

Wie kan er nog gewoon, rustig slapen?

L. GABRIËLS

Te weinig slapen, te veel slapen, niet kunnen slapen, niet wakker kunnen blijven, dag-nachtritme omkeren, jetlag, slaapwandelen; je zou denken dat slapen een heel ingewikkelde vaardigheid is. Bij onze geboorte kunnen we het bijna allemaal. Het is alsof we het met het ouder worden afleren. Een veilig gevoel is cruciaal om te kunnen slapen. Je moet je als het ware laten wegglijden. Naarmate we opgroeien, wordt voor velen de wereld onveilig en als je waakzaamheid verslapt, kan er van alles gebeuren In België worden er per dag 736.000 doses slaap- en kalmeringsmiddelen 'gebruikt'. Dat geeft te denken.

Slaapfysiologische kennis De wetenschappelijke kennis over de (patho)fysiologie van het slaaproces groeit zienderogen en slapen blijkt een heel complex gebeuren te zijn. We weten steeds meer over slaaparchitectuur op macro- en microniveau, over processen zoals slaapdruk en circadiaan ritme, over de rol van diverse neurotransmitters en hersengebieden bij het induceren, onderhouden en beëindigen van de slaap. Onze biologische klok, gestuurd vanuit klokcellen in de suprachiasmatische nucleus in de hersenen, is essentieel voor het sturen van ons slaap-waakritme. Klokcellen en -genen leggen alle organen in ons lichaam het ritme van de dag op. Een toename van bloeddruk, hartfrequentie, glucose en cortisol bereidt ons voor op een dagpatroon en toename van activiteit. Daartegenover is er de epifyse die melatonine afscheidt, een hormoon dat ons slaperig maakt, maar daarnaast ook weer vele perifere orgaanstelsels beïnvloedt.

24/7 en slaapschuld We slapen ongeveer een derde van ons leven en in onze drukke en gevulde maatschappij vinden sommigen dit tijdverlies. We leven meer en meer in een 24/24- en 7/7-maatschappij. Het lichtniveau in een dergelijke maatschappij wordt aangepast door een eenvoudige tik op de schakelaar. Hierdoor kunnen we boeiende dingen beleven op de momenten die óns het beste uitkomen. Onze dagen zijn goed gevuld en te kort, dus stappen we af van ons natuurlijke ritme. Soms worden we ook letterlijk uit dit ritme getrokken, bijvoorbeeld bij ploegendienst of bij jetlag na langeafstandsvluchten voor professionele doeleinden of plezier. We willen slapen wanneer het ons uitkomt en vinden het lastig als onze biologische klok dat tegenwerkt. Maar slaapbehoefte en biologische klok worden intrinsiek bepaald. Als we niet aan onze slaapbehoefte voldoen, bouwen we een slaapschuld op met gevolgen op onze levenskwaliteit overdag. Chronisch slaaptekort is oorzaak van prikkelbaarheid, aandachts- en concentratiestoornissen en verminderde motivatie. We zijn minder alert en maken meer

fouten. Creativiteit, groei en geheugenconsolidatie komen in het gedrang.

Slaap en psychiatrie Ongeveer de helft van mensen met slaapproblemen heeft een psychiatrische aandoening. Een verstoord slaappatroon is een belangrijke klacht bij psychiatrische patiënten. Voorbeelden hiervan vinden we bij depressie en bipolaire stoornis, angststoornissen, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen, schizofrenie, ADHD en drugsmisbruik. Veranderingen in zowel ritmiek als de hoeveelheid van de melatoninesecretie worden aangetoond bij de meeste van deze stoornissen (Pacchierotti e.a. 2001). Er zijn verschillende interacties in de samenhang tussen slaapproblemen en psychiatrische stoornissen. Werkdruk of druk vanuit de sociale omgeving kan via een verhoogd stressniveau de slaap verstoren, waardoor we in een spiraal terechtkomen van fysische en psychische uitputting, en uit evenwicht raken. Slaapproblemen en een verstoorde slaap-waakregeling predisponeren tot psychiatrische stoornissen. Omgekeerd kan een toegenomen *arousal* door psychologische factoren die samenhangen met de psychiatrische stoornis slaapproblemen induceren. Verder kunnen verstoorde slaap én psychiatrische stoornis veroorzaakt worden door een gemeenschappelijke onderliggende biologische ontregeling.

Illusie armer Psychiatrische stoornissen vormen vaak een exclusie criterium bij studies rond behandeling van slaapproblemen. Hierdoor is de *evidence* niet van toepassing op een psychiatrische populatie en behandeling wordt een uitdaging. Volgens de algemene richtlijn vormt insomnie bij psychiatrische stoornissen geen directe indicatie voor polysomnografie. Bij doorverwijzing naar een slaaplaboratorium waar een psychiater in het multidisciplinaire team ontbreekt, verwaarloost men de psychiatrische aandoening en voert vlot een slaaponderzoek uit. Na rapportering van de technische bevindingen wordt de patiënt voor behandeling terugverwezen, meestal een illusie armer en nog steeds met hetzelfde probleem.

Behelpen Soms leidt het behandelen van de psychiatrische problematiek tot een spontaan herstel van het slaappatroon, maar dit is niet de regel. Antidepressiva, maar ook andere psychofarmaca, kunnen zélf de slaapkwaliteit grondig in de war sturen door bijvoorbeeld het induceren van rusteloze benen, myoklonieën, tandenknarsen en nachtelijke transpiratie. Het slaappatroon normaliseren is essentieel, want het recidiefrisico is beduidend groter als na behandeling het slaappatroon verstoord blijft. Voor beperkte psychiatrische problemen is een cognitief en gedragstherapeutisch

LITERATUUR

- Mallon, L., Broman, J., & Hetta, J. (2009). Is usage of hypnotics associated with mortality? *Sleep Medicine*, 10, 279-286.
- Pacchierotti, C., Iapichino, S., Bossini, L., e.a. (2001). Melatonin in psychiatric disorders: a review on the melatonin involvement in psychiatry. *Frontiers of Neuroendocrinology*, 22, 18-32.
- Perlman, L.M., Arnedt, J.T., Earnheart, K.L., e.a. (2008). Group Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in a VA Mental Health Clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 426-434.

AUTEUR

L. GABRIËLS is psychiater aan UZ Leuven, Campus Gasthuisberg en verbonden aan het Leuvens universitair centrum voor slaap- en waakstoornissen (LUCS), Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. L. Gabriëls, UZ Leuven, Campus Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: loes.gabriels@uzleuven.be.

TITLE IN ENGLISH Who can still sleep normally and quietly?

programma specifiek gericht op insomnia (CGT-I) doeltreffend (Perlman e.a. 2008), maar CGT-I is slechts beperkt beschikbaar. Bij ernstige psychiatrische stoornissen is CGT-I vaak te belastend. Richtlijnen voor farmacologische behandeling van een verstoord slaappatroon in samenhang met een psychiatrische stoornis ontbreken. Benzodiazepinen werken in acute situaties, maar chronisch gebruik geeft gewenning en verhoogt de mortaliteit (Mallon e.a. 2009). Afhankelijk van de psychiatrische stoornis kunnen sederende antidepressiva of sederende neuroleptica soelaas brengen. Bijwerkingen en impact op de rijvaardigheid zijn hier een aandachtspunt. Er zijn farmaca in aantocht die geen gewenning geven of die gericht zijn op én de psychiatrische stoornis én de bijbehorende slaapproblemen, maar voorlopig is het roeien met de riemen die we hebben.