

A randomized Controlled trial of Problem-Solving Therapy Compared to Cognitive Therapy for the Treatment of Insomnia in Adults

Melissa Pech, DPsych(Clin); Richard O’Kearny, PhD. Research School of Psychology, The Australian National University, Canberra, Australian Capital Territory, Australia

In: SLEEP, Vol. 36, No. 5, 2013

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624829/pdf/aasm.36.5.739.pdf>

Verdiepingsvragen

Wat is het voor type onderzoek (studiedesign)?

Kwaliteitspiramide van studiedesigns:

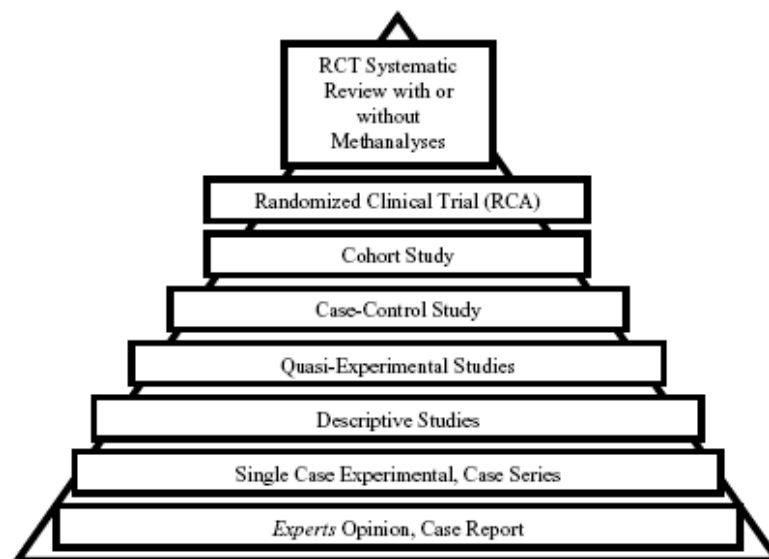


Figure 1. Evidence hierarchy: investigations placed in a superior localization in the hierarchy show greater power of evidence[†].

Het artikel is een RCT (maar wel controlled ipv clinical).

Belangrijkste kenmerken van dit studiedesign zijn:

- Er worden twee groepen met elkaar vergeleken
- Er is sprake van randomisatie
- Er zijn in- en exclusiecriteria opgesteld
- Het effect van behandeling wordt meten
- Er is sprake van een vraagstelling
- Er is sprake van blinding

Welk onderzoeksprobleem staat centraal?

Het onderzoeksprobleem wat in dit vergelijkende onderzoek centraal staat is:

Er is nog geen onderzoek gedaan dat de werking van Probleem Oplossende Therapie (PST) ondersteunt als therapievorm of onderdeel van de behandeling voor slapeloosheid, zowel voor de korte als lange termijn.

De relevantie van dit onderzoeksprobleem is dat een deel van de patiënten met slapeloosheid, zo'n 20 tot 35% niet reageert op de gebruikelijke interventie Cognitieve Gedragstherapie voor Slapeloosheid (CBT-I). Bij degenen die wel reageren, is de gemiddelde verbetering ca 50 tot 60%. De onderzoekers stellen daarom dat het noodzakelijk is om andere psychologische interventies te ontwikkelen en te testen die de uitkomsten mogelijk zullen optimaliseren. Therapeuten hebben dan effectieve opties voor de behandeling van patiënten met slapeloosheid.

Cognitieve Gedragstherapie voor slapeloosheid (CBT-I) wordt in het algemeen beschouwd als een veilige en effectieve therapie voor een groot deel van de mensen met slapeloosheid, zowel voor de primaire als secundaire vormen, met langere aanhoudende effecten dan die bereikt worden met slaapmedicatie. CBT-I bestaat meestal uit 4 tot 6 wekelijks durende individuele of groepsessies die gedragstrategieën combineert, zoals slaaphygiëne, stimulus controle, slaaprestrictie of relaxatietherapie, met een component van cognitieve therapie (CT). Hoewel er onafhankelijk bewijs is voor de werkzaamheid van de gedragsgerichte interventies, zoals stimulus controle, is het niet aangetoond dat CT een werkzaam onderdeel is van de CBT-I behandeling. In de wetenschappelijke onderzoeken behelst het CT onderdeel standaard cognitieve herstructurering van onrealistische overtuigingen en irreële angsten specifiek gericht op slaap of slaapverlies. Er is enig bewijs dat de aanpak van slaapspecifieke overtuigingen ondersteunt.

De exclusieve focus op deze slaapspecifieke overtuigingen in het huidige CT-onderdeel van het geëvalueerde CBT-I programma, verwaarloost echter de mogelijke betrokkenheid van andere kritische cognitieve factoren die het voortbestaan van slapeloosheid onderhouden.

De andere kritische cognitieve factoren zijn:

1) Bezorgdheid, gedefinieerd als negatieve en onbeheersbare gedachten over de toekomst: dit heeft een aangetoonde invloed op de vergroting van de kwetsbaarheid voor ontwikkelen van problematische slapeloosheid, het verstoren van het in slaap vallen en het onderhouden van slapeloosheid. Experimentele studies waarin de betrokkenheid van bezorgdheid bij slapeloosheid wordt onderzocht, ondersteunen deze verbanden. De data veronderstellen dat aanhoudende bezorgdheid een belangrijk doel is waar de interventie bij slapeloosheid zich op kan richten.

2) Negatieve overtuigingen gerelateerd aan hulpeloosheid en hopeloosheid: deze komt sterk overeen met negatieve probleemoriëntatie bij mensen die lijden aan slapeloosheid en blijven sterk verhoogd na het volgen van behandeling voor slapeloosheid waarbij CT-strategieën worden gebruikt

3) Disfunctionele probleemoplossende vaardigheden gerelateerd aan negatieve probleemoriëntatie. Mensen met overmatige niveaus van bezorgdheid hebben disfunctionele probleemoplossende vaardigheden, inclusief negatieve overtuigingen met betrekking tot problemen in het algemeen en hun actieve onmogelijkheid om die problemen op te lossen. Deze negatieve probleemoriëntatie blijkt bezorgdheidscores te voorspellen die onafhankelijk zijn van de stemmingstaat van een persoon.

Terwijl CT gericht is op problematische overtuigingen gerelateerd aan slaap, sorteert het geen effect op algehele probleemoriëntatie en overmatige bezorgdheid, daaruit volgend op de risico's van aanhoudende slaapproblemen. Strategieën gericht op het verminderen van bezorgdheid door het verbeteren van probleemoplossende vaardigheden zullen waarschijnlijk slaapmoeilijkheden reduceren en de mogelijkheden vergroten voor effectieve psychologische behandeling van slapeloosheid. Er zijn wat opkomende onderzoeken die deze mogelijkheden hebben onderzocht en de uitkomsten staven de hypothese.

Het is gebleken dat probleemoplossende therapie (PST) een effectieve therapie is voor een verscheidenheid aan psychologische aandoeningen waaronder depressie en gegeneraliseerde angststoornis. PST is een gedragsgerichte benadering voor het aanleren van probleemoplossende vaardigheden die generaliseerbaar zijn voor een aantal stressvolle probleemsituaties. Het heeft tot doel zowel cognitieve probleemoplossende vaardigheden te vergroten als probleemoplossende zelfredzaamheid te verbeteren, door het bevorderen van een positievere probleemgerichtheid. Het is een op vaardigheden gebaseerde therapie, makkelijk aan te leren in een korte loop behandelduur. Ondanks de potentiële voordelen, is er zover bekend bij de auteurs van dit onderzoek tot op heden geen onderzoek gedaan die PST ondersteunt voor z'n werkzaamheid als behandeling of als een onderdeel van de behandeling voor slapeloosheid.

Het huidige onderzoek vergelijkt de werkzaamheid van een psychologische interventie voor slapeloosheid die bestaat uit gedragsgerichte onderdelen gecombineerd met probleemoplossende therapie (PST) met de gebruikelijk CBTI-I interventie die gedragsgerichte onderdelen combineert met standaard cognitieve therapie (CT). De auteurs voorspelden dat de interventie met PST op zijn minst even effectief zou zijn als de interventie met CT en dat beide behandelingen zouden resulteren in significante en klinisch belangrijke verbeteringen in de slaap en dagelijks functioneren. Dit onderzoek onderzocht ook disfunctionele opvattingen over slaap en probleemoplossende vaardigheden als secundaire uitkomstmaten specifiek aan respectievelijk CT en PST.

Wat is de onderzoeksvraag?

De onderzoeksvraag is: of bij patiënten met slaapproblemen de psychologische interventie waarbij de gebruikelijke gedragsmatige componenten gecombineerd worden met Probleemoplossende therapie (PST) op zijn minst even significante en klinisch belangrijke verbeteringen van slaap en dagelijks functioneren opleveren als de gebruikelijke gedragsmatige componenten gecombineerd met standaard cognitieve therapie (CT)?

De secundaire onderzoeksvraag is: of beide interventies ook werkzaam zijn op elkaars specifieke gebieden zoals disfunctionele overtuigingen over slaap (CT), probleemoplossende vaardigheden, probleemoriëntatie (PST)?

Deelnemers werden beschouwd als hersteld (genezen) als zij de volgende scores hadden: 1) SE \geq 85% of 2) een ISI score $<$ 8.

Hoe is de relatie tussen onderzoeksvraag en design?

Kun je d.m.v. het studiedesign de vraag op onderzoek beantwoorden?

De opzet van het onderzoeksdesign was om door middel van vergelijking van twee verschillende programma's aan te tonen dat Probleemoplossende therapie (PST) in combinatie met de gebruikelijke gedragsmatige elementen voor slapeloosheid op zijn minst even significante en klinisch belangrijke verbeteringen van slaap en dagelijks functioneren opleveren als de gebruikelijke gedragsmatige componenten gecombineerd met standaard cognitieve therapie (CT).

Daarnaast wilde men de vraag kunnen beantwoorden of en in welke mate PST en CT met hun specifieke gebieden werkzaam zijn binnen de beide interventies uit het onderzoek.

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag, zie deelvragen.

Aanvullend

Is dit op een betrouwbare en 'logische' manier gedaan? Je kunt dit doen door de volgende punten op te zoeken:

1. *Wat zijn de inclusiecriteria? (Geeft meer inzicht in de onderzoekspopulatie)*
 - Leeftijd tussen de 18 en 60 jr oud.

- Vastgesteld dat er sprake is van huidige slapeloosheid zoals gedefinieerd door de Research Diagnostic Criteria for Insomnia voor ≥ 3 maanden. Waarbij er sprake is van 1) dat het individu melding maakt van een of meer slaapgerelateerde klachten (bijv. problemen met inslapen of doorslapen, te vroeg wakker worden of niet-herstellende slaap), 2) het probleem ontstaat ondanks adequate slaapgelegenheden, 3) het individu vermeldt tenminste een nadeel (beperking?) overdag (bijv. vermoeidheid, verminderde aandacht, concentratie, of geheugen; verminderd functioneren op sociaal, beroeps of schoolgebied; stemmingsverstoringen of irritatie; neiging tot maken van fouten of ongelukken op het werk of tijdens het autorijden; spanningshoofdpijn of maag/darmsymptomen in reactie op slaapverlies; en overmatige aanhoudende bezorgdheid of zorgen over slapeloosheid).
- Het hebben van comorbide symptomen van een depressie met alle klassieke symptomen, angststoornissen die niet in de exclusiecriteria vermeld staan, of comorbide gestabiliseerde medische aandoeningen (met of zonder behandeling) tijdens de evaluatie voor deelname.
- ook personen die op dat moment slaapmedicatie namen. Het gebruik ervan werd in de gaten gehouden via het registreren in hun wekelijkse slaapdagboeken.

2. Wat houden de verschillende interventies in van de 3 groepen?

Er worden geen drie maar twee groepen met elkaar vergeleken.

Alle behandelingsessies vonden plaats tijdens kantooruren in de psychologiekliniek van de Australian National University.

In elke interventie bestond de eerste sessie uit een 90 min durende groepsessie met drie tot zes deelnemers met als inhoud educatieve en gedragscomponenten inclusief psycho-educatie over slaap, instructies m.b.t. slaaphygiëne, stimulus control en progressieve relaxatie. Na de groepsessie, werd elke deelnemer willekeurig toegewezen aan de PST of CT interventie voor vijf weken van individuele therapie. In elke individuele sessie werden de gedragsstrategieën besproken, zorgen van de patient m.b.t. implementatie van de strategieën behandeld en specifieke instructies voorzien betreffende PST of CT.

Week	CT	PST
1.	Groepsessie (duur 90 min, 3-6 deelnemers): <ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie over slaap & slaaphygiëne • Stimulus control • Progressieve relaxatie 	
2.	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> • Voltooien post-groepsmeetinstrumenten • Bespreken strategieën van slaapgedrag • CT rationalisatie & inleiding • Uitdelen huiswerkopdracht gedachten monitoren 	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> • Voltooien post-groepsmeetinstrumenten • Bespreken strategieën van slaapgedrag • PST rationalisatie & inleiding • Uitdelen huiswerkopdracht probleemoplossende zelf-monitoring (PSSM)
3.	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> • Bespreken gedrag slaapstrategieën • Bespreken begrijpen van de vorige sessie & huiswerk • Veel voorkomende niet-helpende gedachten bij slapeloosheid • Verzamelen van bewijs en cognitieve herstructurering • Uitdelen huiswerkopdracht verzamelen van bewijs 	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> • Bespreken gedrag slaapstrategieën • Bespreken begrijpen van de vorige sessie & huiswerk • Visualisatie van positieve probleemoriëntatie • Introduceren rationeel model voor probleemoplossing – probleemherkenning & definiëren van fases • Uitdelen PSSM invulschema (worksheet)
4.	Individuele sessie	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> • Bespreken gedrag slaapstrategieën en huiswerk

	<ul style="list-style-type: none"> Bespreken gedrag slaapstrategieën en huiswerk Doorgaan met cognitieve herstructurering in-sessie praktijk Uitdelen huiswerkopdracht cognitieve herstructurering 	<ul style="list-style-type: none"> Bespreken genereren oplossingen & besluitvorming Uitdelen huiswerkopdracht invulschema besluitvorming (overwegen successen uit het verleden).
5.	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> Bespreken gedrag slaapstrategieën en huiswerk Doorgaan met cognitieve herstructurering in-sessie praktijk & probleemoplossende kwesties Uitdelen huiswerkopdracht cognitieve herstructurering 	Individuele sessie <ul style="list-style-type: none"> Bespreken gedrag slaapstrategieën en huiswerk Doorgaan met probleemoplossings in-sessie praktijken en probleemoplossende kwesties Uitdelen huiswerk toepassen probleemoplossing & beloningslijst
6.	Individuele sessie Terugvalpreventie <ul style="list-style-type: none"> Bespreken behandelstrategieën Omgaan met terugval/recidieven (nadruk op gedragsgerichte en CT-technieken) Bijwerken post-therapie metingen Plannen vervolgspraak 	Individuele sessie Terugvalpreventie <ul style="list-style-type: none"> Bespreken behandelstrategieën Omgaan met terugval/recidieven (nadruk op gedragsgerichte & PST technieken) Bijwerken post-therapie metingen Plannen vervolgspraak
10.	Vervolgsessie (1 maand na afloop van de behandeling): 30 min <ul style="list-style-type: none"> Afsluiten follow-upmetingen Bespreken vooruitgang en uitspreken van evt. individuele kwesties die leven 	Vervolgsessie (1 maand na afloop van de behandeling): 30 min <ul style="list-style-type: none"> Afsluiten follow-upmetingen Bespreken vooruitgang en uitspreken van evt. individuele kwesties die leven

Probleemoplossende therapie (PST)

PST bevatte educatie over het belang van effectieve probleemoplossing in stressmanagement en gezondheid, informatie over probleemoplossingstijlen en richtingen, onderwijs in rationele probleemoplossingstechnieken (bijv. probleemdefinitie, aanmaak van en keuze van oplossingen, actieplanning en evaluatie van oplossingspogingen), verbeteren van probleemoriëntatie gebruikmakend van een gescheidenheid van strategieën (bijv. geleide fantasie, oefening in positieve probleemverklaringen, reflecteren op eerdere succesvolle probleemoplossingpogingen, aanmoedigen en belonen van doorzettingsvermogen). Deelnemers kregen probleemoplossingwerkbladen voor de tussentijdse opdrachten in combinatie met hand-outs van de behandelde informatie.

Deelnemers kregen de keuze om zich te richten op hun specifieke slaapprobleem of om een willekeurig ander huidig probleem te kiezen die algehele distress of verstoring van hun slaap veroorzaakte. Week 5 was grotendeels bestemd voor geleide oefeningen en terugblikken en week 6 bestond uit terugvalpreventietechnieken gecombineerd met gedragsstrategieën uit de groepsessie met PST.

Cognitieve Therapie (CT)

CT bestond uit psycho-educatie over de rol van disfunctionele opvattingen over slaap die slapeloosheid in stand houden, herkennen van cliëntspecifieke disfunctionele opvattingen over slaap, aanleren van cognitieve herstructureringstechnieken, begeleid oefenen in afwegen van niet-helpende opvattingen over slaap gebruikmakend van cliëntspecifieke voorbeelden. Uitkomsten van gesuperviseerde gedachten werden gebruikt om begeleide en individualiseerde oefeningen te faciliteren, hand-outs voor de cliënten werden uitgedeeld inclusief samenvattingen van de belangrijkste behandelde informatie. Week 5 was grotendeels aangewezen voor begeleide praktijkoefening en beschouwing en week 6 bestond uit terugvalpreventiestrategieën gecombineerd met gedragstherapeutische slaapstrategieën afkomstig uit de groepsessie met CT.

Na elke sessie moesten de deelnemers een sessie evaluatieformulier invullen door af te tekenen of specifieke slaap-, probleemoplossende- en cognitieve strategieën waren besproken in de sessie.

3. Welke meetinstrumenten worden gebruikt (bijv. VAS)?

- Slaapdagboek: onderdelen waren aanvang van het slaapgebrek (SOL: het aantal minuten nodig om in slaap te vallen), time in bed (TIB), aantal keren van wakker worden gedurende de nacht (WAKE), duur van het nachtelijke waken na aanvang van de slaap (WASO), totale slaaptijd (TST) en slaapefficiëntie (SE: percentage van de tijd in bed die slapend werd doorgebracht). Deelnemers moesten ook bijhouden hoe vaak ze ontspanningsoefeningen deden en of ze medicatie of alcohol gebruikten om elke nacht in slaap te kunnen vallen.
- Insomnia Severity Index (ISI): een 7-item zelf-rapporterend meetinstrument ontwikkeld als kort screeningsinstrument voor subjectieve ernst van slapeloosheid. De items omvatten de ernst van de slapeloosheidsverschijnselen, tevredenheid met het slaappatroon, niveau van verstoring op gebied van functioneren, optreden van door anderen waarneembaar slaapgebrek en de mate van langdurige zorgen en of distres van de afgelopen 2 weken.
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): een 19-item terugblikkende zelf-rapporterend meetinstrument die de slaapkwaliteit en verstoringen van periode van een maand waardeert. De domeinen beslaan de subjectieve slaapkwaliteit, gebrek, duur, percentage van de tijd die slapend in bed wordt doorgebracht, frequentie en ernst van slaapverstoringen, gebruik van slaapmedicatie en de waargenomen impact op het dagelijks functioneren.
- Social Problem-Solving Inventory-Revised: Short-Form (SPSI-R:S): een 25-item verkorte versie van de oorspronkelijke SPSI 52-item schaal ontworpen om probleemoplossende vaardigheden en oriëntaties te waarderen. Bevat 5 subschalen: rationele probleemoplossing (RPS), impulsiviteits/zorgeloosheidsstijl (ICS), vermijdingsstijl (AS), positieve probleemoriëntatie (PPO) en negatieve probleemoriëntatie (NPO).
- Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep-16 (DBAS-16): een 16-item verkorte versie van de oorspronkelijke DBAS 30-itemschaal, die was ontworpen om slaapspecifieke cognitie te waarderen. De domeinen bestaan uit: 1) verwachtingen over slaapbenodigdheden, 2) overtuigingen over de oorzaken en gevolgen van slapeloosheid, 3) kwesties van zorgen hebben en hopeloosheid m.b.t. slapeloosheid, 4) medisch-biologische toeschrijving van slapeloosheid (inclusief opvattingen over het nut van slaapmedicatie).
- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ): een 16-item zelf-rapporterend formulier waarbij de algehele neiging tot zorgen maken wordt gewaardeerd.

4. Wat zijn de uitkomstmaten (bijv. pijnschaal van 0-100 bij de VAS)

- Slaapdagboek: gedurende een week werden de gemiddelde waarden verkregen om een representatief toonbeeld vast te kunnen stellen van de nachten.
- Insomnia Severity Index (ISI): score volgens 5-punts Likert schaal variërend van totaal niet tot enorm. Totale scores variëren van 0-28, waarbij 0-7 geldt voor non-klinische slapeloosheid, 8-14 voor sub-drempel slapeloosheid, 15-21 voor klinische slapeloosheid van matige ernst en 22-28 punten voor ernstige slapeloosheid.
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): bestaat uit een combi van vrije toegang en een 4-punts Likert schaal. Per onderdeel heeft een spreiding van 0-3 en dit leidt opgeteld tot de globale slaapkwaliteit variërend van 0-21. Hoe hoger de totale scores hoe lager de slaapkwaliteit.

- Social Problem-Solving Inventory-Revised: Short-Form (SPSI-R:S): gebruikt een 5-punts Likertschaal. Deelnemers ontvangen een gestandaardiseerde totale score ($M=100$), samen met gestandaardiseerde scores voor elke subschaal, gebruikmakend van leeftijdsgebonden normen.
- Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep-16 (DBAS-16): gebruikt een 11-punts Likert-schaal variërend van *sterk oneens* tot *sterk eens* (0-10). Totale score wordt gebruikt als een aanduiding van ernst van negatieve overtuigingen over slaap.
- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ): een 5-punts schaal variërend van *totaal niet typerend voor mij* tot *erg typerend voor mij*. Totale scores (waarbij 5 items andersom werden gescoord) varieerden van 16-80, waarbij hogere scores indicatief waren voor een grotere mate van zorgen maken.

5. Wanneer worden de metingen afgenomen?

De vragenlijsten werden ingezet tijdens het eerste klinische interview (Pre), een week na deelname aan de groepssessie (Post Group), een week na beëindiging van de zesde therapiesessie (Post), en een maand na de beëindiging van de therapie (Follow-up).

Conclusie: Dit studiedesign was in principe geschikt om beide onderzoeksvragen te beantwoorden. De juiste vragenlijsten en objectieve metingen zijn ingezet. Er was kwaliteitsbewaking. De groepen waren vergelijkbaar qua samenstelling. Voor wat betreft de klinische relevantie was deze opzet minder geschikt, omdat hiermee nog niet is uitgesloten dat de gedragsgerichte aspecten voornamelijk de werkzaamheid van de interventies (verbetering van slaapkwaliteit en effectiviteit) bepalen.

Welke conclusies kwamen uit het onderzoek (resultaten)?

Wat waren de primaire en secundaire uitkomstmaten?

1. Primaire uitkomstmaat: de **slaapefficiëntie** (percentage van de tijd in bed die slapend werd doorgebracht) van de PST en CT, berekend van het slaapdagboek, de ISI-totaalscore (**ernst van de slapeloosheid**) en SPQI-totaalscore (**slaapkwaliteit**). Aanvullend specifieke uitkomsten van het slaapdagboek, SOL (minuten nodig om in slaap te vallen), WAKE (aantal keren van wakker worden gedurende de nacht), WASO (duur van het nachtelijke waken na aanvang van de slaap (WASO)), TST (totale slaaptijd in minuten) en MED/AL (aantal nachten waarvoor medicatie of alcohol was gebruikt om in slaap te vallen).
Zie 'Sleep Outcomes' op p. 745 en tabel 4. Er waren **significante verbeteringen voor slaapefficiëntie, slaapkwaliteit (ISI) en significante vermindering van de ernst van de slapeloosheid (PSQI), die aanhielden tot 1 maand na behandeling. Deze effecten varieerden niet tussen de PST en CT.** Een zelfde patroon was gevonden voor de individuele slaapuitkomsten afkomstig van het slaapdagboek; er waren significante verbeteringen in de tijd voor SOL, WAKE, WASO, TST en MED/AL. Dit wijst op algeheel positieve effecten van de behandeling, maar geen verschillen tussen PST en CT in de mate van verbetering in deze resultaten.
2. Secundaire uitkomstmaten: SPSI-R totaalscore, positieve probleemoriëntatie (PPO), negatieve probleemoriëntatie (NPO) verkregen uit de NSPSI-R, DBAS totaalscore en PSWQ totaalscore. Er waren significante verminderingen in bezorgdheid, negatieve probleemoriëntatie en negatieve opvattingen over slaap en verbeteringen in algehele probleemoplossende vaardigheden.
CT leverde een significant snellere mate op in het verminderen van negatieve opvattingen over slaap dan PST en er was een trend te zien ($p=0,08$) voor PST die een snellere mate van verbetering voor negatieve probleemoriëntatie dan CT opleverde.

Er waren **geen significant verschillen in primaire en secundaire uitkomstmaten tussen de twee behandelingen** onderling voorafgaand aan de behandeling. Deelnemers in de twee behandelingen

verschillen niet significant in de pre-treatment primary sleep outcomes (SE, ISI, PSQi) of in de slaapdagboek scores (SOL, WAKE, WASO, TSTS, MDE/AL).

Welke punten worden in de discussie naar voren gebracht (sterkte/zwakte analyse)?

Sterkte:

- De omvang van deze behandeluitkomsten van voor de behandeling tot na de behandeling en voor de behandeling tot aan de vervolgspraak voor beide interventies waren overeenkomstig de omvang van de behandeluitkomsten in voorgaande doelmatigheidsonderzoeken van CBT-I.
- De resultaten van dit onderzoek verschaffen voorlopige steun/onderbouwing voor de bruikbaarheid van probleemoplossende therapie als een geschikt alternatief onderdeel van cognitieve therapie in psychologische behandelingen voor slapeloosheid. Wanneer PST gecombineerd wordt met gedragsstrategieën had deze vergelijkbare drop-out percentages, verdeling van behandelrespondenten, mate van verbetering van slaap en dagelijks functioneren een patroon van verbetering na verloop van tijd als de CBT-I interventies waarbij gedragsstrategieën worden gecombineerd met cognitieve therapie.
- Terwijl er vergelijkbare verbeteringen waren in de niveaus van bezorgdheid in beide interventies, waren er veranderingen specifiek voor elke behandeling in overeenstemming met het begrip van hoe PST en CT verandering teweegbrengen. De CT interventie leverde een significante snellere vermindering van negatieve opvattingen over slaap op dan de PST interventie. Op vergelijkbare wijze was er een tendens bewijs dat PST algehele negatieve opvattingen over probleemoplossende effectiviteit meer verminderde dan de CT dat deed. In overweging nemende dat beide behandelingen verbeteringen veroorzaakten in de slaapuitkomsten vergelijkbaar met die gevonden in eerdere toetsen/onderzoeken van DBT-I, de differentiële uitwerking/effect op deze verbonden resultaten (uitkomstmaten) voor PST en CT veronderstellen dat verandering van specifieke negatieve opvattingen over slaap of omtrent algemene probleemoplossende vaardigheden niet noodzakelijk zijn om slapeloosheid te verminderen tijdens op z'n minst 1 maand follow-up. Of er specifieke cognitieve verandering nodig is om verbeteringen op de lange termijn te handhaven is onduidelijk.
- Toegevoegde waarde van dit onderzoek is dat de resultaten specifieke effecten bevatten voor elke behandelvorm op negatieve opvattingen over slaap (CT) of probleemoplossende zelfredzaamheid (PST). Wat eerder nog niet zo duidelijk was aangetoond. Deze specifieke effecten komen overeen met de vermeende mechanismen waarmee de twee interventies verandering bewerkstelligen, wat wijst op actieve behandelonderdelen.

Zwakte:

- De relatief korte follow-up periode is een beperking, omdat nu niet beoordeeld kan worden in hoeverre gedrag wordt volgehouden. Zeker gezien dat effecten die de psychologische interventies voor ogen hebben gericht zijn op de lange termijn.
- De grootte van deze proef is waarschijnlijk niet groot genoeg om een echt verschil te ontdekken tussen de beide behandelingen voor wat betreft hun impact op de slaapresultaten.
- Het is niet duidelijk of de verbeteringen in slaap die beide therapievormen hebben voortgebracht geheel te wijten zijn aan de slaapgedrag strategieën.
- Door de vergelijking van de twee psychologische interventies gecombineerd met de gebruikelijke gedragscomponenten, maakt het moeilijk om de alternatieve conclusie uit te sluiten dat de verbeteringen in beide groepen geheel te wijten waren aan de gedragsgerichte slaapstrategieën. Gezien de beperkingen van dit onderzoek, moeten huidige uitkomsten op dit punt beschouwd worden als voorlopig en hypothetisch.
- Uit het onderzoek kan niet opgemaakt worden of de PST of CT onderdelen de werkzaamheid van de gedragsgerichte onderdelen bevorderen.

Wat is de klinische relevantie van dit artikel? (is het een essentieel onderzoek?)

Als de werkzaamheid van PST gelijkwaardig is aan CT, dan is het verdedigbaar dat PST ettelijke voordelen biedt boven CT als een onderdeel van psychologische behandeling voor slapeloosheid. Aangezien PST een psychologische op vaardigheden gebaseerde interventie is, gericht op het behandelen van een reeks stressgerelateerde aandoeningen, kan het in bijzonder bruikbaar zijn voor de behandeling van slapeloosheid die zich voordoet met comorbiditeiten zoals gegeneraliseerde angststoornis, depressie, chronische pijn en andere medische ziekten, die voor 50% tot 75% van de slapeloosheidsverschijnselen voor hun rekening nemen. Met zijn focus op het opbouwen van een positieve probleemgerichtheid, motivatie om problemen constructief te benaderen en motivatie om problemen succesvol op te lossen, kan PST het toepassen van gedragsgerichte interventies ondersteunen.

PST kan ook aangereikt worden in een context van een huisartsenpraktijk, aangezien recent bewijs de effectiviteit aantoont van PST in de behandeling van emotionele aandoeningen, in bijzonder depressiviteit, wanneer aangereikt door een huisarts of nurse-practitioner. Z'n gebruik hiervoor wordt momenteel aanbevolen/bepleit in Australië. Dit zou kernkwesaties aanspreken rondom het huidige gebrek aan toegankelijke behandelingen voor slapeloosheid, welke in het bijzonder betrekking heeft op de verspreiding van CBT-I. Gegeven dat PST is gericht op het opbouwen van bredere rationele en positieve copingvaardigheden, is het potentiële voordeel voor terugvalpreventie en behoud van functionele coping wanneer geconfronteerd met stress op de lange termijn het waard om op te merken.

Conclusie

Slapeloosheid is een stressgerelateerde verstoring van de slaap, die voortduurt door cognitieve en psychologische hyper-arousal en bijbehorend leren. Interventies gericht op probleemoplossing hebben aangetoond een toegevoegde waarde te hebben voor bestaande gedragstherapieën. Het huidige onderzoek voegt voorlopig en voorbereidend bewijs toe dat de werkzaamheid van gedragsstrategieën en probleemoplossende behandeling voor slapeloosheid ondersteunt wanneer direct vergeleken wordt met gedragsstrategieën en cognitieve therapie. Het zou vruchtbaar zijn voor volgend onderzoek om probleemoplossende interventies nader te onderzoeken voor hun bruikbaarheid voor slapeloosheid, en in het bijzonder de rol en verbetering m.b.t. negatieve probleemoriëntatie.

Uit de conclusie in het verslag van het wetenschappelijke onderzoek blijkt dat de onderzoekers de werkzaamheid en bijdrage van PST bij de behandeling van slapeloosheid in het bijzonder en bij een reeks andere psychologische aandoeningen wil promoten en wilden aantonen dat PST beter is CT. Dat is met de onderzoeksresultaten niet overtuigend aangetoond.

Zit het onderzoek degelijk in elkaar?

Ja, methode en meetinstrumenten zijn goed beschreven. Het onderzoek scoort **goed op de Pedro-schaal**. Er zijn voldoende kritische kanttekeningen geplaatst en besproken. Er worden adviezen gedaan voor vervolgonderzoek.

Pedro schaal

- 1) **JA** Inclusie & exclusie criteria zijn duidelijk beschreven op p. 740 onder kopje 'Participants'.
- 2) **1** De patiënten zijn random toegewezen aan de groepen.
- 3) **1** Er is sprake van concealed allocation, want de blinderingsprocedure van de randomisatie is gewaarborgd (p. 743 onder 'Interventions' en onder 'Treatment Consistency')
- 4) **1** *Zijn de groepen wat betreft belangrijkste prognostische indicatoren vergelijkbaar?* Ja, er waren geen verschillen in de omvang van het aantal mannen, of van de gemiddelde leeftijd. Ook verschilden de groepen niet in het aantal co-morbiditeiten of in de duur van de slapeloosheid in jaren.

- 5) **0** *Zijn de patiënten geblindeerd?* Er wordt niet vermeld of de deelnemers geblindeerd zijn voor welke therapie ze krijgen. Waarschijnlijk weten de deelnemers wat ze krijgen aangezien ze na afloop van elke sessie een evaluatieformulier moesten invullen door aan te vinken welke specifieke slaap-, probleemoplossende en cognitieve therapiestrategieën waren besproken tijdens de sessie (zie op 743 onder 'Treatment Consistency').
- 5) **0** *Zijn de therapeuten geblindeerd?* Nee, de therapeuten weten welke interventie ze geven.
- 6) **1** *Zijn de beoordeelaars geblindeerd voor tenminste 1 primaire uitkomstmaat?* Ja, zie p. 743 onder 'Treatment Consistency')
- 7) **1** *Wordt er tenminste 1 primaire uitkomstmaat gemeten bij > 85% van de geïncludeerde patiënten?* Deze vraag gaat over de primaire uitkomstmaat. De primaire uitkomstmaten in dit onderzoek zijn de slaapefficiëntie, slaapkwaliteit en de subjectieve ernst van de slapeloosheid. Antwoord op deze vraag staat op p. 744 onder 'Preliminary Analyses' en p. 746 en in de samenvatting op p. 739.
- 8) **1** Iedereen ontving de toegewezen behandeling, dus is er een intention-to-treat analyse.
- 9) **1** *Is van tenminste 1 primaire uitkomstmaat de statistische vergelijkbaarheid tussen de groepen gerapporteerd?* Ja.
- 10) **1** *Is van tenminste 1 primaire uitkomstmaat zowel puntschattingen als spreidingsmaten gepresenteerd?* Er is geen grafiek, maar de uitkomstmaten worden wel in tabel 4 weergegeven en in de tekst op p. 746. Ook worden ze vermeld op het voorblad.

Somscore PEDro-schaal 8 punten = goed. RCT PEDro score > 4 = A2 (RCT van goede methodologische kwaliteit en voldoende omvang en consistentie). Het is zeer recent onderzoek en bouwt voort op resultaten uit andere onderzoeken.

Vertaalslag naar de praktijk van de oefentherapeut

Het is goed om te weten welke factoren een rol spelen bij ontstaan en onderhouden van slapeloosheid. Zeker als je bij de gebruikelijke behandeling van slaapproblemen niet verder komt, kan je overgaan tot probleem oplossende therapie. Als dat niet helpt, zijn de grenzen van je vak als algemeen oefentherapeut bereikt en kan je beter hulp inschakelen van psychosomatisch oefentherapeut, een POH-GGZ of (als je echt een psychiatrische stoornis vermoedt) een psycholoog.

Het protocol voor chronische pijn patiënten is grotendeels gebaseerd op probleem oplossende therapie en een positieve probleem benadering middels motivational interviewing en graded activity. Als algemeen oefentherapeut Mensendieck ben ik niet opgeleid met probleem oplossende therapie of met cognitieve gedragstherapie. Na de basiscursus van het landelijk netwerk chronische pijn ben ik ervaring aan het opdoen met enkele principes van de probleemlossende therapie. Ik acht mijzelf nog niet vaardig in beide therapieën en was/ben benieuwd hoe PST en CT zich tot elkaar verhouden. Zeker omdat CT een onderdeel is van de gebruikelijke behandeling voor slaapproblemen en omdat PST door het landelijk Netwerk Chronische Pijn wordt gepropageerd.

Het artikel geeft goed beknopt weer wat de opbouw van een cognitief gedragsmatige behandeling is met zowel PST als CT als onderdelen voor de behandeling van slaapproblemen. Het onderzoeksverslag geeft duidelijk aan welke meetinstrumenten je wanneer in zou kunnen zetten. De onderzoeksresultaten duidelijk hoe belangrijk een follow up is met grote tussenpozen om het effect van gedragsverandering langer aan te laten houden.