomen als vermoeidheid en futloosheid, maar over een chronisch vergrote kans om overdag in slaap te vallen. Dit wordt bepaald met behulp van de Multiple Sleep Latency Test (MSLT), waarbij de patiënt om de twee uur gevraagd wordt een korte dut te doen. Een gemiddelde inslaaplatentie van maximaal 8 minuten indiceert overmatige slaperigheid. Vaak wordt tevens de ESS-vragenlijst afgenomen. Overmatige slaperigheid is het kenmerkende symptoom van de hypersomnolentiestoornis (idiopathische hypersomnie in de ICSD-3) en de algemeen bekende, maar weinig voorkomende stoornis narcolepsie (in DSM-5 is dit een afzonderlijke classificatie). In dit artikel wordt ingegaan op de hypersomnolentiestoornis, omdat deze stoornis minder bekend is, maar in de praktijk met enige regelmaat gediagnosticeerd wordt bij ggz-patiënten. Bij hypersomnolentie is het van belang in het oog te houden dat ze ook kan optreden als gevolg van te weinig gelegenheid hebben of nemen om te slapen, het gebruik van sederende psychofarmaca of middelen, een andere slaapprobleem (zoals slaapapneu), en verschillende somatische en psychiatrische stoornissen.

Bij de hypersomnolentiestoornis is er sprake van ernstige en persisterende overmatige slaperigheid en/of een totale slaapduur per etmaal van minstens 11 uur (gemeten met polysomnografie of een combinatie van actigrafie en slaapdagboek). De nachtslaap is vaak lang en van goede kwaliteit, maar toch niet verfrissend. De stoornis gaat vaak gepaard met langdurige slaapprobleem: patiënten zijn moeilijk te wekken, reageren geïrriteerd op pogingen daartoe, zijn verward, en slapen vaak weer snel in. In tegenstelling tot narcolepsie is er geen sprake van kataplexie en komt er in maximaal één dut binnen de MSLT remslaap voor. Ook andere alternatieve oorzaken voor overmatige slaperigheid moeten uitgesloten zijn. De hypersomnolentiestoornis begint meestal tijdens de puberteit of adolescentie (Billiard & Sonka, 2016). Excessieve slaperigheid overdag en de lange slaapduur hebben grote invloed op het functioneren op velerlei gebieden, waaronder opleiding, werk en relaties. De betrokkene wordt vaak luiheid en een gebrek aan motivatie verweten door de omgeving. Helaas is de pathofysiologie van de hypersomnolentiestoornis onbekend.

Prevalentie en comorbiditeit

.....

Hypersomnolentiestoornis komt relatief weinig voor en de prevalentie in de algemene bevolking is onbekend (Billiard & Sonka, 2016). Ze komt mogelijk

vaker voor in verschillende psychiatrische populaties. Veel mensen met hypersomnolentiestoornis rapporteren depressieve symptomen (Barateau et al., 2017; Susta et al., 2022) en verscheidene longitudinale onderzoeken indiceren dat overmatige slaperigheid een onafhankelijke risicofactor is voor een depressie (Jaussent et al., 2011; LaGrotte et al., 2016; Plante et al., 2017). Hoewel opvallend weinig patiënten met een centrale hypersomnolentie drugs gebruiken (Barateau et al., 2016; Mantyh et al., 2016), komt misbruik van stimulantia bij hypersomnolentiestoornis wel voor, onder meer om de voor de hand liggende reden dat men ‘het leven niet wil verslapen’.

Behandeling en implicaties voor de klinische praktijk

Bij hypersomnolentiestoornis bestaat de behandeling uit psycho-educatie en verbetering van de slaaphygiëne, waaronder een regelmatig slaap-waak-schema en een geplande korte dut overdag (die echter ook averechts kan werken vanwege slaapinertie). Wanneer dit onvoldoende effect sorteert, kan eventueel stimulerende medicatie worden toegepast (voor uitgebreidere informatie, zie: de Weerd & van Veen, 2021).

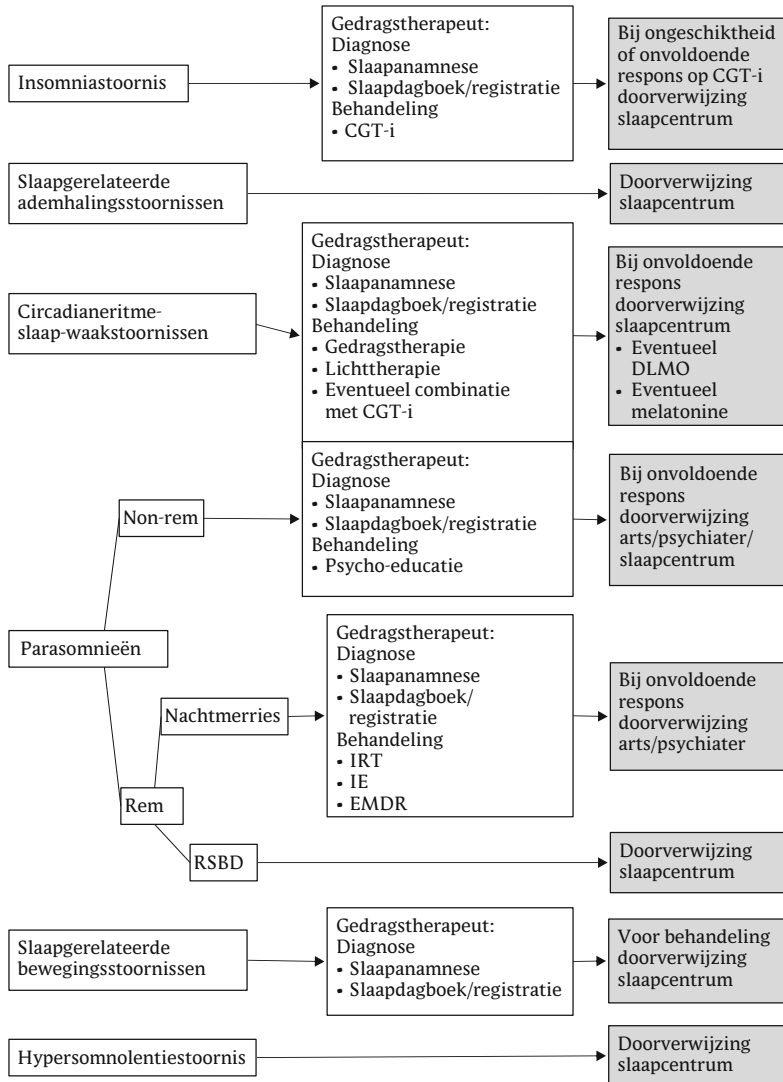
Hoewel iedere ggz-behandelaar subjectieve excessieve slaperigheid en de verschillende oorzaken ervan zelf kan vaststellen (te weinig tijd nemen om te slapen, symptoom van somatische en/of psychiatrische stoornis, sederende medicatie), dient een patiënt bij een vermoeden van een centrale hypersomnolentiestoornis naar een slaapcentrum verwezen te worden.

VOORSTEL VOOR DIAGNOSE- EN BEHANDELSTRATEGIE

In figuur 1 is een voorstel voor diagnose- en behandelstrategie voor slaapstoornissen binnen de gedragstherapeutische praktijk weergegeven. Met behulp van een screeningsvragenlijst als de HSDQ kan bepaald worden van welk type slaapstoornis(sen) er mogelijk sprake is. Grijze boxen geven aan wat niet door de gedragstherapeut gedaan kan worden en wanneer doorverwijzing geïndiceerd is.

CONCLUSIE

In dit artikel zijn de belangrijkste slaapstoornissen beschreven die voorkomen bij mensen met een mentale stoornis. Er komt duidelijk uit naar voren dat comorbiditeit van slaapstoornissen en psychische aandoeningen eerder regel dan uitzondering is. Dit betreft zeker niet alleen de insomniastoonis, maar bijvoorbeeld ook OSAS, RLS en de nachtmerriestoonis. Slaapstoornissen zijn niet alleen geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven en van lichamelijke gezondheid, maar kunnen ook de ernst van verscheidene



FIGUUR 1 Voorstel voor diagnose- en behandelstrategie voor slaapstoornissen binnen de gedragstherapeutische praktijk

Noot. CGT-i = cognitieve gedragstherapie voor insomnie, DLMO = dim light melatonin onset, EMDR = eye movement desensitization and reprocessing, IE = imaginaire exposure, IRT = imaginatie- en rescriptingtherapie, rem = rapid eye movement; RSBD = remslaapgedragsstoornis.

psychiatrische symptomen versterken en remissie belemmeren. Terwijl veel slaapproblemen persisteren na succesvolle behandeling van de psychische stoornis, leidt een verbetering van de slaap veelal tot een afname van de ernst van psychiatrische symptomen. Zo blijkt uit een meta-analyse van de effecten van uiteenlopende interventies bij PTSS dat behandelingen gericht op insomnie en/of nachtmerries de slaapproblemen het sterkst reduceren en tevens een positief effect hebben op PTSS-symptomen overdag (Maher et al., 2021). Voor een gunstig herstel van mentale klachten is naast een op PTSS gerichte therapie een effectieve en tijdige behandeling van de comorbide slaapproblemen dus van belang.

Voor een adequate en volledige diagnose van slaapproblemen dienen de slaapproblemen, de samenhang tussen de slaap en psychiatrische symptomen, evenals de in stand houdende factoren in kaart gebracht te worden, eventueel in samenwerking met de huisarts of een gespecialiseerd slaapcentrum. Het denken in (DSM-)classificaties en syndromen kan leiden tot tunnelvisie, waarbij onderschat wordt in welke mate afzonderlijke symptomen elkaar wederzijds beïnvloeden. Een zorgvuldige analyse van de onderlinge samenhang tussen klachten, gevoelens, gedachten en gedrag is bij uitstek de expertise van de cognitief gedragstherapeut. De holistische theorie en de casusconceptualisatie zouden leidend moeten zijn bij het ontwerpen van de behandelstrategie. Veel cognitief-gedragstherapeutische behandelprotocollen zijn gelukkig klachtgericht en niet alleen syndroomgericht. In de casusconceptualisatie mogen – naast andere symptomen op gebied van bijvoorbeeld stemming, activatie, angst en cognitie – eventuele slaapproblemen niet ontbreken. Gezien de sterkte van de relatie tussen slaap en mentale problemen, en hun wederzijdse beïnvloeding, is het van belang om slaapproblemen en mentale klachten *naast* elkaar en niet *na* elkaar te behandelen. In overleg met de patiënt kan de behandeling van de slaapproblemen vaak tegelijk worden ingezet met de CGT die zich richt op de psychische stoornis, bijvoorbeeld bij depressie CGT-i naast gedragsactivatie, of bij sociale fobie IRT naast exposure.

Marieke Lancel is verbonden aan het Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie en de Forensisch Psychiatrische Kliniek, beide van GGZ Drenthe, Assen, en aan de afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen.

Gretha Boersma is verbonden aan het Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie en de Forensisch Psychiatrische Kliniek, beide van GGZ Drenthe, Assen.

Floor Bunk is werkzaam bij het Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen.

Annette van Schagen werkt bij ARQ Centrum'45, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Oegstgeest.

Correspondentieadres: Marieke Lancel, GGZ Drenthe, Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie, Postbus 30007, 9400 RA Assen. E-mail: marieke.lancel@ggzdrenthe.nl.

Summary *Comorbidity of mental health disorders and sleep disorders*

Mental disorders and sleep disorders often co-occur. The high comorbidity may, among others, be related to coincidence, shared risk factors and side effects of psychotropic drugs. Research demonstrates that disturbed sleep exacerbates and maintains mental health symptoms. Therefore, cognitive behavioral therapists should have knowledge of sleep medicine to enable them, if possible, to integrate sleep disorder diagnosis and treatment in their treatment plan or to refer the patient to a sleep expert. This will undoubtedly improve the quality of mental health care. This paper reviews the most important and/or clinically relevant comorbid sleep disorders and their association with psychopathology. Additionally, suggestions are offered to assist diagnosing and the treatment of the respective sleep disorders.

Keywords *sleep disturbances, psychiatric population, prevalence, consequences, treatment*

Literatuur

- Allen, R. P., Stillman, P., & Myers, A. J. (2010). Physician-diagnosed restless legs syndrome in a large sample of primary medical care patients in western Europe: Prevalence and characteristics. *Sleep Medicine*, 11, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.03.007>
- Allen, R. P., Walters, A. S., Montplaisir, J., Hening, W., Myers, A., Bell, T. J., & Ferini-Strambi, L. (2005). Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Archives of internal medicine*, 165, 1286-1292. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.11.1286>
- American Academy of Sleep Medicine (AASM). (2014). *International Classification of Sleep Disorders, third edition (ICSD-3)*. American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- BaHammam, A. S., Kendzerska, T., Gupta, R., Ramasubramanian, C., Neubauer, D. N., Narasimhan, M., Pandi-Perumal, S. R., & Moscovitch, A. (2016). Comorbid depression in obstructive sleep apnea: an under-recognized association. *Sleep and Breathing*, 20, 447-456. <https://doi.org/10.1007/s11325-015-1223-x>
- Baker, E. K., & Richdale, A. L. (2017). Examining the behavioural sleep-wake rhythm in adults with autism spectrum disorder and no comorbid intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 1207-1222. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3042-3>
- Barateau, L., Jaussent, I., Lopez, R., Boutrel, B., Leu-Semenescu, S., Arnulf, I., & Dauvilliers, Y. (2016). Smoking, alcohol, drug use, abuse and dependence in narcolepsy and idiopathic hypersomnia: a case-control study. *Sleep*, 39, 573-580. <https://doi.org/10.5665/sleep.5530>
- Barateau, L., Lopez, R., Franchi, J. A. M., & Dauvilliers, Y. (2017). Hypersomnolence, hypersomnia, and mood disorders. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0763-0>
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep*

- Medicine*, 2, 297-307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
- Bayard, M., Bailey, B., Acharya, D., Ambreen, F., Duggal, S., Kaur, T., Rahman, Z. U., Roller, K., & Tudiver, F. (2011). Bupropion and restless legs syndrome: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24, 422-428. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.04.100173>
- Behr, M., Acker, J., Cohrs, S., Deuschle, M., Danker-Hopfe, H., Göder, R., Norra, C., Richter, K., Riemann, D., Schilling, C., Weeß, H. -G., Wetter, T. C., Wollenburg, L. M., & Pollmächer, T. (2018). Prevalence of sleep-related breathing disorders of inpatients with psychiatric disorders. *Der Nervenarzt*, 89, 807-813. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0545-x>
- Benedetti, F. (2018). Rate of switch from bipolar depression into mania after morning light therapy: A historical review. *Psychiatry Research*, 261, 351-356. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.013>
- Benes, H., Mattern, W., Peglau, I., Dreykluft, T., Bergmann, L., Hansen, C., Kohnen, R., Banik, R., Schoen, S. W., & Hornuak, M. (2011). Ropinirole improves depressive symptoms and restless legs syndrome severity in RLS patients: A multicentre, randomized, placebo-controlled study. *Journal of Neurology*, 258, 1046-1054. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5879-7>
- Berrevoets-Aerts, M., & Overeem, S. (2021). Slaapgerelateerde bewegingsstoornissen. In M. Lancel, M. M. van Veen, & J. Kamphuis (Eds.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling* (pp. 149-162). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- Bijlenga, D., van der Heijden, K. B., Breuk, M., van Someren, E. J., Lie, M. E., Boonstra, A. M., Swaab, H. J., & Kooij, J. J. (2013). Associations between sleep characteristics, seasonal depressive symptoms, lifestyle, and ADHD symptoms in adults. *Journal of Attention Disorders*, 17, 261-275. <https://doi.org/10.1177/1087054711428965>
- Billiard, M., & Sonka, K. (2016). Idiopathic hypersomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 23-33. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.007>
- Buscemi, N., Vandermeer, B., Hooton, N., Pandya, R., Tjosvold, L., Hartling, L., Baker, G., Klassen, T. P., & Vohra S. (2005). The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1151-1158. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0243.x>
- Danielsson, K., Markström, A., Broman, J., von Knorring, L., & Jansson-Fröjmark, M. (2016). Delayed sleep phase disorder in a Swedish cohort of adolescents and young adults: Prevalence and associated factors. *Chronobiology International*, 33, 1331-1339. <https://doi.org/10.1080/07420528.2016.1217002>
- de Weerd, A., & Lancel, M. (2021). Slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. In M. Lancel, M. M. van Veen, & J. Kamphuis (Eds.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling* (pp. 67-84). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- de Weerd, A., & van Veen, M. (2021). Hypersomnie. In M. Lancel, M. M. van Veen, & J. Kamphuis (Eds.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling* (pp. 85-104). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- Gee, B., Orchard, F., Clarke, E., Joy, A., Clarke, T., & Reynolds, S. (2019). The effect of non-pharmacological sleep interventions on depression symptoms: A meta-analysis of randomised

- controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.09.004>
- Gordijn, M., & Lancel, M. (2021). Circadiane slaap-waakritmestoornissen. In M. Lancel, M. M. van Veen, & J. Kamphuis (Eds.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling* (pp. 105-130). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- Gupta, M. A., & Simpson, F. C. (2015). Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11, 165-175. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4466>
- Hamet, P., & Tremblay, J. (2006). Genetics of the sleep-wake cycle and its disorders. *Metabolism*, 55, S7-S12. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2006.07.006>
- Harvey, A. G., Dong, L., Hein, K., Yu, S. H., Martinez, A. J., Gumpert, N. B., Smith F. L., Chapman, A., Lisman, M., Mirzadegan, I. A., Mullin, A. C., Fine, E., Dolsen, E. A., Gasperetti, C. E., Bukosky, J., Alvarado-Martinez, C. G., Kilbourne, A. M., Rabe-Hesketh, S., & Buysse, D. J. (2021). A randomized controlled trial of the transdiagnostic intervention for sleep and circadian dysfunction (TransS-C) to improve serious mental illness outcomes in a community setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 537. <https://doi.org/10.1037/ccp0000650>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalter, K., Johann, A., Jansson-Frojmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.10.006>
- Ho, F. Y. Y., Chan, C. S., & Tang, K. N. S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 43, 90-102. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.005>
- Horne, J. A., & Östberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
- Hysing, M., Heradstveit, O., Harvey, A. G., Nilsen, S. A., Bøe, T., & Sivertsen, B. (2022). Sleep problems among adolescents within child and adolescent mental health services: An epidemiological study with registry linkage. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 121-131. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01676-4>
- Irfan, M., Schenck, C. H., & Howell, M. J. (2021). NonREM disorders of arousal and related parasomnias: an updated review. *Neurotherapeutics*, 18, 124-139. <https://doi.org/10.1007/s13311-021-01011-y>
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M., Akbaraly, T., Peres, K., Ritchie, K., Besset, A., & Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34, 1103-1110. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1170>
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14, 540-545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
- Kallweit, U., Werth, E., Seiz, A., Sefidan, S., Dahmen, N., Manconi, M., Ehler, U., & Bassetti, C. (2016). Psychiatric comorbidities in restless legs syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28, 239-242. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15030055>
- Kang, S., Lee, H., Jung, S. W., Cho, S. N., Han, C., Kim, Y., Lee, M., Joe, S., & Kim, L. (2007). Characteristics and

- clinical correlates of restless legs syndrome in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31, 1078-1083. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.03.011>
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.09.015>
- Kerkhof, G. A., Geuke, M. E., Brouwer, A., Rijsman, R. M., Schimsheimer, R. J., & van Kasteel, V. (2013). Holland Sleep Disorders Questionnaire: A new sleep disorders questionnaire based on the International Classification of Sleep Disorders-2. *Journal of Sleep Research*, 22, 104-107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2012.01041.x>
- LaGrotte, C., Fernandez-Mendoza, J., Calhoun, S. L., Liao, D., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2016). The relative association of obstructive sleep apnea, obesity and excessive daytime sleepiness with incident depression: A longitudinal, population-based study. *International Journal of Obesity*, 40, 1397-1404. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.87>
- Lancee, J., & van Schagen, A. (2023). Nachtmerries komen veel voor en verdienen aparte aandacht: Een handreiking voor betere diagnostiek en behandeling. *Gedragstherapie*, 56, 213-232.
- Lancel, M., Boersma, G. J., & Kamphuis, J. (2021). Insomnia disorder and its reciprocal relation with psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 41, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.02.001>
- Lancel, M., Ensing, I., & van Veen, M. (2022). Slaap. In W. Cahn, J. Deenik, & J. M. Vermeulen (Eds.), *Leefstijl-psychiatrie* (pp. 129-159). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- Lancel, M., van Marle, H. J., van Veen, M. M., & van Schagen, A. M. (2021). Disturbed sleep in PTSD: Thinking beyond nightmares. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.767760>
- Lee, J. J., & Sundar, K. M. (2021). Evaluation and management of adults with obstructive sleep apnea syndrome. *Lung*, 199, 87-101. <https://doi.org/10.1007/s00408-021-00426-w>
- Li, Y., Mirzaei, F., O'Reilly, E. J., Winkelman, J., Malhotra, A., Okereke, O. I., Ascherio, A., & Gao, X. (2012). Prospective study of restless legs syndrome and risk of depression in women. *American Journal of Epidemiology*, 176, 279-288. <https://doi.org/10.1093/aje/kws016>
- Mackie, S., & Winkelman, J. W. (2015). Restless legs syndrome and psychiatric disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 10, 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2015.05.009>
- Magee, M., Marbas, E. M., Wright, K. P., Rajaratnam, S. M., & Broussard, J. L. (2016). Diagnosis, cause, and treatment approaches for delayed sleep-wake phase disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 11, 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.05.004>
- Maher, A. R., Apaydin, E. A., Hilton, L., Chen, C., Troxel, W., Hall, O., Azhar, G., Larkin, J., Motala, A., & Hempel, S. (2021). Sleep management in post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 87, 203-219. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.08.016>
- Mantyh, W. G., Auger, R. R., Morgenthaler, T. I., Silber, M. H., & Moore, W. R. (2016). Examining the frequency of stimulant misuse among patients with primary disorders of hypersomnolence: A retrospective cohort study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12, 659-662. <https://doi.org/10.5664/jcs.5788>

- Mijnster, T., Boersma, G. J., Meijer, E., & Lancel, M. (2022). Effectivity of (personalized) cognitive behavioral therapy for insomnia in mental health populations and the elderly: An overview. *Journal of Personalized Medicine*, 12, 1070. <https://doi.org/10.3390/jpm1207107>
- Miller, K. E., Brownlow, J. A., & Gehrman, P. R. (2020). Sleep in PTSD: Treatment approaches and outcomes. *Current Opinion in Psychology*, 34, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.08.017>
- Morgenthaler, T. I., Auerbach, S., Casey, K. R., Kristo, D., Maganti, R., Ramar, K., Zak, R., & Kartje, R. (2018). Position paper for the treatment of nightmare disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine position paper. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14, 1041-1055. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7178>
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) & Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het hoofd-halsgebied (NVKNO). (2018). *Obstructief slaapapneu bij volwassenen (OSA) [Richtlijn]*. <https://www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/slaap>
- Paine, S., Fink, J., Gander, P. H., & Warman, G. R. (2014). Identifying advanced and delayed sleep phase disorders in the general population: A national survey of New Zealand adults. *Chronobiology International*, 31, 627-636. <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.885036>
- Palagini, L., Hertenstein, E., Riemann, D., & Nissen, C. (2022). Sleep, insomnia and mental health. *Journal of Sleep Research*, 31, e13628. <https://doi.org/10.1111/jsr.13628>
- Pigeon, W. R., Bishop, T. M., & Krueger, K. M. (2017). Insomnia as a precipitating factor in new onset mental illness: a systematic review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0802-x>
- Plante, D. T., Finn, L. A., Hagen, E. W., Mignot, E., & Peppard, P. E. (2017). Longitudinal associations of hypersomnolence and depression in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 207, 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.039>
- Rahman, S. A., Kayumov, L., Tchmoutina, E. A., & Shapiro, C. M. (2009). Clinical efficacy of dim light melatonin onset testing in diagnosing delayed sleep phase syndrome. *Sleep Medicine*, 10, 549-555. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.03.020>
- Rauwerda, N., & Verbeek, I. (2023). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i): Effectiviteit en inhoud van de behandeling. *Gedragstherapie*, 56, 138-162.
- Riemann, D., Benz, F., Dressle, R. J., Espie, C. A., Johann, A. F., Blanken, T. F., Leerssen, J., Wassing, R., Henry, A. L., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., & van Someren, E. J. (2022). Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *Journal of Sleep Research*, 31, e13604. <https://doi.org/10.1111/jsr.13604>
- Roth, T., Jaeger, S., Jin, R., Kalsekar, A., Stang, P. E., & Kessler, R. C. (2006). Sleep problems, comorbid mental disorders, and role functioning in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 60, 1364-1371. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.05.039>
- Rybak, Y. E., McNeely, H. E., Mackenzie, B. E., Jain, U. R., & Levitan, R. D. (2006). An open trial of light therapy in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1527-1535. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1006>
- Saletu, M., Anderer, P., Högl, B., Salzetu-Zyhlarz, G., Kunz, A., Poewe, W.,

- ☞ Saletu, B. (2003). Acute double-blind, placebo-controlled sleep laboratory and clinical follow-up studies with a combination treatment of rr-L-dopa and sr-L-dopa in restless legs syndrome. *Journal of Neural Transmission*, 110, 611-626. <https://doi.org/10.1007/s00702-003-0814-z>
- Sarfan, L. D., Gasperetti, C. E., Gumpert, N. B., ☞ Harvey, A. G. (2022). Outcomes from the transdiagnostic sleep and circadian intervention (TransC) for midlife and older adults with serious mental illness and sleep and circadian dysfunction. *Behavior Therapy*, 53, 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.001>
- Schuch, J. B., Genro, J. P., Bastos, C. R., Ghisleni, G., ☞ Tovo-Rodrigues, L. (2018). The role of CLOCK gene in psychiatric disorders: Evidence from human and animal research. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 177, 181-198. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32599>
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., ☞ Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101556. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101556>
- Selsick, H., ☞ O'Regan, D. (2018). Sleep disorders in psychiatry. *BJPsych Advances*, 24, 273-283. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.8>
- Sivertsen, B., Harvey, A. G., Gradisar, M., Pallesen, S., ☞ Hysing, M. (2021). Delayed sleep-wake phase disorder in young adults: Prevalence and correlates from a national survey of Norwegian university students. *Sleep Medicine*, 77, 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.028>
- Sivertsen, B., Harvey, A. G., Pallesen, S., ☞ Hysing, M. (2015). Mental health problems in adolescents with delayed sleep phase: Results from a large population-based study in Norway. *Journal of Sleep Research*, 24, 11-18. <https://doi.org/10.1111/jsr.12254>
- Sivertsen, B., Hysing, M., Harvey, A. G., ☞ Petrie, K. J. (2021). The epidemiology of insomnia and sleep duration across mental and physical health: The SHoT Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 662572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662572>
- Stewart, R., Besset, A., Bebbington, P., Brugha, T., Lindesay, J., Jenkins, R., Singleton, N., ☞ Meltzer, H. (2006). Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74 years. *Sleep*, 29, 1391-1397. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1391>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Solmi, M., Gaughran, F., Manu, P., Rosenbaum, S., de Hert, M., ☞ Fornaro, M. (2016). The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 197, 259-267. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.060>
- Susta, M., Šonka, K., Bizik, G., Petranek, S., ☞ Nevšimalova, S. (2022). Idiopathic hypersomnia – A dynamic simulation model. *Frontiers in Neurology*, 13, 902637. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.902637>
- Swart, M. L., van Schagen, A. M., Lancee, J., ☞ van den Bout, J. (2013). Prevalence of nightmare disorder in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 267-268. <https://doi.org/10.1159/000343590>
- Sweetman, A., McEvoy, R. D., Smith, S., Catchside, P. G., Antic, N. A., Chai-Coetzer, C. L., Douglas, J., O'Grady, A., Dunn, N., Robinson, J., Paul, D., Williamson, P., ☞ Lack, L. (2020). The effect of cognitive and behavioral therapy for insomnia on week-to-week changes in sleepiness and sleep para-

- meters in patients with comorbid insomnia and sleep apnea: A randomized controlled trial. *Sleep*, 43, zsaao02. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaao02>
- Takaesu, Y., Inoue, Y., Murakoshi, A., Komada, Y., Otsuka, A., Futenma, K., & Inoue, T. (2016). Prevalence of circadian rhythm sleep-wake disorders and associated factors in euthymic patients with bipolar disorder. *PLoS One*, 11, e0159578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159578>
- Taylor, B. J., & Hasler, B. P. (2018). Chronotype and mental health: Recent advances. *Current Psychiatry Reports*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0925-8>
- ten Have, M., Penninx, B. W., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Insomnia among current and remitted common mental disorders and the association with role functioning: Results from a general population study. *Sleep Medicine*, 25, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.07.015>
- Thomasson, I., & van den Bossche, R. (2021). Diagnostiek van slaapstoornissen. In M. Lancel, M. M. van Veen, & J. Kamphuis (Eds.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling* (pp. 29-50). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- Tu, A. Y., Crawford, M. R., Dawson, S. C., Fogg, L. F., Turner, A. D., Wyatt, J. K., Cristomo, M. I., Chhanani, B. S., Clete, A., Edinger, J. D., Abbott, S. M., Malkani, R. G., Attarian, H. P., Zee, P. C., & Ong, J. C. (2022). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia and PAP for obstructive sleep apnea and comorbid insomnia: Effects on nocturnal sleep and daytime performance. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18, 789-800. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9696>
- Turner, J., Drummond, L. M., Mukhopadhyay, S., Ghodse, H., White, S., Pillay, A., & Fineberg, N. A. (2007). A prospective study of delayed sleep phase syndrome in patients with severe resistant obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 6, 108.
- van Schagen, A., & Lancee, J. (2021). Parasomnieën. In M. Lancel, M. M. van Veen, & J. Kamphuis (Eds.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling* (pp. 131-148). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5>
- van Schagen, A., Lancee, J., & Spoormaker, V. (2016). *Imaginatie- en rescriptingtherapie voor nachtmerries*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-9157-8>
- Verbeek, I., & van de Laar, M. (2008). *Behandeling van langdurige slapeloosheid*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-7524-0>
- Vlasie, A., Trifu, S. C., Lupuleac, C., Kohn, B., & Cristea, M. B. (2022). Restless legs syndrome: An overview of pathophysiology, comorbidities and therapeutic approaches. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.11108>
- Waite, F., Sheaves, B., Isham, L., Reeve, S., & Freeman, D. (2020). Sleep and schizophrenia: From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophrenia Research*, 221, 44-56. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.014>
- Walters, A. S., LeBrocq, C., Dhar, A., Hening, W., Rosen, R., Allen, R. P., & Trenkwalder, C.; International Restless Legs Syndrome Study Group. (2003). Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Medicine*, 4, 121-132. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(02\)00258-7](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(02)00258-7)

- Winkelmann, J., Allen, R. P., Högl, B., Inoue, Y., Oertel, W., Salminen, A. V., Winkelmann, J. W., Trenkwalder, C., & Sampaio, C. (2018). Treatment of restless legs syndrome: Evidence-based review and implications for clinical practice (revised 2017). *Movement Disorders*, 33, 1077-1091. <https://doi.org/10.1002/mds.27260>
- Winkelmann, J., Prager, M., Lieb, R., Pfister, H., Spiegel, B., Wittchen, H., Holsboer, F., Trenkwalder, C., & Ströhle, A. (2005). *Anxietas tibiarum*. *Journal of Neurology*, 252, 67-71. <https://doi.org/10.1007/s00415-005-0604-7>
- Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S., & Badr, S. (1993). The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *New England Journal of Medicine*, 328, 1230-1235. <https://doi.org/10.1056/NEJM199304293281704>

Slaapproblemen bij kind en jeugd

Een cognitief-gedragstherapeutische behandeling op maat

ARINA DE VRIES, NAOMI VAN DEN BROEK & LAURY QUADACKERS

Samenvatting

Slaapproblemen komen veel voor bij kind en jeugd. Ze hebben een grote impact op de cognitieve, emotionele en fysiologische ontwikkeling, en op het functioneren van het systeem. Toch is er vaak onvoldoende aandacht voor slaapproblemen, en worden ze vaak niet herkend of gediagnosticeerd. De meest voorkomende slaapproblemen bij kind en jeugd zijn insomnie en de vertraagd-slaap-waakritme-stoornis. Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) is de voorkeursbehandeling bij insomnie, terwijl bij een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis een combinatie geldt van gedragsadviezen en chronotherapie (verschuiving van het ritme, met gebruikmaking van melatonine en lichttherapie). Bij het werken met kinderen en jongeren vraagt de uitvoering van CGT-i aanpassingen en creativiteit van de behandelaar, zodat de behandeling aansluit bij het kind en zijn systeem. Behandeling van slaapproblemen bij kind en jeugd is daardoor vrijwel altijd een behandeling op maat.

Trefwoorden: insomnie, vertraagd-slaap-waakritme-stoornis, slaapproblemen, cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i), kind en jeugd

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Slaapproblemen komen veel voor bij kind en jeugd, en hebben een grote impact, niet alleen op de ontwikkeling van het kind zelf, maar ook op het systeem.
- ▶ Cognitieve gedragstherapie voor insomnie bij kinderen bestaat uit diverse interventies, waaruit de meest passende interventies voor het betreffende kind en zijn systeem kunnen worden gekozen: zorg op maat.

- De behandeling van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis bij jongeren moet worden aangepast aan de ernst van de problematiek, en de mogelijkheden van de jongere en het systeem.

INLEIDING

.....

Slaap en slaapproblemen staan de laatste jaren steeds meer in de schijnwerpers, omdat het belang van voldoende en kwalitatief goede slaap steeds duidelijker wordt. Toch is de exacte fysiologische noodzaak van slaap niet bekend. Wel laten studies naar de effecten van te weinig slapen zien dat ons lichaam, en met name ons brein, slaap nodig heeft om fysiek, cognitief en emotioneel goed te kunnen functioneren (Krueger et al., 2016). Voldoende slaap van goede kwaliteit is dan ook een onmisbaar element in de ontwikkeling van jongeren.

Slaapproblemen hebben een negatieve impact op de ontwikkeling van kind en jeugd. Dat begint al op jonge leeftijd. Zo blijkt dat slaap in grote mate bepaalt hoe peuters reageren op de wereld. Wanneer zij te weinig slaap krijgen, gaat dat vaak ten koste van hun emotieregulatie en ervaren zij vaker negatieve emoties (Berger et al., 2012). Uit onderzoek bij kinderen tussen 4 en 12 jaar blijkt dat kinderen die minder slapen dan hun leeftijdsgenoten een verhoogd risico lopen om psychiatrische klachten te ontwikkelen, zoals angst, depressie en agressief gedrag (Gregory et al., 2008). Daarnaast heeft te weinig slaap, kwalitatief slechte slaap en slaperigheid een negatieve impact op leren, het geheugen en het presteren op school (Dewald et al., 2010). Ook leidt een kortere slaapduur vaak tot problemen in het executief functioneren en tot meer gedragsproblemen (Astill et al., 2012). Bij pubers zien we dezelfde uitkomsten: inadequate slaap is gerelateerd aan somatische problemen, psychische klachten, verminderde schoolprestaties en risicogedrag (Shochat et al., 2014).

Aan het effect van slaapproblemen op het systeem wordt weinig aandacht besteed. Echter, slaapproblemen kunnen dermate invasief zijn dat ze de ouder-kindrelatie in gevaar brengen, en andere gezinsleden niet meer in staat zijn overdag te functioneren en psychiatrische klachten ontwikkelen (Martin et al., 2007; Meltzer & Montgomery-Downs, 2011; Sadeh et al., 2010). Gezien de impact van slaapproblemen op de ontwikkeling van jongeren, is het tijdig herkennen en behandelen van slaapproblemen van groot belang.

In de International Classification of Sleep Disorders (derde editie; ICSD-3) worden slaapstoornissen onderverdeeld in zeven categorieën: (1) insomnie, (2) slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen, (3) centrale oorzaken van hypersomnolentie, (4) circadianeritmestoornissen, (5) parasomnie, (6) slaapgerelateerde bewegingsstoornissen, en (7) andere slaapstoornissen (AASM, 2014). In dit artikel beperken we ons tot insomnie en de circadianeritmestoornissen, meer specifiek de vertraagd-slaap-waakritme-stoornis.

Er wordt vaak gesproken over slaapproblemen zonder dat het direct hoeft te gaan om een slaapstoornis, zoals een insomnie of een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis. De grens tussen een slaapprobleem en een slaapstoornis is niet altijd even duidelijk. De criteria zoals vermeld in de ICSD-3 geven handvatten bij het al dan niet stellen van een diagnose en helpen dus om een probleem van een stoornis te onderscheiden. Er blijft echter altijd ruimte voor interpretatie, waarbij verschillende factoren een rol kunnen spelen.

Belangrijk in het onderscheid tussen een probleem en een stoornis is de vraag of het kind significant belemmerd wordt in zijn functioneren overdag. Echter, veel klachten die mogelijk voortvloeien uit problemen tijdens de nacht kunnen ook andere oorzaken hebben, zoals overprikkeling of overvraging. Hoewel een deel van de slaapproblemen spontaan zal herstellen, is dit lang niet altijd het geval en kan vroege identificatie helpen erger te voorkomen (Fernandez-Mendoza et al., 2022; Meltzer et al., 2014). Gezien het bovenstaande is het niet onlogisch dat de prevalentiecijfers van slaapproblemen bij jongeren sterk variëren: van 10% tot 40%, afhankelijk van definitie, meetmethode en leeftijd (Fricke-Oerkermann et al., 2007; Owens & Mindell, 2011; van Litsenburg et al., 2010). Als er sprake is van een ontwikkelingsachterstand of een verstandelijke beperking, neemt de prevalentie verder toe (Owens & Mindell, 2011; Richdale & Schreck, 2009).

Ondanks de impact en prevalentie van slaapproblemen, blijft het onderwerp onderbelicht, en is er sprake van onderdiagnosticering en daardoor een afwezigheid van beperkte behandeling van slaapproblemen bij kind en jeugd (Meltzer et al., 2010). Dit terwijl het behandelen van slaapproblemen bij volwassenen vaak leidt tot afname van psychiatrische klachten, zoals angst en depressie (Wu et al., 2015). Hoewel de studies over dit onderwerp bij jongeren nog wat beperkter zijn, is er reden om aan te nemen dat het behandelen van slaapstoornissen ook bij hen een gunstig effect heeft op comorbide psychiatrische problematiek (Åslund et al., 2020; Gradisar et al., 2022).

In dit artikel wordt in eerste instantie de gezonde ontwikkeling van de slaap bij kind en jeugd beschreven. Vervolgens wordt stilgestaan bij twee veelvoorkomende slaapstoornissen: insomnie en de vertraagd-slaap-waakritme-stoornis. Ten slotte worden voor de behandeling daarvan bij kinderen en jeugdigen praktische handvatten geboden.

GEZONDE ONTWIKKELING VAN DE SLAAP

.....

Slaap is een dynamisch proces gedurende de levensloop, met een hoge dichtheid aan veranderingen tijdens de transitie van jeugd tot volwassenheid. In dit proces spelen verschillende factoren een rol, waarvan we de belangrijkste nader toe zullen lichten.

Biologische klok

189

Net als bij volwassenen, wordt de slaap bij kinderen (grotendeels) gereguleerd door de balans tussen de opbouw van slaapdruk en de afstelling van de biologische klok, bekend als het twee-processenmodel van slaapregulatie (Borbély et al., 2016). Slaapdruk betekent de opbouw van slaperigheid: hoe langer iemand wakker is, hoe meer slaapdruk er ontstaat (Wong et al., 2022). Onze biologische klok, ook wel de circadiane klok genoemd, geeft onze neiging om te slapen weer. Deze klok reageert constant op signalen uit de omgeving (*Zeitgebers*) en zorgt er zo voor dat belangrijke lichaamsprocessen, zoals de neiging om te slapen, verlopen volgens een vast ritme van 24 uur.

De biologische klok ontwikkelt zich tijdens de eerste maanden na de geboorte onder invloed van de rijping van de hersenen en omgevingsfactoren, zoals blootstelling aan licht en voeding. De instelling van de biologische klok varieert per individu. Hoewel jonge kinderen doorgaans meer ochtendtype zijn dan avondtype, kunnen individuele verschillen al op jonge leeftijd aanwezig zijn. Het chronotype is doorgaans niet constant, maar verschuift met de leeftijd: naarmate kinderen ouder worden, verschuift het chronotype van ochtendtype naar avondtype in de adolescentie (Garcia et al., 2001; Wong et al., 2022). Uiteraard heeft dit consequenties voor de voorkeursbedtijden, hetgeen soms tot uitdagingen kan leiden. Zo zijn baby's vaak vroeg wakker, wat niet synchroon loopt met het chronotype en de daaraan gekoppelde bedtijden van jonge ouders, die vaak liever wat later naar bed gaan en wat later wakker worden. Bij pubers en adolescenten leidt dit vaak tot 'sociale jetlag': hun chronotype is afgesteld op de avond, evenals hun sociale activiteiten, terwijl zij in de ochtend vroeg moeten opstaan om op school te verschijnen. In de weekenden volgen zij vaak hun chronotype met de bijbehorende sociale activiteiten, wat leidt tot laat naar bed gaan en langer slapen in de ochtend. De wisseling van het slaappatroon tussen weekend en doordeweekse dagen leidt vaak tot klachten die lijken op een jetlag, met de bijbehorende gevolgen. In de paragraaf over vertraagd-slaap-waakritme-stoornis gaan we nader in op de mogelijkheden om de biologische klok bij te sturen.

Architectuur van de slaap

Ook de slaaparchitectuur verandert met de leeftijd: zowel de timing van de slaapstadia als de hoeveelheid slaap binnen de verschillende slaapstadia verandert. Deze veranderingen reflecteren de fysiologische en chronobiologische ontwikkeling, veranderingen in omgevingsfactoren, sociale factoren en ontwikkelingsmijlpalen. Tot de leeftijd van 4 maanden bestaat de slaap nog uit twee fasen: actieve slaap en passieve slaap, die elkaar in snel tempo afwisselen en zich geleidelijk ontwikkelen tot respectievelijk *rapid eye movement sleep* (remslaap) en *non rapid eye movement sleep* (non-remslaap).

Tijdens de ontwikkeling neemt de hoeveelheid remslaap af, van 50% bij de geboorte tot ongeveer 25-30% in de adolescentie. De non-remslaap differentieert zich verder in diepe non-remslaap en lichte non-remslaap. De diepe non-remslaap neemt aanvankelijk toe, om aan het einde van de tienerjaren weer wat af te nemen.

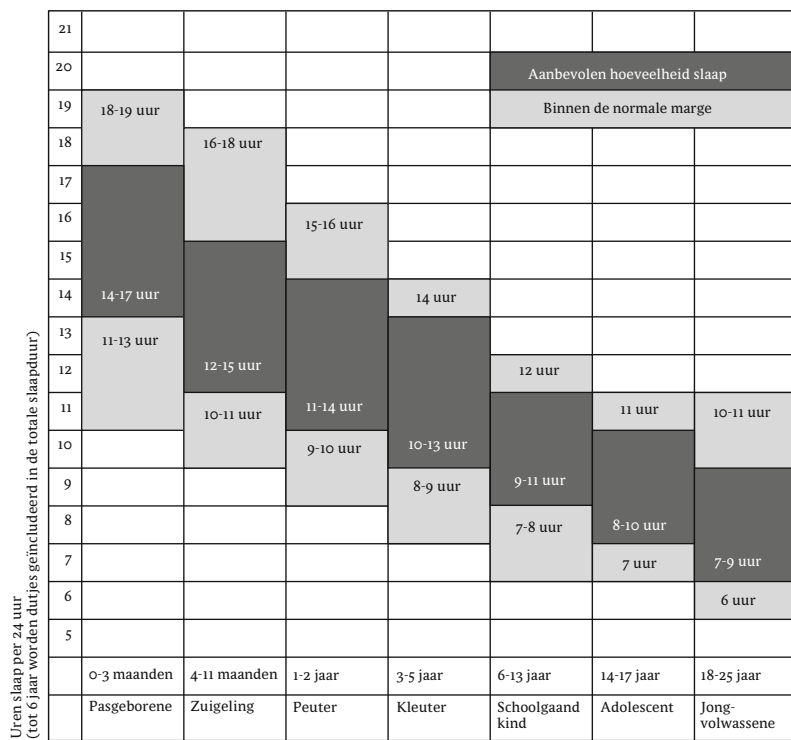
Het verloop van de slaapstadia – lichte slaap, diepe slaap en remslaap – wordt een slaapcyclus genoemd. Slaapcycli volgen elkaar op tijdens de nacht en duren steeds wat langer. Bij een baby duurt een slaapcyclus ongeveer 50 minuten, waarna de cyclus zich ontwikkelt naar een duur van 70-120 minuten wanneer het kind de schoolleeftijd bereikt (even lang als de slaapcyclus van een volwassene). Na een slaapcyclus is een moment van kort ontwaken normaal, ongeveer vier tot zes keer per nacht. Tijdens de eerste drie à vier uren van de nacht is het percentage diepe slaap in de slaapcycli groot, terwijl tijdens de daaropvolgende uren de percentages lichte slaap en remslaap groot zijn.

Slaapbehoefte

Een andere belangrijke verandering in de transitie naar de volwassen leeftijd is de afname van de slaapbehoefte (zie figuur 1). Bij jonge kinderen is slaap de primaire activiteit van de hersenen: tot de leeftijd van 2 jaar slapen kinderen vaak meer dan dat ze wakker zijn. Voor kinderen van 4 maanden tot 1 jaar is de gemiddelde aanbevolen hoeveelheid slaap 12-15 uur per etmaal, voor kinderen van 1-2 jaar 11-14 uur en voor kinderen van 3-5 jaar 10-13 uur. Voor schoolkinderen van 6-13 jaar geldt een slaapbehoefte van 9-11 uur en voor adolescenten varieert de duur van 8-10 uur. De spreiding in wat wordt aanbevolen is echter groot, waardoor er voor een individueel advies altijd goed gekeken moet worden naar de behoefte van het kind.

Uit een Amerikaanse studie bleek echter dat meer dan een derde van de kinderen van 4 maanden tot 17 jaar minder sliep dan de aanbevolen hoeveelheid. Bij jonge kinderen was de kans op een te korte slaapduur groter (40,3%) dan bij adolescenten (31,2%) (Wheaton & Claussen, 2021). Hoewel men in deze studie uitging van gemiddelden en er dus geen rekening werd gehouden met de grote variatie in slaapbehoefte, illustreert ze wel het gat tussen aanbevolen slaap en werkelijke slaap.

In de praktijk is soms lastig in te schatten of een kind voldoende slaap krijgt. Over het algemeen zal een kind dat voldoende slaap krijgt spontaan ontwaken in de ochtend, eetlust hebben, in het weekend rond dezelfde tijd spontaan wakker worden en overdag geen ongeplande dutten doen. Niettemin kunnen overtuigingen over de hoeveelheid slaap die een kind nodig zou hebben, leiden tot irreële doelen en onterechte aannamen over een slaapttekort. Veel ouders overschatten de slaapbehoefte en houden onvoldoende rekening met individuele verschillen en de leeftijd van het kind. Hierdoor ontstaan er slaapproblemen, zoals moeite met inslapen, frequent ontwaken in de nacht en vroeg wakker worden in de ochtend (Sheldon et al., 2014).



FIGUUR 1 Aanbevolen slaapduur per leeftijdsfase, gebaseerd op de richtlijnen van de National Sleep Foundation (Hirshkowitz et al., 2015)

DIAGNOSTIEK VAN SLAAPPROBLEMEN

.....

Tijdens de diagnostische fase worden slaap-waakritme en slaap-waakhygiene in kaart gebracht, alsmede dag- en avondinvulling, gezinssituatie, *life events*, ontstaansgeschiedenis van de klacht, in stand houdende factoren, mogelijke comorbide problematiek en de hulpvraag. In de *JGZ-richtlijn Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen* zijn hulpinstrumenten te vinden voor een uitgebreide anamnese (Vlasblom et al., 2017).

Het slaap-waakdagboek speelt een belangrijke rol bij de diagnostiek en behandeling van slaapproblemen. Een slaap-waakdagboek wordt bij voorkeur minimaal twee weken bijgehouden door ouder en/of kind. Op basis ervan kunnen de slaapproblemen en het chronotype worden beoordeeld. Er wordt bijgehouden hoeveel uur het kind in bed ligt, hoeveel uur het kind slaapt en hoeveel uur van de tijd dat het kind in bed ligt het daadwerkelijk slaapt (slaapefficiëntie). Het streven is een slaapefficiëntie van 85% of hoger. Wanneer een kind overdag geen kenmerken van een slaapttekort laat

zien, is de totale tijd dat het kind daadwerkelijk slaapt een goede indicator voor de slaapbehoefte. Het chronotype wordt bepaald door de tijd van inslapen en de tijd van spontaan ontwaken in te schatten. Omdat die laatste tijd niet altijd evident is – in verband met verplicht moeten opstaan wegens school – wordt in de klinische praktijk vaak gekeken naar de tijd waarop het kind gemiddeld inslaapt in combinatie met de geschatte slaapbehoefte. Op basis van het totale beeld kan worden beoordeeld of er sprake is van een slaapstoornis, zoals insomnie of een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis.

Soms zijn nachtelijke ontwakingen moeilijk te onderscheiden van *arousal disorders*, die vallen onder de parasomnieën. Omdat insomnie een andere aanpak vereist dan arousal disorders, is het van belang ze goed van elkaar te onderscheiden (voor een overzicht van dit onderscheid, zie tabel 1).

TABEL 1 *Klinische verschijnselen van insomnie en arousal disorders*

	Klinische verschijnselen
Insomnie	Het kind wordt wakker tijdens de nacht. Het heeft de ogen open en is aanspreekbaar. Reageert adequaat op vragen. Soms kan het wakker worden gepaard gaan met driftbuien, waardoor de differentiatie met pavor nocturnus lastig kan zijn.
Confusional arousal	Kinderen kunnen verward zijn, zonder dat dit gepaard gaat met angst of paniek. Ze zitten rechtop in bed en kijken verward om zich heen. Soms wordt er gemompeld, gelachen of is er sprake van andere vocalisaties. Wanneer het kind in staat is om complete zinnen te maken, passen die vaak niet binnen de context (Arnulf et al., 2017).
Pavor nocturnus	Vaak een plotseling ontstane aanval van paniek en verwardheid. Gaat dikwijls gepaard met een verhoogde autonome arousal, zoals een verhoogde hartslag, snelle ademhaling en zweten (Idir et al., 2022). Contact krijgen met het kind lukt meestal niet. Kan ook weer plotseling overgaan: dan gaat het kind van het ene op het andere moment weer liggen en slaapt verder. De volgende ochtend kan het kind zich niets herinneren van wat er die nacht is gebeurd (Leung et al., 2020).
Slaapwandelen	Rondlopen in de kamer, zoekgedrag. Tijdens het slaapwandelen kunnen meer complexe handelingen worden verricht, zoals het openen van deuren of ramen.

Differentiatie met arousal disorders

Bij een arousal disorder is er sprake van incomplete ontwakking, met verminderde of afwezige responsiviteit op prikkels van buitenaf. Wanneer er achteraf naar gevraagd wordt, is er meestal sprake van een gedeeltelijke of complete amnesie (AASM, 2014). Hoewel de meeste episoden kort zijn (< 5 minuten), is het bij kinderen niet ongebruikelijk dat ze tot wel 60 minuten duren. Arousal disorders kunnen verder onderverdeeld worden in confusional arousals, slaapwandelen en pavor nocturnus (ook wel nachtangst, *sleep terror* of *night terror* genoemd).

Behandeling van insomnie

De behandeling van insomnie is (net als insomnie zelf) multidimensionaal. Uit onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) positieve korte- en langetermijneffecten heeft (van der Zweerde et al., 2019; van Straten et al., 2018). Cognitieve gedragstherapie bij insomnie is een verzameling van evidence-based interventies: psycho-educatie, slaaphygiëne, stimuluscontrole, slaaprestrictie, relaxatie en cognitieve interventies (Espie et al., 2007; Morin et al., 1999, 2006). Het gaat om het actief veranderen van in stand houdende psychologische en gedragsmatige factoren (voor uitgebreidere informatie, zie Rauwerda & Verbeek in deze uitgave).

Bij volwassenen is CGT-i de eerstekeuzebehandeling (Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2022). Studies die systematisch de effecten van CGT-i bij kinderen en jongeren onderzoeken, zijn schaarser en tevens minder eenduidig. In de groep kinderen van basisschoolleeftijd zijn slechts twee gerandomiseerde studies met een controlegroep beschikbaar die de effectiviteit van CGT-i onderzochten (Paine & Gradisar, 2011; Schlarb et al., 2018). In beide studies worden positieve resultaten waargenomen, zoals een kortere inslaaptijd, een hogere slaapefficiëntie en minder wakker worden na het in slaap vallen, maar in beide onderzoeken nam de totale slaapduur niet toe. Ook het onderzoek bij adolescenten is nog niet overvloedig, maar de beschikbare resultaten zijn veelbelovend (Blake et al., 2016; Clarke et al., 2015; de Bruin et al., 2015; Gradisar et al., 2011). Zo blijkt uit een studie van de Bruin en collega's dat zowel CGI-i in groepsverband als CGT-i als online behandeling leidde tot een significante verbetering in slaapefficiëntie, minder wakker worden na het in slaap vallen en totale slaapduur. Met name de bevindingen over de effectiviteit van online CGT-i zijn interessant, aangezien online CGT-i sterk aansluit op de digitale behoefte van jongeren en dus drempelverlagend kan werken. Bovendien is gebleken dat

online CGT-i kosteneffectiever is dan groepsbehandeling (de Bruin et al., 2016).

Welke elementen van CGT-i worden gebruikt en hoe ze worden toegepast bij de behandeling van insomnie bij kind en jeugd, verschilt per kind, gezinssysteem en leeftijd. Hieronder worden de verschillende interventies vertaald naar de klinische toepassing ervan, waarbij rekening wordt gehouden met de ontwikkelingsleeftijd.

Psycho-educatie

Vaak is er bij ouders en kinderen sprake van onrealistische verwachtingen en overtuigingen omtrent slaap en slaapbehoeften (Largo & Hunziker, 1984). Dit geldt voor zowel kinderen als adolescenten. Het is dan ook van groot belang om het kind en/of de ouders psycho-educatie te bieden. Zowel ouders als kind (afhankelijk van de leeftijd) dienen psycho-educatie te krijgen, omdat de behandeling van slaapproblemen vaak het hele gezinssysteem beïnvloedt. Tijdens de psycho-educatie wordt stilgestaan bij: verschillen in slaapbehoefte en bioritme; uitleg van de slaaparchitectuur; normaliseren van ontwakking tijdens de nacht na een slaapcyclus; slaapassociaties; de ontwikkeling van de slaap over de jaren; en tot slot bij wat er nodig is om tot een goede slaap te komen: voldoende slaapdruk, aansluitend circadiaans ritme, en een ontspannen hoofd en lichaam.

Jonge kinderen. Bij het jonge kind is het belangrijk om stil te staan bij de verdeling van de slaap over 24 uur, waarbij ook dutjes meegeteld worden. Dutjes zijn een normaal en belangrijk onderdeel van het dag-nachtritme van jonge kinderen, en hebben een positieve impact op hun functioneren, zoals op hun zelfregulatie (Miller et al., 2015) en het geheugen (Werchan et al., 2021). De meeste kinderen laten tot de leeftijd van ongeveer 3-4 maanden nog geen duidelijk slaapritme zien. Daarna wordt er een ritme zichtbaar van gemiddeld drie dutjes per dag. Met gemiddeld 8 maanden slapen kinderen nog twee keer overdag en rond de 18 maanden wordt er één keer gedut. In westerse landen dut 23,5% van de kinderen van 4 jaar en 6,8% van de 5-jarigen nog (Mindell et al., 2013).

De uren die een kind overdag slaapt, hebben invloed op hoeveel uren het kind tijdens de nacht slaapt. Wanneer een kind van 18 maanden een slaapbehoefte heeft van 13 uur (gemiddeld 11-14 uur voor kinderen van 1-2 jaar) en het slaapt overdag 1,5 uur, blijft er nog 10,5 uur over voor tijdens de nacht. Een bedtijd van 19:00 uur tot 6:30 uur is dan passend. Heeft een kind van 18 maanden echter een laaggemiddelde slaapbehoefte van 11 uur, met een dut van 1,5 uur overdag, dan komt de bedtijd uit op 21:00 uur tot 6:30 uur. De combinatie van slaapbehoefte en duur van de dut(jes) heeft dus invloed op de bedtijd.

Wereldwijd is er een grote variatie in bedtijden voor kinderen van 0-3 jaar, waarbij het gemiddelde rond 21:00 uur ligt (Mindell et al., 2013). De totale slaap verdeeld over 24 uur verschilt daarentegen nauwelijks van elkaar. In de klinische praktijk blijkt dat veel Nederlandse ouders 21:00 uur erg laat vinden en vaak een bedtijd van 19:00 uur hanteren. Echter, wanneer bovengenoemde dreumes van 18 maanden met een slaapbehoefte van 11 uur (inclusief dut van anderhalf uur) rond 19:00 uur op bed wordt gelegd, ontstaat er vanzelf een slaapprobleem. Het kind is immers niet in staat om op dat tijdstip te gaan slapen en zal zich verzetten. Veel ouders zetten vervolgens verschillende gedragsmatige strategieën in om hun kind toch te laten inslapen, zoals straffen, belonen, laten huilen, in een ander bed laten slapen, enzovoort. Dit leidt tot een vicieuze cirkel, omdat wanneer de gedragsmatige interventies niet het gewenste resultaat hebben, het kind zich meer en meer gaat verzetten, en zowel bij ouders als bij het kind de spanning oploopt wanneer de beoogde bedtijd nadert. Deze *pre-sleep arousal* en het ontbreken van een associatie tussen bed en slapen versterken het slaapprobleem alleen maar.

Schoolkinderen. Ook bij schoolkinderen, dus kinderen van 6-11 jaar, is het belangrijk om aandacht te besteden aan realistische bedtijden. Daarnaast is het belangrijk om met de ouders te bespreken dat het verloop van de dag invloed heeft op de nacht. Stress in het gezin, op school of op sociaal gebied, leidt tot een verhoogde arousal, wat slaapproblemen kan uitlokken, versterken of in stand houden (Bates et al., 2021; Maskevich et al., 2020). Tevens wordt slaap gefaciliteerd door voldoende beweging (Sejbuk et al., 2022), terwijl veel kinderen niet aan de bewegingsnorm voldoen (Whiting et al., 2021).

Adolescenten. Bij adolescenten is het belangrijk om stil te staan bij de verschuiving van het bioritme. Laat naar bed gaan, in de ochtend slaperig zijn en tijdens de avond tot leven komen, zijn voor veel ouders tekenen van onwil en negatief gedrag. Uitleg over de achterliggende mechanismen vergroot vaak het begrip tussen ouders en adolescent. Tevens biedt het een ingang om de slaaphygiëne kritisch te bekijken, zoals het gebruik van blauw licht voor het slapengaan. Blauw licht beïnvloedt de biologische klok, doordat het een negatieve impact heeft op de aanmaak van melatonine (Ricketts et al., 2022).

Slaaphygiëne

Gezonde slaapgewoonten en een adequate slaapomgeving faciliteren de slaap. Een belangrijk onderdeel is het bedritueel. Een bedritueel dat bestaat uit een voorspelbare reeks handelingen kan bijdragen aan een significante afname van slaapproblemen (Mindell & Williamson, 2018). Niet alleen zorgt een vast ritueel voor rust en positieve ouder-kindinteracties, ook de

principes van stimuluscontrole spelen er een rol in, omdat er een associatie ontstaat tussen bedritueel en inslapen (Kang & Kim, 2021).

Verder staan factoren als schermtijd, eten en ontspanning centraal. Zo blijkt uit onderzoek dat langdurig en/of frequent schermgebruik samenhangt met slaapproblemen, zoals een afname in slaapduur en meer symptomen van slaaptekort overdag (Ricketts et al., 2022). Deze effecten komen vermoedelijk door zowel de invloed van blauw licht, dat een negatieve impact heeft op de aanmaak van melatonine, als verhoogde cognitieve activiteit (Ricketts et al., 2022). Omdat slaaphygiëenadviezen per leeftijdscategorie verschillen, worden ze in de bijlage aan het eind van dit artikel beschreven voor respectievelijk baby's, kinderen van 1-11 jaar en adolescenten.

Stimuluscontrole

Bij stimuluscontrole wordt gewerkt aan versterking van de associatie tussen bed en slapen, en aan verlaging van geconditioneerde arousal. Kinderen en jongeren met insomnie koppelen hun bed vaak aan niet kunnen slapen, huilen en negatieve ouder-kindinteractie. Daardoor roepen slaapkamer en bed bij zowel ouder als kind vaak spanning op (pre-sleep arousal).

De eerste stap is werken aan juiste bedtijden. Niet-passende bedtijden leiden tot moeite met inslapen en meer doorslaapproblemen (Sheldon et al., 2014). Dit verzwakt de associatie tussen slaapkamer en/of bed en slapen. Bovendien leidt het vaak tot problemen in de ouder-kindinteractie, waardoor de psychofysiologische arousal wordt verhoogd. Wanneer juiste bedtijden niet voldoende werken, kan slaaprestricte of de lichtere vorm *bedtime fading* worden gebruikt (zie hierna, onder slaaprestricte).

Wanneer aanvullende gedragsaanpak nodig is, kunnen verschillende methoden worden gebruikt, die vaak vallen onder stimuluscontrole. De bekendste zijn extinctiemethoden, waarbij men ofwel gebruikmaakt van *ongemodificeerde extinctie*, ofwel van *graduele extinctie*. Bij ongemodificeerde extinctie wordt gedrag rond bedtijd gezien als aandachtzoekend en positief bekrachtigd door de reactie van de ouders. Zij brengen het kind naar bed met een positief bedritueel en een duidelijke boodschap dat het tijd is om te gaan slapen en dat ouders tot de volgende ochtend niet zullen reageren op huilen tijdens de nacht. De methode is effectief gebleken, want meestal is er al na drie dagen resultaat (Kahn et al., 2022). Er is echter veel discussie in het veld of ongemodificeerde extinctie mogelijk schadelijk is voor de hechting en het algeheel welzijn van het kind (Blunden et al., 2011). Daarnaast is het voor veel ouders een moeilijk vol te houden interventie (Blunden & Baills, 2013).

Vaker wordt gewerkt met graduele extinctie, waarbij de ouder steeds terugkomt bij het kind met een tijdsinterval, bijvoorbeeld 1-2-5 minuten op dag 1 en 5-10-15 minuten op dag 5. De gedachte achter deze interventie is dezelfde als bij ongemodificeerde extinctie en eveneens effectief (Kahn et al., 2022). Graduele extinctie kan niet alleen in tijd, maar ook in fysieke afstand

worden vormgegeven. Aanvankelijk is de ouder bij het kind tijdens het inslapen, maar deze afstand wordt gradueel vergroot, totdat het kind zelfstandig kan slapen zonder de aanwezigheid van de ouder. Voor een uitgebreide beschrijving van deze interventies, zie de *JGZ-richtlijn Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen* (Vlasblom et al., 2017).

Minder bekend is de *camping out*-methode. Daarbij slaapt de ouder een periode bij het kind op de kamer, waardoor er een positieve associatie ontstaat met de slaapkamer en het hele gezin meer slaap krijgt. Vervolgens wordt ofwel het matras steeds iets verder verschoven, ofwel de ouder gaat op een steeds later moment bij het kind liggen. Deze interventie blijkt volgens onderzoek door ouder en kind goed verdragen te worden (Kahn et al., 2020).

Slaaprestructie

Bij slaaprestructie wordt de tijd dat het kind in bed mag liggen gelijkgesteld aan het totaal aantal uren dat het kind doorgaans slaapt terwijl het in bed ligt (Cain et al., 2022; Piazza & Fisher, 1991). Hierdoor neemt de homeostatische slaapdruk toe en het niveau van pre-sleep arousal af (Maurer et al., 2022). Gevolg is dat het kind sneller inslaapt en de slaapconsolidatie verbetert (Cain et al., 2022). Logischerwijs wordt de associatie tussen bed en slapen versterkt.

Eerst wordt middels de slaap-waakkalender in kaart gebracht hoeveel het kind doorgaans slaapt van de uren dat het in bed ligt. Vervolgens wordt de toegestane bedtijd gelijkgesteld aan deze slaapduur. Na één week wordt de slaaprestructie geëvalueerd. Wanneer het kind zeer snel inslaapt (< 5 minuten) en overdag extreem slaperig is, wordt de bedtijd met 15 minuten vervroegd. Zijn er geen nadelige effecten, dan wordt de behandeling gecontinueerd. Na twee weken wordt de bedtijd wekelijks met 15 minuten vervroegd, totdat er een bedtijd is bereikt waarop het kind binnen 15-20 minuten inslaapt (Cain et al., 2022). Berekening van de slaapefficiëntie kan hierbij helpen: deze ligt idealiter op 85%.

Bedtime fading is een vorm van slaaprestructie die past bij peuters, kleuters en schoolkinderen. Bij bedtime fading wordt de bedtijd 30 minuten later gezet dan het kind normaliter inslaapt, terwijl wel de vaste tijd van opstaan wordt aangehouden (Cooney et al., 2018; Piazza & Fisher, 1991). De dutjes worden ofwel overgeslagen, ofwel beperkt tot maximaal 90 minuten vóór 15:00 uur (Cooney et al., 2018). Wanneer het kind twee dagen achtereenvolgens 15 minuten inslaapt, wordt de bedtijd met 15 minuten vervroegd. Wanneer de inslaapduur langer dan 15 minuten bedraagt, wordt de bedtijd met 15 minuten verlaat. De bedtijd wordt vervolgens elke twee dagen heen en weer geschoven, totdat de inslaapduur 15-20 minuten bedraagt en de totale slaapduur past bij de slaapbehoefte (Cooney et al., 2018; Piazza & Fisher, 1991).

Slaaprestrictie en bedtime fading zijn effectieve en snelle interventies voor kinderen en adolescenten die last hebben van langdurige insomnie. De interventies dienen gecombineerd te worden met psycho-educatie en een vast bedritueel (Cain et al., 2022).

Relaxatie

Interventies gericht op relaxatie zijn bedoeld om pre-sleep arousal te verminderen. Bij volwassenen is gebleken dat relaxatieoefeningen een positief effect hebben op chronische insomnie (Lichstein et al., 2001; Means et al., 2000). Dit beïnvloedt zowel het inslapen als het doorslapen (Trauer et al., 2015). Bij kind en jeugd is bekend dat interventies gericht op relaxatie angstklachten verminderen (Caldwell et al., 2019). Interventies gericht op relaxatie passen dan ook goed binnen een CGT-i-behandeling. Bij kinderen hangt de mate van ontspanning echter sterk samen met de mate van stress in het gezin. Zo laat onderzoek zien dat relatieproblemen van ouders kunnen leiden tot meer slaapproblemen bij kinderen, vooral bij kinderen die gevoeliger zijn voor stress (El-Sheikh et al., 2015). Ook wordt gezien dat stress van ouders samenhangt met slaapproblemen bij kinderen (Caldwell & Redeker, 2015; Martin et al., 2021; Miadich et al., 2019). Het is dan ook van belang dat relaxatie-interventies zich niet alleen op het kind richten, maar ook op de ouder(s). Positieve aandacht van kalme ouder(s) en plezierige interacties met hen helpen het kind zich te ontspannen en verminderen daardoor pre-sleep arousal.

Cognitieve interventies

Chronische insomnie leidt bij zowel ouder als kind vaak tot disfunctionele overtuigingen, gedachtepatronen en in stand houdend gedrag. Door die bloot te leggen, bespreekbaar te maken en uit te dagen, kan gewerkt worden aan een meer helpende manier van denken en doen (Dewald-Kaufmann et al., 2022). Hierbij is het belangrijk om systemisch te werken. Zo wordt vaak gezien dat ouders denken dat het kind doelbewust niet tot slapen komt en dat het kind hen manipuleert.

In de praktijk wordt gezien dat het werken met een *piekerkwartier* – een gepland vast tijdstip waarop de jongere mag piekeren, maar de rest van de dag zijn piekergedachten uitstelt – een manier is om meer grip te krijgen op piekeren. Daarnaast werkt het goed om samen met de adolescent (en diens ouders) de overtuigingen rondom ‘slecht slapen’ uit te werken en naar bewijzen ‘voor’ en ‘tegen’ te zoeken. Hierbij wordt vaak gezien dat de verwachting is dat na een ‘slechte nacht’ een toets niet wordt gehaald of de dag mis zal lopen. Door hier kritisch bij stil te staan, en tevens helpend en niet-helpend gedrag in kaart te brengen, zien adolescent en ouders in dat een andere manier van denken en doen bijdraagt aan een betere nachtrust.

Een belangrijk onderdeel van cognitieve interventies is het bespreken van het verschil tussen vermoeidheid en slaperigheid. In de praktijk wordt vaak gezien dat zowel ouders als jongere denken dat vermoeidheid die wordt ervaren komt door te weinig of te slecht slapen. Vermoeidheid en slaperigheid zijn echter twee verschillende constructen. Hoewel beide lastig van elkaar te onderscheiden zijn, wordt in de praktijk met het begrip 'slaperigheid' vechten tegen slaap bedoeld en met het begrip 'vermoeidheid' een laag energieniveau (Shen et al., 2006). Hoewel slaapdeprivatie leidt tot zowel slaperigheid als vermoeidheid, is vermoeidheid doorgaans het resultaat van te weinig ontspanning, te hoge eisen van school, te weinig beweging, een gebrek aan ritme en structuur, en stress. Zulke vermoeidheid wordt dan ook niet opgelost door meer te slapen, maar door interventies in te zetten op de oorzaken van de vermoeidheid.

VERTRAAGD-SLAAP-WAAKRITME-STOORNIS

.....

De vertraagd-slaap-waakritme-stoornis (ook wel bekend als *delayed sleep-wake phase disorder*, DSWPD) valt onder de circadianeritmestoornissen en komt relatief vaak voor tijdens de puberteit. Prevalentiecijfers suggereren dat 7-16% van alle jongeren voldoet aan de criteria van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis, vergeleken met 3% van de volwassen populatie (Grdisar et al., 2011). Jongeren met een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis lukt het niet om op een normaal tijdstip in slaap te vallen en op te staan. Er worden doorgaans geen doorslaapproblemen gemeld. Hoewel er geen absolute definitie is van een normale inslaaptijd die past bij een bepaalde ontwikkelingsleeftijd, geven de handboeken aan dat er bij een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis sprake is van een inslaaptijd die minimaal twee uur afwijkt van het gewenste tijdstip. Doordat de jongere laat inslaapt maar wel op tijd op school moet zijn, kan er een situatie ontstaan waarbij de jongere te weinig slaapt. Op school worden de gevolgen hiervan al snel zichtbaar: de jongere verslaapt zich en komt te laat op school, valt in slaap tijdens de les, of presteert onder zijn niveau.

Jongeren staan voor een aantal uitdagingen die een rol kunnen spelen bij de ontwikkeling van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis. Enerzijds zorgen endocriene veranderingen vanaf de gemiddelde leeftijd van 12 jaar voor een verschuiving van het slaap-waakritme naar een later tijdstip, om rond het zoste levensjaar tot een climax te komen, waarna het ritme geleidelijk weer terugschuift (Roenneberg et al., 2004). Anderzijds neemt rond dezelfde leeftijd de druk vanuit school toe, wordt er meer zelfstandigheid verwacht wat betreft het plannen van de dagen, wordt er in de avonden vaak gesport en moet er ook nog tijd vrijgemaakt worden voor sociale activiteiten met vrienden. Bovendien zorgt het gebruik van beeldschermen en sociale media ervoor dat tot laat in de avond de hersenen geactiveerd blijven. Naast

biologische kwetsbaarheid om een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis te ontwikkelen, spelen dus ook gedragsmatige factoren een grote rol.

Psychiatrische stoornissen, zoals autismespectrumstoornissen, stemmingsproblemen en ADHD, komen vaak voor bij een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis (Bauducco et al., 2020; Robillard et al., 2018; van Andel et al., 2021; van Veen et al., 2010). De onderliggende mechanismen die aan deze hoge comorbiditeit ten grondslag liggen zijn echter onbekend. Psychopathologie en de daarbij behorende gedragsmatige kenmerken kunnen zeker een bijdrage leveren aan het ontstaan en in stand houden van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis. Er zijn echter ook aanwijzingen dat een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis en het ermee gepaard gaande slaaptekort risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van psychopathologie (Byrne et al., 2019).

Chronotherapie

De eerste stap in de behandeling van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis is ervoor zorgen dat alle externe factoren die mogelijk invloed hebben op het slaap-waakritme optimaal zijn. Slaaphygiëneregels zijn erg belangrijk, met name de blootstelling aan licht en donker op de juiste momenten, en het aanhouden van een duidelijk ritme, met verschillen in bedtijd tussen weekend en doordeweekse dagen van maximaal anderhalf uur. Hoewel dit simpele adviezen lijken, is de toepassing ervan voor veel jongeren (en hun ouders) een grote uitdaging. Regels en adviezen opleggen heeft geen zin, want de behandeling zal alleen slagen wanneer de jongere zelf intrinsiek gemotiveerd is om zich te houden aan het behandelplan. Uit onze klinische ervaring blijkt dat veel jongeren met een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis een beperkte daginvulling hebben. Vaak hebben de slaapproblemen geleid tot absentie op school, met dikwijls volledige schooluitval als gevolg. Een zinnige daginvulling staat dan ook hoog op de agenda wanneer er een behandelplan wordt opgesteld.

Er zijn verschillende gradaties in de ernst van vertraagd-slaap-waakritme-stoornissen te onderscheiden, waarop de behandeling kan worden aangepast. Voor jongeren met een milde verschuiving van het ritme kan het voldoende zijn om slaaphygiëneregels na te leven, in combinatie met een geleidelijke verschuiving naar gewenste tijden van naar bed gaan en opstaan (Auger et al., 2015; Dahl et al., 1991; Sharkey et al., 2011). Het natuurlijke ritme van in slaap vallen en ontwaken is hierbij het startpunt, waarna er iedere drie dagen met 30 minuten wordt vervroegd. Wanneer het ritme meerdere uren verschoven is, kunnen lichttherapie en melatonine toegevoegd worden aan de behandeling. Onder lichttherapie verstaan we de blootstelling aan 10.000 lux wit licht of 300 lux blauw licht gedurende 15 minuten binnen 30 minuten na het spontane moment van ontwaken. Dit laatste is een belangrijke toevoeging, aangezien lichttherapie die te vroeg in de ochtend

gegeven wordt een averechts effect kan hebben op het verschuiven van de klok.

Ook melatonine kan een rol van betekenis spelen in de behandeling van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis, en ook hier is de dosering en de timing ervan belangrijk. Wanneer melatonine gebruikt wordt als 'chronobioticum' – dat wil zeggen: als middel om de biologische klok te beïnvloeden – zijn lage doseringen (vanaf 0,2-0,5 mg) al voldoende. Melatonine als chronobioticum wordt gegeven ongeveer 3-4 uur voor het moment van inslapen (Bruni et al., 2015). Omdat de uitgevoerde studies naar de effecten van melatonine op veel punten van elkaar verschillen, is het lastig om harde conclusies te trekken. Wel kan er gesteld worden dat melatonine een fasevervroeging bewerkstelligt en zijn er aanwijzingen dat dit tevens leidt tot een langere totale slaaptijd (Saxvig et al., 2014; Smits et al., 2001, 2003; van Geijlswijk et al., 2010; Wilhelmsen-Langeland et al., 2013). De effecten ervan op het dagelijks functioneren zijn nog onvoldoende onderzocht. Soms wordt melatonine voorgeschreven in hogere doseringen (1-3 mg, 30 minuten voor het naar bed gaan), met als doel het verlagen van de arousal, om zo de transitie van waak naar slaap voor jongeren makkelijker te maken. Het effect van melatonine als sedativum is minder uitgesproken dan wanneer het gebruikt wordt bij een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis (Bruni et al., 2015; Buscemi et al., 2005). Afhankelijk van de achterliggende oorzaken van de insomnie kan er al dan niet voor gekozen worden om melatonine als sedativum te gebruiken.

Een comorbide psychofysiologische insomnie is niet ongewoon. Wanneer hier in de behandeling geen rekening mee gehouden wordt, kan er stagnatie optreden. We raden dan ook aan om bij persisterende inslaapproblemen of doorslaapproblemen waarbij gedragsmatige en/of cognitieve factoren een rol spelen de cognitieve gedragstherapie voor insomnie te integreren in de behandeling van een vertraagd-slaap-waakritme-stoornis.

CONCLUSIE

.....

Slaapstoornissen, zoals insomnie en circadianeritmeproblemen, komen veel voor bij kinderen en jeugdigen. De prevalentie neemt nog verder toe wanneer kinderen ook bekend zijn met comorbide problematiek, zoals ontwikkelingsproblematiek of een verstandelijke beperking. Ondanks het aanbod van diverse behandelprotocollen gericht op het verbeteren van de slaap van jongeren, lijkt hier niet altijd optimaal van gebruik te worden gemaakt. Behandeling van slaapproblemen zou echter laagdrempelig moeten worden toegepast. Diverse gedragstherapeutische interventies zijn evidence-based en kunnen geïntegreerd worden in brede behandelingen, waarbij ook bredere problematiek centraal staat, zoals comorbide psychiatrische stoornissen of systemische problemen.

BIJLAGE

*Slaaphygiëne voor kinderen tot 1 jaar***Bedtijden**

- ▶ Let op signalen van slaperigheid: huilen, in de ogen wrijven, staren en aan de oren trekken.
- ▶ Veel jonge baby's hebben een omgedraaid dag-nachtritme. Houd tijdens de nacht de lichten gedimd en de interactie rustig.
- ▶ Zorg ervoor dat de bedtijden aansluiten bij de slaapbehoefte van het kind.
- ▶ Leg het kind niet slapend in bed, maar slaperig en wakker.

Overdag

- ▶ Zorg voor voldoende interactie en stimulatie overdag.
- ▶ Zorg voor voldoende blootstelling aan daglicht overdag, met name in de ochtend.
- ▶ Zorg voor een juiste balans in ontspanning en inspanning gedurende de dag en avond.
- ▶ Biedt structuur, ritme en regelmaat om overprikkeling te voorkomen.

Voorbereiding

- ▶ Werk met een positief, consistent en rustig bedritueel, dat elke dag hetzelfde is. Een bedritueel wordt ongeveer 20-30 minuten voor het slapengaan ingezet en kan bestaan uit: naar boven gaan, baden of douchen, omkleden, voeden, wiegen, slaapliedje zingen en in bed leggen.
- ▶ Werk ook bij de dutjes met een vast bedritueel, dat korter kan zijn dan het bedritueel in de avond. Denk aan: omkleden, voeden, wiegen, slaapliedje zingen en in bed leggen.
- ▶ Na het avondeten geen beeldschermactiviteiten meer. Dat betekent ook geen tv, tablet en dergelijke op de achtergrond voor ouders of andere kinderen.
- ▶ Zorg voor voldoende positieve en rustige een-op-een aandacht door samen te knuffelen, wiegen en dergelijke, zodat het kindje zich kan ontspannen.

Omgeving

- ▶ Zorg dat de baby in een eigen bedje slaapt.
- ▶ Laat de baby op de rug slapen om het risico op wiegendood te verkleinen.
- ▶ Zorg ervoor dat de slaapkamer niet te warm is (16-18 graden) en goed geventileerd.
- ▶ Zorg ervoor dat het kind warm genoeg is gedurende de nacht door middel van gepaste kleding en een slaapzak. Extra beddengoed is niet nodig,

maar als dat wel wordt gebruikt, wordt het gebruik van een dekbed afgeraden. Een laken met een dekentje zijn een goed alternatief.

- ▶ Zorg dat het bedje leeg is, zonder knuffels, kussens, doeken en beschermers.
- ▶ Zorg dat de kamer voldoende donker is, maar een klein lampje mag.
- ▶ Hinder van omgevingsgeluid kan worden verminderd door het gebruik van *white noise*.
- ▶ Zorg dat de baby slaapt in een rookvrije omgeving.

Slaaphygiëne voor kinderen van 1 tot 11 jaar

Bedtijden

- ▶ Houd vaste bedtijden aan voor zowel het slapengaan als het opstaan.
- ▶ Voorkom verschillen in bedtijden tijdens het weekend (maximaal anderhalf uur verschuiving in het weekend) en vakanties.
- ▶ Zorg ervoor dat de bedtijden aansluiten op de slaapbehoefte van het kind.
- ▶ Leg het kind niet slapend in bed, maar slaperig en wakker.

Overdag

- ▶ Kinderen zijn gebaat bij middagdutten. Bouw die dus pas af wanneer het kind niet meer slaapt tijdens het aangeboden rustmoment.
- ▶ Bij inslaapproblemen door dutjes wordt aangeraden om eerst de bedtijd voor de nachtslaap naar een later moment te verplaatsen.
- ▶ Sommige kinderen van 4-5 jaar met een hoge slaapbehoefte hebben af en toe nog baat bij een middagdutje. Die kunnen het beste plaatsvinden voor 15:00 uur en moeten beperkt blijven tot anderhalf uur.
- ▶ Om voldoende slaapdruk op te bouwen, moeten er overdag voldoende lichamelijke activiteiten zijn (minimaal 1 uur).
- ▶ Zorg voor voldoende blootstelling aan daglicht overdag, met name in de ochtend.
- ▶ Zorg voor een juiste balans tussen ontspanning en inspanning gedurende de dag en avond.
- ▶ Bied structuur, ritme en regelmaat, om overprikkeling te voorkomen.

Vorbereiding

- ▶ Werk met een positief, consistent en rustig bedtijdrutueel, dat elke dag hetzelfde is. Een bedritueel wordt ongeveer 20-30 minuten voor het slapengaan ingezet en kan bestaan uit: naar boven gaan, baden of douchen, klaarmaken, boekje lezen, avondpraatje of dag doornemen, liedje zingen en slapen.
- ▶ Na het avondeten geen beeldschermactiviteiten meer. Dat betekent ook geen tv, tablet en dergelijke op de achtergrond voor ouders of andere kinderen.

- ▶ Geen cafeïnehoudende dranken meer tijdens de laatste 6 uur voor het naar bed gaan. Cafeïne zit onder andere in cola, icetea, thee, chocolade (dus ook chocolademelk), energydrinks en koffie.
- ▶ Regelmaat wat betreft maaltijden, en voldoende tijd tussen de avondmaaltijd en het naar bed gaan, bij voorkeur 3 uur. Een lichte snack/voeding voor het slapengaan wordt wel aangeraden.

Omgeving

- ▶ Zorg ervoor dat de slaapkamer niet te warm is (16-18 graden) en goed geventileerd.
- ▶ Zorg ervoor dat het kind warm genoeg is gedurende de nacht door middel van gepaste kleding, slaapzak en/of dekbed of deken.
- ▶ De kamer moet voldoende donker zijn, maar een klein lampje mag.
- ▶ Hinder van omgevingsgeluid kan worden verminderd door het gebruik van white noise.

Slaaphygiëne voor adolescenten van 12 jaar en ouder

Bedtijden

- ▶ Houd vaste bedtijden aan voor zowel het slapengaan als het opstaan.
- ▶ Voorkom verschillen in bedtijden tijdens het weekend (maximaal anderhalf uur verschuiving in het weekend) en vakanties.

Overdag

- ▶ Om voldoende slaapdruk op te bouwen, moeten er overdag voldoende lichamelijke activiteiten zijn (minimaal 1 uur).
- ▶ Geen dutjes overdag.
- ▶ Gebruik het bed alleen om in te slapen tijdens de nacht.
- ▶ Zorg voor voldoende blootstelling aan daglicht overdag, met name in de ochtend.
- ▶ Zorg voor een juiste balans tussen ontspanning en inspanning gedurende de dag en avond.

Voorbereiding

- ▶ Werk met een vast bedritueel, dat elke dag hetzelfde is. Een bedritueel wordt ongeveer 20-30 minuten voor het slapengaan ingezet en kan bestaan uit: douchen, tandenpoetsen, omkleden, lezen of muziek luisteren en slapen.
- ▶ Geen cafeïnehoudende dranken meer tijdens de laatste 6 uur voor het naar bed gaan. Cafeïne zit onder andere in cola, icetea, thee, chocolade (dus ook chocolademelk), energydrinks en koffie.

- Regelmaat wat betreft maaltijden, en voldoende tijd tussen de avond-maaltijd en het naar bed gaan, bij voorkeur 3 uur. Een lichte snack of voeding voor het slapengaan wordt wel aangeraden.
- Twee uur voor het naar bed gaan geen inspannende activiteiten meer. Niet te laat doorgaan met huiswerk, want dit houdt de hersenen te actief, waardoor het inslapen moeilijker wordt: stop bij voorkeur anderhalf uur voor het slapengaan. Niet te laat op de avond sporten, trainen en/of gamen.
- Zet anderhalf uur voor bedtijd alle digitale apparaten uit (waaronder telefoon, tablet en computer).
- Geen beeldschermen (telefoon, tablet, computer of televisie) op de slaapkamer.
- Gebruik geen alcohol en drugs, en rook niet.

Omgeving

- Zorg voor een comfortabele slaapkamer, die rustig, donker en stil is.
- Zorg ervoor dat de slaapkamer niet te warm is (16-18 graden) en goed geventileerd wordt.
- De kamer moet voldoende donker zijn, maar een klein lampje mag.
- Hinder van omgevingsgeluid kan worden verminderd door het gebruik van white noise.

Arina de Vries is verbonden aan Psychologiepraktijk Slaaplekker, Best.

Naomi van den Broek is werkzaam bij Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, Heeze.

Laury Quaedackers is verbonden aan Psychologiepraktijk Slaaplekker, Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe en de afdeling Huisartsgeneeskunde van Maastricht University.

Correspondentieadres: Arina de Vries, Psychologiepraktijk Slaaplekker, De Ronde 15, 5683 CZ Best. E-mail: adevries@praktijkslaaplekker.nl.

Summary *Sleep problems in children and adolescents: A tailor-made cognitive-behavioural treatment*

Sleep problems are common in children and youth. They have a major impact on the cognitive, emotional and physiological development and functioning of the family system. Yet often there is insufficient attention to sleep problems and they are not recognized or diagnosed. The most common sleep problems in children and youth are insomnia and delayed sleep-wake phase disorder. Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) is the treatment of choice for insomnia, while for delayed sleep-wake phase disorder a combination of behavioral advice and chronotherapy (treatment to shift the rhythm using melatonin and light therapy) applies. When working with children and adolescents, the implementation of CBT-i requires adjustments and creativity from the practitioner, so that it fits the child and his family system. Therefore, treatment of sleep problems in children and adolescents is almost always tailor-made.

Keywords *insomnia, delayed sleep-wake phase disorder (DSWPD), cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i), child and youth*

Literatuur

- American Academy of Sleep Medicine (AASM). (2014). *International Classification of Sleep Disorders, third edition (ICSD-3)*. AASM Resource Library.
- Arnulf, I., Uguccioni, G., Gay, F., Baldayrou, E., Golmard, J. L., Gayraud, F., & Devevey, A. (2017). What does the sleeping brain say? Syntax and semantics of sleep talking in healthy subjects and in parasomnia patients. *Sleep*, 40. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx159>
- Åslund, L., Lekander, M., Wicksell, R. K., Henje, E., & Jernelev, S. (2020). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in adolescents with comorbid psychiatric disorders: A clinical pilot study. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 25, 958-971. <https://doi.org/10.1177/1359104520929376>
- Astill, R. G., van der Heijden, K. B., van IJzendoorn, M. H., & van Someren, E. J. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138, 1109-1138. <https://doi.org/10.1037/a0028204>
- Auger, R. R., Burgess, H. J., Emens, J. S., Deriy, L. V., Thomas, S. M., & Sharkey, K. M. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of intrinsic circadian rhythm sleep-wake disorders: advanced sleep-wake phase disorder (ASWPD), delayed sleep-wake phase disorder (DSWPD), non-24-hour sleep-wake rhythm disorder (N24SWD), and irregular sleep-wake rhythm disorder (ISWRD). An update for 2015. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 11, 1199-1236. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5100>
- Bates, R. A., Singletary, B., Jacques, A., & Justice, L. (2021). Sleep and stress in mother-toddler dyads living in low-income homes. *Developmental Psychobiology*, 63, 1635-1643. <https://doi.org/10.1002/dev.22077>
- Bauducco, S., Richardson, C., & Gradisar, M. (2020). Chronotype, circadian rhythms and mood. *Current Opinion in Psychology*, 34, 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.002>
- Berger, R. H., Miller, A. L., Seifer, R., Cares, S. R., & LeBourgeois, M. K. (2012). Acute sleep restriction effects on emotion responses in 30- to 36-month-old children. *Journal of Sleep Research*, 21, 235-246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00962.x>
- Blake, M., Waloszek, J. M., Schwartz, O., Raniti, M., Simmons, J. G., Blake, L., Murray, G., Dahl, R. E., Bootzin, R., Dudgeon, P., Trinder, J., & Allen, N. B. (2016). The SENSE study: Post intervention effects of a randomized controlled trial of a cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep improvement intervention among at-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 1039-1051. <https://doi.org/10.1037/ccp0000142>
- Blunden, S., & Baills, A. (2013). Treatment of behavioural sleep problems: Asking the parents. *Journal of Sleep Disorders: Treatment and Care*, 2, 1-7.
- Blunden, S. L., Thompson, K. R., & Dawson, D. (2011). Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: Challenging the status quo. *Sleep Medicine Reviews*, 15, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2010.11.002>
- Borbély, A. A., Daan, S., Wirz-Justice, A., & Deboer, T. (2016). The two-process model of sleep regulation: A reappraisal. *Journal of Sleep Research*, 25, 131-143. <https://doi.org/10.1111/jsr.12371>
- Bruni, O., Alonso-Alconada, D., Besag, F., Biran, V., Braam, W., Cortese, S., Moavero, R., Parisi, P., Smits, M., van der Heijden, K., & Curatolo, P. (2015). Current role of melatonin in pediatric

- neurology: Clinical recommendations. *European Journal of Paediatric Neurology*, 19, 122-133. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2014.12.007>
- Buscemi, N., Vandermeer, B., Hooton, N., Pandya, R., Tjosvold, L., Hartling, L., Baker, G., Klassen, T. P., & Vohra, S. (2005). The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1151-1158. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0243.x>
- Byrne, E. M., Timmerman, A., Wray, N. R., & Agerbo, E. (2019). Sleep disorders and risk of incident depression: A population case-control study. *Twin Research and Human Genetics*, 22, 140-146. <https://doi.org/10.1017/thg.2019.22>
- Cain, N., Richardson, C., Bartel, K., Whittall, H., Reeks, J., & Gradisar, M. (2022). A randomised controlled dismantling trial of sleep restriction therapies for chronic insomnia disorder in middle childhood: Effects on sleep and anxiety, and possible contraindications. *Journal of Sleep Research*, e13658. <https://doi.org/10.1111/jsr.13658>
- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Hetrick, S. E., Palmer, J. C., Caro, P., López-López, J. A., Gunnell, D., Kidger, J., Thomas, J., French, C., Stockings, E., Campbell, R., & Welton, N. J. (2019). School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6, 1011-1020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30403-1)
- Caldwell, B. A., & Redeker, N. S. (2015). Maternal stress and psychological status and sleep in minority preschool children. *Public Health Nursing*, 32, 101-111. <https://doi.org/10.1111/phn.12104>
- Clarke, G., McGlinchey, E. L., Hein, K., Gullion, C. M., Dickerson, J. F., Leo, M. C., & Harvey, A. G. (2015). Cognitive-behavioral treatment of insomnia and depression in adolescents: A pilot randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.009>
- Cooney, M. R., Short, M. A., & Gradisar, M. (2018). An open trial of bedtime fading for sleep disturbances in preschool children: A parent group education approach. *Sleep Medicine*, 46, 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.03.003>
- Dahl, R. E., Pelham, W. E., & Wiersma, M. (1991). The role of sleep disturbances in attention deficit disorder symptoms: A case study. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 229-239. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/16.2.229>
- de Bruin, E. J., Bögels, S. M., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: A randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *Sleep*, 38, 1913-1926. <https://doi.org/10.5665/sleep.5240>
- de Bruin, E. J., van Steensel, F. J., & Meijer, A. M. (2016). Cost-effectiveness of group and internet cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: Results from a randomized controlled trial. *Sleep*, 39, 1571-1581. <https://doi.org/10.5665/sleep.6024>
- Dewald-Kaufmann, J., de Bruin, E., & Michael, G. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia in school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 17, 355-365. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.06.003>
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep*

- Medicine Reviews*, 14, 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>
- El-Sheikh, M., Hinnant, J. B., & Erath, S. A. (2015). VI. Marital conflict, vagal regulation, and children's sleep: A longitudinal investigation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80, 89-106. <https://doi.org/10.1111/mono.12146>
- Espie, C. A., MacMahon, K. M., Kelly, H. L., Broomfield, N. M., Douglas, N. J., Engleman, H. M., McKinstry, B., Morin, C. M., Walker, A., & Wilson, P. (2007). Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*, 30, 574-584. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.5.574>
- Fernandez-Mendoza, J., Lenker, K. P., Calhoun, S. L., Qureshi, M., Ricci, A., Bourcstein, E., Vgontzas, A. N., Liao, J., Liao, D., & Bixler, E. O. (2022). Trajectories of insomnia symptoms from childhood through young adulthood. *Pediatrics*, 149, e2021053616. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053616>
- Fricke-Oerkermann, L., Plück, J., Schredl, M., Heinz, K., Mitschke, A., Wiater, A., & Lehmkuhl, G. (2007). Prevalence and course of sleep problems in childhood. *Sleep*, 30, 1371-1377. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.10.1371>
- Garcia, J., Rosen, G., & Mahowald, M. (2001). Circadian rhythms and circadian rhythm disorders in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology*, 8, 229-240. <https://doi.org/10.1053/spen.2001.29044>
- Gradisar, M., Dohnt, H., Gardner, G., Paine, S., Starkey, K., Menne, A., Slater, A., Wright, H., Hudson, J. L., Weaver, E., & Trenowden, S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. *Sleep*, 34, 1671-1680. <https://doi.org/10.5665/sleep.1432>
- Gradisar, M., Kahn, M., Micic, G., Short, M., Reynolds, C., Orchard, F., Bauducoco, S., Bartel, K., & Richardson, C. (2022). Sleep's role in the development and resolution of adolescent depression. *Nature Reviews Psychology*, 1, 512-523. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00074-8>
- Gregory, A. M., van der Ende, J., Willis, T. A., & Verhulst, F. C. (2008). Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162, 330-335. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.4.330>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hilar, P. J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., & Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1, 233-243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
- Idir, Y., Oudiette, D., & Arnulf, I. (2022). Sleepwalking, sleep terrors, sexsomnia and other disorders of arousal: The old and the new. *Journal of Sleep Research*, 31, e13596. <https://doi.org/10.1111/jsr.13596>
- Kahn, M., Barnett, N., & Gradisar, M. (2022). Implementation of behavioral interventions for infant sleep problems in real-world settings. *Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.10.038>
- Kahn, M., Juda-Hanael, M., Livne-Karp, E., Tikotzky, L., Anders, T. F., & Sadeh, A. (2020). Behavioral interventions for pediatric insomnia: One treatment may not fit all. *Sleep*, 43, zsz2268. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz2268>

- Kang, E. K., & Kim, S. S. (2021). Behavioral insomnia in infants and young children. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 64, 111-116. <https://doi.org/10.3345/cep.2020.00052>
- Krueger, J. M., Frank, M. G., Wisor, J. P., & Roy, S. (2016). Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep Medicine Review*, 28, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.005>
- Largo, R. H., & Hunziker, U. A. (1984). A developmental approach to the management of children with sleep disturbances in the first three years of life. *European Journal of Pediatrics*, 142, 170-173. <https://doi.org/10.1007/BF00442443>
- Leung, A. K. C., Leung, A. A. M., Wong, A. H. C., & Hon, K. L. (2020). Sleep terrors: An updated review. *Current Pediatric Reviews*, 16, 176-182. <https://doi.org/10.2174/1573396315666191014152136>
- Lichstein, K. L., Riedel, B. W., Wilson, N. M., Lester, K. W., & Aguillard, R. N. (2001). Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 227-239. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.227>
- Martin, C. A., Papadopoulos, N., Rinehart, N., & Sciberras, E. (2021). Associations between child sleep problems and maternal mental health in children with ADHD. *Behavioral Sleep Medicine*, 19, 12-25. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1696346>
- Martin, J., Hiscock, H., Hardy, P., Davey, B., & Wake, M. (2007). Adverse associations of infant and child sleep problems and parent health: An Australian population study. *Pediatrics*, 119, 947-955. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2569>
- Maskevich, S., Cassanet, A., Allen, N. B., Trinder, J., & Bei, B. (2020). Sleep and stress in adolescents: The roles of pre-sleep arousal and coping during school and vacation. *Sleep Medicine*, 66, 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.10.006>
- Maurer, L. F., Espie, C. A., Omlin, X., Emsley, R., & Kyle, S. D. (2022). The effect of sleep restriction therapy for insomnia on sleep pressure and arousal: A randomized controlled mechanistic trial. *Sleep*, 45. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab223>
- Means, M. K., Lichstein, K. L., Epperson, M. T., & Johnson, C. T. (2000). Relaxation therapy for insomnia: Night-time and day time effects. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 665-678. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00091-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00091-1)
- Meltzer, L. J., Johnson, C., Crosette, J., Ramos, M., & Mindell, J. A. (2010). Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*, 125, e1410-1418. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2725>
- Meltzer, L. J., & Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep in the family. *Pediatric Clinics of North America*, 58, 765-774. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.010>
- Meltzer, L. J., Plaufcan, M. R., Thomas, J. H., & Mindell, J. A. (2014). Sleep problems and sleep disorders in pediatric primary care: Treatment recommendations, persistence, and health care utilization. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10, 421-426. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3620>
- Miadich, S. A., Doane, L. D., Davis, M. C., & Lemery-Chalfant, K. (2019). Early parental positive personality and stress: Longitudinal associations with children's sleep. *British Journal of Health Psychology*, 24, 629-650. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12372>
- Miller, A. L., Seifer, R., Crossin, R., & Lebourgeois, M. K. (2015). Toddler's self-regulation strategies in a challenge context are nap-dependent. *Journal of Sleep Research*, 24, 279-287. <https://doi.org/10.1111/jsr.12260>

- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. (2013). Cross-cultural differences in the sleep of preschool children. *Sleep Medicine*, 14, 1283-1289. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.09.002>
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29, 1398-1414. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1398>
- Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 22, 1134-1156. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.8.1134>
- Owens, J. A., & Mindell, J. A. (2011). Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America*, 58, 555-569. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.011>
- Paine, S., & Gradisar, M. (2011). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 379-388. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.008>
- Piazza, C. C., & Fisher, W. W. (1991). Bedtime fading in the treatment of pediatric insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 53-56. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(91\)90034-3](https://doi.org/10.1016/0005-7916(91)90034-3)
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forciea, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125-133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Rauwerda, N., & Verbeek, I. (2023). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i): Effectiviteit en inhoud van de behandeling. *Gedragstherapie*, 56, 138-162.
- Richdale, A. L., & Schreck, K. A. (2009). Sleep problems in autism spectrum disorders: Prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 403-411. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.02.003>
- Ricketts, E. J., Joyce, D. S., Rissman, A. J., Burgess, H. J., Colwell, C. S., Lack, L. C., & Gradisar, M. (2022). Electric lighting, adolescent sleep and circadian outcomes, and recommendations for improving light health. *Sleep Medicine Reviews*, 64, 101667. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101667>
- Riemann, D., Benz, F., Dressle, R. J., Espie, C. A., Johann, A. F., Blanken, T. F., Leerssen, J., Wassing, R., Henry, A. L., Kyle, S. D., Spiegelhalter, K., & van Someren, E. J. (2022). Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *Journal of Sleep Research*, 31, e13604. <https://doi.org/10.1111/jsr.13604>
- Robillard, R., Carpenter, J. S., Rogers, N. L., Fares, S., Grierson, A. B., Hermens, D. F., Naismith, S. L., Mullin, S. J., Feilds, K., Hickie, I. B., & Scott, E. M. (2018). Circadian rhythms and psychiatric profiles in young adults with unipolar depressive disorders. *Translational Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0255-y>
- Roenneberg, T., Kuehnle, T., Pramstaller, P. P., Ricken, J., Havel, M., Guth, A., & Mrosovsky, M. (2004). A marker for the end of adolescence. *Current Biology*, 14, R1038-1039. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2004.11.039>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep.

- Sleep Medicine Reviews*, 14, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Saxvig, I. W., Wilhelmsen-Langeland, A., Pallesen, S., Vedaa, O., Nordhus, I. H., & Bjorvatn, B. (2014). A randomized controlled trial with bright light and melatonin for delayed sleep phase disorder: Effects on subjective and objective sleep. *Chronobiology International*, 31, 72-86. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.823200>
- Schlarb, A. A., Bihlmaier, I., Velten-Schurian, K., Poets, C. F., & Hautzinger, M. (2018). Short- and long-term effects of CBT-I in groups for school-age children suffering from chronic insomnia: The KiSS-program. *Behavioral Sleep Medicine*, 16, 380-397. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1228642>
- Sejbuk, M., Mironczuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Sleep quality: A narrative review on nutrition, stimulants, and physical activity as important factors. *Nutrients*, 14. <https://doi.org/10.3390/nu14091912>
- Sharkey, K. M., Carskadon, M. A., Figueiro, M. G., Zhu, Y., & Rea, M. S. (2011). Effects of an advanced sleep schedule and morning short wavelength light exposure on circadian phase in young adults with late sleep schedules. *Sleep Medicine*, 12, 685-692. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.01.016>
- Sheldon, S. H., Ferber, R., Kryger, M. H., & Gozal, D. (2014). *Principles and practice of pediatric sleep medicine*. Elsevier Health Sciences.
- Shen, J., Barbera, J., & Shapiro, C. M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: Focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 63-76. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2005.05.004>
- Shochat, T., Cohen-Zion, M., & Tzischinsky, O. (2014). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18, 75-87. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.03.005>
- Smits, M. G., Nagtegaal, E. E., van der Heijden, J., Coenen, A. M., & Kerkhof, G. A. (2001). Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Child Neurology*, 16, 86-92. <https://doi.org/10.1177/088307380101600204>
- Smits, M. G., van Stel, H. F., van der Heijden, K., Meijer, A. M., Coenen, A. M., & Kerkhof, G. A. (2003). Melatonin improves health status and sleep in children with idiopathic chronic sleep-onset insomnia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1286-1293. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000085756.71002.86>
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 163, 191-204. <https://doi.org/10.7326/M14-2841>
- van Andel, E., Bijlenga, D., Vogel, S. W. N., Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2021). Effects of chronotherapy on circadian rhythm and ADHD symptoms in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and delayed sleep phase syndrome: A randomized clinical trial. *Chronobiology International*, 38, 260-269. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1835943>
- van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J., & van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Medicine Reviews*, 48, 101208. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.08.002>
- van Geijlswijk, I. M., van der Heijden, K. B., Egberts, A. C., Korzilius, H. P., & Smits, M. G. (2010). Dose finding of

- melatonin for chronic idiopathic childhood sleep onset insomnia: An RCT. *Psychopharmacology*, 212, 379-391. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1962-0>
- van Litsenburg, R. R., Waumans, R. C., van den Berg, G., & Gemke, R. J. (2010). Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: A population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 169, 1009-1015. <https://doi.org/10.1007/s00431-010-1169-8>
- van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3-16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>
- van Veen, M. M., Kooij, J. J., Boonstra, A. M., Gordijn, M. C., & van Someren, E. J. (2010). Delayed circadian rhythm in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and chronic sleep-onset insomnia. *Biological Psychiatry*, 67, 1091-1096.
- Vlasblom, E., van Sleuwen, B., L'Hoir, M., & Beltman, M. (2017). *JGZ-richtlijn Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen*. TNO.
- Werchan, D. M., Kim, J. S., & Gómez, R. L. (2021). A daytime nap combined with nighttime sleep promotes learning in toddlers. *Journal of Experimental Child Psychology*, 202, 105006. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2020.105006>
- Wheaton, A. G., & Claussen, A. H. (2021). Short sleep duration among infants, children, and adolescents aged 4 months-17 years – United States, 2016-2018. *The Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70, 1315-1321. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7038a1>
- Whiting, S., Buoncristiano, M., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pattison, M., Hyska, J., Duleva, V., Musić Milanović, S., Zamrazilová, H., Hejgaard, T., Rasmussen, M., Nurk, E., Shengelia, L., Kelleher, C. C., Heinen, M. M., Spinelli, A., Nardone, P., Abildina, A., Abdrakhmanova, S., Aitmurzaeva, G., ... Breda, J. (2021). Physical activity, screen time, and sleep duration of children aged 6-9 years in 25 countries: An analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015-2017. *Obesity Facts*, 14, 32-44. <https://doi.org/10.1159/000511263>
- Wilhelmsen-Langeland, A., Saxvig, I. W., Pallesen, S., Nordhus, I. H., Vedaa, Ø., Lundervold, A. J., & Bjorvatn, B. (2013). A randomized controlled trial with bright light and melatonin for the treatment of delayed sleep phase disorder: Effects on subjective and objective sleepiness and cognitive function. *Journal of Biological Rhythms*, 28, 306-321. <https://doi.org/10.1177/0748730413500126>
- Wong, S. D., Wright, K. P., Spencer, R. L., Vetter, C., Hicks, L. M., Jenni, O. G., & LeBourgeois, M. K. (2022). Development of the circadian system in early life: Maternal and environmental factors. *Journal of Physiological Anthropology*, 41, 22. <https://doi.org/10.1186/s40101-022-00294-0>
- Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175, 1461-1472. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3006>

Nachtmerries komen veel voor en verdienen aparte aandacht

Een handreiking voor betere diagnostiek en behandeling

JAAP LANCEE & ANNETTE VAN SCHAGEN

Samenvatting

Nachtmerries zijn een veelvoorkomend probleem, en andere psychische klachten zijn vaak erger als men ook nachtmerries heeft. Toch is er in de ggz nog weinig aandacht voor nachtmerries: ze worden vaak niet uitgevraagd, herkend of behandeld. In dit artikel beschrijven wij hoe nachtmerries relatief eenvoudig te herkennen zijn, zeker met enige kennis van andere klachten die geregeld verward worden met nachtmerries. Verder gaan wij in op de behandelopties voor nachtmerries. De best onderzochte behandeling is imaginatie- en rescriptingtherapie, waarbij overdag een nieuw einde aan de nachtmerrie wordt ingebeeld. Deze behandeling is door elke CGT-therapeut uit te voeren. Met dit artikel roepen wij op tot meer aandacht voor nachtmerries en de behandeling ervan. Behandeling van nachtmerries zorgt voor een betere nachtrust van de cliënt en vermindert daarnaast andere psychische klachten.

Trefwoorden: nachtmerries, CGT, imaginatie- en rescriptingtherapie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Nachtmerries komen veel voor in de algemene bevolking en zeker binnen de ggz.
- ▶ Nachtmerries dienen standaard uitgevraagd te worden in de klinische praktijk.
- ▶ De aangewezen behandeling voor nachtmerries is imaginatie- en rescriptingtherapie.

INLEIDING

.....

De meeste mensen hebben weleens een nachtmerrie, en ongeveer een half miljoen Nederlanders heeft één of meerdere nachtmerries per week (Li et al., 2010; Sandman et al., 2013; Schredl, 2010). In de ggz hebben mensen nog veel vaker last van nachtmerries. Dit geldt niet alleen voor patiënten met een posttraumatische-stressstoornis (PTSS), maar ook voor patiënten met andere psychische problemen (Swart et al., 2013). Over het algemeen is er tijdens de behandeling weinig tot geen aandacht voor nachtmerries, terwijl die wel samenhangen met ernstigere andere psychische klachten (van Schagen et al., 2017). Gebrek aan kennis over nachtmerries lijkt hieraan ten grondslag te liggen. Wij bepleiten dat het belangrijk is om meer aandacht te schenken aan nachtmerries. In dit artikel bieden we handvatten om nachtmerries beter te begrijpen en te behandelen.

WAT ZIJN NACHTMERRIES?

.....

Nachtmerries zijn uitgebreide en verhalende dromen die intense, negatieve emoties teweegbrengen (zoals angst, boosheid, verdriet en afschuw) en waarvan de inhoud echt lijkt te gebeuren. De inhoud van de nachtmerrie bestaat vaak uit pogingen van de betrokkene om te ontsnappen of het hoofd te bieden aan dreigend gevaar, maar kan ook thema's bevatten die andere negatieve emoties opwekken (APA, 2014). Nachtmerries die optreden na een traumatische gebeurtenis kunnen gaan over het trauma of daar elementen van bevatten. Een kenmerk van nachtmerries is dat ze bij het ontwaken goed herinnerd worden en zeer gedetailleerd beschreven kunnen worden. Nachtmerries komen voornamelijk voor, maar niet uitsluitend, tijdens *rapid eye movement*-slaap (remslaap). Dit is dus vooral aan het einde van de nacht, in de periode dat remslaap het meeste voorkomt.

Het is bij velen nog onbekend dat een nachtmerriestoornis apart geclassificeerd kan worden volgens de DSM-5. Ze is te vinden in het hoofdstuk over slaap-waakstoornissen. Tabel 1 bevat de criteria waarop iemand dient te scoren om aan een nachtmerriestoornis te voldoen. In de tweede kolom van tabel 1 staan enkele opmerkingen die relevant zijn bij de bepaling of iemand wel of niet voldoet aan het betreffende criterium.

PREVALENTIE

.....

Geschat wordt dat van de algemene volwassen bevolking 2-5% één of meerdere nachtmerries per week heeft (Li et al., 2010; Sandman et al., 2013; Schredl, 2010). De aanname is dat ongeveer eenzelfde percentage ook last

TABEL 1 *Criteria voor een nachtmerriestoornis volgens de DSM-5 (APA, 2014)*

Criterium voor een nachtmerriestoornis	Opmerking
A. Herhaaldelijk optreden van lange, extreem onaangename dromen die goed door de betrokkene worden herinnerd, doorgaans met pogingen om te ontsnappen aan bedreigingen voor het leven, de veiligheid of de lichamelijke integriteit. Het ontwaken komt meestal in de tweede helft van de belangrijkste slaaperiode voor.	Officieel dient bij dit criterium de inhoud te gaan over bedreigingen, veiligheid en lichamelijke integriteit. Hoewel dit inderdaad de belangrijkste categorie is, lijkt het erop dat sommige op het eerste gezicht minder bedreigende situaties ook veel stress kunnen veroorzaken (bijvoorbeeld het bijna missen van een vlucht). Een ander belangrijk punt is dat ook andere emoties dan angst als primaire emotie in de nachtmerrie zijn toegestaan (bijvoorbeeld boosheid en afschuw). Dit is in 35% van de nachtmerries het geval (Robert & Zadra, 2014).
B. Bij het ontwaken uit de onaangename dromen is de betrokkene snel georiënteerd en alert.	In de DSM-5 is de eis losgelaten dat dromers uit de nachtmerrie dienen te ontwaken. Dit is vaak wel het geval en volgens sommige auteurs zouden dit ook meer heftige nachtmerries betekenen (Levin & Nielsen, 2007). Tegelijkertijd hebben andere auteurs aangetoond dat het wel of niet ontwaken niet lijkt samen te hangen met de mate van last van de nachtmerries (Blagrove et al., 2004). Wanneer mensen wel ontwaken, durven zij geregeld niet direct verder te slapen, uit angst de nachtmerrie weer terug te krijgen.
C. De slaapstoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk, of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.	Om aan de stoornis te voldoen, dienen de nachtmerries ook overdag lijden te veroorzaken. Volgens het classificeringssysteem van slaapstoornissen (ICSD-3) kan dit op de volgende gebieden: 1 verstoring van de stemming (bijvoorbeeld het aanhouden van negatief affect van de nachtmerrie, angst of dysforie/sombere stemming); 2 verzet tegen slaap (bijvoorbeeld angst rond bedtijd, angst voor slaap/opvolgende nachtmerries); 3 cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld intrusieve nachtmerriebeelden, en concentratie- of geheugenproblemen); 4 negatieve impact op verzorger of gezinsfunctioneren (bijvoorbeeld nachtelijke onderbrekingen); 5 gedragsproblemen (bijvoorbeeld vermijding van bedtijd, angst voor het duister); 6 slaperigheid overdag; 7 vermoeidheid of lage energie; 8 beperkt functioneren op werk of school; 9 beperkt interpersoonlijk/sociaal functioneren.

Criterium voor een nachtmerriestoornis	Opmerking
D. De nachtmerriesymptomen kunnen niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug of medicatie).	
E. Co-existente psychische stoornissen en somatische aandoeningen kunnen niet adequaat de op de voorgrond staande klachten van onaangename dromen verklaren.	In dit criterium zit de grootste verandering van de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR. In de vorige versie was het nog zo dat de nachtmerries niet uitsluitend mochten voorkomen in het verloop van een andere stoornis. In de DSM-5 is het mogelijk om nachtmerries als een aparte stoornis te categoriseren naast andere psychische stoornissen als die andere stoornissen de nachtmerries niet adequaat kunnen verklaren. Om naast PTSS ook nachtmerriestoornis te kunnen stellen, dienen de nachtmerries al vóór het trauma aanwezig te zijn.

Noot. Criteria overgenomen uit de DSM-5 (APA, 2014)

heeft van deze nachtmerries. Nachtmerries komen vaker voor bij kinderen dan bij volwassenen: 60-80% van de kinderen van 3-12 jaar heeft weleens een periode met nachtmerries gehad; 2-16% van hen heeft vaker nachtmerries en ondervindt er last van (Gauchat et al., 2014). Nachtmerries nemen vaak weer af rond het twaalfde levensjaar, maar een klein aantal (2%) houdt last van nachtmerries (Gauchat et al., 2014). Bij sommige mensen verdwijnen de nachtmerries in de kindertijd, maar keren ze op latere leeftijd weer terug.

Bij cliënten in de specialistische ggz (sggz) ligt het percentage nachtmerries veel hoger dan in de algemene bevolking. Uit eigen onderzoek bleek dat maar liefst 30% van de cliënten in de sggz last heeft van nachtmerries (Swart et al., 2013). Niet verrassend vonden we bij cliënten met PTSS het hoogste percentage nachtmerries (67%). De nachtmerries bleven echter niet beperkt tot deze groep. Zo voldeed 37% van de mensen met een depressieve stoornis, 16% van de mensen met een angststoornis en 31% van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis ook aan de criteria van de nachtmerriestoornis. Opvallend was dat bij geen enkele van deze cliënten de nachtmerries vermeld werden in hun dossier. Dit komt mogelijk doordat de DSM-IV-TR weinig ruimte liet tot aparte classificatie, maar waarschijnlijker is dat er niet veel aandacht voor is. Wij pleiten ervoor dat wanneer er sprake is van een nachtmerriestoornis, die ook apart gesteld wordt.

SAMENHANG MET ANDERE KLACHTEN

217

.....

Frequente nachtmerries verstoren het dagelijks functioneren (Hochard & Townsed, 2016), hebben invloed op concentratie (Simor, Pajkossy, et al., 2012) en verminderen het psychisch welbevinden (Lancee & Schrijnemaekers, 2013; Levin & Nielsen, 2007; Spoormaker et al., 2006). De invloed kan direct zijn, wanneer mensen overdag nog intrusies hebben van hun nachtmerries of eraan denken, maar de invloed kan zich ook uiten via de route van de verstoorde slaap (Simor, Horvath, et al., 2012). Verstoorde slaap ontstaat wanneer mensen na hun nachtmerrie wakker worden en niet meer in slaap komen, maar ook wanneer ze simpelweg vermijden te slapen uit angst voor wat er komen gaat. Mensen met nachtmerries hebben ook vaker last van andere vormen van psychopathologie, zoals een hoger suïciderisico, vaker psychoses, meer middelenmisbruik en ook meer persoonlijkheidsproblematiek (Levin & Nielsen, 2007; Sandman et al., 2015; Spoormaker et al., 2006). Bij cliënten in de sggz worden nachtmerries geassocieerd met een ernstigere mate van psychopathologie (van Schagen et al., 2017). Er zijn ook aanwijzingen dat nachtmerries voorspellend kunnen zijn voor het ontwikkelen van andere vormen van psychopathologie, zoals psychotische ervaringen (Thompson et al., 2015).

Het hebben van nachtmerries is een van de kernsymptomen bij PTSS (Germain, 2013; Lavie, 2001). Hierbij is het van belang te noemen dat nachtmerries geassocieerd worden met een ernstigere vorm van PTSS (Pigeon et al., 2013) en dat nachtmerries niet altijd voldoende verminderen na traumagerichte behandeling (Pruiksma et al., 2016; Woodward et al., 2017). Wanneer de nachtmerries ook na PTSS-behandeling nog aanhouden, vormt dit een risico op terugkeer van de PTSS (Rothbaum & Mellman, 2001).

DIAGNOSTIEK

.....

Classificatie volgens DSM-5

.....

Voor het diagnosticeren van een nachtmerriestoornis heeft een klinische inschatting de voorkeur boven volledig afgaan op vragenlijsten. In de praktijk is het vaak voldoende om samen met de cliënt de criteria zoals gegeven in de DSM-5 door te nemen. In de Nederlandse versie van de SCID-5-S is een van de extra modules een module over slaap-waakstoornissen, waaronder de nachtmerriestoornis (First et al., 2018).

Differentiaaldiagnostiek

Nachtmerries vallen onder de parasomnieën: ongewenste fysieke manifestaties of ervaringen die optreden tijdens het in slaap vallen, tijdens de slaap (non-rem en rem) of bij het ontwaken. Andere parasomnieën worden geregeld verward met nachtmerries. Het is daarom van belang om hierin een goed onderscheid te maken en dit goed uit te vragen. Dit geldt ook voor de slaapstoornis insomnie, die in dit themanummer in andere artikelen aan bod komt (de Vries et al., 2023; Lancel et al., 2023; Rauwerda & Verbeek, 2023; van Straten et al., 2023). Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste parasomnieën en hun behandeling. Grofweg zijn parasomnieën te onderscheiden aan de slaapfase waarin ze plaatsvinden: inslapen, ontwaken, remslaap of non-remslaap.

Een uitgebreid slaaponderzoek in een slaaplaboratorium is over het algemeen niet nodig, enerzijds omdat de diagnose nachtmerriestoornis en ook de ervaren last worden gebaseerd op de subjectieve beleving, anderzijds omdat men tijdens het slaaponderzoek in het slaaplab vaak geen of veel minder nachtmerries heeft en er dus geen betrouwbare meting gedaan kan worden. Objectief slaaponderzoek is wel aangewezen wanneer onduidelijk blijft of er tevens sprake is van andere slaapstoornissen, zoals een non-rem-parasomnie of een slaapademhalingsprobleem. Het is dan verstandig om te overleggen met de huisarts en eventueel te verwijzen naar een gespecialiseerd slaapcentrum. Overigens is de klinische praktijk vaak weerbarstiger dan het onderscheid dat wij pogen te maken, want slaapstoornissen komen geregeld samen of in mengvormen voor.

Diagnostiek van nachtmerries

Vragenlijsten en een nachtmerriedagboek kunnen helpen om informatie over nachtmerries te verkrijgen. Een dagboek dat uitvraagt wanneer, hoeveel en hoe intens de nachtmerries waren, geeft de meeste informatie. Een voorbeeld van een dagboek is te vinden in het behandelprotocol voor nachtmerries (van Schagen et al., 2012a, 2012b). Daarnaast is het handig om informatie te hebben over de nachtmerriefrequentie per week. Internationaal wordt hiervoor de Nightmare Frequency Questionnaire gebruikt (NFQ; Krakow et al., 2002). In essentie inventariseert de NFQ het aantal nachtmerries per jaar, per maand en per week ('Hoeveel nachtmerries had u de afgelopen week?'). Hierbij levert het aantal nachten met nachtmerries per week waarschijnlijk betere informatie op dan het totaal aantal nachtmerries. Mensen kunnen vaak niet goed het aantal nachtmerries per nacht inschatten en dat aantal kan bovendien sterk beïnvloed worden door de mate van last die mensen ervaren. Voor het screenen op nachtmerries en andere slaapproblemen zijn nuttige instrumenten de Nederlandstalige Sleep-50 (Spoormaker et al.,

TABEL 2 Overzicht van de meest relevante parasomnieën die mogelijk met nachtmerries verward worden

Parasomnie	Prevalentie	Wat is het?	Leeftijd aanvang	Onderscheid met nachtmerries	Behandeling
<i>Confusional arousals</i>	Volwassenen: 4%	Korte perioden van verwarring en desoriëntatie gedurende en na het ontwaken uit diepe slaap, ook wel 'slaapdronkenschap' genoemd.	Variabel	Verwarring, zonder duidelijk droomverhaal. Trage oriëntatie en vaak niet eens echt wakker worden.	Weinig over bekend. Psycho-educatie dat het om een relatief onschuldig fenomeen gaat, kan helpen, net als het goed toepassen van slaaphygiëne.
<i>Pavor nocturnus</i> (slaapterreur, nachtangst)	Kinderen: 17% Volwassenen: 4%	Soort nachtelijke paniekaanvallen tijdens diepe slaap, waarbij er weinig of geen beelden zijn, eerder alleen een sterk gevoel van angst en bedreiging, soms met wilde bewegingen of schreeuwen.	Meestal < 10 jaar	Komt vooral voor in de beginperiode van de slaap. Trage oriëntatie en vaak niet echt wakker worden. Geen herinneringen aan het gebeuren.	Gelijk aan confusional arousals. Ook psycho-educatie aan ouders en cliënten dat episoden van voorbijgaande aard zijn. Beperken van cafeïne, inbouwen vaste wektijden voorafgaand aan episode, stressreductie, hypnose/autogene training.
<i>Remslaapgedragsstoornis (RBD)</i>	60 jaar: 1-2% (vaker mannen)	Ontbreken van verlamming tijdens remslaap, waardoor dromen gepaard gaan met fysieke activiteit.	Oudere leeftijd	Mensen kunnen bewegen tijdens hun dromen, wat bij nachtmerries niet zo is. Ontstaat pas op latere leeftijd.	Veiligheidsmaatregelen ter bescherming: verwijderen scherpe objecten, ramen en deuren op slot, apart van partner slapen. Medicatie heroverwegen: sommige psychofarmaca kan RBD uitlokken. RBD gaat in minstens 90% van de gevallen vooraf aan een neurodegeneratieve stoornis. Verwijzing naar een neuroloog die de diagnose kan stellen en eventueel farmacotherapie kan inzetten.

Parasomnie	Prevalentie	Wat is het?	Leeftijd aanvang	Onderscheid met nachtmerries	Behandeling
Recidiverende geïsoleerde slaapverlamming	Volwassenen: 7-8%	Niet kunnen bewegen of praten bij het inslapen of wakker worden.	Variabel	Ander moment van nacht. Geen dromen, maar wakker zijn terwijl spierspanning van lichaam al/nog uitgeschakeld is.	Psycho-educatie en geruststelling. Verlamming verdwijnt meestal na sensorische stimulatie. Focussen op wat wel kan, zoals de ogen bewegen, of op de beweging van een vinger en van daaruit uitbreiden.
Slaapgerelateerde hallucinaties	Bij het inslapen: 25% Bij het wakker worden: 7%	Hallucinaties tijdens inslapen of wakker worden, bijvoorbeeld van geesten of verschijningen in de kamer. Soms gecombineerd met slaapverlamming.	Variabel	Korte waarnemingen, zonder duidelijk, uitgebreid droomverhaal. Meer bewustzijn dan bij nachtmerries. Doet zich vooral voor bij overgang tussen waken en slapen.	Psycho-educatie en geruststelling.
Slaapwandelen (somniaambulisme)	Algemene bevolking: 2%	Fysieke activiteit buiten het bed, terwijl persoon in werklijkheid slaapt.	Meestal < 10 jaar	Komt vooral voor in beginperiode van de slaap. Na ontwaken is persoon vaak verward en heeft geen duidelijke herinnering van wat er is gebeurd, noch een duidelijk verhaal wat hij of zij gedroomd heeft.	Vermijding van uitlokkende factoren, zoals stress, onvoldoende slaap en stimulerende middelen, waaronder ook psychofarmaca. Daarnaast is slaaphygiëne belangrijk. Niet wakker proberen te maken. Veiligheidsmaatregelen ter bescherming: verwijderen scherpe objecten, ramen en deuren op slot. Indien ernstig, verwijst naar slaapcentrum waar diagnose gesteld kan worden en farmacotherapie overwogen kan worden.

2005) en de Holland Sleep Disorders Questionnaire (Kerkhof, 2017). Voor de mate van last worden internationaal meestal gebruikt de Nightmare Distress Questionnaire (Belicki, 1992) en de Nightmare Effect Survey (Krakow et al., 2000). Een vragenlijst die een combinatie van bovenstaande vragenlijsten meet, is de Nederlandstalige Nightmare Distress and Impact Questionnaire (Kunze et al., 2017). Deze lijst kent twee subschalen: Last van nachtmerries overdag en Last van nachtmerries 's nachts. In de klinische praktijk is het van belang om een beeld te hebben van zowel de frequentie als de mate van last van de nachtmerries.

BEHANDELING

.....

Gelukkig zijn er effectieve behandelingen beschikbaar voor nachtmerries. Nachtmerries kunnen medicamenteus of psychologisch behandeld worden, waarbij de laatste behandelwijze de voorkeur heeft.

Psychologische behandeling

.....

Er zijn verschillende psychologische behandelopties voor nachtmerries. Uit onderzoek weten we dat een nachtmerriedagboek bijhouden en ook ontspanningsoefeningen doen al enigszins werken (Burgess et al., 1998; Lancee et al., 2010). Effectiever zijn behandelingen die zich directer richten op de nachtmerries. Het best onderzocht is *imagery rehearsal therapy* (imaginatie- en rescriptingtherapie, IRT). In deze therapie bedenken cliënten een ander, beter einde aan hun nachtmerries en beelden ze zich overdag de nachtmerries met het nieuwe einde in. In het kader hierna staat een overzicht van de belangrijkste stappen in deze behandeling.

IRT is in meerdere gerandomiseerde trials onderzocht en meta-analyses laten middelgrote effecten zien (Augedal et al., 2013; Hansen et al., 2013; Seda et al., 2015; Yücel et al., 2020). Deze effecten betreffen nachtmerriefrequentie en distress, maar ook andere maten van psychopathologie. Deze effecten zijn gevonden in de algemene populatie (Hansen et al., 2013) en ook bij andere groepen, zoals jonge vrouwen met een geschiedenis van seksueel misbruik (Krakow et al., 2001). De effecten zijn geobserveerd in face-to-facebehandelingen en in zelfhulpbehandelingen (Lancee et al., 2010), en recentelijk ook bij online behandelmethoden (Gieselmann et al., 2017; Lancee et al., 2021). Een aantal jaren geleden hebben ook wij een *randomized controlled trial* naar IRT uitgevoerd in de sggz. In dit onderzoek kregen mensen met zeer diverse vormen van psychiatrische stoornissen en comorbiditeit IRT aangeboden als aanvulling op hun reguliere behandeling voor hun primaire diagnose. Hieruit bleek dat, ten opzichte van de controlegroep, IRT middelgrote effecten had op nachtmerries en dat er tevens sprake was van een afname van andere psychische klachten (van Schagen et al., 2015).

Er zijn ook andere behandelingen die zich direct richten op nachtmerries, waaronder exposuretherapie (Burgess et al., 1998; Kunze et al., 2017; Lancee et al., 2010; Schmid et al., 2021). Die lijkt erg op de imaginaire exposure zoals die toegepast wordt bij PTSS. Mensen beelden overdag onder begeleiding van een therapeut hun nachtmerrie in. In twee studies hebben wij exposure direct met IRT vergeleken en konden geen verschil in effectiviteit detecteren (Kunze et al., 2017; Lancee et al., 2010). In een recent onderzoek is wederom IRT met exposure vergeleken (Schmid et al., 2021). Hier werden wel wat grotere effecten geobserveerd voor de IRT-conditie ($d = 1,04$ versus $d = 0,68$). Overigens dient hierbij opgemerkt te worden dat deze verschillen niet significant waren, mogelijk door een te kleine steekproef.

Een andere techniek is de lucide-dromentherapie, al zijn daar nog maar weinig studies naar uitgevoerd. Hierbij leren mensen om zich tijdens hun droom bewust te worden ('lucide') en zo direct invloed uit te oefenen op hun nachtmerrie. Ook deze techniek is effectief bevonden in een gecontroleerd onderzoek onder mensen die geworven waren in de algemene populatie (Spoormaker & van den Bout, 2006). Recentelijk werd er bij mensen met PTSS echter geen effect geobserveerd van de lucide-dromentherapie (Holzinger et al., 2020).

Er is dus bewijs gevonden voor de effectiviteit van alle drie de technieken. Verreweg het grootste aantal onderzoeken is uitgevoerd naar IRT, dat dus de beste onderbouwing heeft en momenteel ook gezien wordt als de voorkeursbehandeling voor nachtmerries (Morgenthaler et al., 2018). Exposurebehandeling (en in mindere mate ook lucide-dromentherapie) lijken vooralsnog goede alternatieven wanneer IRT niet effectief blijkt te zijn.

OVERZICHT VAN IMAGINATIE- EN RESCRIPTINGTHERAPIE (IRT) VOOR NACHTMERRIES

.....

IRT wordt in verschillende varianten aangeboden en bevat meestal de volgende elementen:

Diagnostiek

.....

Bij aanvang van de behandeling worden de nachtmerries in kaart gebracht, maar ook de slaap. Dit laatste ook om te kijken of er mogelijk sprake is van insomnie (de Vries et al., 2023; Lancel et al., 2023; Rauwerda & Verbeek, 2023; van Straten et al., 2023 in dit nummer). Van belang is dat er aandacht is voor de thematiek van de nachtmerries. Zijn het traumatische nachtmerries? Of zijn ze gebaseerd op een algemeen thema? Voor IRT is het belangrijk om herhalende elementen in de nachtmerrie te vinden, omdat hiervan gebruikgemaakt wordt tijdens de behandeling. Ook als er steeds verschillende nachtmerries zijn, is het mogelijk dit toe te passen. Dan werkt de therapeut steeds met de laatste gedroomde nachtmerrie.

Nachtmerriedagboek

223

Als onderdeel van de behandeling houden cliënten een dagboek bij (zie eerder voor toelichting). Het dagboek is nodig om een beter beeld te krijgen van de problematiek, maar ook om te kijken of de behandeling aanslaat en of er eventueel juist andere nachtmerriethema's omhoogkomen.

Bedenken van een nieuw einde aan de nachtmerrie

In de oorspronkelijke IRT wordt er samen met de cliënt nagedacht over een nieuw einde aan de nachtmerrie. Hierbij is alles mogelijk. Het helpt om hier te benoemen dat in een droom alles kan. Men mag zelf het monster aanvallen, opeens enorm sterk worden of Superman erbij halen. Ook een realistischer einde is mogelijk, zoals de politie of een vriend die te hulp schiet. Belangrijk is dat het om een einde gaat waar de cliënt zich helemaal goed bij voelt. Met de cliënt wordt besproken dat de nachtmerrie niet te vroeg veranderd dient te worden, anders wordt niet de juiste emotionele lading geraakt. Het moment net voor het wakker schrikken is vaak het beste moment om de nachtmerrie te veranderen. Overigens is het de vraag of het nodig is om het nieuwe einde voor te bespreken. In een recente studie bespraken we alleen op welk moment we de rescripting wilden toepassen (Kunze et al., 2017). Daarna werd gedurende de inbeelding zelf het nieuwe verhaal gevormd. Dit is meer in lijn met de rescriptingprocedure zoals die ook gebruikt wordt voor PTSS (Arntz, 2012). Het voordeel hiervan is dat dat de cliënt meer leert te vertrouwen op wat hij of zij voelt.

Inbeelden van de nieuwe nachtmerrie

Samen met de cliënt wordt in de sessie de nieuwe nachtmerrie ingebeeld. Deze inbeelding gaat net zolang door tot het voor de cliënt helemaal goed voelt. De ervaring leert dat er vaak twee fasen nodig zijn: allereerst dient de cliënt veilig te zijn (bijvoorbeeld de aanvaller moet weg), daarna is er vaak troost nodig (bijvoorbeeld een vriendin die luistert naar het verhaal en een arm om de cliënt heen slaat). Dit alles wordt in inbeelding gedaan, tot het stressniveau voldoende is gezakt. Het komt geregeld voor dat een aanvankelijk bedacht einde toch niet prettig voelt. Bijvoorbeeld een moeder die te hulp komt schieten, kan een prettig idee zijn, maar toch niet realistisch aanvoelen. Het is dan zaak om met de cliënt meerdere scenario's in te beelden, tot het helemaal goed voelt.

Thuis oefenen en nieuwe nachtmerries

Wanneer het nieuwe script een eerste keer tijdens de sessie is ingebeeld, is het daarna de bedoeling dat de cliënt zich deze nieuwe nachtmerrie dagelijks gaat inbeelden, en dan meerdere keren per dag. Als de behandeling effectief is, wordt in de

regel niet het nieuwe script gedroomd, maar komt de nachtmerrie niet meer terug. Als dit zo is, kan gestart worden met een volgende nachtmerrie. Afhankelijk van de cliënt dient dit in de sessie gestart te worden, of kan hij of zij dit zelf thuis doen.

Aanpassingen voor cliënten met veel comorbiditeit

Onze ervaring is dat deze technieken ook goed toe te passen zijn bij cliënten in de sgzz. Zoals eerder genoemd, hebben wij die technieken in een eerder onderzoek succesvol toegepast. Wij denken dat er weinig aanpassingen nodig zijn. Wel is het realistisch dat de therapeut wat meer tijd moet uittrekken, cliënten soms wat actiever moet helpen met de rescripting en het verzinnen van een ander einde, en eventueel meer aandacht moet besteden aan het oefenen en het kunnen veranderen van het beeld door prettige dingen toe te voegen.

Behandelprotocollen

Voor het Nederlandse taalgebied is er een behandelprotocol verschenen (*Imaginatieve- en rescriptingtherapie van nachtmerries* en *Van je nachtmerries af*; van Schagen et al., 2012a, 2012b) en bevat *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (Lancee et al., 2017) een hoofdstuk over de behandeling.

Werkingsmechanisme van IRT

De effectiviteit van IRT is dus in verschillende onderzoeken aangetoond. Er is veel minder bekend over de werkingsmechanismen ervan. In 2008 is er een cognitief model van nachtmerries gepubliceerd (Spoormaker, 2008), waarin wordt aangenomen dat nachtmerries vastgelegd worden in een scenario of script. Het idee is dat in dit emotioneel geladen script het ene beeld het andere beeld oproept. Dit model gaat ervan uit dat IRT effectief is via twee routes: (1) er is een gedeelte imaginaire exposure dat de emotionele lading van het nachtmerriescript verlaagt, waardoor 's nachts het ene beeld minder gemakkelijk het andere oproept, en (2) rescripting zorgt ervoor dat het verwachtingspatroon van de nachtmerrie verandert. Het idee is dat de mogelijkheid om zelf invloed uit te oefenen op de nachtmerries de *mastery* verhoogt, wat een positieve invloed heeft op het negatieve verwachtingspatroon. Deze mastery werd door Rousseau en collega's (2018) ook aange-merkt als een van de belangrijkste werkingsmechanismen.

Verondersteld wordt dat imaginaire exposure werkt via een ander mechanisme (namelijk inhibitieren; Craske et al., 2008) dan rescripting (namelijk UCS-devaluatie; Arntz, 2012). In klassieke IRT wordt een combinatie van exposure- en rescriptingstechnieken aangeboden. Om die reden hebben wij een onderzoek opgezet waarbij we een zo puur mogelijke rescriptingbehandeling vergeleken met een exposurebehandeling (Kunze et al., 2019). In dit

onderzoek vonden we inderdaad aanwijzingen dat rescripting en exposure via andere routes werken. Bij rescripting medieerde mastery/self-efficacy het behandel-effect. Bij exposure medieerde tolerantie het behandel-effect. Deze twee mediators doen beide wat te verwachten valt vanuit de theoretische kaders van deze behandelingen.

Medicamenteuze behandeling

Over het algemeen lijken medicamenteuze behandelingen voor nachtmerries beperkt effectief (van Liempt et al., 2006). Een mogelijk positieve uitzondering hierop is de alpha-1-antagonist prazosine (Raskind et al., 2000). Dit middel wordt voorgeschreven bij hoge bloeddruk, maar bleek bij Vietnamveteranen het prettige bijeffect te hebben dat hun nachtmerries erdoor verminderden. Er zijn verschillende gecontroleerde studies verschenen, met in eerste instantie goede resultaten (Raskind et al., 2003; Taylor et al., 2006). In 2018 verscheen er echter een grootschalig goed uitgevoerd onderzoek waaruit geen effect van prazosine bleek (Raskind et al., 2018). Dit leidde ertoe dat in hetzelfde jaar de aanbeveling voor prazosine door de American Academy of Sleep Medicine werd omgezet van ‘aanbevolen’ naar ‘kan overwogen worden’ (Morgenthaler et al., 2018). Deze beslissing was echter niet gebaseerd op meta-analyses waarin ook deze studie was meegenomen (Raskind et al., 2018). Latere meta-analyses, die wel alle studies includeerden, laten zien dat prazosine wel degelijk effect lijkt te hebben (Yücel et al., 2020; Zhang et al., 2020). Omdat de laatste gecontroleerde studie (Raskind et al., 2018) wel het beste was opgezet en ook de grootschaligste was, is hier het laatste woord nog niet over gezegd. Belangrijk voor de klinische praktijk is dat de nachtmerries weer terugkomen als met prazosine wordt gestopt en dat het middel niet beschikbaar is op de Nederlandse markt.

Een middel dat op prazosine lijkt en wel beschikbaar is in Nederland, is doxazosine. Dit is echter nog niet in gecontroleerde trials onderzocht, slechts in observatiestudies (Roepke et al., 2017). In de praktijk wordt tevens regelmatig topiramaraat, een anti-epilepticum, voorgeschreven. Onderzoeken laten voorzichtig positieve effecten zien. Omdat de effecten echter onvoldoende in RCT's werden aangetoond, krijgt het middel van de American Academy of Sleep Medicine een aanbeveling ‘kan overwogen worden’ (Morgenthaler et al., 2018).

Vergelijking tussen IRT en prazosine

In een meta-analyse werd ook een vergelijking gemaakt tussen IRT en prazosine (Yücel et al., 2020). Verrassend genoeg werden er tussen deze twee behandelmethoden geen verschillen in effect geobserveerd. Als er al een richting te observeren viel, was die in het voordeel van prazosine. Bovendien leken de studies naar prazosine beter opgezet te zijn. In de prazosinestudies

werd namelijk vaak gebruikgemaakt van een dubbelblind gecontroleerd design, waarbij zowel proefleiders als participanten niet wisten wat het effectieve medicijn en wat de placebopil was. Bij IRT-studies is er in de regel geen sprake van dubbelblind gecontroleerd onderzoek en is er meestal een wachtperiode als controle. Dit is in zoverre problematisch dat aldus mogelijke non-specifieke effecten niet uitgesloten worden. Tegelijk is er dus de situatie dat de meest uitgebreide en best opgezette studie naar prazosine geen effecten heeft gesorteerd (Raskind et al., 2018). De eerdere prazosine-studies waren vaak uitgevoerd in kleine steekproeven. Hoewel deze studies dus zorgen voor een mooi effect in de meta-analyses, is niet uit te sluiten dat hier een publicatie-bias speelt en dat de laatste groot uitgevoerde studie een eerlijker resultaat biedt.

Aan zowel de prazosinestudies als de IRT-studies zitten dus een aantal haken en ogen. Dit laat voornamelijk zien hoe belangrijk het is om meer en beter opgezette studies naar de behandeling van nachtmerries uit te voeren. Zo is er nog nooit een studie verschenen waarin IRT direct met prazosine is vergeleken. Dit soort studies is nodig om de vraag te kunnen beantwoorden welke behandeling het beste is. Ook zouden deze studies misschien meer kunnen zeggen over welke cliënten meer baat hebben bij welke behandeloptie. Dit laat onverlet dat prazosine niet op de Nederlandse markt verkrijgbaar is en dat de nachtmerries na het stoppen van het gebruik weer terug lijken te komen. Bovendien zijn er veel meer studies verschenen naar IRT, waarvan in elk geval onomstotelijk is bewezen dat het effectief is. De vraag is alleen nog *hoe* effectief het is. Om die reden lijkt het ons zeer goed te verantwoorden om IRT momenteel als eerstekeuzebehandeling te blijven aanmerken.

DISCUSSIE

.....

In dit artikel hebben wij beschreven wat nachtmerries zijn, hoe ze herkend kunnen worden en welke behandeling erbij hoort. Zoals gezegd, zien wij IRT als de eerstekeuzebehandeling voor nachtmerries. Wij vinden dat er binnen de ggz meer aandacht dient te zijn voor nachtmerries. Weinig professionals vragen naar nachtmerries, en wanneer dit toch gebeurt, wordt er weinig behandeling aangeboden. Dit is wat ons betreft een gemiste kans, omdat IRT effectief is voor nachtmerries, en naast een betere slaap ook positieve effecten heeft op andere psychische klachten.

Er wordt bijvoorbeeld steeds beter aangetoond dat het behandelen van slapeloosheid (insomnie) tevens een positief effect heeft op andere klachten, waaronder depressie (Blom et al., 2015). Hetzelfde kan gelden voor nachtmerries. Verstoorde slaap, in het bijzonder verstoorde remslaap, staat het adequaat emotioneel functioneren in de weg (van Someren, 2021). Wanneer nachtmerrietherapie succesvol is, zal dit leiden tot een regulering van de remslaap en dus waarschijnlijk ook tot een regulering van het emotio-

neel functioneren. Aannemelijk is dat dit een positief effect heeft op het functioneren in het algemeen, ook op comorbide problematiek als angst- en stressstoornissen. Deze hypothese dient nader onderzocht te worden. Dit geldt ook voor andere openstaande vragen, zoals de effectiviteit van EMDR bij nachtmerries, een vergelijking tussen IRT en prazosine, en de combinatie hiervan.

Een ander belangrijk punt is de financiering. Als mensen uitsluitend nachtmerriestoornis als DSM-5-classificatie hebben, wordt behandeling in de ggz niet vergoed door de ziektekostenverzekering. Dit betekent dat wanneer er geen sprake is van comorbiditeit, cliënten de behandeling zelf dienen te betalen of dat zij binnen de huisartsenpraktijk door de POH-ggz behandeld moeten worden. Wij denken dat de POH-ggz prima nachtmerries kan behandelen, want het IRT-protocol leent zich daar goed voor. Tegelijkertijd is dit niet voor iedere cliënt voldoende. Wij vinden dat het ook mogelijk moet zijn om binnen de basis-ggz nachtmerries te behandelen.

Wanneer er wel sprake is van comorbiditeit, kan de nachtmerriebehandeling binnen of parallel aan de reguliere behandeling aangeboden worden. Gezien de relevantie van nachtmerries en ook de effectieve behandelopties zien wij geen enkele reden om hier nog langer mee te wachten.

Jaap Lancee is werkzaam bij Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie.

Annette van Schagen werkt bij ARQ Centrum'45, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Oegstgeest.

Correspondentieadres: Jaap Lancee, Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Klinische Psychologie, Postbus 15933, 1001 NK Amsterdam. E-mail: j.lancee@uva.nl.

Summary *Nightmares are common and deserve separate attention: A guide to better diagnosis and treatment*

Nightmares are common, and other psychiatric complaints are more severe if people also suffer from nightmares. In mental health care there is currently not much attention for nightmares: they often go unrecognized and untreated. In this article we describe how nightmares can be recognized, especially with some knowledge of other complaints that are often confused with nightmares. In addition, we discuss treatment options for nightmares. The most evidence-based treatment is imagery rehearsal therapy, in which a new ending to the nightmare is imagined during the day. This treatment is very well suited to be used by CBT therapists. This article aims to create more attention for nightmares and their treatment. This will ensure a better night's sleep for the client and will therefore contribute to the reduction of other psychological symptoms.

Keywords *nightmares, CBT, imagery rehearsal therapy*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189-208. <https://doi.org/10.5127/jep.024211>
- Augedal, A. W., Hansen, K. S., Kronhaug, C. R., Harvey, A. G., & Pallesen, S. (2013). Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 17, 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.06.001>
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: Relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 592-597. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.101.3.592>
- Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, 13, 129-136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2004.00394.x>
- Blom, K., Jernelov, S., Kraepelien, M., Bergdahl, O., Jungmarker, K., Ankarj rn, L., Lindefors, N., & Kalso, V. (2015). Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses: A randomized trial. *Sleep*, 38, 267-277. <https://doi.org/10.5665/sleep.4412>
- Burgess, M., Gill, M., & Marks, I. M. (1998). Postal self exposure treatment of recurrent nightmares: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 257-262. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.3.257>
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- de Vries, A., van den Broek, N., & Quaedackers, L. (2023). Slaapproblemen bij kind en jeugd: Een cognitief-gedragstherapeutische behandeling op maat. *Gedragstherapie*, 56, 186-212.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2018). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen (SCID-5-S): Nederlandse vertaling van Structural Clinical Interview for DSM-5 disorders-Clinician version (SCID-5-CV) en User's guide to Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders-Clinician version en delen van Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders-Research version (SCID-5-RV), first edition*. Boom.
- Gauchat, A., Seguin, J. R., & Zadra, A. (2014). Prevalence and correlates of disturbed dreaming in children. *Pathologie Biologie*, 62, 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2014.05.016>
- Germain, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: Where are we now? *American Journal of Psychiatry*, 170, 372-382. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12040432>
- Gieselmann, A., Bockermann, M., Sorbi, M., & Pietrowsky, R. (2017). The effects of an internet-based imagery rehearsal intervention: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 231-240. <https://doi.org/10.1159/000470846>
- Hansen, K., Hofling, V., Kroner-Borowik, T., Stangier, U., & Steil, R. (2013). Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 146-155. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.012>

- Hochard, K. D. N., & Townsed, E. (2016). The behavioral effects of frequent nightmares on objective stress tolerance. *Dreaming*, 26, 42-49. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/drm0000013>
- Holzinger, B., Saletu, B., & Klosch, G. (2020). Cognitions in sleep: Lucid dreaming as an intervention for nightmares in patients with posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 11, 1826. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01826>
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-239. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2016.09.015>
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D., & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286, 537-545. <https://doi.org/10.1001/jama.286.5.537>
- Krakov, B., Hollifield, M., & Schrader, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 589-609. <https://doi.org/10.1023/A:1007854015481>
- Krakov, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M., Yau, C. L., & Cheng, D. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 175-190.
- Kunze, A. E., Arntz, A., Morina, N., Kindt, M., & Lancee, J. (2017). Efficacy of imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: A randomized wait-list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 14-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.005>
- Kunze, A. E., Lancee, J., Morina, N., Kindt, M., & Arntz, A. (2019). Mediators of change in imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: Evidence from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior Therapy*, 50, 978-993. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.03.003>
- Lancee, J., Effting, M., & Kunze, A. E. (2021). Telephone-guided imagery rehearsal therapy for nightmares: Efficacy and mediator of change. *Journal of Sleep Research*, 30, e13123. <https://doi.org/10.1111/jsr.13123>
- Lancee, J., & Schrijnemaekers, N. C. (2013). The association between nightmares and daily distress. *Sleep and Biological Rhythms*, 11, 14-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2012.00586.x>
- Lancee, J., Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2010). Cognitive behavioral self-help treatment for nightmares: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 371-377. <https://doi.org/10.1159/000320894>
- Lancee, J., van Schagen, A. M., Kunze, A. E., & Spoormaker, V. I. (2017). Protocollaire behandeling van patiënten met een nachtmerriestoornis. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. M. Emmelkamp (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten: Boek 1* (pp. 391-424). Boom.
- Lancel, M., Boersma, G., Bunk, F., & van Schagen, A. (2023). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen en slaapstoornissen. *Gedragstherapie*, 56, 163-185.
- Lavie, P. (2001). Sleep disturbances in the wake of traumatic events. *North English Journal of Medicine*, 345, 1825-1832. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012893>

- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133, 482-528. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.482>
- Li, S. X., Zhang, B., Li, A. M., & Wing, Y. K. (2010). Prevalence and correlates of frequent nightmares: A community-based 2-phase study. *Sleep*, 33, 774-780. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.6.774>
- Morgenthaler, T. I., Auerbach, S., Casey, K. R., Kristo, D., Maganti, R., Ramar, R., Zak, R., & Kartje, R. (2018). Position paper for the treatment of nightmare disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine position paper. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14, 1041-1055. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7178>
- Pigeon, W. R., Campbell, C. E., Possemato, K., & Ouimette, P. (2013). Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in recent combat veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 546-550. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.09.004>
- Pruiksma, K. E., Taylor, D. J., Wachen, J. S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Peterson, A. L., Yarvis, J. S., Borah, E. V., Dondanville, K. A., Litz, B. T., Hembree, E. A., & Resick, P. A. (2016). Residual sleep disturbances following PTSD treatment in active duty military personnel. *Psychological Trauma*, 8, 697-701. <https://doi.org/10.1037/tra0000150>
- Raskind, M., Dobie, D., Kanter, E., Petrie, E., Thompson, C., & Peskind, E. (2000). The alpha-1 adrenergic antagonist prazosin ameliorates combat trauma nightmares in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 129-133. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0208>
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Chow, B., Harris, C., Davis-Karim, A., Holmes, H. A., Hart, K. L., McFall, M., Mellman, T. A., Reist, C., Romesser, J., Rosenheck, R., Shih, M. C., Stein, M. B., Swift, R., Gleason, T., Lu, Y., & Huang, G. D. (2018). Trial of prazosin for post-traumatic stress disorder in military veterans. *New England Journal of Medicine*, 378, 507-517. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1507598>
- Raskind, M. A., Peskind, E., Kanter, E., Petrie, E., Radant, A., Dobie, C. T. D., Hoff, D., Rein, R. J., Straits-Tröster, K., Thomas, R. G., & McFall, M. (2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: A placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 371-373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.371>
- Rauwerda, N., & Verbeek, I. (2023). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i): Effectiviteit en inhoud van de behandeling. *Gedragstherapie*, 56, 138-162.
- Robert, G., & Zadra, A. (2014). Thematic and content analysis of idiopathic nightmares and bad dreams. *Sleep*, 37, 409-417. <https://doi.org/10.5665/sleep.3426>
- Roepke, S., Danker-Hopfe, H., Repantis, D., Behnia, B., Bernard, F., Hansen, M. L., & Otte, C. (2017). Doxazosin, an alpha-1-adrenergic-receptor antagonist, for nightmares in patients with posttraumatic stress disorder and/or borderline personality disorder: A chart review. *Pharmacopsychiatry*, 50, 26-31. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107794>
- Rothbaum, B. O., & Mellman, T. A. (2001). Dreams and exposure therapy in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 481-490. <https://doi.org/10.1023/A:1011104521887>
- Rousseau, A., Dube-Frenette, M., & Belleville, G. (2018). Self-efficacy as a mechanism of action of imagery re-

- hearsal therapy's effectiveness: An exploratory mediation analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206, 749-756. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000862>
- Sandman, N., Valli, K., Kronholm, E., Ollila, H. M., Revonsuo, A., Laatikainen, T., & Paunio, T. (2013). Nightmares: Prevalence among the Finnish general adult population and war veterans during 1972-2007. *Sleep*, 36, 1041-1050. <https://doi.org/10.5665/sleep.2806>
- Sandman, N., Valli, K., Kronholm, E., Revonsuo, A., Laatikainen, T., & Paunio, T. (2015). Nightmares: Risk factors among the Finnish general adult population. *Sleep*, 38, 507-514. <https://doi.org/10.5665/sleep.4560>
- Schmid, C., Hansen, K., Kroner-Borowik, T., & Steil, R. (2021). Imagery re-scripting and imaginal exposure in nightmare disorder compared to positive imagery: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90, 328-340. <https://doi.org/10.1159/000512757>
- Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260, 565-570. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0112-3>
- Seda, G., Sanchez-Ortuno, M. M., Welsh, C. H., Halbower, A. C., & Edinger, J. D. (2015). Comparative meta-analysis of prazosin and imagery rehearsal therapy for nightmare frequency, sleep quality and posttraumatic stress. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11, 11-22. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4354>
- Simor, P., Horvath, K., Gombos, F., Takacs, K. P., & Bodizs, R. (2012). Disturbed dreaming and sleep quality: Altered sleep architecture in subjects with frequent nightmares. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 687-696. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0318-7>
- Simor, P., Pajkossy, P., Horvath, K., & Bodizs, R. (2012). Impaired executive functions in subjects with frequent nightmares as reflected by performance in different neuropsychological tasks. *Brain and Cognition*, 78, 274-283. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.01.006>
- Spoormaker, V. I. (2008). A cognitive model of recurrent nightmares. *International Journal of Dream Research*, 1, 15-22. <https://doi.org/10.11588/ijodr.2008.1.21>
- Spoormaker, V. I., Schredl, M., & van den Bout, J. (2006). Nightmares: From anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2005.06.001>
- Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: A pilot-study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 389-394. <https://doi.org/10.1159/000095446>
- Spoormaker, V. I., Verbeek, I., van den Bout, J., & Klip, E. C. (2005). Initial validation of the SLEEP-50 questionnaire. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 227-246. <https://doi.org/10.1207/s15402010bsmo304>
- Swart, M. L., van Schagen, A. M., Lancee, J., & van den Bout, J. (2013). Prevalence of nightmare disorder in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 267-268. <https://doi.org/10.1159/000343590>
- Taylor, F. B., Lowe, K., Thompson, C., McFall, M. M., Peskind, E. R., Kanter, E. D., Allison, N., Williams, J., Martin, P., & Raskind, M. A. (2006). Daytime prazosin reduces psychological distress to trauma specific cues in civilian trauma posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 577-581. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.023>
- Thompson, A., Lereya, S. T., Lewis, G., Zammit, S., Fisher, H. S., & Wolke, D. (2015). Childhood sleep disturbance

- and risk of psychotic experiences at 18: UK bIRTh cohort. *British Journal of Psychiatry*, 207, 23-29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.144089>
- van Liempt, S., Vermetten, E., Geuze, E., & Westenberg, H. G. M. (2006). Pharmacotherapy for disordered sleep in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 193-202. <https://doi.org/10.1097/00004850-200607000-00001>
- van Schagen, A. M., Lancee, J., de Groot, I. W., Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2015). Imagery rehearsal therapy in addition to treatment as usual for patients with diverse psychiatric diagnoses suffering from nightmares: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, e1105-1113. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09216>
- van Schagen, A. M., Lancee, J., & Spoormaker, V. I. (2012a). *Imaginatie- en rescriptingtherapie van nachtmerries*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Schagen, A. M., Lancee, J., & Spoormaker, V. I. (2012b). *Van je nachtmerries af*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Schagen, A. M., Lancee, J., Swart, M., Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2017). Nightmare disorder, psychopathology levels, and coping in a diverse psychiatric sample. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 65-75. <https://doi.org/10.1002/jclp.22315>
- van Someren, E. J. W. (2021). Brain mechanisms of insomnia: New perspectives on causes and consequences. *Physiological Reviews*, 101, 995-1046. <https://doi.org/10.1152/physrev.00046.2019>
- van Straten, A., van der Zweerde, T., Verbeek, I., & Lancee, J. (2023). Slaapstraat: Evaluatie van een slaapzorgprogramma in de huisartspraktijk. *Gedragstherapie*, 56, 120-137.
- Woodward, E., Hackmann, A., Wild, J., Grey, N., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2017). Effects of psychotherapies for posttraumatic stress disorder on sleep disturbances: Results from a randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 75-85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.001>
- Yücel, D. E., van Emmerik, A. A. P., Souaia, C., & Lancee, J. (2020). Comparative efficacy of imagery rehearsal therapy and prazosin in the treatment of trauma-related nightmares in adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 50, 101248. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101248>
- Zhang, Y., Ren, R., Sanford, L. D., Yang, L., Ni, Y., Zhou, J., Zhang, J., Wing, Y. K., Shi, J., Lu, L., & Tang, X. (2020). The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 67, 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.010>

.....

Slaapstoornissen als transdiagnostische factor

.....

Bespreking van

Marike Lancel, Maaïke van Veen & Jeanine Kamphuis (red.). (2021).
Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling. Bohn Stafleu
Van Loghum. 556 pp., € 54,95. ISBN 9789036825238

VINCENT VAN BRUGGEN

Slaap, een onderwerp dat even vanzelfsprekend als ongrijpbaar is. Het maakt bijna een derde van ons leven uit. Tegelijk maken we dit deel zelf nauwelijks bewust mee en hebben we er geen directe invloed op. Pas wanneer slapen een probleem wordt, vraagt het ineens de aandacht en merken we hoe sterk we voor ons functioneren afhankelijk zijn van een goede nachtrust. Dit geldt nog meer wanneer slaapproblemen samengaan met psychiatrische stoornissen. *Slaapstoornissen in de psychiatrie* laat overtuigend zien dat aandacht voor slaap een must is in de psychiatrie. Het boek is uitgegeven onder redactie van drie slaapdeskundigen die verbonden zijn aan het Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie van GGZ Drenthe.

Het boek begint met een algemene uitleg over slaap, zoals het verschil tussen rem- en non-remslaap, de slaapstadia en de veranderingen in slaapbehoefte tijdens de levensloop. In de inleidende hoofdstukken en ook later in het boek wordt vaak verwezen naar het twee-processenmodel van slaap-waakregulatie (p. 6). Dit model laat zien dat slaap afhankelijk is van (1) het opbouwen van voldoende slaapdruk, en daarnaast van (2) gehoor geven aan de wetmatigheden van de biologische klok. Kennis van dit model helpt om de beschreven behandelingen te begrijpen en om adviezen met betrekking tot slaaphygiëne te onderbouwen.

Na deze algemene uitleg over slaap volgt een overzicht van de verschillende slaapstoornissen. Met slaap blijkt zo veel mis te kunnen gaan dat het verbazingwekkend lijkt dat er nog mensen zijn met een ongestoorde nacht-

rust. Het meest voorkomend is de zogenaamde insomnie, die zich kenmerkt door moeite met in- of doorslapen en/of door veel wakker worden tijdens de nacht. Andere veelvoorkomende slaapstoornissen zijn hypersomnie (een overmatige slaapbehoefte), verstoring van het circadiane ritme (waardoor er op de verkeerde momenten van de dag slaperigheid optreedt), nachtelijke ademhalingsstoornissen (bijvoorbeeld apneu) en bewegingsstoornissen (bijvoorbeeld *restless legs syndrome*).

Een van de belangrijkste instrumenten bij de diagnostiek van slaapstoornissen blijkt een zorgvuldige anamnese, eventueel aangevuld met slaapvragenlijsten. Zorgvuldig doorvragen naar de kwaliteit van de slaap en naar de verschillende gewoonten rond het slapen kan al veel informatie bieden, zo mogelijk aangevuld met observaties door de partner. Aanvullend kan ook het actigram worden ingezet, een gedurende twee weken opgebouwd overzicht van activiteit en rust, die gemeten worden door een polshorloge. Vaak is dit al voldoende om een aantal problemen uit te sluiten en bijvoorbeeld een cognitief-gedragstherapeutische behandeling (CGT-i) te starten. Pas bij opvallende symptomen, wanneer zorgvuldige anamnese onmogelijk is (bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke beperking) of als de cliënt niet reageert op de behandeling, is uitgebreidere diagnostiek in een slaapcentrum nodig, waar vaak een polysomnografie, bloedonderzoek en zo nodig uitvoerig beeldvormend onderzoek (medische scans) zullen plaatsvinden.

Slaapstoornissen en psychiatrische aandoeningen kunnen op veel manieren met elkaar samenhangen. Zo kan een slaapstoornis een uitlokkende factor zijn, bijvoorbeeld wanneer iemand die vanwege apneu slecht slaapt vermoeidheid opbouwt en hierdoor in een depressieve episode terechtkomt. Slaapstoornissen kunnen tevens gezien worden als transdiagnostische factor (p. 233), en kunnen samengaan met psychiatrische aandoeningen, mogelijk voortkomend uit dezelfde onderliggende kwetsbaarheid. Hierbij houden de slaapstoornissen de psychiatrische problematiek vaak in stand en verergeren die. Omgekeerd kunnen psychiatrische klachten voor slaapstoornissen zorgen. Denk bijvoorbeeld aan iemand die tijdens een manie een verstoord dag-en-nachtritme ontwikkelt, of aan iemand met gegeneraliseerde angst die vanwege veelvuldig piekeren langdurig wakker ligt. Behandeling van de psychiatrische aandoening wil niet altijd zeggen dat ook de slaapstoornissen verdwijnen. Zo blijkt voor een deel van de mensen met posttraumatische stressstoornis dat er na symptoomreductie nog aanvullende behandeling nodig is om de slaap te verbeteren (p. 265). Tegelijk komt het gelukkig ook voor dat het voldoende is om een van beide problemen effectief te behandelen. Hoopgevend vond ik bijvoorbeeld dat een (weliswaar kleine) studie liet zien dat een deel van de kinderen met ADHD niet langer aan de gestelde diagnose voldeed nadat zij effectieve behandeling hadden gehad voor *restless legs syndrome* (p. 304).

Slaapstoornissen in de psychiatrie laat zien dat psychiatrische zorg en effectieve behandeling van slaapstoornissen helaas nog vaak gescheiden we-

relden zijn. Dit herken ik vanuit mijn eigen ervaring in het ggz-werkveld. Zelf heb ik me voorgenomen om veel vaker door te vragen naar de kwaliteit van de slaap en niet te terughoudend te zijn wat betreft het aanbieden van slaapinterventies. Een slaaptraining kent nauwelijks nadelen, afgezien van de noodzaak van enige inzet en vasthoudendheid van de therapeut en vooral van de cliënt. Een slaaptraining kan ook goed online gegeven worden, met minimale begeleiding van de therapeut. Daarnaast is het belangrijk om, zeker wanneer een richtlijnbehandeling tekortschiet, consultatie van een slaapcentrum te overwegen.

Tot slot, *Slaapstoornissen in de psychiatrie* leest goed en is heel zorgvuldig vormgegeven. Opvallend is bijvoorbeeld dat er in de verschillende hoofdstukken vaak naar andere hoofdstukken wordt verwezen, zodat je als lezer aanvullende informatie over een onderwerp kunt (terug)lezen. De opzet van het boek is breed: in de laatste hoofdstukken wordt bijvoorbeeld ingegaan op slaapproblemen bij ouderen, en op slaap en verstandelijke beperking. Dit handboek is een waardevol naslagwerk om aan te schaffen voor behandelafdelingen of praktijken waar mensen komen met psychiatrische problemen.

Vincent van Bruggen is supervisor bij de VGCT en is werkzaam als gz-psycholoog bij GGZ Centraal, Marina de Wolfcentrum. Hij geeft daarnaast les in CGT. *Correspondentie:* v.vanbruggen@ggzcentraal.nl.

Ontvangen

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

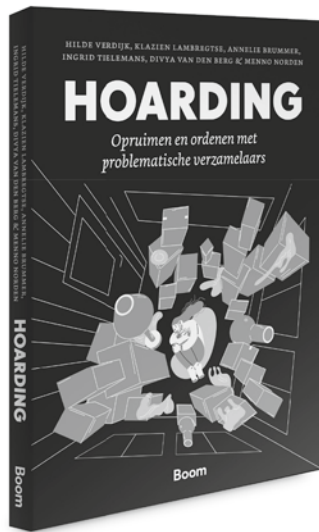
Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

de Haan, E., van Eik, R., & Wolters, L. (2023). *Mijn kind heeft OCD: Als dwang het leven van je kind beheerst*. Lannoo.

van Heugten, T. (2023). *De beschrijvende diagnose en DSM-classificatie: Voor gz-psychologen, psychotherapeuten, orthopedagogen*. Uitgeverij SWP.

Hoarding

237



Wanneer spullen verzamelen problematisch wordt

Twee tot vijf procent van de bevolking lijdt aan verzamelstoornis of hoarding. Hun huis staat vol met grote hoeveelheden spullen. Vaak met zó veel dat het dagelijks leven er moeilijk of onmogelijk door wordt. Niet alleen huisgenoten, maar ook familie of burens kunnen last krijgen van iemands obsessie voor verzamelen en bewaren.

Orde in de chaos

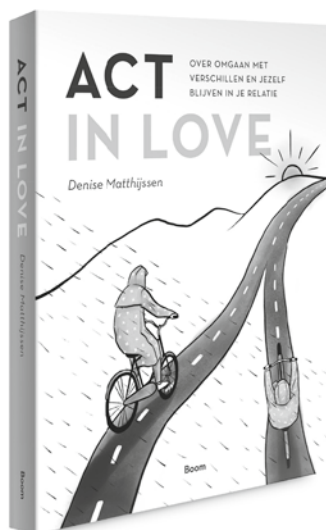
In dit boek leggen vijf gespecialiseerde organizers en een psycholoog uit wat er gebeurt bij mensen die problematisch verzamelen. Aan de hand van verhalen uit de praktijk en in heldere bewoordingen presenteren ze welke methoden er zijn om op een goede, effectieve en respectvolle manier orde te scheppen in de chaos.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



Verschenen



Over omgaan met verschillen en jezelf blijven in je relatie

Hoe blijf je verbonden zonder samen te smelten tot een tweekoppig monster? Hoe zorg je ervoor dat er ruimte is voor eigenheid, met respect voor de ander? Hoe zorg je voor veilige intimiteit waarin het af en toe ook nog spannend is in bed?

ACT in love is een praktisch zelfhulpboek met informatie, oefeningen en tips die je direct kunt gebruiken om je relatie te verbeteren. Met technieken uit de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) leer je te focussen op wat je zelf wilt, en keuzes te maken die zelfvertrouwen geven. Vanuit innerlijke rust en meer tevredenheid – dus vanuit een goede relatie met jezelf – stop je met het wijzen naar de ander en neem je het heft in eigen handen.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel reproduceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Weltevreden 61, 3811 NR Amersfoort.

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(m)en van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Forum en Kort Instrumenteel bevatten een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *key-words* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden het

doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen.

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zevende editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2020).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Zesenvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2023

Pagina 117-240

117 *Redactioneel*

118 **Jaap Lancee, Ingrid Verbeek & Annemieke van Straten**

Inleiding

120 **Annemieke van Straten, Tanja van der Zweerde, Ingrid Verbeek & Jaap Lancee**

Slaapstraat: Evaluatie van een slaapzorgprogramma in de huisartspraktijk

138 **Nynke Rauwerda & Ingrid Verbeek**

Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i): Effectiviteit en inhoud van de behandeling

163 **Marike Lancel, Gretha Boersma, Floor Bunk & Annette van Schagen**

Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen en slaapstoornissen

186 **Arina de Vries, Naomi van den Broek & Laury Quaedackers**

Slaapproblemen bij kind en jeugd: Een cognitief-gedragstherapeutische behandeling op maat

213 **Jaap Lancee & Annette van Schagen**

Nachtmerries komen veel voor en verdienen aparte aandacht: Een handreiking voor betere diagnostiek en behandeling

BOEKBESPREKING

233 **Vincent van Bruggen**

Marike Lancel, Maaïke van Veen & Jeanine Kamphuis (red.). (2021). *Slaapstoornissen in de psychiatrie: Diagnose en behandeling*

236 *Ontvangen*