

Psychiatrienet.nl biedt een onafhankelijke selectie van de belangrijkste websites en bronnen voor psychiaters. De website is ingedeeld in rubrieken per ziektebeeld, deelgebied en behandeling, en iedere rubriek wordt beheerd door specialisten ter zake.

Dr. Saskia van Liempt (ouderenpsychiater, foto links) en dr. Julia F. van den Berg (psycholoog, epidemioloog en onderzoeker) zijn beheerders van de rubriek slaap-waakstoornissen. De rubriek biedt up-to-date informatie over het behandelen van insomnie en andere slaapstoornissen in de psychiatrie.



# Insomnie: behandelkeuzes voor de psychiater

Vorige week heb ik toch weer quetiapine 50 mg a.n. voorgeschreven, bij een opgenomen patiënt met chronische insomnie en stemmingsklachten die na twee sessies cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) afhaakte. Oké, ze had ook hypnagoge hallucinaties en mogelijk was er sprake van een bipolaire stoornis – zo hield ik me voor. Ze sliep er meteen fantastisch op, had geen hallucinaties meer en haar stemming verbeterde ook. Ik was op zich blij met het resultaat, maar toch knaagde het. Off-label voorschrijven van een lage dosering antipsychoticum bij insomnie is niet evidence-based en geeft bijwerkingen; de kans op metabool syndroom is bijvoorbeeld dosisafhankelijk.

Ook de vorig jaar gepubliceerde Europese richtlijn (Riemann et al., 2017) is er duidelijk over: de eerste keus behandeling voor insomnie bij volwassenen van elke leeftijd is CGT-i. Dat is namelijk veilig en effectief, juist op de lange termijn. Als enige bijwerking is bekend dat co-morbide psychiatrische stoornissen er ook mee worden aangepakt. Alleen als CGT-i niet effectief of niet beschikbaar is, kan volgens deze richtlijn medicatie overwogen worden – en dan nog het liefst benzodiazepines, benzodiazepinereceptoragonisten en sommige antidepressiva. Dat wil zeggen: alleen voor de korte termijn ( $\leq 4$  weken). Op de langere termijn zijn ook deze middelen weinig effectief en de risico's bij langdurig gebruik zijn bekend: tolerantie en afhankelijkheid, sedatie, risico op ongelukken en cognitieve achteruitgang.

CGT-i is erop gericht met specifieke interventies – zelfregistratie, bewerken van dysfunctionele cognities, maar ook 'stimuluscontrole' en 'slaaprestrictie' – het bed weer met slapen te associëren en de patiënt weer positieve ervaringen met slapen te laten opdoen. Zo wordt de vicieuze cirkel van veel wakker liggen, daarover piekeren en daardoor nog slechter slapen, doorbroken. Verbeteren van slaaphygiëne is hiervan in principe de basis, maar de nodige gedragsveranderingen lukken vaak pas met de motiverende, inzichtgevendende ondersteunende technieken van de cognitieve gedragstherapie. Er is een protocol van zes sessies beschikbaar in het Nederlands (Verbeek en Van de Laar, 2014).

Als zo duidelijk uit de literatuur blijkt dat CGT-i effectiever is dan slaapmedicatie, geen bijwerkingen heeft, en tevens werkt in de aan-

pak van andere psychiatrische stoornissen, waarom wordt CGT-i dan zo weinig ingezet in de psychiatrie? Waarom is de verleiding zo groot om toch weer medicatie voor te schrijven?

Zoals uit het voorbeeld hierboven blijkt, heeft een slapeloze en vermoeide patiënt vaak meer vertrouwen in medicatie en ziet hij of zij er niet zelden tegenop om zelf aan het werk gaan met het slaapgedrag. Zeker een patiënt die al gewend c.q. verslaafd is aan slaapmedicatie is soms moeilijk voor CGT-i te motiveren. Hierbij wordt vaak een groot appel gedaan op de psychiater door een wanhopige patiënt – of verpleging, of familie – voor een snelle oplossing. Tijdsdruk is een andere belangrijke factor: het uitschrijven van een recept is vele malen sneller dan de patiënt motiveren voor CGT-i en een geschikte CGT-i-behandelaar vinden (of worden!). Bovendien ontbreekt het bij behandelaren vaak aan kennis over goede diagnostiek en behandeling van insomnie. In de opleiding voor artsen, psychologen en verpleegkundigen is hier nog altijd weinig aandacht voor. Ten slotte is niets menselijks ons behandelaren vreemd: een kortetermijnoplossing met snelle beloning in de vorm van een doorslapende en dankbare patiënt lijkt aantrekkelijker dan een langetermijnoplossing met uitgesteld resultaat, óók als je weet dat dat eigenlijk beter is voor je patiënt.

Misschien helpt een meer radicale oplossing. Sommige instellingen hebben al als beleid ingevoerd geen medicatie meer voor te schrijven bij insomnie. Dan hebben de patiënt en de behandelaar de keus tussen CGT-i of niets. Dat motiveert al een stuk makkelijker. ←

*'Waarom is de verleiding zo groot om toch weer medicatie voor te schrijven?'*