

Slapeloosheid: wat doe je er aan?



Mevrouw van P., een 41 jarige lerares en moeder van 2 kinderen, komt op het spreekuur met klachten over haar slaap. Zij slaapt al jaren slecht in en wordt meerdere malen per nacht wakker. Overdag is ze moe en ze is bang overdag niet alert genoeg te zijn om voor de klas te staan. Mevr. van P. kreeg gedurende enige tijd 20 mg temazepam voorgeschreven, maar ze wil daar liever niet mee doorgaan. Slapeloosheid, wat doe je eraan?

Problemen met inslapen, doorslapen of niet uitgerust wakker worden komen vaak voor. Zo'n 20 – 30% van de volwassen bevolking klaagt wel eens over slaapproblemen. Meestal hebben dergelijk klachten te maken met een periode van stress en zijn ze van voorbijgaande aard. Het is altijd zaak om goed door te vragen naar de slaapproblemen. Er zijn ongeveer 80 slaapproblemen, verdeeld over 8 categorieën¹. De belangrijkste categorieën zijn:

- I. Insomnie (slapeloosheid)
- II. Slaap gerelateerde ademproblemen (slaapapneu)
- III. Overmatige slaperigheid overdag, niet veroorzaakt door verstoorde slaap 's nachts (bijv. narcolepsie)
- IV. Circadiane ritme slaapproblemen (bijv. vertraagd slaapfase syndroom)
- V. Parasomnieën (bijv. slaapwandelen, bedwateren, tandenknarsen)
- VI. Slaap gerelateerde bewegingsstoornissen (bijv. rusteloze-benen-syndroom)

Insomnie (slapeloosheid) komt het meeste voor. 10 – 15% van de bevolking heeft chronisch last van insomnie. Slapeloosheid of insomnie heeft grote invloed op het dagelijks leven. De

patiënt klaagt over problemen met inslapen, doorslapen of niet verfrissende slaap, terwijl er geen reden is om te veronderstellen dat iets anders daaraan ten grondslag ligt. Als de klachten lang aanhouden spreken we van een chronische insomnie. Bekende klachten zijn vermoeidheid en problemen met concentratie en geheugen. Men raakt sneller geïrriteerd en er is meer kans op fouten op het werk en tijdens het autorijden. Op den duur kan het werkverzuim toenemen en uiteindelijk kan het leiden tot uitval uit het arbeidsproces. Insomnie komt op alle leeftijden voor, maar de incidentie neemt toe bij het ouder worden. Ook klagen meer vrouwen dan mannen over slapeloosheid, met name rondom de overgang.

Het gaat bij insomnie om de subjectieve beleving van de klacht. Een nachtelijke slaapregistratie voegt geen extra informatie toe aan het stellen van de diagnose insomnie en kan dan ook achterwege blijven, behalve om alternatieve diagnoses uit te sluiten. Dit in tegenstelling tot slaapapneu, rusteloze-benen-syndroom, of narcolepsie, waarbij een slaapregistratie wel nodig is.

De comorbiditeit met somatische (bijvoorbeeld bij kanker), maar zeker ook met psychische aandoeningen is hoog. 80%

van kinderen met mentale retardie heeft last van insomnie. Maar ook depressie begint bijvoorbeeld vrijwel altijd met klachten van insomnie. Als naast de behandeling van de depressie ook de insomnie wordt behandeld is de kans kleiner dat depressie terugkeert. Het is dan ook erg belangrijk om ook de comorbide insomnie serieus te nemen.

Vicieuze cirkel

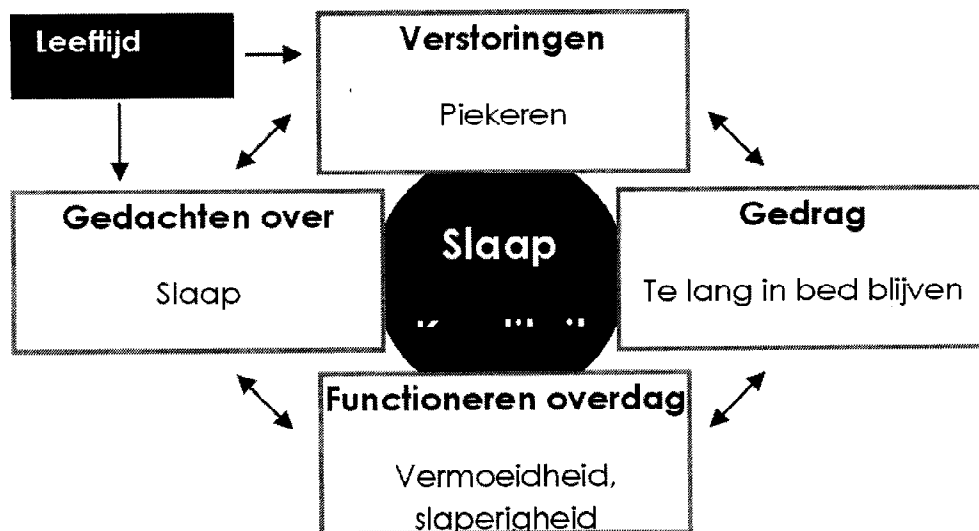
Als de klachten van slapeloosheid langer duren ontwikkelen de patiënten (onbewust) contraproductief gedrag: ze blijven langer in bed liggen ter 'compensatie', krijgen onregelmatige bedtijden en doen overdag een dutje. Ook ontstaan contraproductieve gedachten en verwachtingen met betrekking tot slaap. Voorbeelden zijn dat men bij het naar bed gaan al het gevoel heeft dat het 'wel weer niet zal lukken' of dat men ervan overtuigd is 8 uur slaap nodig te hebben om goed te kunnen functioneren. Uiteindelijk komt 's avonds op de bank al angst op om straks naar bed te moeten. Dergelijke gedachten en gevoelens leiden tot spanning, waardoor het slapen daadwerkelijk niet lukt. Patiënten komen in een vicieuze cirkel terecht waar zij zonder hulp moeilijk uitkomen.

vicieuze cirkel in stand houden en lossen ze het slaapprobleem niet op. Het Ministerie van Volksgezondheid heeft dan ook bepaald dat vanaf 1 januari 2009 benzodiazepinen alleen nog maar in een beperkt aantal gevallen vergoed worden.

Van de patiënten die chronisch last hebben van insomnie bespreekt 55% hun klachten niet met hun huisarts. Zij grijpen vaak naar kruidenmiddeltjes van de drogist of proberen melatonine dat in een lage dosering bij de drogist verkrijgbaar is. Melatonine is een lichaamseigen hormoon dat een belangrijke rol speelt bij de regulatie van ons 24-uurs ritme. Als middel tegen insomnie is het slechts beperkt bruikbaar wanneer er sprake is van een verschoven of onregelmatig slaap-waak ritme of bij jetlag. Over de werkzaamheid van een dergelijke lage dosis melatonine is nog weinig bekend. Hogere doses zijn alleen op recept verkrijgbaar. Een voorafgaande bepaling van het melatonine niveau in het lichaam is vaak gewenst om de effectieve dosering vast te stellen.

Gedragmatige behandeling van insomnie

Zijn er andere behandelingen mogelijk om van de slapeloosheid af te komen? Het antwoord is een volmondig:



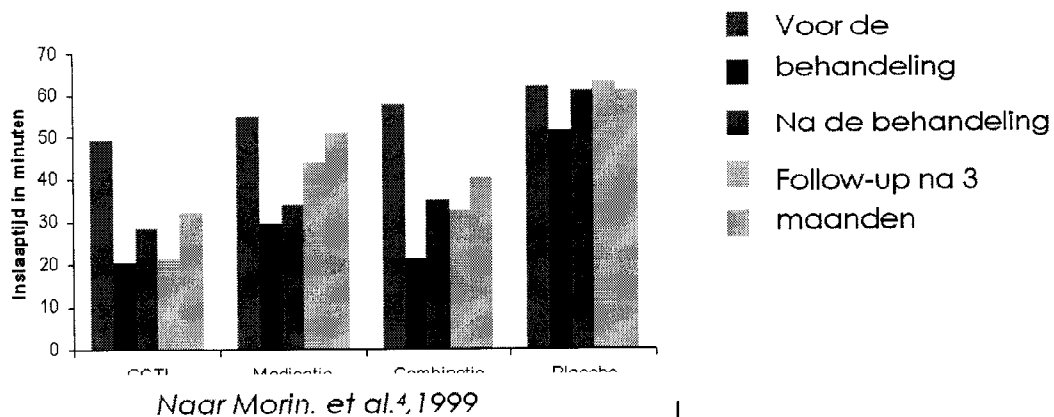
Slaapmedicatie

Veel artsen kiezen voor een medicamenteuze behandeling van insomnie. Volgens het College van Zorgverzekeringen ontvangt jaarlijks één op de tien volwassenen tenminste één recept voor benzodiazepinen, de meest gebruikelijke slaapmiddelen. Circa 1,9 miljoen gebruikers krijgen jaarlijks ongeveer 12 miljoen voorschriften. Uit ons eigen onderzoek dat is uitgevoerd onder 5594 Nederlanders met slaapklachten bleek dat meer dan 50% van de respondenten slaapmedicatie gebruikte. Alcohol werd door 79% gebruikt als slaapmutsje.

Veel patiënten gebruiken de slaapmiddelen gedurende langere tijd, soms zelfs jarenlang. Dit ondanks het feit dat de richtlijn van het Ned. Huisartsen Genootschap (NHG)² adviseert om slaapmiddelen niet langdurig voor te schrijven. Benzodiazepinen zijn verslavend en kunnen tot bijwerkingen leiden. Bovendien hebben slaapmiddelen geen positieve werking op de diverse factoren die de hierboven geschetste

ja. Vele internationale studies hebben aangetoond dat een gedragmatige, psychologische aanpak van de insomnie op de lange termijn effectiever is dan slaapmedicatie. Ook in de NHG richtlijn voor slaapproblemen wordt geadviseerd om de patiënt te wijzen op andere mogelijkheden dan slaapmedicatie. Er bestaan vele gedragmatige technieken die allemaal in meer of mindere mate een positief effect hebben op de slapeloosheid. Voorbeelden daarvan zijn ontspanningstechnieken en het aanleren van een goede slaaphygiëne. Kruisverenigingen bieden bijvoorbeeld dergelijke slaapcursussen aan. Lichte gevallen van insomnie kunnen zeker baat hebben bij ontspanningstechnieken, maar in de meeste gevallen is er meer nodig. Een gedragstherapie gericht op insomnie zal in dergelijke gevallen effectiever zijn.

Het gezaghebbende Amerikaanse instituut National Institute of Health stelt dat een combinatie van een aantal technieken, de Cognitieve Gedragstherapie voor Insomnie (CGTI) het meest



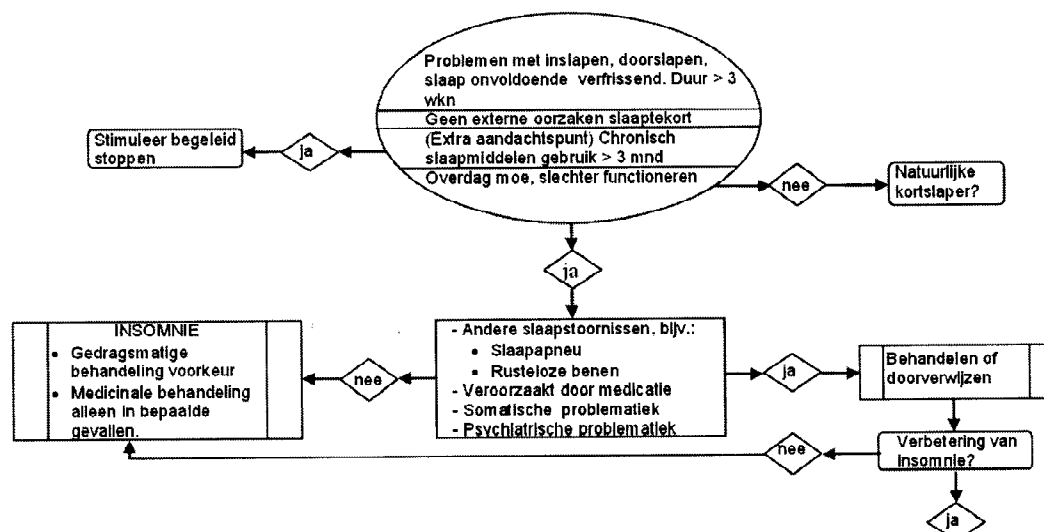
effectief is op de langere termijn³. CGTI blijkt effectiever te zijn in vergelijking tot het gebruik van slaapmiddelen, een combinatie van CGTI en slaapmiddelen of het gebruik van placebo. Dit resultaat uit een onderzoek van Morin wordt weergegeven in de bovenstaande grafiek. In dit onderzoek werden ook een 3-tal follow-up onderzoeken gedaan 3, 12 en 24 maanden na afloop van de behandeling.

Het doel van de Cognitieve Gedragstherapie is om de vicieuze cirkel waarin insomnie patiënten vastzitten te verbreken. Nadat het slaapprobleem uitgebreid in kaart is gebracht wordt regelmaat gebracht in het slaapritme. De patiënt leert efficiënter te slapen en de slaapkamer weer te associëren met slaap in plaats van slapeloosheid. Ontspanningstechnieken vergemakkelijken het inslapen. Cognitieve interventies stimuleren patiënten om contraproductieve gedachten over slapen te vervangen door positieve gedachten. Daarnaast worden patiënten voorgelicht over factoren die het slapen kunnen beïnvloeden en gestimuleerd om belemmeringen weg te nemen. CGTI is altijd kortdurend (6 tot hooguit 8 consulten)

en de effecten zijn ook op de langere termijn blijvend.

Waar kan Cognitieve Gedragstherapie voor insomnie gevolgd worden?

Een psycholoog met voldoende kennis van slaapproblemen kan in principe de cognitieve gedragstherapie geven. Er zijn in Nederland helaas nog maar weinig psychologen die in staat zijn om de CGT voor insomnie te geven. Een goede methode om deze therapie toegankelijker te maken is het aanbieden via Internet. Dat psychische hulp via internet even effectief kan zijn als een therapie die in de spreekkamer van een psycholoog wordt aangeboden is in 2007 al aangetoond door het Trimbos instituut⁵. Een goed voorbeeld van Cognitieve Gedragstherapie voor insomnie via internet is Somnio. Een evaluatie van de effecten van de behandeling toont aan dat de groep patiënten met inslaapproblemen vooral een verbetering liet zien in de inslaaptijd, terwijl de groep met doorslaapproblemen voornamelijk minder wakker werd in de nacht⁶.



Conclusie en....wat kan de praktijkondersteuner doen?

Veel mensen klagen over chronische slapeloosheid. Aangezien de comorbiditeit met andere (somatische zowel als psychische) aandoeningen hoog is, is doorvragen erg belangrijk. Je kan daarvoor het volgende schema volgen:

Er zijn diverse vragenlijsten om verschillende aspecten van slaapstoornissen te inventariseren. Vaak zijn deze gratis op internet in te vullen (speciaal gericht op insomnie is bijvoorbeeld de lijst op www.somnio.eu). De praktijkondersteuner kan de patiënt vragen om een dergelijke vragenlijst in te vullen en een afdruk van het rapport mee te nemen. Het is terecht dat de NHG richtlijn voor slaap adviseert om bij slapeloosheidsklachten niet te snel en te lang slaapmedicatie voor te schrijven. Geheel volgens deze richtlijn is het beter om de patiënt uitdrukkelijk te wijzen op goede alternatieven in de vorm van gedragsmatige behandeling. De Cognitieve Gedragstherapie voor Insomnie (CGTI) is de meest effectieve vorm van een dergelijke behandeling. Een laagdrempelige mogelijkheid is de internettherapie Somnio. De CGTI wordt ook aangeboden door een aantal slaapklinieken. Eenvoudige slaapcursussen worden aangeboden door de kruisverenigingen.

Dr. Winni Hofman is GZ-psycholoog en heeft 35 jaar ervaring als slaapspecialist. Zij is als Universtiair Docent verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, waar zij onderzoek doet naar

slaapkwaliteit en dagelijks functioneren. In samenwerking met Personal Health Institute international, onderzoekt zij methoden voor de verbetering van de slaapdiagnostiek. Daarnaast behandelt Dr. Hofman insomnie patiënten met Cognitieve Gedragstherapie voor insomnie.

Referenties

1. American Academy of Sleep Medicine, 2005 International Classification of Sleep Disorders, 2nd edition. Westchester, Illinois: AASM
2. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M, 2005 NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15
3. National Institute of Health, 2005 NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults.
4. Morin CM, Colecchi C, Stone J, 1999 Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized clinical trial. JAMA 281: 991-999
5. Riper H, Smit F, Zanden Rvd, Conijn B, Kramer J, Mutsaers K., 2007 Programmeringsstudie E-Mental Health. Utrecht: Trimbos-instituut
6. Hofman WF, Jain, B, 2008 Efficacy of internet based individualized CBT for insomnia. Sleep 31, Abstract Supplement, A241