

Handreiking cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) bij patiënten met een bipolaire stoornis

Odile Swagemakers, klinisch psycholoog, werkzaam bij PsyQ Beverwijk

Handreiking cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) bij patiënten met een bipolaire stoornis

Odile Swagemakers, klinisch psycholoog

Een deel van de patiënten met een bipolaire stoornis houdt buiten stemmingsepisodes, in de zogenoemde euthyme fase, langdurig last van slaapproblemen. De insomniastoorning lijkt het meest voor te komen bij patiënten met bipolaire stoornissen, maar ook hypersomnie, circadiane ritmestoornissen en parasomnieën als slaappneu en rusteloze benensyndroom komen veel voor. Om de aard en ernst van de slaapkachten te kunnen bepalen, is het belangrijk deze goed uit te vragen. Zie voor een overzicht de slaap-waakstoornissen zoals beschreven in de DSM-5. De Holland Sleep Disorders Questionnaire kan gebruikt worden als screeningsinstrument voor de meest voorkomende slaapproblemen¹ (Kerkhof et al., 2013).

Op basis van wetenschappelijk onderzoek naar CGT-i voor patiënten met een bipolaire stoornis is een aantal aanvullingen cq wijzigingen voor patiënten met een bipolaire stoornis te formuleren (oa Harvey et al., 2015; Jernelöv et al., 2022; Swagemakers et al., aangeboden voor publicatie). Het reguliere protocol 'Behandeling van langdurige slapeloosheid' (Verbeek & van de Laar, 2010) vormt het uitgangspunt van de behandeling. De aanvullingen betreffen voornamelijk elementen uit de Interpersoonlijke en Sociaal Ritme Therapie (IPSRT), chronotherapie en motiverende gespreksvoering.

Voorafgaand aan de CGT-i behandeling

Maak samen met de patiënt een zorgvuldig opgesteld signaleringsplan, waarin de vroege signalen van een terugval in een stemmingsepisode staan en de acties die men zelf of de omgeving kan inzetten.

Psycho-educatie

In psycho-educatie is zorgvuldige uitleg over het circadiane ritme relevant. Koppel dit aan de veronderstelde kwetsbaarheid van het circadiane systeem bij patiënten met een bipolaire stoornis.

Veranderen van slaapgewoonten / gedragsinterventies

Vanuit de kennis over het slaapsysteem kan men patiënten motiveren tot gedragsaanpassingen om de variatie in slaap- en waaktijden te verminderen.

- *Ritme in slaap-waak tijden.* Een zo gelijkmatig mogelijk dag- en nachtritme lijkt één van de meest werkzame factoren om de slaap te herstellen. Men kan elementen van IPSRT toevoegen om het dagelijks ritme te bevorderen, waarbij patiënten zo veel mogelijk dezelfde bed- en ontwaaktijden aanhouden. IPSRT-principes worden gebruikt om de slaap- en waaktijden te reguleren en dutjes overdag te voorkomen.
- *Focus op routines van "opschakelen" in de ochtend en "opslomen" in de avond,* met de nadruk op een juiste blootstelling aan donker en licht. Dit vanwege de gevoeligheid voor licht bij patiënten met een bipolaire stoornis.
 - o *"Oplosomen"/"afschakelen"* in de avond. Patiënten zijn gebaat bij het ontwikkelen van een "opsloming" van 30-60 minuten voor het slapen gaan, waarin men ontspannende activiteiten doet die het lichaam en de geest tot rust brengen en de slaperigheid bevorderen. Het is raadzaam om dit bij gedimd licht te doen. Een ander belangrijk punt is het beperken van het gebruik van interactieve elektronische media (TV, computer, smartphone), waarmee zowel het binnenkomen van blauw licht wordt beperkt als de cognitieve *arousal* die met het gebruik van apparaten en schermen aangewakkerd wordt. Motiverende

¹ <https://www.i-sleep.nl/wp-content/uploads/2019/08/HSDQ-vragenlijst.pdf>. Scoring: <https://www.i-sleep.nl/wp-content/uploads/2019/08/HSDQ-scoring.pdf>

gespreksvoering en gedragsexperimenten worden gebruikt om het vrijwillig kiezen voor een “elektronisch uitgaansverbod” te vergemakkelijken.

Om het ‘opsloemen’ te bevorderen kan vanaf het begin van de avond een oranje bril worden gebruikt². Deze filtert het blauwe licht weg waardoor de hersenen het signaal “nacht” krijgen. Bovendien wordt hiermee de melatonine aanmaak in de avond niet tegengegaan. Wanneer de slaapkamer niet absoluut donker is, is gebruik van een slaapmasker aan te bevelen.

- *Wakker worden/“opschakelen”*. Op maat gesneden plannen om wakker te worden zijn gebaseerd op de IPSRT-principes en omvatten: een wekker niet op *snooze* drukken, de gordijnen openen om natuurlijk daglicht binnen te laten en het bed zodanig onaantrekkelijk maken dat de neiging om er weer in te gaan liggen vermindert. Bij patiënten die ertoe neigen lang in bed te blijven liggen kan men het maken van activiteitenplanning en stellen van doelen voor de ochtend aanmoedigen. Voor meer licht bij het opstaan is ook een optie om een Wake-Up Light wekker te gebruiken. Na het opstaan kan men een wandeling van minimaal een half uur buiten maken om natuurlijk licht te krijgen - ook op een bewolkte dag.
- *Stimuluscontrole*: één van de meest effectieve behandelcomponenten van CGT-i. Deze interventie richt zich op het regulariseren van de slaap-waakcyclus en het versterken van associaties tussen het bed en de slaap. De basisinstructie is dat patiënten slechts korte tijd wakker in bed liggen, en bij langer dan 15-30 minuten wakker liggen, de slaapkamer verlaten. Men gaat pas weer naar bed als men zich slaperig voelt. Deze instructie 'alleen naar bed gaan als je slaperig bent' geeft bij patiënten met een bipolaire stoornis risico op beloningsgedrag of doelgericht gedrag, waardoor de kans op slaap kan afnemen. De instructie kan beter zijn: ‘ook al voel je je niet moe, ga na een half uur weer terug in bed liggen’. Voorts is het van belang om te focussen op saaie, rustige activiteiten bij gedimd licht (evt. met oranje bril op) in de tijd dat men uit bed is.
- *Slaaprestrictie (beperking van tijd in bed)*: deze interventie komt voort uit de ervaring dat overmatige tijd in bed slapeloosheid in stand houdt. Een verhoogde homeostatische *drive*, - het opbouwen van slaapdruk -, verbetert de slaap juist. De tijd in bed wordt beperkt tot de werkelijke tijd die de patiënt gemiddeld slapend doorbrengt en wordt geleidelijk verhoogd tot een optimale slaaptijd. Om het risico op een terugval in een stemmingsepisode door slaapdeprivatie te minimaliseren, wordt de tijd in bed beperkt tot niet minder dan 6,5 uur.

Een aanverwante methode is *slaapcompressie*: het geleidelijk comprimeren van de tijd die men in bed doorbrengt, net zo lang totdat deze matcht met een goede slaapefficiëntiescore (>85%; bij patiënten ouder dan 50 jaar >80%). De compressie kan men opvoeren door patiënten per week dagelijks een kwartier korter in bed te laten liggen.

Bij kenmerken van het vertraagde slaapfasesyndroom zijn gedragsaanpassingen nodig om eerdere bedtijden te realiseren. Dit kan in kleine systematische verschuivingen (bijv. 20-30 min per week eerder naar bed) om de patiënt te helpen dit gedrag te leren beheersen. Deze verschuivingen zijn klein genoeg voor het circadiane systeem om zich aan te passen.

Cognitieve interventies

De benadering van disfunctionele opvattingen over slaap is aangepast aan de klinische realiteit van een bipolaire stoornis. Zo kan slaapgebrek bij bipolaire stoornissen (in tegenstelling tot bij primaire slapeloosheid) risicovol zijn omdat het een manische episode kan uitlokken.

² bijvoorbeeld de Infield Safety Veiligheidsbril Terminator 9383 Oranje Polycarbonaat, of als de oranje bril over een normale bril opgezet moet worden: Uvex Ultra-Spec 2000 Blue Light Blocking Computer Glasses with SCT-Orange Lens (S0360X)

Patiënten met een bipolaire stoornis kunnen zich angstig voelen over hun slaap, deels omdat ze zich ervan bewust zijn dat verminderde slaap een terugval in een stemmingsepisode kan inluiden. Omdat angst in tegenspraak is met slaap, kan men geïndividualiseerde strategieën gebruiken om het piekeren over het naar bed gaan, rumineren en gevoelens van angst en *hyperarousal* te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld met cognitieve therapie, het schrijven in een dagboek of een van tevoren vastgestelde piekertijd op een dag.

Het uitdagen van niet-helpende overtuigingen over slaap is belangrijk. Veel voorkomend bij bipolaire stoornissen zijn overtuigingen als: 'de tv helpt me in slaap te vallen' en 'medicatie is het enige dat me slaperig maakt'. Gebruik van de socratische dialoog en op maat gesneden experimenten toetsen de waarde en het nut van de overtuigingen.

Om deze veranderingen tot stand te brengen, kan gebruik worden gemaakt van motiverende gespreksvoering, strategieën voor gedragsverandering (bijvoorbeeld het benadrukken van keuzes) en doelen stellen.

Motiverende gespreksvoering (MGV)

Bij deze methode ligt de nadruk op het accepteren van de patiënt als individu, waarbij discussies, raad geven of ultimatum geven vermeden worden. De methode focust op het proces van het opwekken en vormgeven van verandertaal. MGV bevat ook regelmatige, eenvoudige beoordelingen van waargenomen voor- en nadelen van verandering, vanuit het besef dat veel slaap-incompatibel gedrag lonend is.

Inrichten van de dag

Een veel voorkomende overtuiging is dat de enige manier waarop men zich overdag minder moe voelt, is om méér te slapen en rusten. Experimenten kunnen de patiënt helpen om de energie-opwekkende effecten van activiteiten te ervaren. Daarmee kan men een lijst ontwikkelen van energiegevend en energievretende activiteiten om de vermoeidheid overdag beter te reguleren.

Terugvalpreventie

Het doel hiervan is om de vooruitgang te behouden en patiënten voor te bereiden op tegenslagen met behulp van een persoonlijke samenvatting van leerervaringen en bereikte doelen. De therapeut en de patiënt maken een gepersonaliseerde beslisboom en een keuzemenu om het soort slaapprobleem dat men ervaart tijdens de bipolaire stemmingsepisodes te reguleren.

Literatuur

Harvey, A. G., Soehner, A. M., Kaplan, K. A., Hein, K., Lee, J., Kanady, J., . . . Buysse, D. J. (2015). Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 83*(3), 564-577.

Jernelöv, S., Killgren, J., Ledin, L., & Kaldo, V. (2022). Treatment feasibility and preliminary evaluation of group-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia adapted for patients with bipolar and related disorders: A pragmatic within-group study. *Journal of Affective Disorders Reports, 7*, 100293.

Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2013). Behavioral treatment of insomnia in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 170*(7), 716-720.

Kerkhof, G. A., Geuke, M. E., Brouwer, A., Rijsman, R.M., Schimsheimer, R.J. & Van Kasteel, V. (2013). Holland Sleep Disorders Questionnaire: a new sleep disorders questionnaire based on the International Classification of Sleep Disorders-2. *Journal of Sleep Research 22*(1), 104-107.

Swagemakers, O.T.A., Nugter, A., Engelsbel, F., & Schulte, P.F.J. (submitted). *Feasibility of group cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with bipolar disorder.*

Verbeek, I., van de Laar, M. (2010). *Verbeter je slaap.* Springer Science & Business Media.