
MAAR IK SLAAP ZONDER MEDICATIE

Interventies en methodieken voor slaapstoornissen bij depressieve volwassen cliënten, zodat medicatie overbodig is

Christian Vereecken, is tweeëntwintig jaar werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Zij is per 1 oktober 2006 gestart als SPV i.o bij het regionaal geestelijk gezondheidscentrum (RGC) Zeeuws Vlaanderen, op het ambulante gedeelte van de afdeling volwassenen zorg. Voordien was ze werkzaam op het klinische gedeelte van het RGC. Daarnaast werkte zij één dag per week als psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) verpleegkundige.

Met dank aan Frits Bovenberg. Frits is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en momenteel werkzaam als zelfstandig organisatieadviseur en trainer in Vlaardingen. Daarnaast is hij docent bemoezorg, evidence based practices (EBP) en kwaliteit en innovatie aan de SPV-opleiding van Avans+, te Breda.

Inleiding

Tijdens mijn werk als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in opleiding, kom ik regelmatig in aanraking met cliënten die klachten ervaren rondom slapeloosheid. Wat mij bij deze cliënten op valt, is dat zij veel slaapmedicatie gebruiken. Zodra ze klachten rondom het slapen ontwikkelen, vragen de cliënten om slaapmedicatie. De indruk bestaat dat zowel hulpverleners als cliënten geneigd zijn (slaap)medicatie als oplossing te zien voor slaapproblemen. Andere interventies of methoden om de slapeloosheid te herstellen worden niet, of nauwelijks, overwogen. Door gebruik van slaapmedicatie loopt de cliënt het risico hiervan afhankelijk te worden. 'Slaap is een normale periodieke optredende toestand van rust van het organisme, die gepaard gaat met een verlaging van het bewustzijn en als gevolg daarvan een afgesloten zijn van de buitenwereld'. Deze definitie geeft Coenen (1985) voor slaap.

De Nederlandse vereniging voor Slaap- Waak Onderzoek (NSWO) concludeerde dat slaapstoornissen behoorlijk hinderlijk kunnen zijn. Maar ze behoren in de meeste gevallen niet tot de levensbedreigende ziekten. Wordt dit probleem niet onderkend, dan kan het niet alleen de gezondheid schaden, maar ook belangrijke psychosociale, professionele en economische gevolgen hebben. Binnen het gezin kan de slaapstoornis een allesoverheersende rol krijgen. Ook in het geval van een stoornis van de biologische klok wordt het normale gezinsleven verstoord. Er is onbegrip en irritatie bij de gezinsleden. Alertheid en initiatief nemen af. 'Er komt niets meer uit hun handen' (NSWO-folder, 2006).

In dit artikel wordt ingegaan op problemen die cliënten ervaren met in- en of doorslapen, te vroeg ontwaken of niet uitgerust wakker worden. De medische term hiervoor is insomnia wat letterlijk betekent 'niet slapen'. Er is gekozen voor de doelgroep depressieve volwassenen in een ambulante setting, daar negentig procent van de depressieve cliënten een gestoorde slaap heeft. Ook worden enkele alternatieven voor slaapmedicatie besproken.

Onderzoeksmethode

De literatuurstudie voor deze opdracht is samengesteld na het raadplegen van de volgende elektronische databestanden: www.picarta.nl, www.invert.be, www.cbo.nl, www.ggz.nl, www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl, www.googlewetenschap.nl, www.cbs.nl en www.sfk.nl. Daarnaast zijn via e-mail verschillende personen aangeschreven die landelijk betrokken zijn bij het onderwerp slaapstoornissen.

De volgende trefwoorden zijn gebruikt bij het zoeken naar bruikbare literatuur: insomnia, slaapstoornissen, slapeloosheid, depressie, methodiek, interventies, volwassenen en slaapmedicatie. Door de grote hoeveelheid gevonden informatie, is er geselecteerd op: literatuur niet ouder dan tien jaar (1997-2007) en Nederlandstalig of Engelstalig.

Casus Loes

Loes is 38 jaar als zij wordt aangemeld voor behandeling. Ze woont alleen en is werkzaam als caissière. Loes slaapt sinds een half jaar slecht, haar dagelijks huishouden voelt ze als een last en ze ervaart geen plezier meer in haar leven. Om haar tekort aan slaap te compenseren gaat ze vroeg naar bed. Voor haar gevoel slaapt ze laat in en wordt dan na enkele uren weer wakker. De perioden van wakker zijn vult ze in door televisie te kijken, te lezen of wat te gaan eten. Ze heeft zich hierop al voorbereid door 's avonds eten mee te nemen naar haar slaapkamer. De laatste tijd, op aanraden van een vriendin, rookt ze voor het slapen gaan een joint, in de hoop hierdoor beter te gaan slapen. Ze voelt zich overdag moe en ze kan zich steeds minder goed concentreren. Om toch te kunnen blijven functioneren, drinkt ze de nodige koppen koffie. Ze ziet als enige oplossing, om beter te gaan slapen, dat ze een slaapmiddel gaat slikken.

REM- en non-REM-slaap

In 1953 beschreven Aserinsky en Kleitman voor het eerst het feit dat de slaap geen uniforme toestand was. Het viel hun op dat er gedurende de slaap steeds verschillende hersengolven op het elektro-encefalogram (EEG) te zien waren. Het slapen werd ingedeeld in vier stadia van non-Remslaap en één stadium van Remslaap.

Tabel 1: Slaapstadia

Stadium	Kenmerken	Beschrijving	Specifiek	Duur over de gehele nacht in minuten	% van de totale slaap	Hersengolven op EEG.
Wakker						Snel, laag
1	Lichte non-REMslaap	Doezelen	Moeite met ogen open te houden	10 tot 20	2 tot 5	Frequentie neemt af
2	Relatief lichte non-REMslaap	Sluimeren	Knikkebollen begin 'echte'slaap	210 tot 270	45 tot 55	Frequentie neemt verder af
3	Diepe non-REMslaap/deltaslaap	Diepe slaap	Moeilijk te wekken	15 tot 40	3 tot 8	Langzaam, hoog
4	Diepe non-REMslaap	Diepe slaap	Moeilijk te wekken	75 tot 90	15 tot 20	Langzaam, hoog
Remslaap	Remslaap	Droomslaap	Spiëren van de ledematen totaal ontspannen	90 tot 120	20 tot 25	Snel, laag

Non-REM en REM-slaap wisselen elkaar af zoals in de hierboven beschreven tabel is weergegeven. De slaapcyclus wordt gevormd door een opeenvolging van lichte slaap, diepe slaap en droomslaap. Deze slaapcyclus duurt telkens 90 tot 120 minuten en wordt elke nacht vier tot zes maal herhaald.

Wellicht dat bekend is dat met ouder worden de slaap minder diep wordt. Boven de 50 jaar is het percentage diepe slaap sterk afgenomen. Het begin van de nacht wordt vooral in beslag genomen door diepe slaap. Op het einde van de nacht neemt juist het aandeel van lichte slaap en droomslaap toe. Bovendien is het heel normaal om gedurende de tweede helft van de nacht kortdurend wakker te worden. De goede slapers herinneren zich volgende dag het wakker zijn vaak niet, de slechte slapers wel. Op het EEG wordt tijdens de REM-slaap een beeld verkregen dat overeenkomt met het EEG van stadium 1. Het is alsof de slaper wakker is of zich in non-Remslaap stadium 1 bevindt. Van buitenaf is echter duidelijk te zien dat er wel sprake is van een ander type slaap. De ademhaling en hartfrequentie worden sneller en onregelmatiger, terwijl de bloeddruk sterke wisselingen vertoont. Er is tijdens deze slaapfase een totale spierontspanning. Er zijn snelle oogbewegingen, erecties van de penis, spiertrillingen of verminderde spierspanning. Bij vrouwen is er een versterkte bloeddorstroming van vagina en clitoris en zijn er uteruscontracties vastgesteld. Over het algemeen zijn de slapers zich later niet bewust van deze veranderingen. Daarnaast zijn er tijdens de droomslaap overwegend visuele en soms hevige emotionele ervaringen die we dromen noemen. Tijdens de droomslaap vindt dus een grote activiteit van geest en lichaam plaats (Pagel et al., 1999; Verbeek et al, 2005). De slaap is dus fysiologisch gezien een actief proces. 'Het lichaam heeft geen slaap nodig, maar 'slechts' rust. Het zijn de hersenen die slapen' (Kruistingh Neven, 2001).

Slaapduur

Heeft ieder volwassene acht uur slaap per nacht nodig? Een volwassene slaapt gemiddeld totaal acht uur met een spreiding van vijf tot tien uur. Sommigen kunnen met minder slaap toe, ook wel de kortslapers genoemd. Anderen slapen gemiddeld langer, zij worden als langslapers aangeduid. Deze slaapduur is sterk individueel bepaald en verandert met de leeftijd. Het is dus een mythe te veronderstellen dat iedereen acht uur slaap nodig heeft. De meeste volwassenen (65%) zullen een slaaptijd van 7-8 uur nodig hebben. Daarnaast slaapt 8 % van de volwassenen korter dan vijf uur, terwijl 2% langer dan tien uur slaapt. Kortslapers hebben dus duidelijk minder slaap nodig om zich weer fit te voelen, terwijl langslapers bijvoorbeeld negen of tien uur moeten slapen willen ze de volgende dag fit opstaan. Bij het regelen van slaap is naast de slaapduur ook de diepte van de slaap van belang. Hoe langer we wakker zijn, hoe meer langzame golven optreden in het non-REM slaap EEG. Dit duidt op een dieper en ook snellere slaap. De kortslapers hebben evenveel diepe slaap als de langslapers. Dus wanneer we eens een keer later naar bed gaan wordt de verloren slaaptijd een beetje ingehaald door langer te slapen, maar vooral door dieper te slapen (Kruistingh Neven, 2001).

Tabel 2: Slaapduur bij volwassenen

Soort	Percentage	Slaapduur
Meeste volwassenen	65 %	Slapen 7-8 uur
Kortslapers	8 %	Slapen < 5 uur
Langslapers	2 %	Slapen > 10 uur

De biologische klok

Voor de mens is de meest geschikte tijd om te gaan slapen 's nachts. Ieder van ons heeft zelf wel ondervonden dat je niet elk moment van de 24 uur, even gemakkelijk in slaap komt. Dit ritme wordt bepaald door de biologische klok. Wat houdt deze biologische klok precies in? De biologische klok bevindt zich in de hersenen en deze klok coördineert de 24-uurs ritmen van onze lichaamsfuncties.

Deze interne klok zorgt ervoor dat we in de loop van de avond slaperig worden, zodat we 'op tijd' naar ons bed verlangen. Hij zorgt er ook voor dat ons lichaam 's morgens vóór het wakker worden 'op temperatuur' is en over de energie kan beschikken om de dag te beginnen. Vooral de afwisseling van licht en donker zorgt voor een goede afstemming van onze biologische klok op de dag/nacht afwisseling. Doordat deze afstemming niet voor iedereen op dezelfde manier gebeurt, zijn er mensen die vooral 's ochtends of 's avonds goed functioneren. Onze fysiologische ritmen zijn niet snel te veranderen. Dit merken we als we richting China vliegen of bij het werken in ploegendienst. Er ontstaat een drastische verandering in ons dag/nacht ritme. Bij vliegen spreekt men van een 'jetlag'. Bij een 'jetlag' duurt het een aantal dagen voordat de fysiologische ritmen zich aan de nieuwe situatie hebben aangepast.

Klachten die voor kunnen komen zijn: vermoeidheid, geheugenzwakke, slaapproblemen en slecht functioneren. Wie aan den lijve het werken in ploegendienst heeft ervaren, zal gemerkt hebben dat overdag slapen moeilijker is dan 's nachts. Oorzaak is niet alleen door de fysiologisch verkeerde tijd van de dag, maar ook door de aanwezigheid van meer geluid en licht. De betrokkene slaapt niet op het optimale biologische moment en ervaart daardoor een mindere kwaliteit van de slaap (NSWO folder, 2006).

Gestoorde slaap en slaapklasten

Een gestoorde slaap staat zelden op zichzelf. Net zoals ons algemene functioneren en welbevinden bepaald worden door een wisselwerking tussen onszelf en onze omgeving, worden ook slapen en waken door vele in- en uitwendige factoren beïnvloed. Waardoor kan de slaap verstoord worden?

Oorzaken kunnen zijn: lichamelijke problemen zoals pijn, benauwdheid of jeuk. Storende factoren zoals warmte, lawaai en 's avonds veel of te laat eten, doen de nachtrust geen goed. Tijdens mijn werk als SPV bemerk ik dat veel cliënten een combinatie van koffie en sigaretten gebruiken. Maar door koffie of sigaretten wordt de geest actief en dit belemmert nu juist het inslapen. Ook bezigheden laat in de avond, zoals sporten of vergaderen, kunnen ervoor zorgen dat men juist actief wordt in plaats van ontspannen. Emotionele gebeurtenissen, zoals het overlijden van een naaste of problemen op het werk of in het gezin of een onregelmatige levenswijze, hebben soms een slechte nachtrust tot gevolg. Maar ook prettige gedachten of vooruitzichten kunnen de slaap verstoren. Bijvoorbeeld een feest of vakantie in het vooruitzicht (Van Bommel, 1997).

Gestoorde slaap en psychiatrische klachten

De meeste psychiatrische stoornissen gaan gepaard met klachten over een verstoorde slaap.

Ongeveer 35 tot 40 % van de cliënten met chronische slaapklasten, hoofdzakelijk insomnia, lijdt aan een psychiatrische stoornis, in de meeste gevallen een depressie.

Welke andere psychiatrische stoornissen gaan ook vaak gepaard gaan met slapeloosheid? Dit zijn: schizofrenie, stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, posttraumatische stressstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Het is niet altijd duidelijk wat als eerste optrad: de slaapklast of de eerste verschijnselen van de psychiatrische stoornis (Van Bommel et al., 2001).

Tabel 3: DSM-IV-TR criteria voor primaire insomnia

A	Moeite met in -of doorslapen, niet uitgerust zijn na de slaap, gedurende ten minste één maand
B	Lijden of beperkingen in het functioneren op sociaal, beroepsmatig of andere terreinen
C	Niet uitsluitend voorkomend bij narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek of parasomnia
D	Niet uitsluitend bij andere psychische stoornissen
E	Niet het gevolg van directe fysiologische effecten van middelen of een somatische aandoening

Een slaapstoornis is een slaapklacht met symptomen overdag zoals, moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Dit alles ten gevolge van een minder goede nachtrust. De slaapstoornis is dus een 24-uursprobleem.

Eenderde van de volwassenen heeft regelmatig problemen met de slaap. Bij vrouwen komt slapeloosheid tweemaal zo vaak voor als bij mannen. Vrouwen zouden meer slaapmedicatie slikken. Slaapmedicatie is na de anticonceptiepil, de meest voorgeschreven medicijn, 7 % van de recepten (Hengeveld et al., 1997).

Tabel 4: Slapeloosheid bij volwassenen in %

jaar	2001	2002	2003	2004	2005	2006
mannen	15,7	15,3	16,3	15,8	16,1	17,2
vrouwen	25,6	26,5	26,4	27,6	28,2	29,0

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006

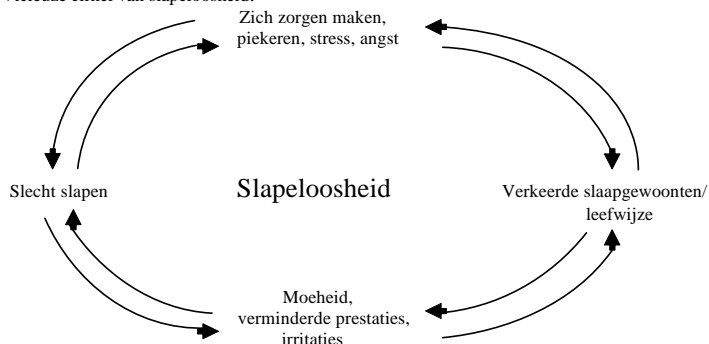
Negatieve conditionering

In het vakblad voor het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), wordt binnen de NHG-standaard 'Slapeloosheid en slaapmiddelen' een indeling gehanteerd voor insomnia op basis van de bestaansduur van de klacht. Wanneer het slaapprobleem korter dan drie weken bestaat en er minstens twee nachten per week slaapklachten zijn, spreekt men van kort bestaande slapeloosheid. Bij langer durende slapeloosheid bestaat de slaapklacht langer dan drie weken, waarbij er ook minstens twee nachten per week slaapklachten zijn. De grens van drie weken wordt gehanteerd, omdat na die periode de oorzaak van het slaapprobleem op de achtergrond raakt en negatieve conditionering een rol gaat spelen.

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen interne en externe factoren:

- Interne factoren: angst om niet te kunnen slapen. Dit heeft frustratie, spanning en onrust tot gevolg, wat weer leidt tot slapeloosheid. De cliënt zit dan in een vicieuze cirkel.
- Externe factoren: de slaapomgeving, zoals de slaapkamer en het bed, zijn normaal gesproken een stimulans om te willen gaan slapen. Maar door andere bedactiviteiten in de slaapomgeving uit te voeren, zoals tv-kijken, lezen, eten of roken, kunnen deze externe factoren juist het omgekeerde effect veroorzaken (Kruistingh Neven, 2001).

Figuur 1: Vicious cirkel van slapeloosheid.



Geneesmiddelen die de slaap kunnen beïnvloeden

Het is niet bij iedereen bekend, zowel bij hulpverleners als cliënten, dat medicijnen invloed kunnen hebben op de slaap. Het gaat om geneesmiddelen die voorgeschreven worden bij hart- en vaatziekten, de zogenaamde bètablokkers. Zij kunnen slaapverstorend werken, waarschijnlijk doordat zij het centrale zenuwstelsel activeren. Bij astma worden vaak ontstekingsremmers voorgeschreven. Wanneer deze middelen geïnhaled worden, is er geen gevaar voor de slapeloosheid. Echter wanneer ze geslikt worden, hebben ze een stimulerend, en daardoor slaapverstorend, effect. Een voorbeeld hiervan is het middel ventolin. Dit middel wordt gebruikt om de bronchiën te verwijderen en kan leiden tot slaapstoornissen en rusteloosheid. Prednison wordt vaak voorgeschreven bij auto-immuunziekten. Van dit middel is bekend dat het leidt tot vaker wakker worden 's nachts. Antidepressiva worden vaak voorgeschreven bij depressies.

Dit middel kan zowel slaapbevorderend als slaapverstorend werken. Men maakt een onderscheid tussen activerende en rustgevende antidepressiva. Als een depressie gepaard gaat met slapeloosheid leidt het gebruik van antidepressiva vaak tot beter slapen. Een aantal antidepressiva kan echter de slaap verstoren omdat ze aanleiding kunnen geven tot beentrekkingen tijdens het slapen.

Cannabis wordt ook gebruikt als slaapmiddel, omdat het de spieren verslapt en leidt tot vermoeidheid. Cannabis werkt echter verslavend en beïnvloedt bovendien het geheugen, de concentratie en het denkvermogen.

Een ander genotsmiddel, namelijk alcohol, kan bij gebruik van meer dan twee glazen per avond, de slaap verstoren. Sommigen vallen na het drinken van veel alcohol vrijwel direct in slaap. Maar dit is vaak van korte duur. Na enkele uren wordt men wakker en men slaapt daarna erg onrustig. Het gebruik van veel alcohol draagt niet bij aan het fris en uitgerust wakker worden de volgende ochtend (Verbeek et al., 2005).

Medicamenteuze behandeling

In Nederland is het voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen nog steeds de meest gebruikte methode van behandeling. De meeste voorgeschreven middelen behoren tot de groep van de benzodiazepinen.

Tabel 5: Gebruik voorgeschreven slaap- en kalmeringsmiddelen in %

per jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
mannen	7,0	8,9	8,1	8,6	6,8	8,0	8,1
vrouwen	12,4	13,5	14,4	13,0	14,9	14,3	13,5

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006

Het langdurige gebruik van slaapmedicatie wordt afgeraden. Dit in verband met de ernstige nadelen, zoals gewenning, afhankelijkheid en aantasting van de slaapstructuur. Door gebruik van slaapmedicatie wordt de slaap kunstmatig en verschilt met de normale slaap, de slaap is minder diep en de REM-slaap wordt verkort.

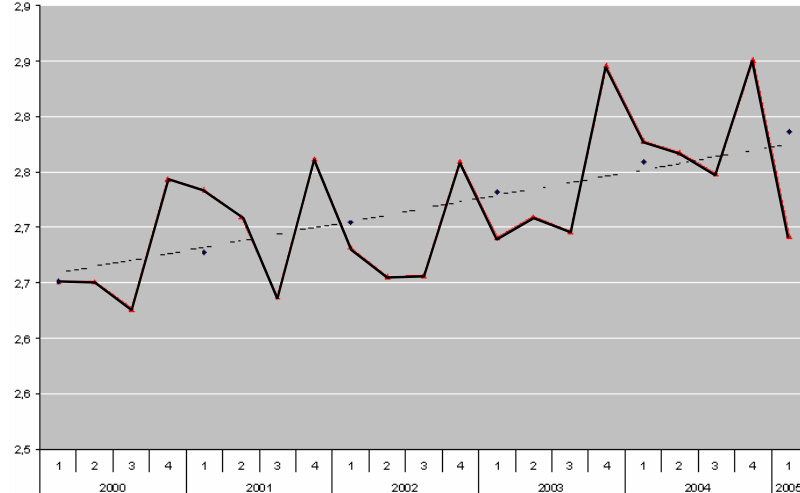
Kortdurend gebruik van slaapmedicatie kan effectief zijn met aandacht voor de volgende zaken:

- Combineer het voorschrijven van slaapmiddelen altijd met slaaphygiënische maatregelen
- Geef informatie over de nadelige effecten zoals gewenning en afhankelijkheid
- Geef informatie over versuft gevoel overdag, invloed op het autorijden en het concentratievermogen
- Zorg voor een voorschrift van maximaal tien tabletten en maak direct afspraken over verminderen en stoppen
- Pleit voor een kortwerkend middel zoals temazepam of zolpidem
- Vermijd combinatie met kalmerende stoffen en ook alcohol
- Een slaapmiddel gecombineerd met een kalmeringsmiddel overdag biedt geen aangetoonde meerwaarde, zodat dan een langwerkend middel overwogen kan worden
- Bij zwangeren worden benzodiazepinen ontraden dit in verband met nadelige invloed op de vrucht (Knuistingh Neven, 2001).

Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) zijn de middelen temazepam en oxazepam de meest voorgeschreven middelen.

Uit onderstaande grafiek (zie volgende pagina) is te lezen dat het benzodiazepinegebruik een jaarlijkse piek kent in het vierde kwartaal. Het gebruik blijft toenemen met ongeveer 1% per jaar. Onderzoek naar de toename van het geneesmiddelgebruik ten gevolge van de vergrijzing door de SFK, wijst uit dat een jaarlijkse stijging van het aantal voorschriften met 1% globaal overeenkomt met de demografische ontwikkelingen, waaronder vergrijzing.

Grafiek 1: Benzodiazepinen voorschriften



Voorschriften x miljoen --- 1% stijging per jaar
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen 2005

Methoden van algemene interventies

Algemene interventies zijn gericht op het afleren van verkeerd slaapedrag en het aanleren van slaapbevorderend gedrag. Wat kan men hiermee bereiken? In de CBO-richtlijnen 'zorg bij een verstoord slaap-waakritme' (2003) wordt gesteld dat slaapvoorlichting de eerste stap dient te zijn, in het oplossen en voorkomen van slaap/waakproblemen. Slaapvoorlichting zal er toe bijdragen dat de cliënt meer inzicht krijgt in de betekenis van zijn of haar slaap.

Hierin worden twee groepen van algemene interventies onderscheiden, te weten:

1. slaapvoorlichting en 2. slaaphygiënische maatregelen.

1. Slaapvoorlichting

- Biologische klok, lichaamstemperatuur, ochtend- avondtype.
- De vaak overschatte nadelen van een incidenteel tekort aan slaap.
- De grote individuele variatie in slaapduur en inslaaptijd.
- Naarmate de nacht vordert, wordt de slaap lichter en is kortdurend wakker worden een bekend verschijnsel.
- Met ouder worden slaapt men fysiologisch gezien korter en lichter.

2. Slaaphygiënische maatregelen

Het belang hiervan mag niet worden onderschat. Een regelmatig slaapschema is de sleutel tot een optimale waakzaamheid overdag en zou de slaapkwaliteit binnen 4 tot 6 weken moeten verbeteren. Elke dag op een vast tijdstip naar bed gaan en opstaan is essentieel. Het uur van het slapen gaan kan zonnodig worden bijgesteld, maar het tijdstip van ontwaken moet onveranderlijk blijven. Een cliënt die veel te vroeg naar bed gaat, moet avond na avond wat later opblijven en toch op hetzelfde tijdstip opstaan, tot de slaapcyclus aangepast is. Het omgekeerde is ook aan de orde. Een cliënt die laat opblijft, zal geleidelijk vroeger naar bed moeten gaan, om elke morgen op hetzelfde tijdstip op te staan. Ieder moet voor zichzelf uitmaken of een dutje overdag goed is. Sommige cliënten met slapeloosheid betalen elk dutje overdag met meer slapeloosheid de volgende nacht, terwijl anderen duidelijk verfrist zijn na een dutje en 's avonds makkelijker in slaap vallen.

Een belangrijke schakel in een goede slaaphygiëne is een gezonde voedingswijze. Men dient niet met een té volle maag of met honger naar bed te gaan. Sommige cliënten ervaren het eten van een snack of een warme, cafeïnevrije drank, bijvoorbeeld kruidenthee of warme melk met honing, voor het slapen gaan als kalmerend.

Dagelijkse lichaamsbeweging, ten minste 5 à 6 uur voor het slapen gaan, kan nuttig zijn. Het helpt stress verminderen en de bloeddruk te verlagen en het geeft vaak een goed gevoel. Maar wanneer lichaamsbeweging als lastig en stresserend wordt ervaren zal het effect juist niet gunstig zijn.

Ook is het raadzaam om ongeveer één uur voor het slapen gaan geestelijke en lichamelijke inspanning te vermijden. En in dit laatste uurtje voor het slapen gaan tijd maken voor ontspanning. Men zou gebruik kunnen maken van ontspanningsoefeningen aangeleerd via yogalessen (Pagelet al., 1999; Knuistingh Neven, 2001).

Methoden van specifieke interventies

In de eerder genoemde CBO richtlijnen, is te lezen dat de uitkomst van twee meta-analyses erop wijzen dat cognitief gedragsmatige interventies een betrouwbare en duurzame verbetering geven bij de behandeling van zowel in- als doorslaapproblemen. Hiertoe behoren de volgende methoden:

1. gedragstherapeutische technieken, 2. ontspanningstherapie en 3. cognitieve therapie.

1. Gedragstherapeutisch technieken

Stimuluscontroletherapie is erop gericht gedrag dat slaap belemmert te verminderen en het slaapwaak schema in orde te krijgen. Het doel is om de slaapkamer en het bed als positieve stimuli voor het slapen te bekrachtigen. In mijn praktijksituaties hoor ik regelmatig dat cliënten hun slaapkamer gebruiken als tweede woonkamer. Ze gaan vroeg naar hun 'slaapkamer', kijken daar langdurig tv, eten en roken er. De stimuluscontroletherapie bestaat in het kort uit de volgende adviezen: ga pas naar bed wanneer u zich slaperig voelt, gebruik het bed en de slaapkamer alleen voor slapen en seks. Geadviseerd wordt uit bed te gaan wanneer men na twintig minuten nog niet slaapt. Men moet pas weer naar bed gaan als men slaap krijgt. Het is wenselijk iedere ochtend op een vast tijdstip op te staan, ongeacht de hoeveelheid slaap die men heeft gehad. Als laatste wordt geadviseerd overdag geen dutjes te doen. De eerder beschreven slaaphygiënische maatregelen zijn voor een groot deel gebaseerd op stimuluscontroletherapie. Voor cliënten die moeilijk ter been zijn wordt de stimuluscontrolemethode afgeraden.

Voor deze groep cliënten is slaaprestrictie een betere methode.

Slaaprestrictie is een methode om de hoeveelheid tijd die in bed wordt doorgebracht geleidelijk terug te brengen tot de werkelijke hoeveelheid slaap. Zodat de tijd die wakker in bed wordt doorgebracht minimaal is. In de praktijk hoort men regelmatig dat slapeloze cliënten vaak de neiging hebben extra lang in bed door brengen om hun slaapverlies te compenseren. Een belangrijk therapeutisch effect is het verkrijgen van een snellere inslapduur, een betere slaapcontinuïteit en een meer diepe slaap. Slaaprestrictie is voor vele vormen van insomnia geschikt, maar wordt afgeraden bij cliënten met stemmingsstoornissen en angststoornissen. Indien er belangrijke dagtaken moeten worden verricht, is uitstel van deze therapievorm gewenst.

2. Ontspanningstherapie.

Een van de hypothesen over het ontstaan en in stand blijven van slaapkachten gaat uit van een verhoogde waakzaamheid als oorzaak. Onderstaande ontspanningsprocedures zijn erop gericht de waakzaamheid te doen verminderen. Hoe ziet ontspanningstherapie eruit?

Progressieve relaxatie bestaat uit het afwisselend spannen en ontspannen van bepaalde spiergroepen. Tijdens de oefening moet de cliënt zijn aandacht richten op de spiergroep waar hij mee bezig is. De hulpverlener herhaalt die opdracht ook voortdurend. Door deze observatie leert de cliënt het verschil ervaren tussen spanning en ontspanning. Aan de cliënt wordt gevraagd deze technieken thuis een aantal keren te oefenen. Dit kan ondersteund worden door middel van schriftelijk informatiemateriaal of door middel van een geluidsopname met ingesproken oefening.

Bij de suggestieve ontspanningsoefening wordt de suggestie gegeven dat de ledematen warm, zwaar en ontspannen gaan voelen. Ook worden hierbij rustgevende voorstellingen gebruikt als rustig op een warm strand liggen of ronddobberen in een bootje.

Met de gedachtestopmethode wil men die gedachten stoppen die het inslapen bemoeilijken. Het gaat hierbij om regelmatig terugkerende gedachten, die storend of zinloos zijn. Vaak roepen ze ook angst op, bijvoorbeeld de steeds terugkerende gedachte dat er ingebroken wordt. De procedure van de gedachtestop begint met het verzoek aan de cliënt om met gesloten ogen zijn kwellende gedachten tot in detail uit te spreken. Tijdens het verhaal roept de hulpverlener plotseling 'stop' en wijst erop dat de gedachte ook werkelijk ophoudt. Dit wordt verschillende keren herhaald, waarbij de cliënt de opdracht krijgt het woord 'stop' in zichzelf uit te spreken. De cliënt wordt erop gewezen dat de gedachten ongetwijfeld zullen terugkomen en dat hij ze dan opnieuw moet stoppen volgens de aangeleerde methode. Het denken aan een rustgevend of plezierig moment kan dan het effect bekrachtigen.

3. Cognitieve therapie

Hoe ziet de cognitieve therapie eruit? Deze is eveneens gericht op de aanpak maar ook de verandering van storende gedachten. Met behulp van schrijfopdrachten en discussies met de cliënt worden de storende gedachten opgespoord. Door de cliënt te laten schrijven over zijn activiteiten van overdag en 's avonds. Deze bevindingen worden dan gekoppeld aan gegevens van de slaaplogboeken. Hiermee kunnen feiten uit voorgaande slechte of juist goede nachten boven tafel worden verkregen. Hieruit kan dan blijken dat het gedrag van de cliënt wel degelijk invloed heeft.

Een ander onderdeel van cognitieve therapie is de aanpak van piekergedachten. Veel cliënten worden bij het inslapen of 's nachts geplaagd door piekergedachten of gedachten die steeds door hun hoofd malen. De cliënt voelt zich overladen door problemen en is niet in staat de dagelijkse stressoren te herkennen. Een alternatief voor de hierboven beschreven gedachtestop methode is de cliënt te vragen om een probleemdagboekje bij te houden. De opdracht luidt: de problemen die hem bezighouden eerst uiteen te rafelen, ze te beschrijven en er vervolgens oplossingen voor te bedenken. Belangrijk is dat er afspraken worden gemaakt wanneer de cliënt aan zijn dagboekje werkt. Ook dat er na 21 uur niet meer in geschreven wordt, zodat de resterende tijd benut kan worden om spanningen af te bouwen (Van Bommel et al., 2001).

Aandachtspunten voor de hulpverlener

- Tijdens de intake wordt het slaapprobleem standaard in kaart gebracht.
- De hulpverlening richt zich met een realistische en zakelijke kijk op het probleem.
- De hulpverlener kan een inschatting maken van een medicamenteuze interventie.
- Zowel aan de cliënt als naast betrokkenen wordt psycho-educatie gegeven. Deze zal gericht zijn op slaapvoorlichting en slaaphygiëne.

- Denk aan het laten volgen van een slaapcursus waarbij gebruik wordt gemaakt van cognitief gedragstherapeutische technieken.
- Binnen de organisatie van de hulpverlener kan gekeken worden hoe de zorg rond cliënten met slaapproblemen is geregeld. Als deze nog niet of onvoldoende aanwezig is kan het opzetten van een gezamenlijk hulpverleningsaanbod een mogelijkheid zijn om dit binnen de organisatie te implementeren.
- Indien er onvoldoende kennis en/of kunde betreffende het diagnosticeren of behandelen van slaapproblemen is, is het aan te bevelen de hulpverleners hierin te scholen. Dit geldt ook voor het toepassen van methoden van specifieke interventies met betrekking tot slaapproblemen.

Conclusies

Er is een stijging te zien van slapeloosheid bij volwassenen. Aangetoond is dat de meeste slaapproblemen bij depressieve cliënten voorkomen. De praktijk richt zich vooral op het gebruik van benzodiazepinen. Dit is vast te stellen door de jaarlijkse stijging van 1 %. Ook neemt het gebruik van benzodiazepinen toe naar mate de leeftijd stijgt. Door het aanbieden van slaapvoorlichting, slaaphygiënische maatregelen en cognitief gedragsmatig interventies krijgt de cliënt zelf controle over de slaap. Hierdoor kan chronische slapeloosheid en het chronische gebruik van slaapmiddelen voorkomen worden. De cliënt leert het slaapbelemmerende gedrag om te buigen naar slaapbevorderend gedrag.

Aanbevelingen

Voor de hulpverlener die intensieve contacten heeft met de cliënt met slaapproblemen, kan voorlichting over slaap een belangrijke aanvulling zijn op de behandeling. De cliënt kan zo met ondersteuning van de hulpverlener, weer controle krijgen over de slaap. De eerste stap zal gericht zijn op het geven van slaapvoorlichting in het oplossen en voorkomen van slaap- waakproblemen. De daarop volgende slaaphygiënische maatregelen zijn gericht op gezondheidsgedrag en omgevingsfactoren. Door deze bewustwording van de cliënt, kan de hulpverlener de cliënt stimuleren en blijven motiveren om alert te blijven op deze maatregelen. Wanneer slaapvoorlichting en slaaphygiëne niet de gewenste verbetering geven, is het wenselijk een vorm van cognitieve gedragstherapie te geven.

Literatuur

- Coenen, A.M.L., (1985) *In Morpheus'armen*, Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Bommel, A.L. van., Beersma, D.G.M., Groen, J.H.M. de., Hofman, W.F., (2001), *Handboek slaap en slaapproblemen*, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Bommel, A.L. van., (1997), In gesprek over: *Slaapproblemen*, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Vleuten.
- Hengeveld, M.W., Marwijk, H.W.J., Bolk, J.H., Knuistingh Neven, A., Springer, M.P., (1997), *Psychiatrie in de somatische praktijk, Slaapproblemen*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Knuistingh Neven, A., (2001), Slaap: voor de hersenen, *PW farmacologisch weekblad*, 49: 1830-1835.
- Pagel, J.F., Declerck, A.C., (1999), Neurologie/Psychologie, Therapeutisch beleid bij klachten over slapeloosheid, *Patiënt care: het tijdschrift voor de huisarts*, 8: 38-47.
- Verbeek, I., Klip, E., (2005), *Slapeloosheid, hulpboek*, Boom, Amsterdam.

Richtlijnen

- Cox, C.M.M., Zeeuw, A.E. van der., Zelm, R.T.van., Hardonk, E.A., Janssen-van Iperen, M., Kruistingh Neven, A., Pol, R.L.J.M., Vermeer-van Leenen, P., Vissers, A.M.C., Went, P.B.M., (2004), *Richtlijn Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme*: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht.
- Knuistingh Neven, A., De Graaff, W.J., Lucassen, P.L.B.J., Springer, M.P., Bonsema, K., Dijkstra, R.H., Felix-Schollaert, B., Geijer, R.M.M., (2003), *NHG-standaarden voor de huisarts*: Nederlands Huisartsen genootschap, Utrecht.

Internetbronnen

- <http://www.nswo.nl/informatie/folderslaapstoornissen2006.pdf>.
bezoekt op 2-10-2007.
- http://www.sfk.nl/publicaties/farmacie_in_cijfers/2005/2005/2005-25.htm
Bezoekt op 30-10-2007.