

Praxis 2023

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE INSOMNIA: ALTIJD AANBIEDEN

Marlies Brethouwer



MARLIES BRETHOUWER (49)

In 2006 is Marlies bij Altrecht gaan werken als spv. Zij heeft voornamelijk gewerkt in FACTteams, maar ook dak- en thuislozen en jongvolwassenen behandeld.

Na al die jaren als spv werkzaam geweest te zijn, was het tijd voor een nieuwe stap in haar carrière en besloot ze de opleiding ggz vs te gaan doen. In 2020 is ze met veel motivatie aan de opleiding begonnen. Onlangs heeft zij deze met veel succes afgerond.

Ook tijdens de opleiding was Marlies werkzaam bij Altrecht.

Het 1e jaar van de opleiding was ze werkzaam op een acute opname afdeling, de HC2. Het jaar daarna bij Rintveld, waar top ggz behandelingen geboden worden. Marlies behandelde daar jongeren met eetstoornissen op poliklinische basis.

In het laatste jaar van de opleiding was zij werkzaam bij een gebiedsteam van Altrecht, waar patienten met een ernstige psychische aandoening ambulante behandeling krijgen.

Tijdens de opleiding heeft Marlies haar onderzoek gedaan naar de beleving van cognitieve gedragstherapie bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Dit is de basis geweest voor haar betoog en de stellingname daarin.

Het is Marlies haar visie dat een goede behandeling altijd aandacht voor leefstijl bevat. Slaap is daar onderdeel van.

Marlies zal zich hiervoor blijven inzetten vanuit haar rol als verpleegkundig specialist en teamprofessional bij gebiedsteam Woerden, Altrecht.

Cognitieve gedragstherapie insomnia: altijd aanbieden

Oproep voor een brede inzet van cognitieve gedragstherapie
insomnia bij mensen met een ernstige psychische
aandoening en een comorbide insomniastoonis

BETOOG

INLEIDING

‘Wat heb ik slecht geslapen de afgelopen tijd. Ik kom niet in slaap, terwijl ik hartstikke moe ben en overdag niet vooruit te branden ben.’ Veel mensen zullen dit herkennen, omdat slaapproblemen voorkomen bij 25% van de volwassenen (Fang et al., 2019). Bij mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) komen slaapproblemen nog veel vaker voor. Van hen ervaart 70% slaapproblemen en heeft meer dan 30% een comorbide insomniastoonis (Seow et al., 2018).

Criteria voor het classificeren van een comorbide insomniastoonis volgens de DSM-5 zijn onvrede over de slaapkwaliteit gecombineerd met problemen met in- of doorslapen en te vroeg wakker worden. Ook zijn de klachten al minstens drie maanden aanwezig,

gedurende minimaal drie nachten per week. Daarnaast bestaan overdag beperkingen, bijvoorbeeld verminderde werkprestaties. Ook komt het voor dat men voldoende slaapt maar zich 's morgens niet uitgeslapen voelt, waar geen verklaring voor is (American Psychiatric Association, 2014).

Het is bewezen dat slapeloosheid invloed heeft op het ontstaan en verergeren van psychische klachten (Hertenstein et al., 2018). Door een insomniastoonnis vermindert de kwaliteit van leven (Olfson et al., 2018).

Cognitieve gedragstherapie insomnie (CGT-I) is een geschikte behandeling voor insomniastoonnissen (Riemann et al., 2017). Kernonderdelen van CGT-I zijn psycho-educatie, het veranderen van aangeleerd slaapgedrag en disfunctionele gedachten, en ontspanningsoefeningen (Verbeek & Van de Laar, 2015).

Ondanks het feit, zoals eerder genoemd, dat veel EPA-patiënten met slaapklachten kampen, is hun behandeling in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) vaak niet gericht op deze insomniastoonnis (Wickwire et al., 2016). Dat de psychiatrische aandoening wordt behandeld, betekent niet automatisch dat ook de slaapklachten afnemen of verdwijnen (López et al., 2017).

Daarom is de stelling van dit betoog dat EPA-patiënten, naast de behandeling van hun psychische aandoening, altijd een CGT-I-behandeling aangeboden moeten krijgen als zij lijden aan

een comorbide insomniastoonnis. Om deze stelling te bekrachtigen worden onderstaand verschillende argumenten aangedragen.

VOORDELEN VAN CGT-I

Ten eerste is CGT-I, ook in Nederland, de eerste keuze voor de behandeling van patiënten met een EPA en een comorbide insomniastoonnis (Gorgels et al., 2014; Hertenstein et al., 2022; Riemann et al., 2017). Het doel van CGT-I is dat patiënten hun slaappatroon weer zelf kunnen beheersen en hun zelfredzaamheid vergroten. Bij deze behandeling wordt ingezet op een wezenlijke gedragsverandering. Daarbij vindt psycho-educatie over slaap plaats en wordt de slaaphygiëne besproken. Gedragsinterventies die worden ingezet zijn slaaprestrictie – minder lang in bed te liggen – en slaapstimulus, waarbij het slaap-waakritme wordt verbeterd door te leren het bed te koppelen aan slapen of seks en niet aan activiteiten als lezen of tv kijken. Daarnaast worden ontspanningsoefeningen aangeleerd. Tot slot wordt cognitieve therapie ingezet om niet-helpende gedachten en emoties aan te pakken (Verbeek & Van de Laar, 2015).

Niet alleen de slaap verbetert met deze behandeling; de psychische klachten verminderen eveneens (Dolsen et al., 2014). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat CGT-I een positieve invloed heeft op het functioneren overdag (Benz et al., 2020).

Ten tweede kan CGT-I worden ingezet ter vervanging van de slaapmedica-

tie die veel patiënten met insomnie gebruiken, met de nadelen van dien. Niettemin is slaapmedicatie effectief op de korte termijn, bij gebruik gedurende maximaal vier weken, (Pillai et al., 2017; Riemann et al., 2017). Echter, met het gebruik van slaapmedicatie wordt de oorzaak van de insomniastoonnis niet aangepakt. Naast zolpidem en zopiclon worden vooral benzodiazepines voorgeschreven. Er zijn bezwaren bij het gebruik van benzodiazepines, bijvoorbeeld spierverslapping en duizeligheid met als gevolg een kans op valpartijen, afhankelijkheid van het middel en cognitieve stoornissen (Farmacotherapeutisch Kompas, z.d.-a). Daarnaast worden bepaalde medicijnen voor slapeloosheid off-label voorgeschreven, zoals quetiapine en mirtazapine. Dit is echter niet zonder risico. Het gebruik van quetiapine in lage doseringen vergroot bijvoorbeeld de kans op cardiovasculaire aandoeningen (Højlund et al., 2022). Een toename in eetlust en gewicht zijn onwenselijke bijwerkingen van mirtazapine (Farmacotherapeutisch Kompas, z.d.-b). Benzodiazepines hebben tevens een effect op de kwaliteit van de slaap. Mensen die deze medicatie gebruiken slapen lichter en komen minder in de diepe REM-slaap, ook bij langdurig gebruik (Manconi et al., 2017).

Bij CGT-I is geen sprake van de bovenstaande bijwerkingen. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat het effect van CGT-I langer aanhoudt dan het effect van slaapmedicatie (Mitchell et al., 2012). Daarbij is CGT-I nog effectiever wanneer de slaapmedicatie tijdens

of na de CGT-I-behandeling wordt afgebouwd (Beaulieu-Bonneau et al., 2017).

Als laatste argument geldt dat patiënten in het algemeen met insomnie zelf behoefte hebben aan een groter behandelaanbod (Davy et al., 2013). Het is opvallend dat behandelaars weinig ingaan op hun slaapklachten. Mensen met insomnie voelen zich onbegrepen wat betreft hun slaapklachten. Ze vragen juist zelf om niet-farmacologische behandelmogelijkheden wanneer ze op de hoogte zijn van het bestaan hiervan (Koffel et al., 2020). Door de niet-farmacologische aanpak van CGT-I is het een passende toevoeging aan het behandelaanbod.

ONVOLDOENDE INZET VAN CGT-I

In de SGGZ wordt CGT-I toch nog altijd onvoldoende ingezet. De eerste reden hiervoor is dat de CGT-I-behandeling veel van de patiënten vergt (Koffel et al., 2020). Er worden ingewikkelde oefeningen gebruikt, zoals bij het aanpakken van disfunctionele gedachten over slaap. Ook ontspanningsoefeningen blijken lastig aan te leren en toepasbaar voor EPA-patiënten. Inmiddels worden aangepaste versies gecreëerd voor diverse doelgroepen, zoals onlangs is gedaan voor mensen met een licht verstandelijke beperking (I. Verbeek, persoonlijke communicatie, 4 juli 2022). Mogelijk kunnen ook patiënten in de SGGZ beter profiteren van de behandeling door een aangepaste versie. Niettemin is de intensiteit van de CGT-I-behandeling voor veel patiënten geen reden om ervan af te zien (Koffel et al., 2020).

Een andere reden voor de onvoldoende toepassing van CGT-I is dat momenteel weinig behandelaren binnen de SGGZ zijn geschoold in de uitvoering ervan, ondanks dat dit de eerste keuze voor behandeling is. Om een brede inzet te bereiken is meer scholing nodig. Mogelijk wordt door het gebruik van online CGT-I behandelingen een bredere implementatie mogelijk, hoewel de behandeling met face-to-face-contacten effectiever is (Van Straten et al, 2018).

Verpleegkundige interventies

CGT-I kan worden ingezet voor individuele slaapkachten. Dit lost echter niet de slaapproblemen op die ontstaan onder stress en werkdruk in de huidige maatschappij, onder andere onder invloed van continue informatiestromen door moderne communicatietechnologie (Meerlo & Havekes, 2021). Voor deze invloeden is maatschappelijk bewustzijn nodig. De verpleegkundig specialist ggz kan hierin een rol spelen door de contextuele omstandigheden die samenhangen met de slaapkachten van haar patiënten te inventariseren. Daarmee kan zij bijdragen aan de publieke agendering van structurele aspecten van slaapkachten en het maatschappelijk bewustzijn vergroten.

Volgens de multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening is een jaarlijkse screening aanbevolen (Meeuwissen et al., 2015). Bij vastgestelde insomniastörungen is CGT-I geïndiceerd, maar dit wordt in de SGGZ-praktijk te weinig aanbe-

den. Verpleegkundig specialisten ggz richten zich bij uitstek op de gevolgen van de psychische aandoening voor het functioneren van hun patiënten (Kappert & De Hoop, 2019). Zij spelen een belangrijke rol bij het inzetten en uitvoeren van interventies voor slaapverbetering volgens de richtlijn Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen (V&VN, 2021). Ze zijn opgeleid om naast verpleegkundige interventies psychologische behandelingen uit te voeren. Insomnia heeft zodanige grote gevolgen voor de kwaliteit van leven van patiënten in de SGGZ dat het vanzelfsprekend moet zijn voor verpleegkundig specialisten ggz-vs om patiënten hiervoor te behandelen met de evidence-based CGT-I-behandeling. Daarom moeten meer verpleegkundig specialisten ggz worden geschoold voor een brede implementatie van CGT-I.

CONCLUSIE

Afsluitend kan worden gesteld dat de slaap van patiënten met een psychische stoornis en een comorbide insomniastörung verbeterd door het toepassen van CGT-I de eerste keuze voor de behandeling. Daarnaast kan deze behandeling een positief effect op de psychiatrische symptomen teweegbrengen. Ook kan het gebruik van slaapmedicatie hierdoor worden verminderd. Ten slotte, de patiënten zelf vragen om een groter behandelaanbod voor hun slaapkachten. Kortom, er zijn meerdere redenen om CGT-I breed te implementeren in de SGGZ en om alle patiënten met een comorbide insomniastörung CGT-I aan te bieden. Het is aan de verpleegkundig specialist ggz hierin een voortrekkersrol te nemen.

LITERATUURLIJST

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5®)* in Nederlandse vertaling 'Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen'. Boom.

Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., Bernard Guay, B., & Morin, C. M. (2017). Long-term maintenance of therapeutic gains associated with cognitive-behavioral therapy for insomnia delivered alone or combined with zolpidem. *Sleep*, 40(3), 2. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx002>

Benz, F., Knoop, T., Ballesio, A., Baccaro, V., Johann, A. F., Rücker, G., Feige, B., Riemann, D., & Baglioni C. (2020). The efficacy of cognitive and behavior therapies for insomnia on daytime symptoms: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 80, 1–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101873>

Davy, Z., Middlemass, J., & Siriwardena, A. N. (2013). Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: Qualitative study. *Health Expectations*, 18, 1370–1383. <https://doi.org/10.1111/hex.12119>

Dolsen, M. R., Asarnow, L. D., & Harvey, A. G. (2014). Insomnia as a transdiagnostic process in psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16, 471. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0471-y>

Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324–2332. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>

Farmacotherapeutisch Kompas. (z.d.-a). *Benzodiazepine_agonisten*. Geraadpleegd op 7 november 2022, van https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/benzodiazepine_agonisten#benzodiazepine_agonisten_typerende_bijwerkingen

Farmacotherapeutisch Kompas. (z.d.-b). *Mirtazapine*. Geraadpleegd op 7 november 2022, van <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/m/mirtazapine#bijwerkingen>

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 slaapmiddelen*. Nederlands Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 15 november 2022, van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen#volledige-tekst-inleiding>

Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2018). 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., 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>

Højlund, M., Andersen, K., Ernst, M. T., Correll, C. U., & Hallas, J. (2022). Use of low-dose quetiapine increases the risk of major adverse cardiovascular events: Results from a nationwide active comparator-controlled cohort study. *World Psychiatry*, 21(3), 444–451. <https://doi.org/10.1002/wps.21010>

Kappert, J., & De Hoop, I. (2019). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. V&VN. Geraadpleegd op 12 november 2022, van <https://cstor.eu/venvnvs/2020/02/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf>

Koffel, E., Amundson, E., Polusny, G., & Wisdom, J. P. (2020). “You’re missing out on something great”: Patient and provider perspectives on increasing the use of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(3), 358–371. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1591958>

López, C.M., Lancaster, C. L., Gros, D. F., & Acierno, R. (2017). Residual sleep problems predict reduced response to prolonged exposure among veterans with PTSD. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 39(4), 755–763.

Manconi, M., Ferri, R., Miano, S., Maestri, M., Bottasini, V., Zucconi, M., & Ferini-Strambi, L. (2017). Sleep architecture in insomniacs with severe benzodiazepine abuse. *Clinical Neurophysiology*, 128(6), 875–881. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.03.009>

Meerlo, P., & Havekes, R. (2021). Belang van slaap voor cognitief en psychologisch functioneren. In M. Lancel, M. van Veen, & J. Kamphuis (Red.), *Slaapstoornissen in de psychiatrie. Diagnose en behandeling* (pp. 11-27). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Meeuwissen, J. A. C., Van Meijel, B., Van Piere, M., Bak, M., Bakkenes, M., Van der Kellen, D., Van Hamersveld, S., Van Gool, R., Dermout, K., Feldmann, C. T., Risseeuw, A. H., Wijtsma-van der Kolk, A., Van Vuuren, I., Rümke, M., Sloots-Jongen, E. M. J. N., De Heij, P., Starmans, R., Daatselaar, C., Van Veen, C., & Hermens, M. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. V&VN. Geraadpleegd op 28 november, van <https://www.venvn.nl/media/vs qlgzab/20150401-1-multidisciplinaire-richtlijn-somatische-screening-epa.pdf>

Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M., & Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review. *BMC Family Practice*, 25(13), 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>

Olfson, M., Wall, M., Liu, S.-M., Morin, C. M., & Blanco, C. (2018). Insomnia and impaired quality of life in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 1–10. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m12020>

Pillai, V., Roth, T., Roehrs, T., Moss, K., Peterson, E. L., & Drake, C. L. (2017). Effectiveness of benzodiazepine receptor agonists in the treatment of insomnia: An examination of response and remission rates. *Sleep*, 40(2), 44. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw044>

Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, 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>

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(2), 237–244.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.6942>

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)* (Dutch Edition) (2e ed. 2015 ed). Bohn Stafleu van Loghum.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2021). *Richtlijn Zorg voor slaap en zorg bij slaapproblemen*. Geraadpleegd op 5 februari 2023, van <https://www.venvn.nl/media/wdobwgwa/v-vn-richtlijn-slaapwaakversie-27-9-2021.pdf>

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>