



# Heeft digitale cognitieve gedragstherapie voor insomnia ook positieve effecten op dagelijks functioneren, psychologisch welbevinden en levenskwaliteit?

### Referenties

Espie CA, Emsley R, Kyle SD, et al Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2745

### Duiding

Jan Callens, klinisch psycholoog/gedragstherapeut, PZ Sint Jozef Pittem, UZ Gent en Plan C, psychologenpraktijk te Wevelgem/Kortrijk

We hebben het in Minerva al meermaals gehad over de niet-medicamenteuze aanpak van insomnia (1-8). Zo besloten we op basis van twee RCT's dat cognitieve gedragstherapie een meerwaarde heeft versus een medicamenteuze behandeling (1,2) en versus relaxatietherapie of placebo (3,4) op vlak van subjectieve en objectieve slaapparameters na 6 maanden. Een recentere, methodologisch correct opgezette RCT in de eerste lijn toonde aan dat een vereenvoudigde vorm van cognitieve gedragstherapie met toepassing van slaaprestrictie, na 6 maanden leidt tot een statistisch significant sterkere verbetering van slaapkwaliteit dan slaapadvies (5,6). Ook een systematische review toonde op lange termijn meer verbetering op objectieve en subjectieve slaapparameters met cognitieve gedragstherapie versus benzodiazepines (9). Niettegenstaande deze positieve resultaten op vlak van nachtelijke symptomen blijft de vraag bestaan in hoeverre cognitieve gedragstherapie ook het dagelijks functioneren positief beïnvloedt. De diagnose van insomnia impliceert immers niet alleen verminderde slaap maar ook negatieve gevolgen voor het functioneren overdag (10).

Een recente RCT onderzocht daarom het effect van digitaal aangeboden cognitieve gedragstherapie op de functionele gezondheid, het psychologisch welbevinden en de levenskwaliteit (11). Bovendien stelde men zich de vraag in hoeverre een verbetering in het dagelijks functioneren samenhangt met de 'nachtelijke' vooruitgang. Men includeerde 1 711 deelnemers, 77,7% vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 48 (SD 13,8) jaar met insomnia volgens de DSM-5-criteria. De rekrutering verliep online na uitnodiging via e-mail, na het doorklikken op een website over insomnia en via aankondigingen op Facebook, Twitter en radio. Men randomiseerde de deelnemers over 2 groepen: digitaal aangeboden cognitieve gedragstherapie (6 sessies van 20 minuten, bestaande uit individueel aangepaste informatie, ondersteuning en advies) (n=853) en educatie over slaaphygiëne (n=858). Beide werden aangeboden bovenop de gebruikelijke zorg.

Wat de primaire uitkomstmaten betreft, zag men na 24 weken met digitale cognitieve gedragstherapie versus educatie over slaaphygiëne een statistisch significant verschil ( $p < 0,001$ ) in functionele gezondheid (+1,76 (95% BI van +1,22 tot +2,30) punten op de **PROMIS-10-schaal**), psychologisch welbevinden (+2,95 (95% BI van +2,13 tot +3,76) punten op de **WEMWBS-schaal**) en slaap-gerelateerde levenskwaliteit (-18,72 (95% BI van -22,04 tot -15,4 op de **GSII-schaal**). Deze voordelen in de groep met digitale cognitieve gedragstherapie hingen op een statistisch significante manier (66% tot 84%) samen met een verbetering van slaap. De analyse gebeurde op een geblindeerde manier. Toch is enige nuancering van deze resultaten hier wel op zijn plaats: niettegenstaande digitale uitwerkingen van cognitieve gedragstherapie bewezen effectief zijn (12), stopte een belangrijk percentage van de patiënten vroegtijdig met deze therapie (13). Slechts 58% van de deelnemers in de hier besproken studie nam deel aan  $\geq 4$  sessies digitale cognitieve gedragstherapie. We kunnen ons dus afvragen of een betere therapietrouw van face-to-face cognitieve gedragstherapie bij patiënten die door zorgverleners gerekruteerd worden tot sterkere resultaten leiden.

## Besluit

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie toont aan dat digitaal aangeboden cognitieve gedragstherapie in vergelijking met educatie over slaaphygiëne het dagelijks functioneren, het psychologisch welbevinden en de slaapgerelateerde levenskwaliteit statistisch significant verbeterde bij personen met insomnia die online gerekruteerd

werden. De slechte therapietrouw van deze vorm van cognitieve gedragstherapie maakt het moeilijk om de klinische relevantie van het resultaat correct in te schatten.

## Voor de praktijk

Cognitieve gedragstherapie is de voorkeursbehandeling bij insomnie (10). Deze therapie combineert gedragsmatige interventies (relaxatie, stimuluscontrole en slaaprestrictie) met cognitieve interventies (rond piekeren en slaapgerelateerde cognities). Mits enige training kan ook de huisarts deze therapie toepassen bij de meeste vormen van slapeloosheid. Uit de hoger beschreven RCT kunnen we besluiten dat digitaal aangeboden cognitieve gedragstherapie niet alleen de slaap maar ook het dagelijks functioneren, het psychologisch welbevinden en de levenskwaliteit kan verbeteren. Het nut van cognitieve gedragstherapie bij insomnie is met deze resultaten opnieuw aangetoond. Verder onderzoek naar de juiste inschatting van het effect op deze klinisch relevante uitkomstmaten wanneer cognitieve gedragstherapie face-to-face wordt aangeboden aan patiënten die wegens insomnie de zorgverlener aanspreken, is echter wenselijk.

## 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, Wohlgenuth 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. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2012;13:40. DOI: 10.1186/1471-2296-13-40
10. 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.
11. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, et al. Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2745
12. Cheng S, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2012;81:206-16. DOI: 10.1159/000335379
13. Horsch C, Lancee J, Beun R, et al. Adherence to technology-mediated insomnia treatment: a meta-analysis, interviews, and focus groups. *J Med Internet Res* 2015;17:e214. DOI: 10.2196/jmir.4115