

De relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan en beloop van angst- en stemmingsstoornissen

J. van der Riet, M. ten Have, R. de Graaf, N.M. Batelaan

- Achtergrond** Slaap krijgt weinig aandacht in de behandelingen binnen de ggz. Epidemiologisch onderzoek naar de relatie tussen slaapproblemen en angst- en stemmingsstoornissen kan bijdragen aan een goede klinische besluitvorming.
- Doel** Op basis van data van de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (NEMESIS-2) werd de relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan, de terugval en het persisteren van angst- en stemmingsstoornissen in een 3-jaarsperiode onderzocht.
- Methode** We selecteerden verschillende groepen respondenten om de invloed van slaapproblemen op de verschillende fasen van angst- en stemmingsstoornissen in een periode van drie jaar te onderzoeken. DSM-IV-diagnosen werden bepaald met het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0), slaapproblemen met de *Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale* (IRS; ≥ 9). Logistische regressie werd uitgevoerd en bij multivariabele analyses controleerden we voor een groot aantal mogelijk versturende variabelen.
- Resultaten** Bijna een vijfde van de mensen zonder angst-of stemmingsstoornis en bijna de helft van de mensen met een angst- of stemmingsstoornis kampte met slaapproblemen. In de multivariabele analyse bleken slaapproblemen geassocieerd met een terugval van een angststoornis (OR: 2,10; 95%-BI: 1,31-3,38), maar niet met het ontstaan en met het persisteren van een angststoornis. Daarnaast bleken slaapproblemen geassocieerd met het ontstaan van een stemmingsstoornis (OR: 2,18; 95%-BI: 1,27-3,74) en met het persisteren daarvan (OR: 2,51; 95%-BI: 1,17-5,37), maar niet met een terugval in deze stoornis.
- Conclusie** De resultaten onderstrepen het belang van het in kaart brengen van slaapproblemen bij mensen met (een verhoogde kans op) angst- en stemmingsstoornissen. Mogelijk draagt het behandelen van slaapproblemen bij aan een verminderde incidentie van deze psychische aandoeningen en aan een beter en duurzaam herstel.

Veel mensen hebben last van in- of doorslaapproblemen. Wanneer deze leiden tot disfunctioneren overdag wordt dit insomnie (slapeloosheid) genoemd. Diverse studies rapporteren dat een derde van de algemene bevolking slaapproblemen heeft en dat specifiek in Nederland 7-23% van de bevolking symptomen van een slaapprobleem heeft.^{1,2} Slaapproblemen zijn geassocieerd met cognitieve en fysiologische *hyperarousal*, een verhoogde preoccupatie met slaap en slaapprobleemgedrag, zoals overdag slapen of vroeg naar bed gaan uit angst niet te kunnen slapen.³⁻⁶ Vanwege de hoge prevalentie en substantiële impact op het dagelijks functioneren worden slaapproblemen beschouwd als een belangrijk probleem voor de volksgezondheid.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat mensen met een depressieve of een angststoornis vaker slaapproblemen hebben dan mensen zonder deze stoornissen.⁷ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat slaapproblemen de emotieregulatie verstoren.^{7,9}

Slaapproblemen en angst- en depressieve stoornissen

Diverse auteurs onderzochten de relatie tussen slaapproblemen en angst- en depressieve stoornissen. Slaapproblemen lijken allereerst bij te dragen aan het ontstaan van psychische stoornissen. Zo blijkt uit eerder onderzoek dat gezonde mensen met slaapproblemen vaker een psychische stoornis (waaronder depressieve

AUTEURS

Judith van der Riet, klinisch psycholoog, GGZ inGeest.
Margreet ten Have, projectleider NEMESIS-2; senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.
Ron de Graaf, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.
Neeltje M. Batelaan, psychiater, vakgroep Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Correspondentie

Judith van der Riet (judithvanderriet@hotmail.com).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-4-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(7):411-417

en angststoornissen) krijgen dan gezonde mensen zonder slaapproblemen.¹⁰ Daarnaast komt uit een meta-analyse naar voren dat slaapproblemen gepaard gaan met een tweemaal verhoogd risico op het ontstaan van een depressieve stoornis.¹¹ Bovendien hebben slaapproblemen een ongunstige invloed op het beloop ervan.^{12,13} Ander onderzoek toonde tot slot aan dat wanneer mensen nog last hebben van slaapproblemen, na afloop van een effectieve depressiebehandeling, de kans op terugval groter is.¹⁴

Hoewel deze studies inzicht geven in het belang van goede slaap bij angst- en stemmingsstoornissen, kampen ze met diverse beperkingen. Zo worden in eerder onderzoek slaapproblemen niet altijd met een gevalideerde vragenlijst gemeten, of worden heel specifieke of kleine populaties onderzocht.¹⁵ Ook heeft men in sommige studies niet gecontroleerd voor variabelen die invloed kunnen hebben op de relatie tussen slaapproblemen en angst- en stemmingsstoornissen zoals het hebben van somatische ziektes, overmatig alcoholgebruik, andere psychische aandoeningen en het gebruik van medicatie.^{11,15,10} Bovendien blijkt dat het meeste onderzoek gericht is op de relatie tussen slaapproblemen en stemmingsstoornissen, en in mindere mate op die tussen slaapproblemen en angststoornissen, en dat men vooral kijkt naar de relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan van psychische aandoeningen en minder naar het persisteren en terugval van deze stoornissen.

Huidige onderzoek

Voortbordurend op deze eerdere onderzoeken en hun tekortkomingen, hebben wij met ons onderzoek als doel de relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan, de terugval en de persistentie van zowel angst- als stemmingsstoornissen te onderzoeken. We gebruiken data van de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (NEMESIS-2), een longitudinaal onderzoek naar de psychische gezondheid van een representatieve groep volwassenen (18-64 jaar) uit de Nederlandse

bevolking.¹⁶ In deze studie worden slaapproblemen op een gestandaardiseerde manier gemeten, en kunnen we controleren voor variabelen die de relatie tussen slaapproblemen enerzijds en angst- en stemmingsstoornissen anderzijds kunnen beïnvloeden.

Onze ervaring is dat slaapproblemen vaak weinig expliciete aandacht krijgen in de klinische praktijk. Ze worden vooral gezien als een symptoom dat past bij een angst- en of stemmingsstoornis, waarbij de focus in de behandeling primair ligt op het verminderen van angst- en stemmingsklachten. We hopen met dit artikel het bewustzijn bij behandelaren te vergroten. Onze hypothese is dat slaapproblemen niet alleen een symptoom zijn, maar ook een rol spelen bij latere angst- en stemmingsproblematiek, door bij te dragen aan het ontstaan of persisteren van deze stoornissen of aan terugval erin. Meer inzicht in de rol van slaapproblemen in verschillende fasen van angst- en stemmingsstoornissen zou kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de behandeling van mensen met deze problematiek.

METHODE

Bij dit onderzoek maakten we gebruik van data uit NEMESIS-2.¹⁶ Een aselecte steekproefprocedure werd toegepast. Respondenten moesten de Nederlandse taal voldoende beheersen. De interviews werden met een laptop afgenomen, meestal bij respondenten thuis. Aan de eerste meting van november 2007 tot juli 2009 deden 6646 respondenten mee (respons: 65,1%). Respondenten weerspiegelden redelijk goed de Nederlandse bevolking, alleen de jongste leeftijdsgroep van 18-24 jaar was ondervertegenwoordigd.¹⁶ Aan de tweede meting deden 5303 respondenten mee (80,4%), aan de derde 4618 (87,8%) en aan de vierde 4007 (87,7%). Tussen opeenvolgende metingen zat gemiddeld 3 jaar. Voor dit onderzoek maakten we gebruik van de 3e en de 4e meting omdat op deze meetmomenten slaapproble-

men werden gemeten. Uitval tussen de eerste meting en de vierde meting was niet significant geassocieerd met psychische stoornissen in de 12 maanden voor de eerste meting na correctie voor sociodemografische kenmerken met uitzondering voor de bipolaire stoornis.¹⁷ Het NEMESIS-onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie Instellingen GGZ (METIGG).

Metingen

Angst- en stemmingsstoornissen

DSM-IV-classificaties van stemmingsstoornissen (depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis) en angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale-angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis) werden gesteld met het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0). Het CIDI is een volledig gestructureerd diagnostisch interview voor getrainde leken dat zowel valide en betrouwbaar is om angst- en stemmingsstoornissen vast te stellen. Het is ontwikkeld voor gebruik in het World Mental Health Survey Initiative.¹⁸ De gebruikte versie is een verbetering van de Nederlandse versie die werd gebruikt in dit wereldwijde initiatief. Hoewel het CIDI door getrainde leken wordt afgenomen, heeft eerder onderzoek in meerdere landen laten zien dat klinici met het *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) tot dezelfde classificaties komen.¹⁹

Slaapproblemen

Slaapproblemen werden gemeten met de *Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale* (IRS). Deze vragenlijst bestaat uit vijf vragen over slaap in de afgelopen maand die elk worden beantwoord op een schaal van 0-4, waarbij hogere scores duiden op ernstiger slaapproblemen.²⁰ Validatiestudies naar de IRS vonden een hoge test-herstbetrouwbaarheid en een sterk verband met andere, van actigrafie afgeleide slaappmaten.²⁰ In deze studie worden slaapproblemen gedefinieerd als een totale IRS-score ≥ 9 . Dit afkappunt wordt vaak gebruikt om ernstige slaapproblemen aan te duiden.²⁰

Potentieel versturende variabelen

Op basis van eerder onderzoek maakten we een selectie van variabelen die zowel gerelateerd zijn aan slaapproblemen als aan het ontstaan of persisteren van angst- en stemmingsstoornissen.¹⁰ Deze werden gemeten op de derde meting, behalve opleidingsniveau, dat op de eerste meting werd gemeten. Sociodemografische variabelen betroffen geslacht, leeftijd, opleiding, woonsituatie (wel of niet samenwonen met partner) en werkstatus (wel of geen betaald werk). Het aantal negatieve levensgebeurtenissen in de afgelopen 12 maanden werd uitgevraagd met de *Brugha List of Threatening Experiences*.²¹ Met een lijst met 17 chronische somatische aandoeningen werd ten minste één chronische somatische aandoening vastgesteld waarvoor medicatie of artsbezoek nodig was. Ook werd gevraagd of de deelnemers

rookten. Een stoornis in het gebruik van middelen werd gemeten met het CIDI 3.0 en bestond uit alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid. Het gebruik van psychofarmaca in de afgelopen 12 maanden bestond onder meer uit antidepressiva en benzodiazepinen, conform eerder onderzoek.²²

Statistische analyses

Op basis van aan- en afwezigheid van angst- en stemmingsstoornissen in de 12 maanden voorafgaand aan de derde meting (hierna 'baseline' genoemd), werden vier groepen gedefinieerd:

- geen angststoornis in de afgelopen 12 maanden ($n = 3771$) (**tabel 1**);
- een angststoornis in de afgelopen 12 maanden ($n = 236$) (**tabel 2**);
- geen stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden ($n = 3812$) (**tabel 3**); en
- een stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden ($n = 195$) (**tabel 4**).

In elke groep werd na drie jaar (op de vierde meting, hierna te noemen 'follow-up') het optreden van de belangrijkste uitkomstvariabelen gemeten, respectievelijk:

- het krijgen van een angststoornis;
- het persisteren van een angststoornis;
- het krijgen van een stemmingsstoornis en
- het persisteren van een stemmingsstoornis.

Het krijgen van een angststoornis (respectievelijk stemmingsstoornis) omvat zowel het voor het eerst krijgen van een angststoornis, als het opnieuw krijgen van een angststoornis (terugval).

In aanvullende (exploratieve) analyses is de relatie tussen slaapproblemen en het krijgen van een angst- of stemmingsstoornis afzonderlijk berekend voor het voor het eerst optreden van een angst- of stemmingsstoornis en voor de terugval in deze stoornis op follow-up. De groep respondenten zonder 12-maandsangststoornis (respectievelijk -stemmingsstoornis) op baseline werd daartoe op baseline verdeeld in respondenten die nooit eerder een angst- (respectievelijk stemmings)stoornis in hun leven hebben gehad en respondenten die wel eerder een angst- (respectievelijk stemmings)stoornis hebben gehad (maar niet in de afgelopen 12 maanden).

Om de relatie tussen slaapproblemen en de uitkomst te onderzoeken werden steeds twee multivariabele logistische-regressieanalyses uitgevoerd. In model 1 werd gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd, en in model 2 ook voor andere variabelen. Alle analyses werden uitgevoerd met STATA versie 16.1.²³

RESULTATEN

Ongeveer een vijfde van de mensen zonder angst- of stemmingsstoornis, en bijna de helft van de mensen met een angst- of stemmingsstoornis had last van slaapproblemen. Van de 3771 respondenten zonder angststoornis

Tabel 1. Relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan van een angststoornis na 3 jaar, bij mensen zonder een 12-maandsangststoornis op baseline (n = 3771)

	Totaal (n = 3771)		12-maandsangststoornis op vervolgmeting		
	n	% of M (SE)	% of M (SE)	Model 1 OR (95%-BI)	Model 2 OR (95%-BI)
Baselinekenmerken					
Slaapproblemen	873	23,15	40,67	2,44 (1,73-3,44)***	2,01 (1,40-2,89)***
Geslacht (V)	2058	54,57	65,33	1,40 (0,99-1,99)+	1,34 (0,93-1,93)
Leeftijd in j	3771	51,20 (0,20)	48,07 (0,96)	0,98 (0,96-0,99)***	0,97 (0,95-0,99)***
Opleidingsniveau:					
Lbo, mavo	1094	29,01	32,67		1,16 (0,75-1,80)
Mbo, havo, vwo	1192	31,61	35,33		1,07 (0,71-1,63)
Hbo, universiteit	1485	39,38	32,00		REF
Woonachtig zonder partner	978	25,93	38,67		1,40 (0,97-2,00)+
Geen betaald werk	1177	31,21	37,33		1,29 (0,85-1,96)
Aantal negatieve levensgebeurtenissen in afgelopen 12 maanden	3771	0,68 (0,01)	1,01 (0,09)		1,18 (1,00-1,40)+
Chronische somatische aandoening	1628	43,17	54,00		1,50 (1,04-2,15)*
Rokend	832	22,06	36,00		1,60 (1,10-2,33)*
Psychische aandoening in afgelopen 12 maanden					
Stemmingsstoornis	143	3,79	16,67		2,76 (1,63-4,66)***
Middelenstoornis	103	2,73	9,33		2,16 (1,11-4,20)*
Gebruik psychofarmaca	184	4,88	18,00		2,48 (1,51-4,09)***

M: gemiddelde; SE: standaardmeetfout (standard error); OR: oddsratio; 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval.

Oddsratio's werden gecorrigeerd voor de invloed van variabelen in de betreffende kolom.

Vetgedrukte cijfers: significante OR op 0,05-niveau, 2-zijdige test. +: p < 0,10; *: p < 0,05; **: p < 0,01; ***: p < 0,001.

Van de respondenten zonder stemmingsstoornis op baseline (n = 3812) bleken er 2951 (77,4%) nooit een stemmingsstoornis te hebben gehad, en 787 respondenten (20,9%) wel (tabel 1). Het hebben van slaapproblemen bleek geassocieerd met het (voor het eerst of opnieuw) krijgen van een angststoornis (OR: 2,44; 95%-BI: 1,73-3,44 in model 1). Als we corrigeerden voor alle potentiële versturende variabelen bleef dit risico bestaan (OR: 2,01; 95%-BI: 1,40-2,89 in model 2).

Uit de aanvullende analyses bleek dat bij mensen die nooit eerder een angststoornis hadden gehad (n = 2984) slaapproblemen significant geassocieerd waren met het ontstaan van een angststoornis in model 1 (OR: 1,92; 95%-BI: 1,09-3,38), maar dat deze associatie niet langer significant was in model 2 als werd gecorrigeerd voor alle versturende variabelen (OR: 1,39; 95%-BI: 0,76-2,53). Daarentegen was in de groep mensen die wel eerder een angststoornis hadden gehad (n = 787) de associatie tussen slaapproblemen en een terugval significant, ook als uitvoerig werd gecorrigeerd (model 1: OR: 2,11; 95%-BI: 1,34-3,31 en model 2: OR: 2,10; 95%-BI: 1,31-3,38). Vervolgens keken we naar de relatie tussen slaapproblemen en het persisteren van een angststoornis

(tabel 2). Er bestond een zwakke, niet significante associatie tussen slaapproblemen en het persisteren van de angststoornis (OR: 1,32; 95%-BI: 0,76-2,27 in model 1); de OR was niet meer significant bij correctie voor potentieel versturende variabelen (OR: 1,13; 95%-BI: 0,61-2,09). 861 (22,6%) wel (tabel 3). Slaapproblemen bleken sterk geassocieerd met het krijgen van een stemmingsstoornis (OR: 2,24; 95%-BI: 1,59-3,14 in model 1). De associatie werd zwakker, maar bleef significant aanwezig als gecorrigeerd werd in model 2 (OR: 1,80; 95%-BI: 1,26-2,56). Uit de aanvullende exploratieve analyses bleek dat dit gold voor het voor het eerst ontstaan van een stemmingsstoornis (n = 2951; OR: 2,47; 95%-BI: 1,46-4,16 in model 1 en OR: 2,18; 95%-BI: 1,27-3,74) in model 2). Voor respondenten die wel eerder een stemmingsstoornis hadden gehad (en voor wie het ontstaan van een stemmingsstoornis dus feitelijk een terugval betekende) (n = 861) werd eveneens een significant verband gevonden (OR: 1,72; 95%-BI: 1,09-2,72 in model 1), maar dit was net niet meer significant na correctie voor potentieel versturende variabelen (OR: 1,61; 95%-BI: 1,00-2,61). Als laatste keken we naar relatie tussen slaapproblemen en het persisteren van een stemmingsstoornis (tabel 4).

Tabel 2. Relatie tussen slaapproblemen en het aanhouden van een angststoornis na 3 jaar, bij mensen met een 12-maandsangststoornis op baseline (n = 236)

	Totaal (n = 236)		12-maands angststoornis op vervolgmeting		
	n	% of M (SE)	% of M (SE)	Model 1 OR (95%-BI)	Model 2 OR (95%-BI)
Baselinekenmerken					
Slaapproblemen	111	47,03	51,25	1,32 (0,76- 2,27)	1,13 (0,61-2,09)
Geslacht (v)	168	71,19	71,25	0,99 (0,55-1,80)	0,90 (0,47- 1,70)
Leeftijd in j	236	48,38 (0,78)	47,50 (1,31)	0,99 (0,97- 1,01)	0,98 (0,95- 1,00)
Opleidingsniveau					
Lbo, mavo	82	34,75	42,50		1,80 (0,86- 3,79)
Mbo, havo, vwo	82	34,75	32,50		1,11 (0,53- 2,32)
Hbo, universiteit	72	30,51	25,00		REF
Woonachtig zonder partner	98	41,53	45,00		1,10 (0,61-1,98)
Geen betaald werk	100	42,37	50,00		1,73 (0,90-3,30)*
Aantal negatieve levensgebeurtenissen in afgelopen 12 maanden	236	1,06 (0,07)	1,19 (0,13)		1,14 (0,88-1,48)
Chronische somatische aandoening	131	55,51	57,50		1,02 (0,53-1,95)
Rokend	74	31,36	32,50		0,84 (0,43-1,63)
Psychische aandoening in afgelopen 12 maanden					
Stemmingsstoornis	52	22,03	26,25		1,20 (0,58-2,50)
Middelenstoornis	15	6,36	10,00		2,19 (0,70-6,88)
Gebruik psychofarmaca	63	26,69	27,50		0,79 (0,39-1,58)

Uitleg afkortingen en noten: zie **tabel 1**.

Het verband tussen slaapproblemen en het persisteren van een stemmingsstoornis was sterk en significant (OR: 2,81; 95%-BI: 1,48-5,34), ook na correctie van mogelijke versturende variabelen (OR: 2,51; 95%-BI: 1,17-5,37).

DISCUSSIE

Met het beschreven onderzoek beogen wij bij te dragen aan de literatuur door de longitudinale relatie van slaapproblemen met zowel angst- als stemmingsstoornissen te onderzoeken. We hanteerden een relatief strenge norm voor slaapproblemen (IRS-score ≥ 9).²⁰ Uit de resultaten bleek dat slaapproblemen desondanks frequent voorkomen.

Slaapproblemen bleken geassocieerd met zowel angst- als stemmingsstoornissen, maar het verband bleek niet even sterk voor elke fase van deze stoornissen.

Slaapproblemen waren geassocieerd met het ontstaan van een angststoornis, maar deze relatie werd vooral gedreven door die tussen slaapproblemen en terugval in angstklachten. Er is dus geen significant verband tussen slaapproblemen en het voor het éérst ontstaan van angststoornissen. Dit verwachtten wij niet op grond van de bevindingen bij de depressieve stoornis, een syste-

matische review en meta-analyse,¹⁰ en het feit dat slaap van belang is bij adequate emotieregulatie. Wij vonden aanvankelijk wel een significant verband, maar dit verdween toen we rekening hielden met de versturende factoren. Ook het ontbreken van een relatie tussen slaapproblemen en het persisteren van een angststoornis verbaasde ons, vooral omdat deze relatie bij de stemmingsstoornissen wel evident was.

De relatie tussen slaapproblemen en de diverse fasen van een stemmingsstoornis vertoonde een ander patroon dan die bij angststoornissen: er was een significante relatie tussen slaapproblemen en het voor het eerst ontstaan van een stemmingsstoornis; het verband met terugval in een stemmingsstoornis was nét niet significant (OR: 1,61; 95%-BI: 1,00-2,61) als rekening werd gehouden met versturende variabelen. De relatie tussen slaapproblemen en het persisteren van stemmingsstoornissen was daarentegen evident, ook na correctie voor diverse mogelijk versturende variabelen. Hoewel eerder wel een verband werd gevonden tussen slaapproblemen en terugval in de depressieve stoornis, was dit in het huidige onderzoek dus net niet meer het geval.¹⁴ Mogelijk speelt ook hier de mate van corrigeren voor versturende variabelen een rol in deze discrepanties.

Tabel 3. Relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan van een stemmingsstoornis na 3 jaar, bij mensen zonder een 12-maandsstemmingsstoornis op baseline (n = 3812)

	Totaal (n = 3812)		12-maandsstemmingsstoornis op vervolgmeting		
	n	% of M (SE)	% of M (SE)	Model 1 OR (95%-BI)	Model 2 OR (95%-BI)
Baselinekenmerken					
Slaapproblemen	892	23,40	37,74	2,24 (1,59- 3,14)***	1,80 (1,26-2,56)**
Geslacht (V)	2097	55,01	61,01	1,15 (0,82-1,60)	1,06 (0,75-1,49)
Leeftijd in j	3812	51,17 (0,20)	46,57 (0,95)	0,97 (0,95- 0,98)***	0,96 (0,94-0,97)***
Opleidingsniveau					
Lbo, mavo	1112	29,17	27,04		0,90 (0,58-1,39)
Mbo, havo, vwo	1207	31,66	37,11		0,99 (0,67-1,46)
Hbo, universiteit	1493	39,17	35,85		REF
Wonen zonder partner	989	25,94	37,11		1,47 (1,04-2,08)*
Geen betaald werk	1200	31,48	33,33		1,26 (0,84-1,90)
Aantal negatieve levensgebeurtenissen in afgelopen 12 maanden	3812	0,67 (0,01)	0,92 (0,08)		1,21 (1,02-1,43)*
Chronische somatische aandoening	1652	43,34	53,46		1,66 (1,17-2,36)**
Rokend	823	21,59	26,42		1,06 (0,72-1,56)
Psychische aandoening in afgelopen 12 maanden					
Angststoornis	184	4,83	11,32		1,38 (0,79-2,42)
Middelenstoornis	102	2,68	6,92		1,49 (0,73-3,04)
Gebruik psychofarmaca	175	4,59	16,98		3,17 (1,94- 5,19)***

Uitleg afkortingen en noten: zie **tabel 1**.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het is uitgevoerd onder de Nederlandse bevolking, en dat er op meerdere momenten is gemeten. We maakten voor dit artikel gebruik van een 3-jarige vervolgmeting. Ook is er gebruikgemaakt van betrouwbare en valide diagnostische instrumenten. Bovendien werd in dit onderzoek niet alleen gekeken naar de relatie tussen slaapproblemen en angst- en stemmingsstoornissen, maar ook naar de diverse fasen van het ziekteproces. Ook hebben we gecorrigeerd voor zo veel mogelijk versturende variabelen, waardoor zo realistisch mogelijke verbanden zijn gerapporteerd.

Door gebruik te maken van longitudinaal onderzoek en te corrigeren voor versturende variabelen voldoen we weliswaar aan belangrijke voorwaarden voor het aantonen van oorzakelijkheid, maar we kunnen niet met zekerheid van een oorzakelijke relatie spreken.

Een andere beperking van het onderzoek is dat de groep respondenten met een angst- of stemmingsstoornis relatief klein was, waardoor bevindingen over de persistentie van angst- of stemmingsstoornissen minder robuust zijn. Ook konden we vanwege het aantal respondenten niet kijken naar de relatie tussen slaapproblemen en

specifieke angst- en stemmingsstoornissen. Het verband tussen slaapproblemen en sommige specifieke stoornissen zou daarom sterker kunnen zijn dan de hier gerapporteerde verbanden op groepsniveau.

Een laatste beperking is dat meer informatie over doseringen en indicaties van gebruik van psychofarmaca niet beschikbaar was.

CONCLUSIE EN IMPLICATIES

Slaapproblemen komen veelvuldig voor bij mensen zonder, en zeker bij mensen met angst- of stemmingsstoornissen. Ze zijn met bestaande instrumenten goed in kaart te brengen. Bovendien bestaan er laagdrempelige interventies voor slaapproblemen, zoals de onlinebehandelmodule 'I-sleep', die zowel in de huisartsenpraktijk als in de (specialistische) ggz toepasbaar is.²⁴ Van interventies voor slaapproblemen zijn effecten op slaapverbetering en kwaliteit van leven aangetoond.²⁵

Het hier gerapporteerde onderzoek toont het bestaan van (sterke) relaties tussen slaapproblemen en angst- en stemmingsproblematiek na 3 jaar. Het vaststellen van slaapproblemen door huisarts of ggz-behandelaar kan

Tabel 4. Relatie tussen slaapproblemen en het aanhouden van een stemmingsstoornis na 3 jaar, bij mensen met een 12-maandsstemmingsstoornis op baseline (n = 195)

	Totaal (n = 195)		12-maandsstemmingsstoornis op vervolgmeting		
	n	% of M (SE)	% of M (SE)	Model 1 OR (95%-BI)	Model 2 OR (95%-BI)
Baselinekenmerken					
Ernstige slaapproblemen	92	47,18	64,52	2,81 (1,48, 5,34)**	2,51 (1,17-5,37)*
Geslacht (v)	129	66,15	64,52	0,75 (0,39-1,46)	0,76 (0,35-1,65)
Leeftijd in j	195	48,38 (0,80)	50,15 (1,40)	1,01 (0,99- 1,04)	1,00 (0,97-1,03)
Opleidingsniveau					
Lbo, mavo	64	32,82	40,32		0,63 (0,27-1,48)
Mbo, havo, vwo	67	34,36	24,19		0,34 (0,14-0,83)*
Hbo, universiteit	64	32,82	35,48		REF
Leven zonder partner	87	44,62	54,84		1,58 (0,77-3,23)
Geen betaald werk	77	39,49	56,45		2,09 (0,97-4,48)+
Aantal negatieve levensgebeurtenissen in afgelopen 12 maanden	195	1,34 (0,09)	1,44 (0,15)		1,00 (0,75-1,33)
Chronische somatische aandoening	107	54,87	69,35		1,80 (0,84-3,85)
Rokend	83	42,56	46,77		1,42 (0,65-3,11)
Psychische aandoening in afgelopen 12 maanden					
Angststoornis	52	26,67	33,87		1,00 (0,45-2,19)
Middelenstoornis	16	8,21	11,29		1,53 (0,46-5,14)
Gebruik psychofarmaca	72	36,92	46,77		1,81 (0,88-3,74)

Uitleg afkortingen en noten: zie **tabel 1**.

helpen om mensen met een verhoogd risico op ontstaan, persistentie of terugval te identificeren, en verdient daarom aandacht in intakes, behandelbeoordelingen en terugvalpreventieplannen.

Omdat betere slaap leidt tot een beter herstel van dagelijkse stress, is het goed voorstelbaar dat de gerapporteerde verbanden een oorzakelijk karakter hebben.²⁶

In dat geval zou behandeling van slaap kunnen leiden tot positieve effecten. Onderzoeksbevindingen over het effect van cognitieve gedragstherapie voor slaapproblemen op afname van depressieve symptomen zijn positief.²⁷ Deze effecten zijn meer dan welkom omdat angst- en stemmingsstoornissen gepaard gaan met veel ziektelast, en omdat veel mensen ondanks behandeling kampen met langdurige klachten of terugval.

Verder onderzoek moet aantonen in hoeverre slaapinterventies inderdaad bijdragen aan verminderen van het ontstaan van deze stoornissen, en aan een beter en duurzaam herstel.

LITERATUUR

- Ohayon M. M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 97-111.
- Kocevska D, Lysen T. S., Dotinga A, e.a. Sleep characteristics across the lifespan in 1.1 million people from the Netherlands, United Kingdom and United States: a systematic review and meta-analysis. *Nat Hum Behav* 2021; 5: 113-22.
- Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, e.a. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev* 2010; 14: 19-31.

- Riemann D, Nissen C, Palagini L, e.a. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol* 2015; 14: 547-58.
- Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, e.a. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 215-45.
- Harvey AG. Identifying safety behaviors in insomnia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 16-21.
- Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, e.a. Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep Med Rev* 2010; 14: 227-38.
- Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: bidirectional links and underlying mechanisms. *Int J Psychophysiol* 2013; 89: 218-28.
- Baglioni C, Nanovska S, Regen W, e.a. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull* 2016; 142: 969.
- Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, e.a. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2019; 43: 96-105.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, e.a. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect* 2011; 135: 10-9.
- Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, e.a. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep* 2008; 31: 481-8.
- Troxel WM, Kupfer DJ, Reynolds CF III, e.a. Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 9153.
- Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10: 473-81.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.