

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie

Een literatuuroverzicht

TANJA SEETSEN & MAARTEN MERKX

Samenvatting

Vermoeidheid als gevolg van insomnie is een veelgenoemde klacht bij verschillende veelvoorkomende psychische stoornissen. Deze klacht verhoogt de complexiteit van de behandeling en vermindert het effect ervan op de primaire stoornis. Tot op heden wordt insomnie meestal behandeld met farmacotherapie. In dit artikel wordt een systematisch literatuuroverzicht gegeven van farmacotherapie alsmede psychologische behandeling middels cognitieve gedragstherapie bij insomnie (CGT-i) als mogelijke behandelvorm van secundaire insomnie. Studies gepubliceerd tussen januari 2014 en december 2020 zijn meegenomen. Uit dit systematische literatuuroverzicht komt naar voren dat niet farmacotherapie, maar CGT-i de eerstekeuzebehandeling is voor secundaire insomnie. Vervolgens wordt een overzicht gepresenteerd van de effectiviteit van CGT-i bij verschillende veelvoorkomende psychische stoornissen. CGT-i bij secundaire insomnie lijkt effectief bij comorbide depressieve stoornis en PTSS. Hoewel bij angststoornissen en de somatisch-symptoomstoornis veelbelovende resultaten worden gezien, zijn er slechts beperkte studies over beschikbaar. Over de obsessieve-compulsieve stoornis zijn tot op heden geen studies bekend. Toekomstig onderzoek wordt dan ook ten zeerste aanbevolen.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie voor comorbide insomnie, secundaire insomnie, farmacologische behandeling, veelvoorkomende psychische stoornissen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ CGT-i is de eerstekeuzebehandeling voor secundaire insomnie, niet farmacotherapie. Op korte termijn zijn farmacotherapie en CGT-i beide effectief bij behandeling van secundaire insomnie, maar de kans op terugval is na CGT-i kleiner bij secundaire insomnie.
- ▶ CGT-i is bewezen effectief bij comorbide depressieve stoornis en PTSS.
- ▶ De ggz kan doeltreffender behandelen door secundaire insomnie apart te behandelen middels CGT-i.

INLEIDING

.....

Bijna alle volwassenen kampen weleens met een periode van slecht slapen in het leven. Wanneer problemen met slapen aanhouden, wordt gesproken van een slaapstoornis. Er bestaat een toenemende interesse in de behandeling van slaapstoornissen. De DSM-5 beschrijft een groot aantal verschillende slaapstoornissen, waaronder de insomniestoornis (APA, 2014). De prevalentie van insomnie in de algemene bevolking is in Nederland 8,3% (Kerkhof, 2017). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen primaire insomnie en secundaire insomnie. Primaire insomnie betekent dat er geen andere aandoening aanwezig is die de insomnie veroorzaakt. Secundaire insomnie wordt verondersteld veroorzaakt te zijn door een andere psychische of medische aandoening (APA, 2014). In dit artikel zal de focus liggen op de behandeling van secundaire insomnie bij de volgende veelvoorkomende psychische stoornissen: angststoornissen, depressieve stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische-stressstoornis (PTSS) (NICE, 2011) en de somatisch-symptoomstoornis. De somatisch-symptoomstoornis hebben we hieraan toegevoegd, omdat insomnie een belangrijk symptoom is bij deze stoornis is (APA, 2014).

(Protocollaire) behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen middels cognitieve gedragstherapie leidt bij 87% van de patiënten niet tot remissie van secundaire insomnie (Wu et al., 2015). Secundaire insomnie verhoogt de complexiteit van de behandeling (Morin et al., 2016). Insomnie als restklacht na behandeling van de comorbide psychische stoornis verhoogt de kans op terugval en suïcide (Morin et al., 2016). Ook stijgt het aantal hulpvragen gerelateerd aan insomnie (Kerkhof, 2017). We weten steeds meer over de schadelijke impact van onvoldoende en verstoorde slaap op de menselijke gezondheid en ziekte (zie bijvoorbeeld: Parthasarathy et al., 2015; Wu et al., 2015).

In een reviewartikel van Lancee en van Straten (2017) wordt beschreven dat secundaire insomnie op dit moment meestal wordt behandeld met farmacotherapie. Daarnaast is er een veelbelovende behandeling van secundaire insomnie CGT-i, een cognitief-gedragstherapeutische behande-

ling voor insomnie (Lancee & van Straten, 2017). Hoewel CGT-i in eerste instantie ontwikkeld is voor behandeling van primaire insomnie, worden er in de wetenschappelijke literatuur enkele artikelen gezien die succesvolle behandeling van secundaire insomnie middels CGT-i beschrijven (Kerkhof, 2017; Wu et al., 2015). In dit artikel geven we een overzicht van de behandel-mogelijkheden van secundaire insomnie middels farmacotherapie en CGT-i. Vervolgens presenteren we een overzicht van de studies die de effectiviteit van CGT-i onderzoeken bij secundaire insomnie bij de volgende veelvoor-komende psychische stoornissen: angststoornissen, depressieve stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, PTSS en de somatisch-symptoomstoornis.

METHODE

.....

Er is systematisch gezocht naar recente studies in Pubmed en GoogleScholar (januari 2014 tot december 2020). De volgende Engelstalige zoektermen zijn gebruikt:

- ▶ *insomnia* EN (*treatment* OF *pharmacological treatment* OF *psychological treatment*);
- ▶ (*comorbid insomnia* OF *secondary insomnia*) EN (*treatment* OF *pharmacological treatment* OF *psychological treatment*) NIET *primary*;
- ▶ *CBT-I* EN (*anxiety* OF *depressive disorder* OF *OCD* OF *PTSD* OF *somatic symptom disorder*).

De volgende Nederlandstalige zoektermen zijn gebruikt:

- ▶ *insomnie* EN (*behandeling* OF *farmacologische behandeling* OF *psychologische behandeling*);
- ▶ (*comorbide insomnie* OF *secundaire insomnie*) EN (*behandeling* OF *farmacologische behandeling* OF *psychologische behandeling*) NIET *primaire*;
- ▶ *CGT-i* EN (*angst* OF *depressieve stoornis* OF *OCS* OF *PTSS* OF *somatisch-symptoomstoornis*).

Verder zijn de geciteerde meta-analyses en reviewartikelen gescreend voor relevante publicaties. Eenmaal hebben wij ervoor gekozen om een studie van vóór 2014 op te nemen in het literatuuroverzicht, en wel omdat uit de systematische zoektocht geen andere literatuur over het betreffende onderwerp tussen 2014 en 2020 voorhanden bleek, zover bij ons bekend.

FARMACOTHERAPIE

.....

Over het algemeen worden bij cliënten met insomnie benzodiazepines voorgeschreven, dan wel benzodiazepine-receptoragonisten (Z-drugs, zoals zolpidem, zopiclon en zaleplon), melatonine, valeriana, antidepressiva of antipsychotica (Lancee & van Straten, 2017). In richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) worden verschillende meta-analyses beschreven die de effectiviteit van benzodiazepines en benzodiazepine-receptoragonisten op korte termijn bevestigen (Gorgels et al., 2014). De effectiviteit van melatonine, valeriana, antidepressiva en antipsychotica bij behandeling van insomnie wordt niet aangetoond (Gorgels et al., 2014). Alhoewel sommige slaapmedicatie dus een goed effect heeft op de korte termijn, is slaapmedicatie op de lange termijn niet bewezen effectief (Lancee & van Straten, 2017). Daarnaast zorgt het langdurig gebruik van benzodiazepines dan wel benzodiazepine-receptoragonisten voor een aantasting van de slaapkwaliteit en brengt het langdurig gebruik van deze slaapmedicatie het risico van verslaving met zich mee (Manconi et al., 2017).

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

.....

CGT-i bestaat uit een combinatie van interventies. Hierbij kan gedacht worden aan psycho-educatie, gedragsinterventies (slaaphygiëne, ontspanning, slaaprestrictie, stimuluscontrole) en cognitieve interventies (identificeren en uitdagen van disfunctionele gedachten over slaap) (Lancee & van Straten, 2017). Het gevolg van de behandeling is dat cliënten sneller in slaap vallen en 's nachts minder vaak wakker worden. Over het algemeen verbetert de totale slaapduur slechts bescheiden. In een recente meta-analyse en een reviewartikel wordt beschreven dat cliënten vaak rapporteren dat de insomnie minder ernstig is geworden, omdat er meer sprake is van aaneengesloten slaap en dat de kwaliteit van de slaap beduidend is toegenomen (Lancee & van Straten, 2017; van Straten et al., 2018). Omdat CGT-i via face-to-facebehandeling veel tijd en expertise kost, is de effectiviteit van CGT-i via andere wegen herhaaldelijk onderzocht. Uit onderzoek tot op heden bekend blijkt echter dat face-to-facebehandeling noodzakelijk is voor de bewezen effectiviteit van CGT-i (Gupta et al., 2017; van Straten et al., 2018). Face-to-facebehandeling met CGT-i dient uit minimaal vier sessies te bestaan (van Straten et al., 2018).

Naar aanleiding van deze positieve resultaten staat inmiddels in de klinische richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (Gorgels et al., 2014), maar ook in de internationale richtlijnen (Gupta et al., 2017; Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017; Sateia et al., 2017), dat face-to-face CGT-i de eerstekeuzebehandeling is bij insomnie. Onderzoek laat herhaal-

delijk zien dat CGT-i op de korte termijn even effectief is als medicatie bij het verbeteren van slaap en dat het op de lange termijn zelfs betere effecten laat zien (zie bijvoorbeeld: Gupta et al., 2017; Lancee & van Straten, 2017). Ook is de kans op terugval kleiner bij CGT-i dan bij gebruik van farmacotherapie (Gupta et al., 2017). Een recente studie laat toegevoegde waarde van farmacotherapie zien, nadat cliënten een CGT-i-behandeling volgden (Morin et al., 2020). Hoewel de resultaten van de meeste meta-analyses zich beperken tot behandeling van primaire insomnie (zie bijvoorbeeld: Gupta et al., 2017; Lancee & van Straten, 2017; Morin et al., 2020; Trauer et al., 2015; van Straten et al., 2018), worden deze resultaten ook gevonden bij meta-analyses die zich richten op behandeling van secundaire insomnie (bijvoorbeeld: Geiger-Brown et al., 2015; Lancee & van Straten, 2017; van Straten et al., 2018).

CGT-i bij angststoornissen

Er zijn tot op heden geen studies bekend naar de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie bij cliënten met angststoornissen. Er is wel onderzoek naar de (bij)effecten van CGT voor angststoornissen op slaap. Een kleine studie van Ramsawh en collega's (2016) vond dat behandeling middels (protocollaire) cognitieve gedragstherapie gericht op angstklachten voor cliënten met een paniekstoornis (N = 26) en bij cliënten met GAS (N = 24) tot verbetering in kwaliteit van slaap leidde. Verder werd bij beide stoornissen gevonden dat slechte kwaliteit van slaap bij aanvang van de behandeling geassocieerd is met slechte uitkomsten van de behandeling. Op basis van deze resultaten adviseren Ramsawh en collega's (2016) een interventie gericht op het verbeteren van slaap in te zetten bij cliënten met angststoornissen die kampen met slaapproblemen, alvorens te starten met (protocollaire) cognitieve gedragstherapie gericht op de angststoornis.

CGT-i bij depressieve stoornis

Er zijn verschillende meta-analyses bekend die de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie beschrijven bij cliënten met een depressieve stoornis. In dit artikel worden de twee recentste reviewartikelen beschreven, alsmede een ouder reviewartikel waarin expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen behandeling van insomnie en overige slaapproblemen evenals CGT-i behandeling bij cliënten die medicatie voor de depressieve klachten gebruiken. Gerandomiseerde studies (RCT's) worden in dit overzicht niet apart besproken omdat deze, zover bij ons bekend, reeds zijn opgenomen in de reviewartikelen. De twee recentste review-artikelen – van Cunningham en Shapiro (2018), en van Ballesio en collega's (2018) – beschrijven CGT-i als een veelbelovende behandeling voor cliënten met een depressieve stoornis en secundaire insomnie. In het artikel van Cunningham en Shapiro (2018) zijn 20 studies opgenomen, in het artikel van Ballesio en collega's (2018) zijn

47 studies opgenomen. Kanttekening bij het artikel van Balesio en collega's (2018) is dat er aanzienlijke heterogeniteit tussen de uitkomsten van de verschillende opgenomen studies werd gevonden, die de auteurs niet konden verklaren. Cunningham en Shapiro (2018) pleiten voor verder onderzoek naar de aard van de gevonden effecten om meer zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen. In het reviewartikel van Wichniak en collega's (2017) pleiten de auteurs ervoor om insomnie en andere slaapproblemen apart te behandelen bij een comorbide depressieve stoornis. Insomnie zou behandeld moeten worden met CGT-i, zeker wanneer cliënten medicatie gebruiken tijdens de behandeling. In totaal worden 46 artikelen beschreven. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat CGT-i effectief lijkt bij behandeling van secundaire insomnie en een comorbide depressieve stoornis.

CGT-i bij obsessieve-compulsieve stoornis

.....

Er zijn tot op heden geen studies bekend naar de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie bij cliënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cliënten met OCS geen slaapproblemen rapporteren, waardoor er geen noodzaak is voor behandeling (Smith et al., 2005).

CGT-i bij PTSS

.....

Uit een meta-analyse van gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep (RCT's) (Ho et al., 2016) blijkt dat CGT-i effectief is bij behandeling van insomnie bij cliënten met PTSS. Deze meta-analyse omvat 11 RCT's die CGT-i vergelijken met een wachtlijstcontrolegroep. Er worden grote effecten gezien wat betreft de tijd die het duurt alvorens cliënten in slaap vallen, de tijd dat ze 's nachts wakker liggen en hun slaapefficiëntie. Daarnaast beschrijft dit artikel dat insomnie niet alleen een *symptoom* van PTSS is, maar ook een *risicofactor* voor het ontwikkelen van PTSS. De auteurs adviseren verder onderzoek naar de effectiviteit van CGT-i bij behandeling van cliënten met secundaire insomnie en PTSS. Ondanks het lage aantal gepubliceerde studies (11), zijn de bevindingen redelijk robuust.

CGT-i bij somatisch-symptoomstoornis

.....

Zover ons bekend zijn er tot op heden geen studies gepubliceerd naar de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie bij cliënten met een somatisch-symptoomstoornis. Er is een studie bekend die de effectiviteit van CGT-i bij chronischevermoeidheidsklachten onderzoekt (Gotts et al., 2016). In de studie van Gotts en collega's (2016) ontvingen 16 cliënten met een somatisch-symptoomstoornis CGT-i bestaande uit zes sessies. Van de zeven cliënten

die de CGT-i behandeling volledig doorlopen, rapporteren vijf cliënten verbetering (eerder in slaap vallen, minder vaak 's nachts wakker worden) op basis van zelfrapportage-instrumenten. Ook de chronische vermoeidheid neemt af bij deze cliënten. Kanttekeningen bij dit onderzoek zijn de lage steekproefgrootte, de evaluatie op basis van zelfrapportage en het feit dat de deelnemende cliënten niet gerandomiseerd zijn.

CONCLUSIE

.....

Er kan geconcludeerd worden dat face-to-face-CGT-i bij zowel primaire als secundaire insomnie bewezen effectief is. Als gevolg van CGT-i vallen cliënten sneller in slaap, worden zij over het algemeen minder vaak wakker en rapporteren zij dat de kwaliteit van hun slaap beduidend is toegenomen. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat de kans op terugval kleiner is bij CGT-i dan bij gebruik van farmacotherapie.

Het bespreken van de verschillende studies naar het effect van CGT-i bij secundaire insomnie geeft een goed overzicht van de huidige stand van zaken. Bij de depressieve stoornis en de posttraumatische-stressstoornis wordt de effectiviteit van CGT-i bij het verminderen van secundaire insomnie herhaaldelijk beschreven. Op het gebied van angststoornissen wordt een ingang beschreven voor de mogelijke effectiviteit van CGT-i middels één RCT. Bij het chronischvermoeidheidssyndroom (CVS) wordt één studie gevonden die de effectiviteit van CGT-i bij de betreffende stoornis onderschrijft. De effectiviteit van CGT-i bij behandeling van OCS kan niet worden aangetoond, omdat er geen studies naar zijn gedaan. Eerder onderzoek geeft aan dat de behoefte bij OCS minder aan de orde zou zijn, omdat OCS minder vaak gepaard gaat met insomnie.

De ggz heeft behoefte aan behandelopties bij de veelvoorkomende slaapproblemen insomnie, ook als er sprake is van een comorbide psychische stoornis. Secundaire insomnie bemoeilijkt de behandeling, terwijl behandeling van uitsluitend de comorbide stoornis vaak niet leidt tot afname van de insomnie. Uit de studies die zijn uitgevoerd in combinatie met de huidige richtlijnen wordt duidelijk dat CGT-i de eerstekeuzebehandeling is bij zowel primaire insomnie als secundaire insomnie wanneer het gaat om een comorbide depressieve stoornis dan wel PTSS. De ggz kan een doeltreffender aanpak hanteren door secundaire insomnie apart te behandelen middels CGT-i. Of CGT-i een effectieve behandeloptie kan zijn bij andere veelvoorkomende psychische stoornissen, zoals angststoornissen en de somatisch-symptoomstoornis, is gezien de eerste voorzichtige positieve resultaten tot nu toe, in combinatie met de vraag vanuit de klinische praktijk, waardevol om te beantwoorden in toekomstig onderzoek.

Tanja Seetsen en Maarten Merckx zijn verbonden aan HSK Groep BV. *Correspondentieadres:* Tanja Seetsen, HSK Groep BV, Polanerbaan 3, 3447 GN Woerden. Telefoon: +31(0)881155845. E-mail: t.seetsen@hsk.nl.

Summary *Effectiveness of CBT-i in secondary insomnia: A literature overview*

Fatigue as a consequence of insomnia is an often-described complaint within common mental health disorders. Insomnia is usually treated with pharmacotherapy. The search of this study was restricted between January 2014 and December 2020. First, the current study aims to present a systematic literature overview regarding a selection of treatment possibilities of comorbid insomnia, namely: pharmacological treatment and psychological treatment (cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I). Second, the study aims to present a systematic literature overview of the efficacy of CBT-I for comorbid insomnia, considering different common mental health disorders.

First, it appears that CBT-I is the most effective treatment for comorbid insomnia, not pharmacological treatment. Second, CBT-I appears to be effective for patients with comorbid depressive disorder and PTSD. Furthermore, from the small number of studies available, CBT-I appears to be efficacious for patients with comorbid anxiety disorders and somatic-symptom disorder. Despite the promising results, large-scale studies with more rigorous designs are needed to improve the quality of evidence. No studies were available that examined the effect of CBT-I and comorbid obsessive-compulsive disorder.

Keywords *cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I), comorbid insomnia, secondary insomnia, pharmacological treatment, common mental disorders*

Literatuur

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.

Ballesio, A., Aquino, M. R. J. V., Feige, B., Johann, A. F., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2018). The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 37, 114-129.

Cunningham, J. E. A., & Shapiro, C. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-i) to treat de-

pression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 106, 1-12.

Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D., & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 54-67.

Gorgels, W., Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. J., Smelt, A., Damen-van Beek, Z., Bouma, M., Verduijn, M. M., & van Venrooij, M. (2014). *NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen*. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen#volledige-tekst-begrippen>

Gotts, Z., Deary, V., Newton, J. L., & Jason, E. (2016). Treatment of insomnia reduces fatigue in chronic fatigue syndrome in those able to comply

- with the intervention. *Journal of Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 4, 208-2016.
- Gupta, R., Das, S., Gujar, K., Mishra, K. K., Gaur, N., & Majid, A. (2017). Clinical practice guidelines for sleep disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, S116-A138.
- Ho, F. Y., Chan, C. S., & Tang, K. N. (2016). Cognitive-behavioural therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychological Review*, 43, 90-102.
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in the Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-230.
- Lancee, J., & van Straten, A. (2017). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie via het internet: Een overzichtartikel. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 50, 236-257.
- Manconi, M., Ferri, R., Miano, S., Maestri, M., Bottasini, V., Zucconi, M., & Ferini-Strambi, L. (2017). Sleep architecture in insomniacs with severe benzodiazepine abuse. *Clinical Neurophysiology*, 128, 875-881.
- Morin, C. M., Edinger, J. D., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., Krystal, A. D., Guay, B., Bélanger, L., Cartwright, A., Simmons, B., Lamy, M., & Busby, M. (2020). Effectiveness of sequential psychological and medication therapies for insomnia disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77, 1107-1115.
- Morin, C. M., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Buysse, D. J., Beaulieu-Bonneau, S., & Ivers, H. (2016). Sequential psychological and pharmacological therapies for comorbid and primary insomnia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 118.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). Common mental health problems: Identification and pathways to care. *Clinical Guideline, CG123*.
- Parthasarathy, S., Vasquez, M. M., Halonen, M., Bootzin, R., Quan, S. F., Martinez, F. D., & Guerra, S. (2015). Persistent insomnia is associated with mortality risk. *American Journal of Medicine*, 128, 268-272.
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forciea, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125-133.
- Ramsawh, H. J., Bomyea, J., Stein, M. B., Cissell, S. H., & Lang, A. J. (2016). Sleep quality improvement during cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 14, 267-278.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26, 675-700.
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13, 307-349.
- Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 559-592.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 163, 191-204.

- van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3-16.
- Wichniak, A., Wierzbicka, A., Walecka, M., & Jernajczyk, W. (2017). Effects of antidepressants on sleep. *Current Psychiatry Reports*, 19, 63.
- Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions. *JAMA International Medicine*, 175, 1461-1472.