

Depressies en doorwaakte nachten

De praktijk van de behandeling van vitale depressies met slaaponthouding

door A. C. Lit

Inleiding

De slapeloze nachten en het te vroeg ontwaken gevolgd door het zo karakteristieke dieptepunt van de morgenuren betekenen voor depressieve mensen een grote kwelling, tot nu toe met krachtige slaapmiddelen bestreden. Niemand is echter op de gedachte gekomen dat de slapeloosheid wel eens een functie kon hebben totdat enkele patiënten aan Schulte (1966) mededeelden dat zij hun somberheid konden verlichten door zich 's nachts wakker te houden. Pflug en Tölle (1971) hebben als eersten dit gegeven wetenschappelijk onderzocht door een aantal zwaarmoedige mensen – ter vermindering van suggestie onder het voorwendsel van een oogdrukonderzoek – één enkele nacht wakker te houden. De resultaten waren verrassend. Bij vitale meer dan bij neurotische depressies ontstond een verbetering van het ziektebeeld, vergelijkbaar met een elektroshock zonder de onaangename bijwerkingen daarvan. Direct na de mededelingen van Pflug en Tölle zijn de artsen * van het sanatorium begonnen met het toepassen van de slaaponthouding.

Al in de eerste nacht tussen 2 en 4 uur merkten enkele patiënten een verwonderlijke omslag van de stemming. In de daaropvolgende dagen keerde de sombere gemoedsgesteldheid wel weer terug maar niet in dezelfde mate: de ochtend-depressie was minder diep, de beweeglijkheid groter en de slaap in de volgende nachten beter. Een en ander was destijds voor ons voldoende aanleiding om de patiënten na enkele dagen wéér wakker te houden en zo is, gesteund door de veelbelovende eerste resultaten en het betrekkelijk geringe aantal negatieve bijwerkingen (Lit, 1973) de slaaponthouding in het sanatorium geworden tot de voorkeursbehandeling van vitale depressies.

Schrijver is psychiater, werkzaam als geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Neurosen en Psychosen te Zeist.

* Zonder hun ervaringen en kritiek zou dit artikel ongeschreven zijn gebleven.

Wat zijn vitale depressies

Sedert het wetenschappelijke en praktische werk van Hutter neemt het sanatorium nog steeds veel ernstig depressieve patiënten op, elders tevergeefs behandeld. De ontstaansvoorwaarden voor deze toestanden zijn uiteraard velerlei en lopen uiteen van erfelijkheid, constitutie en lichamelijke ziekten tot psychische en sociale invloeden. Bijna altijd is er sprake van een aantal deprimerende factoren, die in een gegeven tijdsbestek alle in dezelfde richting werken, homeostatische mechanismen doorbreken en een pathologisch evenwicht doen ontstaan dat spontaan weinig of niet neigt tot verandering. Als uitgangspunt voor de behandeling van depressies is de verschijningsvorm echter belangrijker gebleken dan de ontstaansvoorwaarden en met van Praag (1977) maken wij onderscheid tussen vitale en personale depressies. De laatste vertonen in tijd en intensiteit begrijpelijke verbanden met deprimerende omstandigheden, zijn beweeglijk van vorm en beïnvloedbaar door psycho- en sociotherapeutische maatregelen.

Personale depressies missen aanwijzingen, dat stoornissen in de biologische subsystemen bij het ontstaan en voortbestaan van doorslaggevende betekenis zijn. Dit is wel en vaak indrukwekkend het geval bij vitale depressies. Bij lijders hieraan is niet alleen het innerlijk grondig verstoord maar ook hun biologische infra-structuren. Een grens tussen de bekende aanwijzingen voor een diepgaande stoornis in het vitale bestaan en de geestelijke ontreddering van de betrokkenen is echter moeilijk te trekken, gevangen als zij zijn in gedachten en gevoelens van wanhoop, onwaarde, slechtheid, machteloosheid en overbodigheid in al hun betrekkingssystemen.

Het is een wijdverbreid misverstand dat de depressies van vitaal type altijd endogeen, dat wil zeggen door erfelijkheid en constitutie, bepaald zijn. Dit laatste speelt vaak mee maar daarnaast zijn psychogene, sociogene en vooral involutieve factoren onmisbaar om het ontstaan van veel vitale depressies genoegzaam te verklaren.

Speciale aandacht verdienen de gemaskeerde depressies, die schuil gaan achter de voor iedereen veel meer aanvaardbare lichamelijke klachten. Het kan jarenlang duren alvorens de in psychiatrisch opzicht weinig geschoolde orgaanspecialisten deze patiënten na langdurige en frequente ziekenhuispassages naar een psychiater verwijzen, meestal enkele operatielittekens rijker.

Evenmin voldoende aandacht heeft het feit, dat talrijke moderne geneesmiddelen vitale depressies provoceren bij daartoe gepre-disponeerde patiënten. Een bekend voorbeeld is serpasil, gebruikt voor de behandeling van hypertensie. Ook veel nieuwe middelen tegen de te hoge bloeddruk hebben deze vaak miskende uitwerking. Voorbeelden zijn de sympathicolytica zoals aldomet, een beta-blokker zoals inderal en het hydralazinederivaat prazosine (Apresoline^R). Van oudsher dienen ook de corticosteroiden en de oestrogenen, die als anti-conceptiva een geweldig groot toe-

passingsgebied kennen, met achterdocht te worden gezien. Het meest misleidend zijn echter tabletten als Mutabon^R, als anti-depressivum geadverteerd, maar in feite een combinatie van een anti-depressivum met het krachtige neurolepticum perfenazine (Trilafon^R), dat als alle neuroleptica deprimerend werkt op vele vitale functies en bij daartoe gepredisponeerden depressies van vitale aard kan uitlokken. Op deze wijze worden gemaskeerde depressies behandeld met gemaskeerde depressiva!

Het goed onderscheiden tussen vitale en personale depressies voert tot een passende aanpak van de personale: psycho- en sociotherapie, zo nodig ondersteund door psychofarmaca. Voor de vitale depressies zijn de laatste methodes, indien aangewezen vanwege de oorzakelijke factoren, pas toepasbaar na het behandelen van de vitale aspecten van de depressie. De slaaponthouding is hiertoe een nieuwe en veelbelovende aanwinst.

De praktijk van de slaaponthouding

Het doorwaken van een nacht kost een enkeling, hoe goed ook gesteund door zijn naaste omgeving, veel inspanning. De efficiency gebiedt om de behandeling van een aantal patiënten te combineren in één nacht. De hieronder te beschrijven bijverschijnselen eisen een volledig intern en neurologisch onderzoek. Daarom vraagt de slaaponthouding om de mogelijkheden van een klinische afdeling. Ten einde de uitwerking van de slaaponthouding te kunnen beoordelen is het niet verstandig om kort voor het begin van de kuur de andere ingestelde anti-depressieve behandelingen – die dus geen of onvoldoende resultaat hebben gehad – te staken. Anti-depressiva, waarvan nu bekend is dat zij de werking van de slaaponthouding versterken, blijven zeker gehandhaafd. Verder neemt de betrokkene deel aan de gebruikelijke activiteiten van een moderne psychiatrische kliniek.

De slaaponthouding begint op maandagavond. De groep patiënten, variërend in aantal van 10 tot 20, verzamelt zich om 21.30 uur, begeleid door een vaste verpleegkundige *, geassisteerd door een leerling. Als de groep groter is dan 16 wordt een derde verplegende ingeschakeld om het toezien op en het wakker houden van de patiënten mogelijk te maken. De nacht wordt begonnen met T.V. waarna radio en platenspeler voor afleiding kunnen zorgen. Er wordt gekaart, gesjoeld, gehandwerkt en gepraat. Correspondentie wordt afgehandeld en de groep verzorgt zelf een eenvoudige maaltijd, die licht moet zijn om geen slaap te verwekken. De nacht wordt besloten met een wandeling.

Interacties van sociotherapeutische aard ontstaan niet spontaan en worden niet nagestreefd. Dit wil niet zeggen dat de slaaponthouding psychologische effecten mist. Er ontstaat een groepsgeest, mede omdat de 'nachtwake' een goede pers en een op-

* Aan mevrouw Deggens dank ik vele praktische adviezen, in dit artikel genoemd.

vallende uitwerking heeft. Voor depressieve mensen is het ook een ongekende ervaring om daadwerkelijk en met inspanning aan hun eigen herstel bij te dragen.

Het resultaat van het wakker blijven is soms direct merkbaar. Tussen 2 en 4 uur 's nachts, anders het dieptepunt van vitale depressies, kan de stemming omslaan tot goed of zelfs wat uitgelaten. Deze omslag kan spelenderwijs vergemakkelijkt worden door een korte wandeling omstreeks die tijd. De meeste patiënten verdragen het opblijven aanvankelijk verrassend goed zodat de dinsdag erna weer gewoon kan worden meegedaan met het dag-program. De patiënten zijn dan aanzienlijk beter toegankelijk, ook voor psychotherapeutisch contact. Zij blijven, omdat zowel hypomane als paranoid-psychotische reacties zijn voorgekomen, deze dag onder toezicht. Slapen en het verleidelijke middagdutje bederven veel van het resultaat en worden voorkomen. Dinsdagavond krijgen zij óf geen óf minder van de gebruikelijke slaap-middelen. Het verminderen van de afhankelijkheid hiervan is medische winst en wordt door de patiënt als een weldaad ervaren. Op de woensdag blijkt vaak dat het gebruikelijke dieptepunt na het ontwaken ontbreekt of milder is. Deze dag of de daaropvolgende donderdag geven vaak een terugslag te zien in de vorm van een toenemen van de depressie en een gevoel van grote vermoeidheid. In een enkel geval noopt dit tot het staken van de kuur. Een kuur verloopt gunstig als na iedere slaaponthouding de dagschommelingen, de depressie en de apathie afnemen. Deze winst verdwijnt in de loop van de week niet helemaal. De volgende slaaponthouding heeft dan een zelfde uitwerking. Als tussen twee waaknachten geen inzinking meer optreedt, de stemming goed blijft en de patiënt moeite heeft om in de nacht wakker te blijven, wordt de kuur als geslaagd beschouwd en gestaakt. Tussen dit verloop en het totaal niet aanslaan of negatief uitvallen van de slaaponthouding liggen alle mogelijke overgangen. Vaak is na 4 à 8 nachten pas te zien of een kuur aanslaat. Het gemiddelde aantal waaknachten per behandeling is ongeveer acht.

De beschreven gang van zaken is de gebruikelijke.

Modificaties van de kuur zijn veelal ontstaan als reacties op de later te vermelden ongewenste nevenwerkingen:

1. twee keer per week wakker blijven zou kunnen worden toegepast als een snel resultaat uitblijft. Het blijkt bijna altijd te vermoeiend te zijn;
2. als grote vermoeidheid de voortgang van de kuur in gevaar brengt kan de slaaponthouding beginnen om 1.30 uur 's nachts omdat de stemming meestal in de tweede helft van de nacht omslaat. Rudolf c.s. (1977) zagen hiervan goede resultaten; de patiënten vinden het echter uiterst onaangenaam;
3. voor het bij ouderen nogal eens optredende statische oedeem is een lasix-tablet bij het begin van de waaknacht een doelmatig middel;
4. de combinatie met lithium-carbonaat maakt het mogelijk om

bipolaire depressies te behandelen zonder het gevaar van een hypomane reactie;

5. bij zeer ernstige of snel recidiverende depressies is de combinatie van slaaponthouding met lithium-carbonaat en tricyclische antidepressiva zo werkzaam gebleken dat de behoefte aan elektroshock-behandelingen tot praktisch nul is gereduceerd;

6. als de slaaponthouding ondanks de bovengenoemde modificaties te vermoeiend is, kan de patiënt één keer per twee weken wakker blijven.

Bijwerkingen

Vergeleken met de tot nu toe gebruikelijke anti-depressieve behandelingen, vooral de elektroshock, waren de bijwerkingen niet alleen in de eerste maar ook in de latere reeksen van kuren weinig indrukwekkend in aantal. De meest voorkomende klacht is moeheid, niet in de nacht zelf maar één of twee dagen later. Bij overigens gezonde ouderen is de volgende dag vaak een statisch oedeem te zien, verklaarbaar als gevolg van het gedurende 40 uren aaneen niet slapen en dus ook niet horizontaal liggen. Ernstiger was het in enkele gevallen doorslaan naar een hypomaan of manisch toestandsbeeld en het verergeren van voordien onopvallende paranoïd-psychotische verschijnselen. De relatie van het ontstaan van cerebro-vasculaire accidenten met de slaaponthouding is niet duidelijk. Wij constateerden het bij twee oudere patiënten, bij de ene zeer vluchtig, bij de andere, een vrouw van 79 jaar die enkele jaren geleden verrassend goed op de slaaponthouding reageerde, niet meer volledig herstellend. Eén keer zijn na twee doorwaakte nachten epileptische verschijnselen geconstateerd met duidelijke E.E.G.-afwijkingen. Daarom zijn wij het niet eens met Rudolf e.a. (1977) die de slaaponthouding ongevaarlijk vinden en alleen ernstige lichamelijke ziekten als contra-indicaties noemen. Rekening houdend met de mogelijkheid van gemitigeerde kuren hanteren wij de onderstaande contra-indicaties:

1. slechte algemene toestand, snelle vermoeibaarheid en niet gecompenseerde hartziekten;
2. een recente voorgeschiedenis of de aanwezigheid van paranoïd-hallucinatoire verschijnselen;
3. gevaar voor of aanwezigheid van cerebro-vasculaire accidenten;
4. gezien het feit dat de slaaponthouding gebruikt wordt om epileptische verschijnselen te provoceren: een niet goed geregelde epilepsie.

Eigen resultaten

Het sanatorium heeft na de invoering van de slaaponthouding de behoefte aan de vroeger veel toegepaste elektroshock in 1976 zien dalen tot 5 kuren en daarna tot nul. Dit zegt wel iets over

de doelmatigheid.

Het totaal van de sedert september 1971 toegepaste slaaponthoudingskuren bedraagt tot 31 december 1977 het indrukwekkende getal van 409. In schema gebracht, zijn de resultaten over 1976 en 1977 als volgt:

	++	+	0	—	totaal
vitale depressies	29 35%	32 39%	17 21%	4 5%	82 100%
personale depressies	8 22%	12 33%	12 33%	4 11%	36 100%

Hierbij duidt ++ aan, dat de kuur doorslaggevend was voor het herstel, + duidelijk verbeterend, 0 geen invloed en — betekende een negatieve uitwerking. De verschillen tussen de vitale en personale depressies worden duidelijker als men de positieve en de negatieve reacties samenvoegt en dan vergelijkt.

	positief resultaat	geen resultaat	totaal
vitale depressies	61 74%	21 26%	82 100%
personale depressies	20 56%	16 44%	36 100%

Deze getallen behoeven enige toelichting. Vergelijking met door anderen verkregen gegevens is moeilijk omdat het in de psychiatrie nog steeds ongebruikelijk is om dezelfde gestandaardiseerde methoden te gebruiken. Van depressieschalen is afgezien omdat daarmee vaak een pseudo-objectiviteit wordt bereikt. Het gebruik van controlegroepen is ethisch niet meer aanvaardbaar zodra de behandelaar overtuigd is van de doelmatigheid van zijn handelen en op die grond het met wetenschappelijke oogmerken uitstellen van een behandeling van een zo ernstige toestand als een vitale depressie ontoelaatbaar acht. Onderzoekseries met een hogere graad van betrouwbaarheid zijn ons ook niet bekend. Uit de aard der zaak is een double blind onderzoek uitgesloten. Over betrouwbare en algemeen aanvaardbare biochemische of neurofysiologische parameters, zo die er zijn, kan een niet-academisch ziekenhuis niet beschikken. Bovenstaande gegevens met ondanks dit alles ongeveer dezelfde herstelpercentages als die van andere onderzoekers (Rudolf e.a., 1977; van Scheyen, 1977) hebben derhalve geen hogere pretentie dan de klinische zekerheid dat het merendeel van de patiënten, die geen baat vinden bij de tot nu toe gebruikelijke anti-depressieve behandelingen, wél herstellen als aan het behandelarsenaal de slaaponthouding wordt toegevoegd. Dit gegeven is ons voldoende om de slaaponthouding te hanteren als een betrekkelijk ongevaarlijke en zeer doelmatige voorkeursbehandeling van alle vitale depressies. In die overtuiging worden wij voortdurend gesteund door het in onbruik geraken van de elektroshock.

Theoretische achtergronden

De invloed van doorwaakte nachten op depressies wordt als een nieuw argument beschouwd voor de al lang bestaande theorieën over de nauwe betrekkingen tussen stoornissen van de stemming en stoornissen van de slaap. Illustratief is de aan dit onderwerp gewijde studie van Machteld Papousek (1975). Gesteund door een systematisch overzicht van de relevante literatuur schetst zij een chronobiologisch model van de cyclothymie. In deze door veel waarnemingen en proeven gesteunde gedachtengang zijn de vitale depressie en waarschijnlijk ook de manie ontregelingen van dezelfde golfbeweging in de dagelijkse vitale functies die mede het slapen en waken bepalen. Bij daartoe gepredisponeerde personen kan de amplitudo van deze circadiane golfbeweging zodanig versterkt zijn dat perioden van verminderde biologische weerstand tegenover storende in- en uitwendige invloeden ontstaan: *tempora minoris resistentiae*. Papousek rangschikt deze storende invloeden in een aantal categorieën. Ten eerste de andere chronobiologische ritmen die gedesynchroniseerd kunnen geraken, zoals hormonale of seizoen-afhankelijke. Vervolgens komen langdurige perioden van verminderde weerstand voor tijdens de adolescentie, het climacterium en de involutie. Ten derde kunnen algemene lichamelijke ziekten en ten slotte ingrijpende psychosociale invloeden een dreigende desynchronisatie van vitale ritmen versterken en manifest maken. Als meerdere invloeden tegelijkertijd in dezelfde richting werken kan zich een nieuw gedesynchroniseerd circadiaan ritme instellen dat een zekere stabiliteit bezit en weinig of geen spontane neiging tot herstel vertoont. Dit geheel presenteert zich in de verschijningsvorm van de vitale depressie. Papousek acht deze theorie nog niet bewezen. Sterke steun wordt er echter aan gegeven door de uitwerking van de slaaponthouding, die door het actief houden van het gehele organisme belet dat het dieptepunt van het circadiane ritme, zoals bekend optredend tussen 2 en 4 uur 's nachts, wordt bereikt. Wat meer afstandelijk uitgedrukt: de te sterke golfbeweging van de vitale functies wordt gedempt door het verkleinen van de amplitudo. Is dit een verklaring voor de onmiskenbaar gunstige invloed op ernstige depressies die wij vroeger zagen van de historische slaap- en opiumkuren? Deze uiterst interessante chronobiologische beschouwingen worden echter minder duidelijk door de talrijke aanwijzingen (Vogel, 1975), dat het selectief belemmeren van de R.E.M.-slaap eveneens een anti-depressief effect heeft. Als men vervolgens bedenkt dat slaaponthouding uiteraard de R.E.M.-slaap belemmert, dat beide ondenkbaar zijn zonder complexe veranderingen van biologische processen in het brein en dat de tri-cyclische anti-depressiva de R.E.M.-slaap ook beïnvloeden en daarom soms in één dosis vóór de nacht worden voorgeschreven (Philipp, 1978), kan men een sluitende verklaring voor de werking van de slaaponthouding voorlopig nog niet verwachten.

Desondanks is met de slaaponthouding, door Papousek een therapeutische resynchronisatie genoemd, een nieuw principe in de behandeling van de vitale depressies ingevoerd.

Literatuur

- Lit, A. C. (1973): Elektroschock en slaaponthouding. *Ned. T. Psychiat.* 15, p. 56-64.
- Papousek, M. (1975): Chronobiologische Aspekte der Cyclothymie. *Fortschritte Neur. Psychiat.* 43, p. 381-440.
- Pflug, B. en Tölle, R. (1971): Therapie endogener Depression durch Schlafentzug. *Nervenarzt* 42, p. 117-124.
- Philipp, M. en Marneros, A. (1978): Chronobiology and its implications for pharmacotherapy of endogenous depression. *Pharmakopsychiat.* 11, p. 235-240.
- Praag, H. M. van (1977): *Psychofarmaca*. van Gorcum, Assen/Amsterdam.
- Rudolf, G. A. E. e.a. (1977): Antidepressive Behandlung mittels Schlafentzug. *Nervenarzt* 48, p. 1-11.
- Scheyen, J. D. van (1977): Slaapdeprivatie bij de behandeling van unipolaire (endogene) vitale depressies. *Ned. Tsch. Gen.* 121, p. 564-568.
- Schulte, W. (1966): zie Rudolf e.a.
- Vogel, G. W. (1975): REM-sleep reduction effects on depression syndromes. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, p. 765-777.