



Slapen patiënten met een psychiatrische stoornis beter wanneer ze meer bewegen?

Referenties

Lederman O, Ward PB, Firth J, et al. Does exercise improve sleep quality in individuals with mental illness? A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2019;109:96-106. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.11.004

Duiding

Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent

Het effect van een niet-medicamenteuze aanpak van slaapstoornissen kwam reeds meermaals aan bod in Minerva. Verschillende oudere RCT's toonden de werkzaamheid aan van cognitieve gedragstherapie (CGT) (1-4). Uit een recentere methodologisch correct opgezette RCT konden we ook besluiten dat een vereenvoudigde vorm van cognitieve gedragstherapie met het toepassen van slaaprestrictie bij volwassenen met persisterende primaire slapeloosheid tot een statistisch significante verbetering van slaapkwaliteit leidde ten opzichte van adviezen in verband met goede slaaphygiëne alleen (5,6). Een systematische review en meta-analyse toonde aan dat muziek luisteren de subjectieve slaapkwaliteit verbetert bij personen met uiteenlopende slaapproblemen (7,8). Het effect van meer bewegen op slaapkwaliteit kwam nog niet aan bod in Minerva, nochtans zag men in meerdere systematische reviews een positief effect van deze interventie (9,10).

Een recente systematische review met meta-analyse onderzocht het effect van oefentherapie op de slaapkwaliteit van personen met een ernstige psychiatrische stoornis (11). Men includeerde acht RCT's met een totaal van 1 199 patiënten, gemiddeld tussen de 20 en 75 jaar oud, met een diagnose van depressie (N=3 studies), middelenmisbruik (N=2 studies), gegeneraliseerde angststoornis (N=1 studie), post-traumatische stressstoornis (N=1 studie) of een mix van verschillende mentale stoornissen (N=1 studie). Andere klinisch relevante gegevens van de deelnemers, zoals sedentarisme of medicatiegebruik, worden niet gerapporteerd. Voor 463 patiënten legde men een gestructureerde vorm van fysieke activiteit formeel vast, met als doel de fysieke fitheid te verbeteren en te behouden. Het ging hierbij om gesuperviseerde aërobische oefeningen (wandelen, lopen, zwemmen) wel (N=3) of niet gecombineerd met (N=2) weerstandsoefeningen, weerstandsoefeningen alleen (N=1), alsook yoga en tai chi met nadruk op beweging (N=2). De duur van de interventie varieerde van 6 tot 12 weken. 736 patiënten kregen gewone zorg met (N=2) of zonder (N=4) gezondheidseducatie, of stonden op een wachtlijst (N=2). Alle studies zijn gerandomiseerd uitgevoerd, maar voor slechts 3 studies was er **concealment of allocation**. Voor de overige 5 studies is **selectiebias** dus niet uitgesloten. Gezien de aard van de interventie zijn alle studies logischerwijs **open-label** uitgevoerd. Voor slechts 3 studies waren de effectbeoordelaars geblindeerd. Voor de andere studies is er dus een groot risico van detectiebias omdat het gaat om subjectief te beoordelen uitkomstmaten.

Alle studies evalueerden de slaapkwaliteit (in 3 van de 8 studies als primaire uitkomstmaat) met een subjectief meetinstrument (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in 4 studies en Insomnia Severity Index (ISI) in 2 studies). Na pooling van de resultaten van deze 8 studies volgens het **random effects model** bleek dat oefeningen een belangrijk statistisch significant effect hadden op slaapkwaliteit (**Hedges' g** 0,73 met 95% BI van 0,18 tot 1,28 en $p=0,01$; $I^2=91\%$). Niettegenstaande deze effectgrootte is het moeilijk om het effect klinisch te interpreteren gezien de hoge klinische heterogeniteit tussen de studies op vlak van type psychiatrische stoornis, leeftijd en comorbiditeit van de deelnemers; type, intensiteit en supervisie van de oefentherapie; de manier waarop men het effect op de subjectieve slaapkwaliteit gemeten heeft. Verschillende subgroepanalyses werden uitgevoerd. Supervisie van de oefeningen door gekwalificeerd personeel (zoals kinesitherapeuten) bleek het resultaat positief te beïnvloeden. De invloed van intensiteit en andere aspecten van de oefeningen (wanneer precies uitgevoerd vóór het slapengaan?) op het resultaat kon niet onderzocht worden omdat deze parameters onvoldoende beschreven zijn in de oorspronkelijke studies.

Besluit

Deze systematische review en meta-analyse van 8 RCT's met wisselende methodologische kwaliteit toont aan dat gesuperviseerde oefeningen de subjectieve slaapkwaliteit statistisch significant verbetert bij personen met een psychiatrische stoornis. Het effect op objectieve slaapparameters en levenskwaliteit is niet onderzocht. Ook is verder onderzoek nodig om te bepalen welke specifieke oefeningen aan welke frequentie en met welke intensiteit bij welke mentale stoornissen het meeste effect hebben.

Voor de praktijk

Wanneer een slaapdagboek, patiëntenvoorlichting en slaap-waakadvies als niet-medicamenteuze maatregelen onvoldoende resultaat hebben bij volwassenen met slaapklachten in de eerste lijn is een combinatie van spanningsverlagende technieken, cognitieve technieken, stimuluscontrole, slaaprestrictie en beweging aanbevolen (GRADE 1B) volgens de herziene richtlijn over de aanpak van slaapklachten en insomnie van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) (12). De hoger beschreven systematische review en meta-analyse toont aan dat gesuperviseerde oefeningen een positief effect hebben op de subjectieve slaapkwaliteit bij volwassen patiënten met een psychiatrische stoornis. Niettegenstaande de duidelijke effectgrootte is het niet mogelijk om hieruit een concrete aanbeveling te destilleren wegens de subjectieve uitkomstmaat en de sterke klinische heterogeniteit van de geïncludeerde studies.

Referenties

1. Declercq T. De behandeling van slapeloosheid bij ouderen. *Minerva* 2000;29(1):70.
2. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *JAMA* 1999;281:991-9. DOI: 10.1001/jama.281.11.991
3. Rogiers R. Cognitieve gedragstherapie bij slaapstoornissen. *Minerva* 2002;31(5):262-4.
4. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:1856-64. DOI: 10.1001/jama.285.14.1856
5. Declercq T. Vereenvoudigde vorm van slaaprestrictie als behandeling van slapeloosheid in de eerste lijn. *Minerva* 2016;15(6):136-9
6. Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, et al. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice. *Br J Gen Pract* 2015;65:e508-15. DOI: 10.3399/bjgp15X686137
7. Declercq T, Poelman T. Helpt muziek luisteren bij slapeloosheid? *Minerva* 2017;16(6):146-9.
8. Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD010459.pub2
9. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, et al. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *J Behav Med* 2015;38:427-49. DOI: 10.1007/s10865-015-9617-6
10. Kovacevic A, Mavros Y, Heisz JJ, Fiatarone Singh MA. The effect of resistance exercise on sleep: a systematic review of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2018;39:52-68. DOI: 10.1016/j.smrv.2017.07.002
11. Lederman O, Ward PB, Firth J, et al. Does exercise improve sleep quality in individuals with mental illness? A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2019;109:96-106. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.11.004
12. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, et al. Richtlijn. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. *Herziening. Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn EBPracticeNet* 2018.