Cognitieve gedragstherapie - insomnie (CGT-i)

Literatuur

- Verbeek, I. & van der Laar, M. (2023). *Behandeling van langdurige slapeloosheid. Handleiding voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lancel, M., van Veen, M., & Kamphuis, J. (2021). *Slaapstoornissen in de psychiatrie. Diagnose en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Mulder, B., van Schie, I. & Bastiaansen, J. (2017). *Miljoenen Nederlanders slapen slecht.* Slaapmakend.
- Verbeek, I., Oudega, M., Peeters, G., & Su, T. (2021). Niet medicamenteuze behandeling van slaapstoornissen in de psychiatrie, 379-402. *Slaapstoornissen in de psychiatrie. Diagnose en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stepansky, E.J., & Rybarczyk, B. (2006). Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, *10*(1), 7-18.
- Taylor, D.J., & Pruiksma, K.E. (2014). Cognitive and behaviorual therapy for insomnia (CBT-I) in psychiatric populations: A systematic review. *International Review of Psychiatry, 26*(2), 205-213.
- van der Werf, Y. (2021). Slaap: een algemene inleiding, 3-10. *Slaapstoornissen in de psychiatrie. Diagnose en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Waarom CGT-i?

- Slaapstoornissen komen vaak voor naast een psychiatrische stoornis
- Chronische insomnie is de meest prevalente slaapstoornis
- Het heeft vaak een negatief effect op de kwaliteit van leven
- Insomnie is risicofactor voor het ontwikkelen van psychiatrische stoornis
- Comorbide insomnie wordt in verband gebracht met slechtere behandeluitkomsten
- Restverschijnselen insomnie worden ook in verband gebracht met hoger risico op terugval
- Slaapproblemen die na succesvolle behandeling van psychiatrische stoornis kunnen blijven bestaan, suggereert dat het apart behandeld dient te worden
- Aanbeveling is om aandacht te besteden aan specifieke slaapproblemen en deze niet enkel te zien als symptoom van primaire psychiatrische stoornis

Ik heb alles al geprobeerd, niets helpt!

eerder in/uit bed

later in/uit bed

melatonine

ontbijt 03.00

koken

slaapmeditaties

kussen omdraaien

naar de bank

in avond niet meer afspreken

droomsap

tape op de mond

vermijden cafeïne, bepaald eten

bepaalde dingen juist wel eten

gamen

muziek luisteren

poetsen

roken, alcohol, jointje

scrollen

hardlopen

tv kijken, of juist niet meer kijken

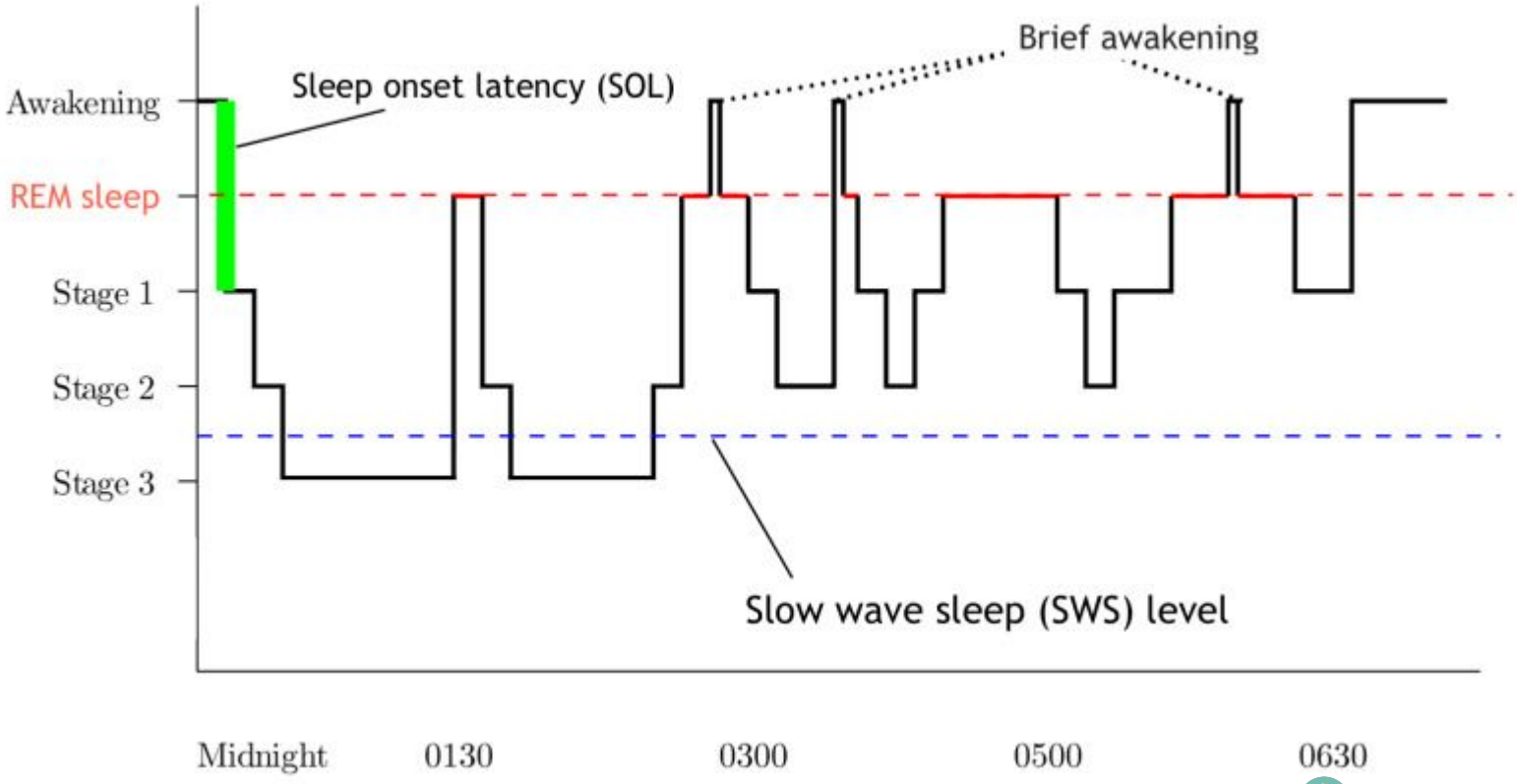
sleeptrackers om de pols

grote teen masseren

Stelling 1

3-4x per nacht wakker worden is normaal

Waar



LMcare Academy

Stelling 2

Je hebt 8u slaap nodig

Niet waar

- De duur van de slaap verschilt sterk tussen individuen
- Gemiddelde gewenste slaapduur ligt rond 8u
- Gemiddelde behaalde slaap ligt rond de 7u - 7.5u
- Ideale slaapduur is alles tussen de 5u en 10u (dit kan als normaal beschouwd worden)
- Belangrijkste criterium voor een ideale slaapduur berust op het subjectieve oordeel dat een persoon overdag goed functioneert, alert is en `s nachts goed in- en doorslaapt

Stelling 3

Door slaapmedicatie slaap je dieper

Niet waar

Benzodiazepinen = meest gebruikte slaapmedicatie

- je slaapt wat sneller in (beperkt effect)
- maar hoeveelheid diepe slaap wordt minder

- het vertroebelt je denken en geheugen, je vergeet dat je wakker hebt gelegen
- versterkt gedachte ‘met pillen slaap ik beter’ (stoppen wordt nog lastiger)

- te lang ingezet = lichamelijke afhankelijkheid
- bij stoppen → ontwenningsverschijnselen → 7-10 dagen → slaap is dan vaak erger dan de slapeloosheid waar je in eerste instantie last van had → ‘zie je wel, met pillen slaap ik beter’/ ‘ik heb deze pillen nodig’

- soms effectief 1. doorbreken vicieuze cirkel (korte termijn) (voorkomen dat tijdelijke slapeloosheid langdurig wordt, maar sterk in schoenen staan) & 2. in huis hebben is geruststellend

Melatonine

- hormoon van de nacht (‘startschot’ > vanaf hier kan je slapen’)
- geen verband tussen melatonine & verbeteren insomnie
- wel een verband tussen lage dosis en het verschuiven van circadiane ritme
  - Het verlate slaapfase syndroom
    - aanmaak melatonine vaak rond 02.00
    - slaapprobleem? of maatschappelijk probleem?

Stelling 4

De belangrijkste functie van slaap is herstel

Waar

Diepe slaap (NREM) → fysiek herstel

- cellen worden gerepareerd en spieren worden opgebouwd
- groeihormonen worden aangemaakt (essentieel voor herstel)
- afvoer afvalstoffen
- immuunsysteem wordt versterkt

REM slaap → mentaal herstel

- verwerking dagelijkse gebeurtenissen en emoties
- herinneringen worden verwerkt, opgeslagen, en nieuwe verbindingen worden gelegd (essentieel voor leren)
- verbetering mentale prestaties, concentratie

Stelling 5

Vermoeidheid wordt veroorzaakt door een slechte nacht

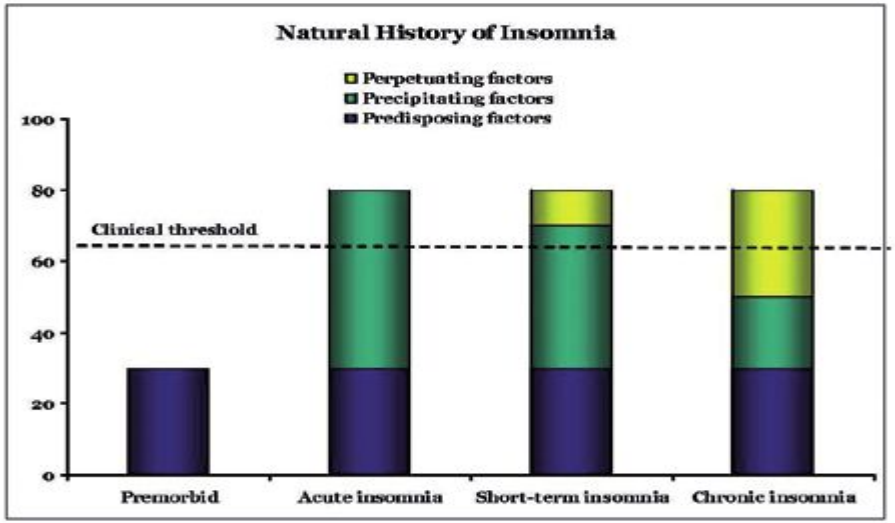
Waar & Niet waar

Klachten bij niet goed slapen zijn o.a. vermoeidheid, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, futloosheid

Maar vermoeidheid kan ook in reactie zijn op: denkpatronen, gedragspatronen, stressfactoren, biologie & omgeving

Personen met chronische insomnie zijn geneigd hun slechte functioneren op de dag volledig te wijten aan de nacht. Dit is een veelvoorkomende niet-helpende gedachte die extra arousal geeft en ook weer gaat storen op de slaap (‘want nu moet ik toch echt goed slapen’)

3P model (predisposing, precipitating, perpetuating)



De drie factoren betrokken bij insomnie. Uit: Spielman, A.J. & Glovinsky, P. (1991). The varied nature of insomnia. In P.J. Hauri (Ed.). Case studies in insomnia. New York, Plenum Press.

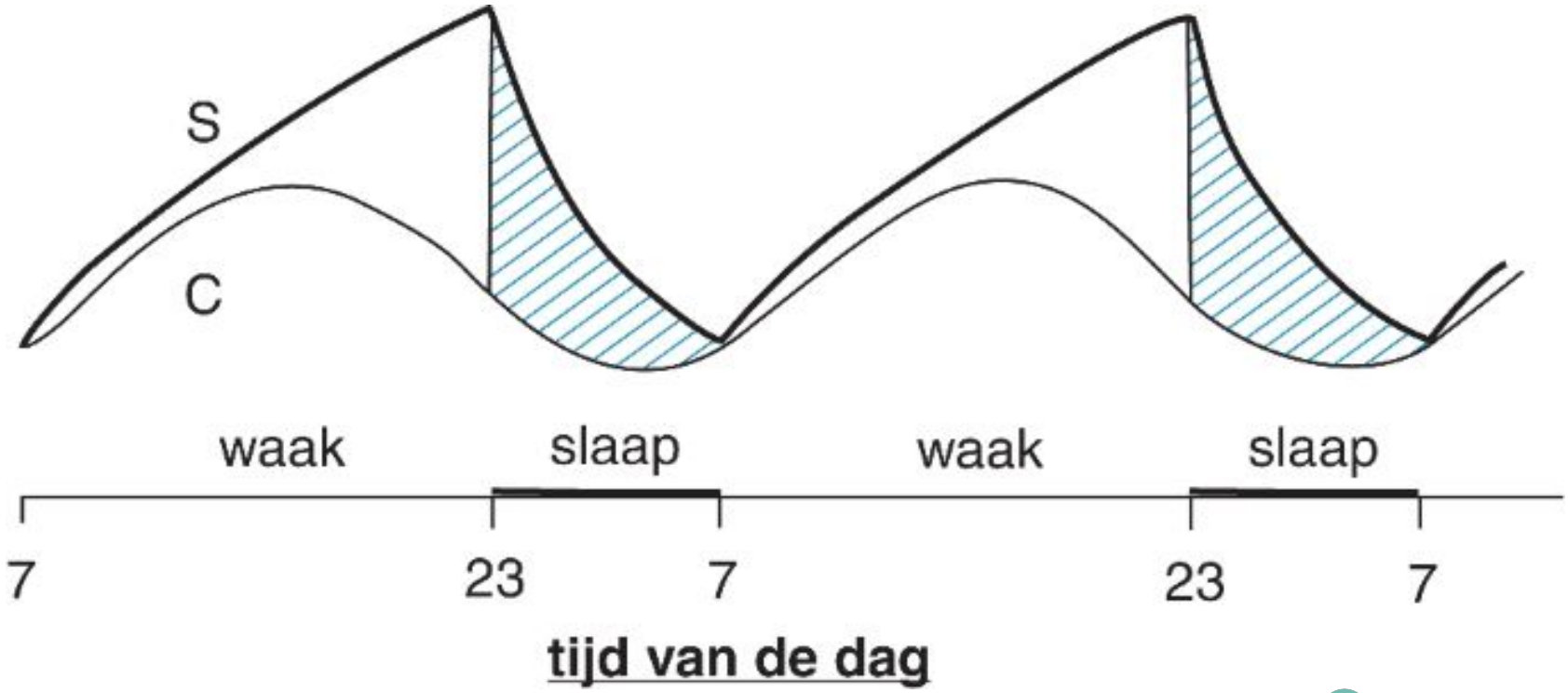
LMcare Academy

En hoe wordt de slaap en waak gereguleerd?

Ofwel: hoe val je nu eigenlijk in slaap?

‘als een lichtknop die wordt omgezet’

Twee-processenmodel van slaap-waakregulatie



LMcare Academy

Twee-processenmodel van slaap-waakregulatie

Proces S

- Opgebouwde slaapdruk of slaapbehoefte (natuurlijke kracht) (adenosine)

Proces C

- De biologische klok legt een ritme op aan onder meer de slaap
- Deze fluctueert met een periode van ongeveer 24u
- Dit proces bepaalt moment op de dag waarop de timing van slaap ideaal is
- Denk aan: 24 uurs ritme van melatonine, temperatuur & cortisol

Twee-processenmodel van slaap-waakregulatie

- Wanneer toenemende slaapdruk samenvalt met timing van circadiane ritme, zal de slaap optreden op een min of meer vast moment

- Circadiane ritme ‘houdt van voorspelbaarheid’ - kan zich aanpassen maar dit gebeurt langzaam

- Dit model laat mooi zien waarom regelmaat in de slaaptijden zo belangrijk is. Start meteen met het neerzetten van een vast ritme binnen de behandeling + zeitgebers
- IJK de ochtend

Vragen?

Nieuwe ontwikkelingen bekend vanuit Kempenhaeghe?

Van intake tot behandelen - waar kan je aan denken?

1. Wat uitvragen tijdens intake?
2. Zelfregistratie
3. Psycho educatie
4. Gedragsinterventies
5. Cognitieve therapie
6. Vergroten van ontspanning/ verlagen van arousal

Wat uitvragen tijdens intake? - DSM-V criteria

Klachten: problemen met in slaap vallen, doorslapen of te vroeg wakker worden zonder weer in slaap te kunnen vallen ondanks voldoende gelegenheid om te slapen

Duur: minimaal 3 maanden of langer

Frequentie: minimaal 3 nachten of meer per week

Impact: significante beperking in dagelijks functioneren of significante stress

Oorzaak: niet beter verklaard door een andere slaapstoornis, middelengebruik of andere stoornissen

Wat uitvragen tijdens intake? - slaapanamnese

Wat zijn de klachten overdag?

- verlies van energie/ motivatie
- verminderd presteren op werk of in de studie
- cognitieve problemen zoals aandachts- en geheugenproblemen
- emotionele problemen zoals paniekerig zijn, prikkelbaarheid en neerslachtigheid
- verminderde lichamelijke gezondheid
- verminderde sociaal functioneren

Wat uitvragen tijdens intake? - slaapanamnese

- Ontstaansgeschiedenis: is er een uitlokkende factor? Of er in geslopen?
- Beloop: zijn er factoren die de slaap hebben verbeterd of verslechterd?

- Tijdstip van naar bed gaan en de spreiding daarin
- Inslaaplatentie
- Aantal keren wakker en duur van ontwaken
- Tijdstip opstaan en variatie daarin
- Spontaan of door wekker wakker?

- Gevoelens en gedachten rondom slaap?

Wat uitvragen tijdens intake? - slaapanamnese

- Afname slaapevaluatielijst - Insomnia Severity Index (ISI)
- Subjectieve lijdensdruk
- Bij score 15 of hoger = indicatie groepsbehandeling
- Bij score 8-14 = aandacht individuele sessies

Zelfregistratie - slaap-waakdagboek

https://leerslapen.nl/ondersteunend-materiaal/

- Inslapen: het tijdstip waarop met inslaapt, de variatie daarin, activiteiten in het laatste uur voor het slapen, middelen
- Doorslapen: aantal keren en de duur van het wakker liggen. In bed of er uit?
- Ontwaken: tijdstip? variatie? hoe start van dag: veel blijven binnen, niet aankleden? Wekker, spontaan?

- Lastig invullen? Dan volstaat: bijhouden tijdstip in bed & tijdstip opstaan + geschatte slaaptijd
- Het gaat om subjectieve waarneming over meerdere dagen tot weken

- Invullen biedt vaak al inzicht, bv wat betere nachten onder de aandacht
- Sommigen doen al aanpassingen op basis hiervan

Psycho educatie

I. Verbeek, M. van de Laar. Behandeling van langdurige slapeloosheid (2023).

Psycho educatie

- Hypnogram
- Twee-processenmodel
- 3P model

Gedragsinterventies

1. Slaaprestrictie
2. Stimuluscontrole

Gedragsinterventies - Slaaprestrictie

Doel

Opvoeren van de slaapschuld door tijdelijk (minimaal 2 weken) korter op bed te liggen

Efficiënter gaan slapen

Effect

Slaap wordt compacter en meer aaneengesloten

Bed wordt sterker signaal voor slaap

Vertrouwen rondom slaap neemt toe

Gedragsinterventies - Slaaprestrictie

Twee opties
1. Tijd in bed terugbrengen naar 5.5u
2. Of de tijd in bed terugbrengen naar de geschatte slaaptijd

→ Piet schat in dat hij gemiddeld 6u per nacht slaapt (geschatte totale slaaptijd)
→ Piet ligt ongeveer 8u in bed bed (totale tijd in bed)
→ 2u lang wordt het bed van Piet geassocieerd met wakker liggen → verzwakt de associatie bed-slapen

Hoe efficiënt slaapt Piet nu?

Slaapefficiëntie-score = geschatte totale slaaptijd / totale tijd in bed * 100

De SE-score van Piet = 6/8 *100 = 75%

→ Piet gaat de tijd in bed terugbrengen van 8u naar 6u

Gedragsinterventies - Slaaprestrictie

SE = 85% of hoger

50-plussers → 80%

75-plussers → 75%

Gedragsinterventies - Slaaprestrictie

Stappen die Piet gaat maken

1. Piet brengt de tijd in bed terug van 8u naar 6u
2. Dit gaat hij minimaal 2 weken doen
3. Piet bepaalt de nieuwe bedtijden: hij moet voor werk 7u opstaan. Zijn nieuwe tijd in bed wordt 01.00
4. De extra tijd in de avond gebruikt Piet om te ontspannen
5. Piet gaat toewerken naar 85% slaapefficiëntie (ongeveer 5.25u slaap)
6. Wanneer Piet over een week bezien 5.25 of meer slaapt en hij voelt meer vertrouwen rondom zijn slaap → dan tijd in bed met 15 minuten gaan uitbreiden
7. Steeds bij 85% SE stapsgewijs uitbreiden → wat is passend aantal uur slaap?

Gedragsinterventies - Slaaprestrictie

Aandachtspunten

- minimaal 5.5u (lichaam & brein hebben rust nodig)
- tijd die overblijft kan ingezet worden om te ontspannen
- aanvankelijk meer klachten, dit goed uitleggen = normaal / doorbijten
- de ervaring leert dat meeste mensen na 2 weken beginnen op te merken dat slaap wat compacter en langer wordt
- na 6-8 weken beginnen klachten op de dag wat meer op achtergrond te raken
- het is een pittige interventie, maar achteraf zijn de meesten positief
- beter niet starten in bv een belangrijke tentamenweek

Gedragsinterventies - Stimuluscontrole

Doel → de associatie bed en slaap gaan versterken

Stappen

- gebruik bed alleen om te slapen of seks
- ga pas naar bed wanneer je daadwerkelijk slaperig voelt (maar niet eerder!)
- te lang wakker? → uit bed (iig voordat je echt gefrustreerd of angstig raakt)
- comfortabel maken, rustige ‘saaie’ activiteit
- pas weer terug naar bed als er sprake is van slaperigheid
- herhaal zo vaak als nodig

Slaperigheid & vermoeidheid

Slaperigheid

- zware oogleden
- knikkebollen
- gapen
- zin 3x overlezen zonder dat je weet wat er staat

Vermoeidheid

- je voelt dat je wilt rusten en geen prikkels meer wilt of kunt verdragen
- ! vermoeidheid wordt vaak als signaal gezien >> ik moet slapen
    - dan eerder naar bed, vanuit CR niet ideale timing > niet in slaap vallen > piekeren/balen etc

Cognitieve therapie - hoe denk je over slaap?

Verwachting van de slaap

‘ik heb 8u slaap nodig om me uitgerust te voelen en overdag goed te kunnen functioneren’

Bezorgdheid/ hulpeloosheid rondom slaap

‘ik ben bang dat ik de controle over mijn vermogen om te slapen heb verloren’

Consequenties van slapeloosheid

‘ik weet dat een slechte nacht gevolgen zal hebben voor mijn dagelijkse activiteiten’

Medicatie

‘ik denk dat slapeloosheid in essentie het resultaat is van een chemische disbalans’

Website: https://leerslapen.nl/ondersteunend-materiaal/

Cognitieve therapie - uitdaag-vragen

- helpt deze gedachte mij verder? Slaap ik er beter van?
- is mijn gedachte 100% waar?
- wat klopt er niet helemaal aan mijn gedachte?
- zie ik het misschien te negatief? Wat ging goed afgelopen week rondom mijn slaap?
- wat zou ik liever willen denken over mijn slaap?
- maakt mijn gedachte mij effectiever in het bereiken van mijn doel? Zo nee, wat wel?
- als ik terugkijk naar het verleden, is mijn gedachte dan altijd uitgekomen?

Cognitieve therapie - uitdaag-vragen

- Zijn mijn verwachtingen reëel of mogelijk te zwart-wit gesteld?
  - Bijvoorbeeld: ik moet acht uur slapen, anders ben ik niks waard

- Wat beschouw ik als oorzaak van slapeloosheid? Is dit iets waar ik geen invloed op heb? Trek ik mogelijk te snel conclusies?
  - Bijvoorbeeld: doordat ik een stofje in mijn hoofd mis, kan ik niet slapen

- Verzin ik van tevoren rampscenario's die werkelijkheid zullen worden na een slechte nacht (catastrofaal denken/ in je glazen bol kijken)?
  - Bijvoorbeeld: als ik niet slaap, zal er morgen helemaal niets uit mijn handen komen

Cognitieve therapie - helpende gedachten

Ik slaap nog niet, zo haal ik mijn 8u niet

→ met 5u slaap heb ik in ieder geval mijn kernslaap gehad

mijn slapeloosheid wordt alleen maar erger

→ ik heb gisteren een betere nacht gehad

zal ik altijd een slechte slaper blijven?

→ het kan goed komen, afgelopen vakantie ging het slapen beter

dit wordt weer een slapeloze nacht

→ ik heb liever vertrouwen dat ik vannacht redelijk zal slapen

balen, ik zal morgen wel weer moe zijn

→ vorige keer heb ik na een slechte nacht toch mijn werk prima kunnen doen

Cognitieve therapie - Verwachting van de slaap

‘ik heb 8u slaap nodig om me uitgerust te voelen en overdag goed te kunnen functioneren’

- Slaapduur varieert sterk tussen personen. Tussen de 5-10u wordt als normaal beschouwd. De belangrijkste vraag is bij welk aantal uur slaap jij je goed voelt.
- Altijd uitgerust zijn is niet reëel, de energie van goede slapers wisselt ook per dag
- Niet uitgerust zijn betekent niet persé dat de slaap abnormaal is
- Niet het aantal uur, maar de kwaliteit van de slaap staat voorop. Je kunt beter kort en krachtig slapen, dan lang en gefragmenteerd.
- Goede lichamelijke en geestelijke ontspanning draagt ook bij aan herstel
- Beperk jij jouw activiteiten tot het minimum? Welk effect zou dit op je kunnen hebben?

Cognitieve therapie - Bezorgdheid/ hulpeloosheid

‘ik ben bang dat ik de controle over mijn vermogen om te slapen heb verloren’

‘ik kan moeilijk met de negatieve gevolgen van slapeloosheid omgaan’

- Veel mensen zijn geneigd om de slaap de schuld te geven van alles wat mis is overdag. Geeft het klachten? Ja. Maar het is onjuist om het alleen hieraan toe te schrijven. Zou er ook iets anders kunnen zijn wat je bezighoudt en het functioneren beïnvloedt? Denk bijvoorbeeld aan werk, relaties en gezondheid. Welke andere verklaringen kunnen er zijn?
- Slapen laat zich niet afdwingen. Op het moment dat je te veel je best gaat doen komt de slaap niet. Bedenk je dat je alleen de voorwaarden kan creëren die de kans op slaap kan vergroten.
- Probeer juist eens niet te willen slapen, ook wel de paradoxale intentie genoemd. Juist door niet in slaap te willen vallen, neemt de kans op slapen toe.

Cognitieve therapie - Consequenties van slapeloosheid

‘ik weet dat een slechte nacht gevolgen zal hebben voor mijn dagelijkse activiteiten’

‘als ik me overdag geïrriteerd of angstig voel, komt dat omdat ik de nacht ervoor niet goed geslapen heb’

- De slaap kan negatieve gevolgen hebben (denk aan vermoeidheid, moeite concentreren, geheugen, stemmingen, fouten maken). Belangrijk is om hier niet in te blijven hangen.
- Probeer verdraagzamer om te gaan met de slaapproblemen
- Blijf gewoon doorgaan met dagactiviteiten, zelfs na een slechte nacht. Leidt je gedachten hiermee af van de slaap. En merk hierbij op dat het functioneren overdag niet helemaal afhankelijk is van de nacht.
- Mag je misschien ook de lat wat lager leggen? In plaats van 100% naar 80%?
- Ga juist iets leuks doen na een slechte nacht

Cognitieve therapie - Medicatie

‘ik denk dat slapeloosheid in essentie het resultaat is van een chemische disbalans’

‘om overdag helder te zijn en goed te functioneren, ben ik beter af met een slaappil dan een slechte nacht’

- het is begrijpelijk dat men oorzaken van slapeloosheid het liefst buiten zichzelf zoekt. Misschien denk ment dat slapeloosheid een lichamelijke oorzaak heeft (een stofje dat mis, pijn, ouder worden). Hoewel deze factoren mogelijk bijdragen aan slapeloosheid, zullen ze ook bijdragen aan de gedachte ‘ik kan niets doen om mijn slaap te verbeteren’ en die gedachte is niet terecht.
- Slapeloosheid heeft vaak meerdere oorzaken. Waar heb je wel invloed op?

Verlagen arousal

- slaap = 24 uurs gebeuren - ‘goede slaap begint al bij het opstaan’
- hyperarousal = centraal kenmerk insomnie

- ontspannen afronden avond
- inbouwen relaxmomenten
- ademhalingsoefening
- progressieve spierontspanningsoefening

→ doorslaapproblemen of vroeg ontwaken? Minder gevoel van urgentie om aandacht te besteden aan ontspannen

→ slaapdruk en circadiaan ritme kunnen nog zo goed afgestemd zijn, maar hoge arousal stoort hierop

Overig - slaapadviezen

Licht

- inzet in de ochtend of juist in de avond

Beweging

- meer diepe slaap, meer schommelingen temperatuur

Optimale slaapomgeving

- slaapkamer = slaapkamer

Voeding

- weinig wetenschappelijke ondersteuning

Cafeïne/ alcohol/ drugs/ nicotine

- vermindert kwaliteit diepe slaap

Alertheid overdag

→ een belangrijke misvatting = dat als je met moe gevoel wakker wordt er niet genoeg geslapen is en je dan moet blijven liggen tot het beter voelt

→ slaapinertie is normale overgang van slaap naar waak (5-20 min) (gevoel van sufheid, verwarring, verminderde concentratie na ontwaken/ hersenen nog niet volledig wakker)

→ bij een psychiatrische stoornis kan dit langer duren

→ beter slapen is niet altijd beter voelen

→ vermoeidheid = behoefte aan vertragen, rusten, afleiding zoeken

Andere slaapstoornissen

Slaapgerelateerde ademhalingsstoornis

- Apneu (sterke slaperigheid, ademstops)

Hypersomnie (‘te veel slaap’)

- Overmatige slaperigheid overdag (vele vormen en oorzaken)
- Overdag chronisch en ongewenst sprake van een sterk verhoogde inslaapneiging

Circadiane slaap waak ritme stoornis

- Afwijkend 24uurs patroon in de slaap-waakafwisseling
- Vertraagd slaap-waakritmestoonris (DSPD) komt veruit het vaakst voor

Parasomnieën

- Ongewenste ervaringen die optreden tijdens de slaap of in de overgang tussen waken en slapen

Slaapgerelateerde bewegingsstoornissen

- overmatige en/of abnormale bewegingen
- Rusteloze benen syndroom is meest voorkomende aandoening

Handige informatie

Behandeling van langdurige slapeloosheid. Handleiding voor therapeuten. (I. Verbeek & M. van der Laar)
→ bericht naar Marjolein voor inloggegevens

https://leerslapen.nl/ondersteunend-materiaal/

https://insomnie.nl/

https://ehealth.slaapoefentherapie.nl/