PSYCHOLOGIE · EEN BLOG VAN DR. PHILIPPE ELST

Wie niet kan slapen, moet soms korter in bed liggen

19 min
sneller inslapen na CBT-I

26 min
minder wakker liggen 's nachts

1e
keuze volgens de Amerikaanse richtlijn voor chronische slapeloosheid

Wie slecht slaapt, gaat vroeger naar bed en blijft langer liggen, om de verloren slaap in te halen. Het voelt logisch. Het is vaak precies wat de slapeloosheid in stand houdt.

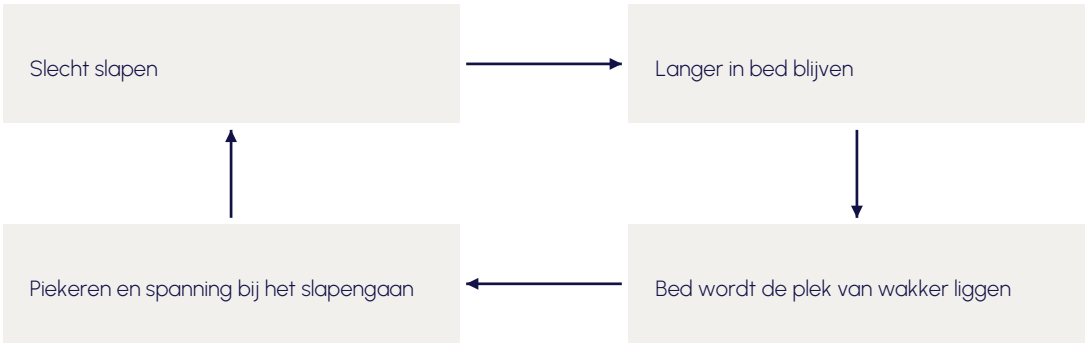
Slaap komt niet op bevel. Hij komt wanneer twee dingen samenvallen: genoeg slaapdruk, die opbouwt hoe langer u wakker bent, en het juiste moment van de biologische klok. Wie overdag een dutje doet of 's ochtends lang blijft liggen, verlaagt de slaapdruk voor de volgende nacht.

Er is een tweede mechanisme. Het brein leert verbanden. Wie nacht na nacht wakker ligt in bed, leert het bed te verbinden met wakker zijn, piekeren en spanning. Dan wordt men moe in de zetel en klaarwakker zodra het hoofd het kussen raakt.

Zo ontstaat een cirkel. Slecht slapen leidt tot langer in bed liggen, langer liggen leidt tot meer wakker liggen, en wakker liggen leidt tot spanning bij het slapengaan. Wat begon met een stressvolle periode of een paar slechte nachten, houdt zichzelf dan in stand, ook lang nadat de oorspronkelijke aanleiding verdwenen is.

Hoe slapeloosheid zichzelf in stand houdt

SCHEMATISCHE VOORSTELLING



CBT-I doorbreekt de cirkel:

korter in bed om de slaapdruk op te bouwen, het bed alleen om te slapen, en piekergedachten aanpakken.

Naar de componenten van CBT-I in bron [2].

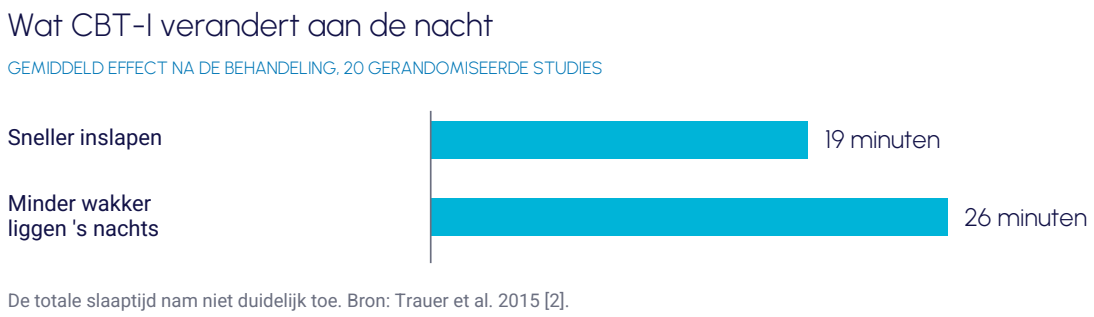
Figuur 2. Slecht slapen leidt tot langer in bed blijven, en het bed wordt de plek van wakker liggen; CBT-I doorbreekt die cirkel. Schematische voorstelling.

Wat CBT-I doet

Cognitieve gedragstherapie voor insomnie, kortweg CBT-I, pakt beide mechanismen aan. Slaaprestrictie beperkt de tijd in bed tijdelijk tot de tijd die men werkelijk slaapt, zodat de slaapdruk weer opbouwt. Stimuluscontrole maakt van het bed opnieuw een plek om te slapen: alleen naar bed bij slaperigheid, en opstaan wanneer de slaap niet komt. Cognitieve therapie richt zich op de gedachten die de spanning voeden, zoals de overtuiging dat een slechte nacht de volgende dag zal verwoesten.

In een meta-analyse van 20 gerandomiseerde studies met 1.162 deelnemers, gemiddeld 56 jaar oud en voor twee derde vrouwen, sliepen mensen na CBT-I gemiddeld 19 minuten sneller in en lagen ze 's nachts 26 minuten minder wakker. Het effect is niet spectaculair op één nacht, maar het verandert hoe de nacht aanvoelt.

Belangrijk is ook wat er na de behandeling gebeurt. Een slaapmiddel werkt zolang men het neemt. CBT-I verandert de gewoonten en de gedachten die de slapeloosheid voeden, en in een deel van de studies hield het effect aan na het einde van de therapie. De slaap wordt niet afgedwongen, maar opnieuw aangeleerd.



Figuur 1. Gemiddelde verbetering van het inslapen en van het nachtelijk wakker liggen na CBT-I, tegenover een controlegroep. Bron [2].

> Slaap laat zich niet dwingen. Wel uitnodigen.

Waarom de richtlijn het eerst noemt

Het American College of Physicians raadde in 2016 aan om CBT-I als eerste behandeling aan te bieden aan alle volwassenen met chronische slapeloosheid. Een rechtstreekse vergelijking met slaapmiddelen vond de richtlijn onvoldoende, maar CBT-I heeft weinig nadelen, terwijl slaapmiddelen ernstige bijwerkingen kunnen hebben en bedoeld zijn voor kortdurend gebruik. Pas wanneer CBT-I alleen niet volstaat, wordt medicatie samen met de patiënt overwogen.

Waar het bewijs stopt

De totale slaaptijd nam in de meta-analyse niet duidelijk toe. Slaaprestrictie is de eerste weken zwaar: men is vaak eerst vermoeider. De studies sloten mensen met slapeloosheid door een andere aandoening uit, zoals een depressie, chronische pijn of slaapapneu, en daar moet die oorzaak mee behandeld worden. En bij slapeloosheid in de overgang spelen ook opvliegers en nachtelijk zweten mee, die een eigen aanpak vragen.

Slaaprestrictie vraagt ook voorzichtigheid bij wie een beroep heeft waarin slaperigheid gevaarlijk is, zoals chauffeurs, of bij wie epilepsie of een bipolaire stoornis heeft. Daarom hoort CBT-I begeleid te worden, en niet als zelfhulp uit een folder te beginnen bij iemand met een ingewikkeld beeld.

Wat het in de praktijk verandert

De echte vraag is dus niet welk middel u helpt slapen, maar wat uw nachten wakker houdt. Daar hoort eerst een goede analyse bij: een slaapdagboek, de vraag naar ademstops of opvliegers, de stemming, de medicatie.

In Doktershuis Antwerpen kan de psycholoog CBT-I begeleiden, en kijken we tegelijk naar de lichamelijke oorzaken van slecht slapen. Een goede nacht begint soms met minder tijd in bed.

Langer liggen voelt als rust.

Korter liggen brengt de slaap terug.

VOOR DE COLLEGA

Trauer et al. 2015 (20 RCT's, n = 1.162, 64% vrouwen, gemiddeld 56 j; face-to-face multicomponent CBT-I tegenover inactieve controle): SOL −19,03 min (95% BI 14,12–23,93), WASO −26,00 min; totale slaaptijd niet significant toegenomen [2].

ACP 2016: CBT-I als initiële behandeling voor alle volwassenen met chronische insomnie (sterke aanbeveling, matige kwaliteit van bewijs); farmacotherapie via gedeelde besluitvorming als CBT-I alleen niet volstaat [1].

Studies met comorbide insomnie (psychiatrisch, medisch, slaapgebonden) werden uitgesloten [2].

BRONNEN

1. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine, 2016;165(2):125-133.

2. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SMW, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Internal Medicine, 2015;163(3):191-204.

Dr. Philippe Elst schrijft deze blog in eigen naam. Dit artikel geeft algemene informatie en vervangt geen consultatie.