

Internettherapie voor insomnie vermindert ook depressieklachten

Tanja van der Zweerde, Annemieke van Straten, Marieke Efftig, Jaap Lancee

- Inleiding** Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) is een effectieve behandeling voor insomnie. Eerder onderzoek wijst erop dat de effecten niet beperkt zijn tot de ernst van de insomnie, maar dat ook depressiesymptomen verminderen. De resultaten zijn echter niet eenduidig.
- Methode** In deze gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) werden de effecten onderzocht van online CGT-I op depressie en insomnie bij mensen met symptomen van beide aandoeningen. Deelnemers (n = 104) met insomnie en ten minste subklinische depressieklachten werden gerandomiseerd naar 1) begeleidde online CGT-I of 2) een onbehandelde controlegroep. De primaire uitkomstmaat was ernst van depressiesymptomen (Patient Health Questionnaire-9). Daarnaast keken de onderzoekers naar insomnieklachten (Insomnia Severity Index).
- Resultaten** De deelnemers rapporteerden na behandeling significant minder depressiesymptomen in vergelijking met deelnemers in de controlegroep [Cohen's d = -1,1]. Daarnaast bleek het effect op de ernst van de insomnie groot [Cohen's d = -2,4]. De effecten bleven gehandhaafd na drie en zes maanden.
- Conclusie** Gebleken is dat mensen met zowel insomnie als depressieklachten vooruitgaan op beide vlakken na online behandeling voor insomnie. Dit biedt kansen voor behandeling volgens richtlijnen in de huisartsenpraktijk onder begeleiding van de poh-ggz.

INLEIDING

Zo'n 40% van de mensen die aan insomnie lijden, heeft ook een depressie.¹ En omgekeerd ervaart de meerderheid van de patiënten met depressieklachten ook slaapproblemen.² Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs dat insomnie een rol speelt bij de ontwikkeling en instandhouding van een depressie. Mensen met insomnie hebben bijvoorbeeld een tweemaal zo grote kans op het ontwikkelen van een depressie als anderen.³ Wanneer iemand na een behandelde depressie slaapklachten houdt, is dit een belangrijke voorspeller van terugval.⁴

Het is bekend dat insomnie effectief te behandelen is met cognitieve gedragstherapie voor insomnie: CGT-I.⁵ De langetermijneffecten daarvan zijn gunstiger dan die van medicamenteuze behandeling en er zijn minder bijwerkingen.^{6,7} De NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen adviseert dan ook primair CGT-I.⁸ Er is veel vraag naar behandeling voor insomnie en er is een tekort aan therapeuten. Daarbij is het voor sommige patiënten lastig om face-to-face-therapie te volgen, bijvoorbeeld vanwege werk, reistijd of verminderde mobiliteit. Een online CGT-I-behandeling is daarom een interessant alternatief voor face-to-face gesprekstherapie –

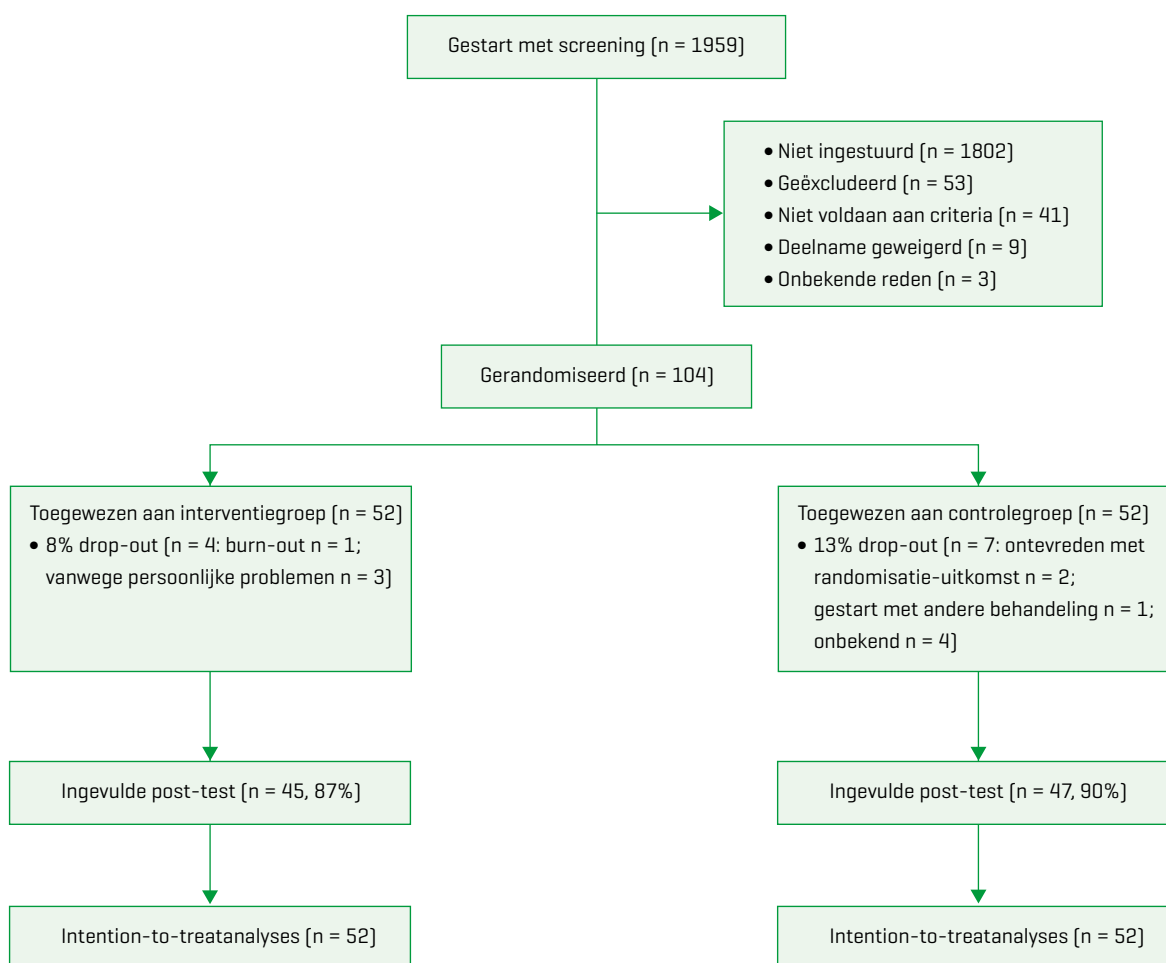
beide vormen zijn even effectief.^{9,10} Er zijn aanwijzingen dat ook depressieklachten (iets) afnemen na een slaapcursus.¹¹ De onderzoeken die dit aantonen, hebben echter een aantal tekortkomingen: er zijn soms ook mensen geïnccludeerd zonder depressieklachten of mensen met ernstiger depressieklachten werden uitgesloten van deelname.

Mensen met zowel insomnie als depressieklachten gaan op beide vlakken vooruit na online behandeling voor insomnie

Er is één onderzoek waarin specifiek werd gekeken naar het effect van online CGT-I op depressieklachten, en daarvan waren de resultaten positief.¹² Ons onderzoek is een replicatie van dit onderzoek en richt zich op een bredere, via internet geworven steekproef van de algemene populatie.

Figuur

Flowchart van het onderzoek



METHODE

Aan dit onderzoek kon iedereen deelnemen die zowel insomnie (volgens DSM-5) had als depressieklachten van op zijn minst matige ernst (Patient Health Questionnaire-9

WAT IS BEKEND?

- Insomnie en depressieklachten komen vaak samen voor.
- Medicatie helpt om kortetermijnslaapproblemen te verbeteren, maar heeft bijwerkingen en risico's.
- Cognitieve gedragstherapie voor insomnie is effectief, ook online.

WAT IS NIEUW?

- Online therapie voor insomnie verbetert niet alleen insomnie-, maar ook depressieklachten.
- Poh's-ggz kunnen een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van online behandeling voor insomnie.
- Dit maakt het voor de huisarts makkelijker de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen te volgen en cognitieve gedragstherapie aan te bieden.

score (PHQ-9) > 4) [figuur].¹³ De onderzoekers hebben de deelnemers geworven via www.insomnie.nl. Na aanmelding ontvingen alle potentiële deelnemers een screeningsvragenlijst op basis waarvan de onderzoekers hebben bepaald of ze in aanmerking kwamen voor deelname. Geïnteresseerden die voldeden aan de DSM-5-criteria [tabel 1] en > 4 scoorden op de PHQ-9 vroegen zij om informed consent en randomiseerden zij vervolgens naar 1) directe online behandeling en slaapdagboek of 2) een slaapdagboek-controlegroep (deze mensen kregen behandeling na de nameting). Om de volgende redenen werden mensen uitgesloten van het onderzoek: slaapapneu, ernstige psychiatrische stoornissen, mensen die nachtdiensten draaiden en vrouwen die zwanger waren. Zie het originele Engelstalige artikel voor het onderzoeksontwerp.¹⁴ De primaire uitkomstmaat was de PHQ. Een multilevel-regressieanalyse bracht de binnen- en tussengroepseffecten in kaart. De grootte van het verschil in effect tussen de groepen (Cohen's d) werd berekend door het verschil in de veranderingsscores van beide condities (pre-post) te delen door de standaardafwijking van de steekproef op de voormeting. Dit geeft een indicatie van het verschil in effecten.¹⁵

Tabel 1

DSM-5-criteria voor de diagnose insomnie

Ontevredenheid met de kwantiteit en/of de kwaliteit van de slaap, én ten minste een van de volgende symptomen:

- a) moeilijk in slaap vallen
- b) moeilijk doorslapen
- c) vroeg wakker worden en niet meer in slaap komen

Ernst:

1. ten minste drie nachten per week
2. ten minste drie maanden aanwezig
3. de slaapproblemen veroorzaken significant lijden en/of significante beperkingen in het functioneren overdag

Het slaapprobleem is niet toe te schrijven aan:

- a) onvoldoende gelegenheid tot slapen (bijvoorbeeld in verband met nachtwerk)
- b) een andere slaap-waakstoornis
- c) fysiologische effecten van een drug of geneesmiddel
- d) bestaande psychische of somatische aandoeningen



Poh's-ggz kunnen een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van online behandeling voor insomnie.

Foto: iStock

Tabel 2

Online cognitieve gedragstherapie voor insomnie

Sessie	Inhoud
1. Psycho-educatie en leefstijladvies	Informatie over gezonde slaap, verstoorde slaap en slaaphygiëadviezen die slaap bevorderen (onder andere over beweging, slaapkamer, cafeïne, alcohol)
2. Stimulus control (SC) en slaaprestrictie-therapie (SRT)	SC: patiënten leren hun bed weer met slaap te associëren door activiteiten, anders dan slaap en seks, te verbannen uit de slaapkamer. Bij 15 minuten wakker liggen moet de patiënt uit bed. SRT: de tijd in bed wordt beperkt tot de gemiddelde, daadwerkelijk geslapen uren. De slaapdruk neemt toe en als gevolg hiervan worden in slaap vallen en doorslapen gemakkelijker. Als het percentage daadwerkelijk geslapen uren in bed weer toeneemt, worden de bedtijden weer met kleine stapjes uitgebreid.
3. Piekeren en ontspanning	Ademhalingsoefeningen, progressieve spierontspanningsoefeningen en oefeningen gericht op het verminderen van piekeren (bijvoorbeeld bijhouden van een piekerschrift)
4. Cognitieve therapie	Uitdagen van niet-kloppende en niet-helpende gedachten die patiënten hebben over slaap met behulp van registratieschema's
5. Samenvatting en terugvalpreventie	Wat heeft de patiënt geleerd, wat heeft hij/zij bereikt en waarop ligt de focus de komende tijd (bestendinging)?

I-SLEEP-ONLINEBEHANDELING

De I-Sleep-onlinebehandeling (www.i-sleep.nl) bestaat uit vijf online sessies CGT-I [tabel 2].¹⁶ Masterstudenten psychologie gaven deelnemers wekelijks online feedback en ondersteuning.

RESULTATEN

Kenmerken van de steekproef

Er deden 104 deelnemers (52 per groep) mee. De gemiddelde leeftijd was 45 jaar (sd = 12,3), 82% was vrouw en gemiddeld leden deelnemers 10 jaar aan insomnie (sd = 9,9). Depressieklachten werden gemeten met de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),¹³ insomnie met de Insomnia Severity Index.¹⁷ Behandelde deelnemers gingen zowel wat betreft depressie-

Online begeleiding kost minder tijd dan face-to-face therapie en maakt het mogelijk meer patiënten te helpen

klachten (Cohen's d-effectgrootte = 1,1) als insomnieklachten veel meer vooruit dan de onbehandelde groep (Cohen's d-effectgrootte = 2,4; [tabel 3] voor effectgroottes en [tabel 4] voor de gemiddelden). Ongeveer tweederde van de deelnemers in de behandelingsgroep (64%) vertoonde na de behandelperiode (8 weken) een significante en klinisch relevante vooruitgang op insomnieklachten en eveneens 64% toonde

Tabel 3

Tussengroepseffect van de behandeling [op basis van multilevel-regressie intention-to-treatanalyse]

	Cohen's d
PHQ-9	-1,05
ISI	-2,36

Cohen's d is een veelgebruikte maat en geeft het verschil in de veranderingsscores van beide condities (pre-post), gedeeld door de standaarddeviatie van de steekproef op de voormeting. Een Cohen's d kan groot (> 0,80), gemiddeld (rond 0,50) of klein (< 0,20) zijn.

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9¹³, ISI = Insomnia Severity Index¹⁷

deze vooruitgang wat betreft depressieklachten (respectievelijk gedefinieerd als een afname van 8 punten of meer op de insomnievragenlijst en 50% reductie op de PHQ-9). Voor de

controlegroep lagen deze percentages respectievelijk op 9% en 30%. Na zes maanden bleef een aanzienlijk deel van de deelnemers aan de behandeling onder de klinische drempel voor depressie (56%) en insomnie (50%) [tabel 5]. Deelnemers gaven het platform gemiddeld een 7,7 en de inhoud van de online behandeling een 7,9 (op een schaal van 1 tot 10).

BESCHOUWING

Wanneer patiënten bij de huisarts komen met insomnie én depressieklachten, is het geen slechte keuze om behandeling voor insomnie in te zetten. De introductie van poh-ggz in de huisartsenpraktijk biedt gelegenheid om dergelijke behandelingen onder begeleiding aan te bieden.¹⁶ Online behandelingen voor slapeloosheid zijn bij vele e-healthaanbieders, zoals Therapieland en Karify, beschikbaar. De I-Sleep-behandeling is momenteel ondergebracht bij Minddistrict. Online begeleiding kost in verhouding tot face-to-face therapie veel minder tijd (ongeveer 5 tot 10 minuten per patiënt per I-Sleep-sessie) en maakt het mogelijk meer patiënten te helpen, die vanuit

Tabel 4

Gemiddelden [m] en standaarddeviaties [sd] in depressieklachten [PHQ-9] en insomnie [ISI] tijdens voor- en nameting en follow-up metingen

		n	Voormeting m [sd]	n	Nameting m [sd]*	n	Drie maanden FU m [sd]	n	Zes maanden FU m [sd]
PHQ-9	i-Sleep	52	10,1 [4,2]	45	4,2 [3,6]	39	3,9 [2,9]	39	4,9 [3,8]
	Controle	52	9,5 [3,5]	47	7,9 [4,7]	-	-	-	-
ISI	i-Sleep	52	19,2 [3,8]	45	9,2 [5,4]	39	9,0 [5,5]	39	11,7 [6,5]
	Controle	52	18,8 [3,2]	47	17,1 [5,2]	-	-	-	-

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9¹³, ISI = Insomnia Severity Index¹⁷, m = gemiddelde, sd = standaarddeviatie, FU = follow-up.

* Acht weken na de voormeting

Tabel 5

Klinisch relevante voortuitgang in depressiesymptomen en insomnieklachten

	Baseline		Post-test		Verschil [chi-kwadraattoets]
	i-Sleep [n = 52]	Slaapdagboek [n = 52]	i-Sleep [n = 45]	Slaapdagboek [n = 47]	
PHQ-9 >10*	27 [52%]	21 [40%]	4 [9%]	13 [28%]	X ² [1] = 5,38, p = 0,02
PHQ-9 <5†	0	0	28 [62%]	11 [23%]	X ² [1] = 14,19, p < 0,001
Klinisch relevante voortuitgang PHQ-9‡			29 [64%]	14 [30%]	X ² [1] = 11,09, p < 0,001
ISI >10**	52 [100%]	52 [100%]	17 [38%]	43 [85%]	X ² [1] = 29,24, p < 0,001
Klinisch relevante voortuitgang ISI††			29 [64%]	4 [9%]	X ² [1] = 31,27, p < 0,001

*Klinische drempel wanneer de PHQ-9 wordt ingezet als screener voor depressieve stoornis¹⁸

†Milde depressiesymptomen¹³

‡PHQ-9 afname van >50% en een eindscore <10¹³

**Veelgebruikte klinische drempel van 10 op de ISI¹⁹

††Een afname van 8 punten of meer wordt gezien als klinisch relevante vermindering.¹⁹

huis en op ieder moment aan de behandeling kunnen werken. Hierbij moeten we benadrukken dat de deelnemers aan dit onderzoek via internet specifiek naar behandeling zochten. Meer onderzoek naar de mogelijkheden voor en het effect van dergelijke behandelingen binnen de huisartsenpraktijk is nodig. Online behandeling voor insomnie onder begeleiding van de poh-ggz maakt behandeling volgens de NHG-richtlijnen makkelijker en kan zo de behandeling voor insomniepatiënten in de eerste lijn verbeteren.

CONCLUSIE

In deze steekproef van de algemene populatie bleken depressieklachten sterk te verminderen als gevolg van een online behandeling voor slapeloosheid bij patiënten die aan beide aandoeningen lijden. ■

LITERATUUR

1. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep* 2005;28:1457-64.
2. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10:473-81.
3. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011;135:10-9.
4. Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, Krystal AD. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:254-60.
5. Van Straten A, Van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;38:3-16.
6. Iemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev* 2009;13:205-14.
7. Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, Siriwardena AN, MacMahon KM, Espie CA. Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: implications for the clinical management of insomnia disorder. *Sleep* 2014;37:229-37.
8. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2014;57:352-61.
9. Lancee J, Van Straten A, Morina N, Kaldo V, Kamphuis JH. Guided online or face-to-face cognitive behavioral treatment for insomnia: a randomized wait-list controlled trial. *Sleep* 2016;39:183-91.
10. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2016;30:1-10.
11. Ye YY, Zhang YF, Chen J, Liu J, Li XJ, Liu YZ, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves comorbid anxiety and depression – a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2015;10:e0142258.
12. Christensen H, Batterham PJ, Gosling JA, Ritterband LM, Griffiths KM, Thorndike FP, et al. Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2016;3:333-41.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
14. Van der Zweerde T, Van Straten A, Effting M, Kyle SD, Lancee J. Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. *Psychol Med* 2018;1-9.
15. Morris SB. Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Org Res Meth* 2008;11:364-86.
16. Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans J, Van Someren E, Reynolds C, et al. Cost-effectiveness of i-Sleep, a guided online CBT intervention, for patients with insomnia in general practice: protocol of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016;16:85.
17. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2:297-307.
18. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Ann* 2002;32:509-15.
19. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011;34:601-8.

Van der Zweerde T, Van Straten A, Effting M, Lancee J. Internettherapie voor insomnie vermindert ook depressieklachten. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0298-6. Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Klinische Psychologie: T. van der Zweerde, psycholoog, t.vander.zweerde@vu.nl; prof. dr. A. van Straten, hoogleraar basis ggz, psycholoog, epidemioloog; dr. M. Effting, onderzoeker, universitair docent, psycholoog; dr. J. Lancee, onderzoeker, universitair docent, psycholoog. Amsterdam Public Health [APH], Vrije Universiteit Amsterdam: T. van der Zweerde, psycholoog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Van der Zweerde T, Van Straten A, Effting M, Kyle S, Lancee J. Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. *Psychol Med* May 2018;1-9 [e-pub]. Publicatie gebeurt met toestemming.