

Slaapcursussen

PAUL VAN DIJK*

Volgens een Nipo-onderzoek uit 1977 slaapt 37 procent van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder *wel eens* slecht, 7 procent slaapt *erg vaak* slecht en 3 procent (300.000 Nederlanders) gebruikt dagelijks slaapmiddelen. Dat het nemen van slaapmiddelen in de meeste gevallen geen zin heeft en zelfs schadelijk is, wordt intussen steeds meer erkend. In het Utrechtse Oudwijk werd een alternatief ontwikkeld: slaapcursussen.

Inleiding

Het voorschrijven van slaapmiddelen heeft in de meeste gevallen geen zin. Wanneer een slaappil langer dan twee weken wordt gebruikt, verliest hij zijn effect op de slaapduur; de slapeloosheid keert terug en vaak slaapt de patiënt slechter dan zonder de betreffende medicijnen. Afgezien daarvan bestaat een aantal duidelijk nadelige gevolgen. Bij sommige slaapmiddelen kan worden vastgesteld, dat eenmalig gebruik het prestatievermogen minstens gedurende de gehele volgende dag ongunstig beïnvloedt. De onderzochte personen zijn echter van oordeel dat zij goed hebben geslapen en helder zijn bij het ontwakken; van een verminderd prestatievermogen zijn zij zich vaak niet bewust. Bij langdurig gebruik kunnen verder de volgende verschijnselen optreden: remming van ademhalings- en hartfunctie, huiduitslag, sufheid, verwardheid, gewenning en verslaving. De combinatie van bepaalde slaapmiddelen met alcohol en antistollingsmiddelen kan gevaarlijk zijn.

Slaapmiddelen zijn dus in de meeste gevallen niet de goede oplossing voor slapeloosheid. Zelfs al zouden ze wel slaapbevorderend zijn en geen schadelijke werkingen vertonen, dan nog is het de vraag of dit de meest aangewezen therapie is. Slapeloosheid vindt immers in onze tijd voornamelijk zijn oorzaak in spanningen in het dagelijks leven. In verreweg de meeste gevallen zijn er geen lichamelijke factoren aan te wijzen, maar is de psychosociale situatie

van de patiënt de oorzaak van de klacht. Bestrijding van de slapeloosheid zal slechts tot onderdrukking leiden van het symptoom en de spanning die er aan ten grondslag ligt, zal zich elders in het lichaam (of de geest) uiten. Een wezenlijke oplossing van het slaapprobleem zal pas worden gevonden als de oorzaak is opgezocht en aangepakt.

Toen op het spreekuur van de gezondheidswinkel veel vragen kwamen over slapeloosheid en een mogelijke behandeling zonder pillen, hebben wij geprobeerd nieuwe vormen te vinden om dit probleem aan te pakken: een slaapcursus.

Opzet

Wij hebben gekozen voor de groepsvorm en daarbij gebruik gemaakt van methoden uit de gedragstherapie, zoals die ontwikkeld zijn op het Instituut voor klinische en industriële psychologie in Utrecht. Deze methoden hebben wij aangepast aan de situatie in Oudwijk en aan de doelstellingen van onze groep. In het najaar van 1976 is de eerste cursus gestart, in het voorjaar van 1977 de tweede. Deze groepen, die we I en II zullen noemen, kwamen op een vaste middag bijeen van 14.00 tot 15.00 uur in een van de lokalen van het buurthuis. De cursus bestond uit tien bijeenkomsten en kostte f 10,-.* Op verschillende manieren is publiciteit gemaakt: door aan de artsen in de wijk een brief te sturen, door het plan in het welzijns-

* Later zijn nog verschillende andere cursussen gestart. In dit artikel beperk ik mij tot de eerste twee, omdat deze het meest illustratief zijn.

overleg (maandelijks overleg tussen alle welzijnswerkers in de wijk) ter sprake te brengen, door een stencil neer te leggen in de wachtkamer van de artsen en door een stukje te schrijven in het wijkkrantje. De ervaringen van de deelnemers aan de eerste cursus leidden bovendien tot mond-tot-mondreclame. Doel van de cursus was: door middel van gesprekken ontdekken wat de relatie is tussen slapeloosheid en problemen in de woon-, werk- en leefsituatie; met behulp van de andere groepsleden zoeken naar oplossingen voor deze problemen; verwerven van inzicht in het ontstaan van andere klachten en de mogelijkheden deze op te lossen.

De begeleiding van de cursus bestond uit een arts en een maatschappelijk werkster; beiden waren tijdens alle zittingen aanwezig.

Voor het intakegesprek van groep I hebben zich negen vrouwen aangemeld.

Eén vrouw kon na het stoppen met slaapmiddelen – voorwaarde voor deelname aan de cursus – zo goed slapen, dat de cursus overbodig was. De overige acht vrouwen die allen uit Oudwijk kwamen en in leeftijd varieerden van 37 tot 78 jaar, hebben de gehele cursus afgemaakt. De absentie was laag, soms was er één vrouw afwezig.

Voor het intakegesprek van groep II hadden drie mannen en zes vrouwen ingeschreven. Aan het eind van de cursus waren drie vrouwen afgevallen, twee omdat ze het moeilijk vonden in een groep hun problemen te moeten bespreken en één omdat ze ziek werd. De absentie in groep II was groter dan in groep I; gemiddeld was één deelnemer afwezig. Groep II bestond slechts voor een klein deel uit wijkbewoners. De mannen waren 22, 24 en 37 jaar oud, de vrouwen varieerden in leeftijd van 45 tot 69 jaar. Het intellectuele en maatschappelijke niveau van deze groep was duidelijk hoger dan van groep I.

Elke deelnemer werd drie weken voor de aanvang van de cursus uitgenodigd voor een gesprek van ongeveer een uur met een van de begeleiders. Tijdens dit gesprek werd nader geïnformeerd naar het slaapgedrag van de deelnemer. Ook werd gevraagd een vragenlijst betreffende slapen en slaapgedrag in te vullen. Voorwaarde tot deelname aan de cursus was beëindiging van de slaapmedicatie direct na het gesprek. Hierover werd mondeling en schriftelijk informatie gegeven. Tevens ontving elke deelnemer een stencil over wat onder gezonde slaap kan worden verstaan, wat slaapmiddelen doen en welke ontwenningverschijnselen men kan verwachten.

* Arts te Utrecht.

Ook werd verteld hoe de cursus was opgezet.

Na het intakegesprek moesten de deelnemers dus stoppen met hun slaappillen. Tijdens deze periode waarin de ontwenningverschijnselen het sterkst waren, werden geen afspraken gemaakt. Wel was het mogelijk telefonisch contact op te nemen met een van de begeleiders. Hiervan werd door een aantal deelnemers intensief gebruik gemaakt. Verschillende deelnemers vertoonden zeer sterke ontwenningverschijnselen: fobieën, angstige dromen, hartkloppingen, krampen, trillingen, droge slijmvliezen, hoofdpijn en misselijkheid.

De bijeenkomsten

Drie weken na het intakegesprek was de eerste bijeenkomst met de groep. Een van de deelnemers was penningmeester; iedereen betaalde tien gulden voor tien bijeenkomsten.

Nadat de mensen die elkaar niet kenden, zich hadden voorgesteld, vertelde iedereen zijn ervaringen van de afgelopen weken: welke verschijnselen waren opgetreden bij het stoppen met de medicijnen, of het gelukt was dit consequent vol te houden, hoe het slapen was gegaan, hoe de omgeving had gereageerd enzovoort. We gingen op deze eerste bijeenkomst slechts oppervlakkig in op situaties en factoren die de mogelijke basis voor de klachten zouden kunnen zijn. Het tweede deel van de bijeenkomst werd besteed aan ademhalingsoefeningen. Deze oefeningen voor buikademhaling en volledige ademhaling werden gezamenlijk gedaan. Na afloop kreeg men een stencil met een beschrijving van de oefeningen en instructies over wanneer en hoe vaak per dag men ze moest doen. Bovendien werd aan elke deelnemer gevraagd dagelijks een slaapschema plus ontspanningsschema in te vullen en wekelijks een logboek, bij te houden.

Alle volgende bijeenkomsten hadden in grote lijnen dezelfde opbouw. Eerst werden de slaapschema's, ontspanningsschema's, logboeken en andere papieren die men had ingevuld, ingeleverd. Daarna vertelde in willekeurige volgorde elke deelnemer over zijn slaapervaringen van de afgelopen week. Vermengd hiermee kwamen allerlei andere problemen naar voren die verband hielden met de slapeloosheid. Wanneer anderen het probleem herkenden, gingen er op in. Op deze wijze ontstonden gesprekken die vaak leidden tot een scherpe analyse van het ontstaan van de slapeloosheid. Gezamenlijk werd dan

gezocht naar een oplossing voor die bepaalde persoon.

Vaak was alleen al het uitspreken van bepaalde gedachten, grieven of frustraties voldoende om de slapeloosheid te doen verminderen. Daarnaast konden in andere gevallen praktische oplossingen worden gevonden, bijvoorbeeld voor eenzaamheid. Andere deelnemers uit de groep nodigden zo iemand uit om koffie te komen drinken of om samen naar de markt te gaan. Gesprekken – met behulp van maatschappelijk werk – om oplossingen voor vastgelopen relaties, slechte behuizing of geluidsoverlast uit te werken, leidden in een aantal gevallen tot een snelle vermindering van de slapeloosheid. De gesprekken in de groep, waarbij men voelde dat de ander begrip en aandacht had voor het probleem, werkten sterk therapeutisch. Het feit dat alle anderen te kampen hadden met dezelfde problemen, zorgde ervoor dat men meer zelfvertrouwen kreeg en de eigen situatie gemakkelijker ter sprake kon brengen.

Het tweede deel van elke bijeenkomst was gericht op het leren van bepaalde technieken om slapeloosheid (los van de oorzaak) te bestrijden. In de tien bijeenkomsten kwamen de volgende technieken aan de orde:

Ademhalingsoefeningen. Een juiste ademhaling is de basis voor een ontspannen lichaam en geest. Veel mensen die niet kunnen slapen, zijn te gespannen. Een optimale ademhaling is belangrijk om tot de noodzakelijke ontspanning te komen. Uitgelegd werd wat een juiste ademhaling inhoudt; daarna werden gezamenlijk ademhalingsoefeningen gedaan. De deelnemers kregen een handleiding mee naar huis.

Ontspanningsoefeningen. Ook ontspanningsoefeningen vormen een belangrijk hulpmiddel om verbetering te brengen in het slaapgedrag. Wij maakten hiervoor gebruik van de oefeningen volgens Jacobson. Van twee bijeenkomsten werd de tweede helft besteed aan het gezamenlijk oefenen met deze methode. Een van de begeleiders gaf instructies en corrigeerde waar nodig was. Iedereen lag daarbij op de grond op een matje. Ook tijdens latere bijeenkomsten werden bepaalde oefeningen die problemen opleverden, gezamenlijk doorgenomen. Alle deelnemers kregen de oefeningen met tekening en beschrijving mee naar huis om ze dagelijks uit te voeren. Aangeraden werd de oefeningen driemaal per dag te doen en ook wanneer men niet in slaap kon komen.

Het verloop van de oefeningen moest dagelijks op een schema worden aangekend.

Verandering en regeling levenswijze. Uitgelegd werd dat veel mensen die aan slapeloosheid lijdend, vaak gewoonten en gedragingen hebben die ertoe bijdragen dat de slapeloosheid in stand wordt gehouden. De situatie, waarin iemand gaat slapen, moet zo gunstig mogelijk zijn. Door bepaalde gewoonten af te leren en andere aan te leren, kan de slaap in positieve zin worden beïnvloed. Niet alleen het wijzigen van bepaalde gewoonten, ook verandering van het hele levenspatroon kan een gunstig effect hebben op de slaap en op de verwachting, „dat men wel weer niet zal kunnen slapen”. Om inzicht te krijgen in elkaars gewoonten en dagelijkse patroon, moest elke deelnemer een lijst invullen. Aan de hand hiervan gaven zowel deelnemers als begeleiders adviezen over het aan- en afleren van bepaalde gewoonten, over de tijdstippen waarop bepaalde dingen werden gedaan, of over de volgorde waarin dat gebeurde. Verder kreeg iedereen een lijst met algemene, onschadelijke adviezen.

Gedragsversterkingsmethode. Iemand die vaak slecht slaapt, heeft een zekere tegenzin ontwikkeld tegen het naar bed gaan. Door die tegenzin en door zijn negatieve verwachtingen raakt hij gespannen en geprikkeld en juist daardoor zal hij slecht slapen. Zou hij die tegenzin niet meer hebben, dan zou hij rustig en meer ontspannen naar bed gaan en daardoor waarschijnlijk ook beter slapen. Het wegnemen van zulke tegenzin is het doel van deze methode.

De methode berust op het algemene principe dat gedrag wordt versterkt, wanneer het wordt gevolgd door een beloning. Het gedrag dat in geval van slapeloosheid moet worden versterkt, is het naar bed gaan. Als beloning gebruiken we een voorstelling van iets prettigs: men haalt zich een beeld voor de geest van iets dat men aangenaam vindt. Hierdoor wordt de tegenzin om naar bed te gaan weggenomen.

Dit principe wordt toegepast op de specifieke situatie van elke deelnemer. Daartoe moet iedereen in drie tot vijf stappen opschrijven wat er gebeurt vanaf het moment dat hij van plan is naar bed te gaan tot het moment dat hij in bed ligt. Verder gaat elke deelnemer aan de hand van een vragenlijst na welke situaties en dingen prettige associaties bij hem oproepen. De drie voorstellingen die hem de plezierigste gevoelens

geven, schrijft hij ook op. Thuis oefent iedereen in het op een willekeurige moment oproepen van zowel de gebeurtenissen voor het slapen gaan, als de drie prettige voorstellingen. Daarna wordt in de groep geoefend om de gebeurtenissen voor het slapen gaan te koppelen aan de plezierige gevoelens. Deze oefening moet men ook overdag thuis nog een aantal keren uitvoeren. Tenslotte kan men de methode 's avonds bij het naar bed gaan toepassen.

Gedachtenstop-methode. Veel mensen hebben moeite met het inslapen doordat ze door allerlei gedachten wakker worden gehouden. Dit piekeren kan een belangrijke oorzaak zijn van slapeloosheid. In deze gevallen kan men de gedachtenstop-methode toepassen. Om deze methode te oefenen gaat men ontspannen in een stoel zitten: men verplaatst zich in gedachten naar zijn bed en haalt zich dan het beeld of de situatie voor de geest waardoor de slaap meestal wordt verstoord. Wanneer men hiervan een heldere voorstelling heeft, steekt men de vinger op, men houdt de voorstelling tien seconden vast en zegt dan hardop: stop! Deze methode kan eerst in de groep worden geoefend, waarbij een van de begeleiders „stop” zegt. Daarna kan men zich in allerlei situaties oefenen en als dit goed lukt, kan men de methode 's nachts toepassen. Op die manier kan men ongewenst piekeren tijdelijk doen verdwijnen.

Systematische desensitisatie. Vaak slapen mensen moeilijk in doordat ze door allerlei ideeën en gedachten wakker worden gehouden, vooral door ideeën en gedachten die zorgen, spanning en angst veroorzaken. De systematische

desensitisatie heeft tot doel de mensen ongevoeliger te maken voor dit soort spanning en angst. Het gaat er niet om, zoals bij de gedachtenstopmethode, de gedachten te laten ophouden, maar om te leren er geen last van te hebben.

De methode is als volgt opgebouwd: elke deelnemer gaat bij zichzelf na welke gedachten het hem moeilijk maken in slaap te komen. Deze gedachten worden op kaartjes geschreven en de kaartjes worden gerangschikt naar de mate waarin de verschillende gedachten meer spanning of angst oproepen. Daarna gaat de deelnemer in een ontspannen houding zitten of liggen. Is er een gevoel van optimale ontspanning, dan concentreert hij zich op de gedachte van het eerste kaartje. Hij houdt deze gedachte vijf seconden vast, daarna moet hij zich weer ontspannen. Dit proces wordt herhaald tot hij geen spanning meer voelt. Vervolgens begint hij opnieuw, maar nu houdt hij de betreffende gedachte tien seconden vast, dan vijftien seconden, enzovoort. Wanneer de gedachte een gevoel van spanning oproept, wordt het proces herhaald. Voelt men tenslotte geen spanning meer bij de gedachte van het eerste kaartje, dan gaat men over op de volgende gedachte. Op deze wijze worden alle kaartjes afgewerkt.

Resultaten

In groep I gebruikten zes vrouwen slaappmiddelen voor ze aan de cursus begonnen (*schema*). Zij hadden deze middelen gedurende drie tot tien jaar gebruikt. Zoals vermeld, was stoppen met de slaappmiddelen na het intakegesprek een voorwaarde aan de cursus; bij één vrouw werd echter geadviseerd de Temesta (3,5 mg) in fasen te verminderen.

Drie vrouwen lukte het meteen na het intakegesprek te stoppen; de overige vrouwen slaagden hierin in de loop van de cursus, zodat aan het eind niemand meer slaappmiddelen gebruikte. Eén vrouw had twee weken na het stoppen met mogadon al totaal geen slaapproblemen meer, zodat zij afzag van verdere deelname.

De inslaaptijd van alle deelnemers aan groep I (uitgezonderd één) is sterk verkort en bij zes vrouwen is de slaappduur verlengd. Slechts enkele deelnemers werden 's nachts minder vaak wakker, twee werden juist vaker wakker; overigens was dit voor geen van de deelnemers voor of na de cursus een probleem. Het meest opvallend zijn de antwoorden op de vraag „Hoe slaapt u op dit moment?” Alle deelnemers op één na slapen na de cursus (zeer) goed. De vrouw die matig sliep, was echter pas aan het eind van de cursus met de slaappmiddelen gestopt, zodat zij nog in de ontwenningsperiode zat.

Van groep II gebruikten vijf deelnemers voor de cursus slaappmiddelen, gedurende vier tot acht jaar. Vier deelnemers stopten meteen na het intakegesprek, de vijfde deed dit in de loop van de cursus. De inslaaptijd is bij drie deelnemers bekort, bij twee gelijk gebleven en bij één langer geworden. De slaappduur is bij twee deelnemers iets toegenomen en bij de overigen niet veranderd. Het aantal malen dat men 's nachts wakker werd, is bij twee deelnemers afgenomen, bij één toegenomen en bij de anderen onveranderd gebleven.

Na de cursus sliep slechts één deelnemer goed, één sliep matig, de overige vier slapen (zeer) slecht. In drie gevallen was een lichte verbetering opgetreden, in één geval een sterke verbetering en in

Schema. Het slapen van de deelnemers aan de groepen I en II.

Naam, leeftijd	Slaapmedicatie		Inslaaptijd		Slaappduur		's Nachts wakker		Kwaliteit slaap	
	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na
Groep I										
Mevrouw H., 39 jaar	1 mg Temesta	geen	90 min	45 min	4½ uur	5½ uur	3x	3x	Slecht	Matig
Mevrouw T., 37 jaar	geen	geen	90 min	45 min	4 uur	6 uur	1x	1x	Zeer slecht	Goed
Mevrouw A., 52 jaar	5 mg Mogadon	geen	3 uur	30 min	5 uur	6 uur	-	-	Slecht	Goed
Mevrouw K., 78 jaar	15 mg Dalmadorm	geen	25 min	10 min	6½ uur	6½ uur	5x	5x	Matig	Goed
Mevrouw M., 44 jaar	5 mg Mogadon	geen	60 min	15 min	5½ uur	7½ uur	2x	-	Slecht	Zeer goed
Mevrouw N., 58 jaar	geen	geen	90 min	60 min	4½ uur	5 uur	1x	3x	Slecht	Goed
Mevrouw S., 55 jaar	3,5 mg Temesta	geen	60 min	30 min	7½ uur	7½ uur	2x	3x	Slecht	Goed
Mevrouw C., 56 jaar	geen	geen	30 min	30 min	6½ uur	6½ uur	2x	1x	Matig	Goed
Mevrouw V., 60 jaar	Bellanox	geen	90 min	75 min	4½ uur	6 uur	4x	2x	Slecht	Goed
Groep II										
De Heer C., 37 jaar	15 mg Dalmadorm	geen	3 uur	2½ uur	6 uur	7 uur	2x	-	Zeer slecht	Slecht
Mevrouw F., 45 jaar	Bellanox	geen	30 min	20 min	6 uur	6½ uur	2x	2x	Zeer slecht	Slecht
Mevrouw B., 69 jaar	2,5 mg Temesta	geen	40 min	40 min	5 uur	5 uur	4x	6x	Goed	Slecht
Mevrouw W., 56 jaar	geen	geen	90 min	45 min	7 uur	7 uur	2x	2x	Slecht	Goed
De Heer E., 24 jaar	geen	geen	60 min	60 min	6½ uur	6½ uur	1x	1x	Slecht	Matig
De Heer J., 22 jaar	15 mg Dalmadorm	geen	45 min	60 min	7 uur	7 uur	1x	-	Zeer slecht	Zeer slecht

één geval was er niets veranderd; één deelnemer sliep voor de cursus goed en daarna slecht.

Tijdens de laatste bijeenkomst van groep I kwam naar voren, dat men veel aan de cursus had gehad: niet alleen was het slapen verbeterd, men had ook meer inzicht gekregen in de eigen persoonlijkheid en in ziekte en gezondheid. De gemaakte contacten werden als erg belangrijk ervaren. Men wilde dan ook als groep doorgaan, dit ook om elkaar te blijven steunen bij een verbeterd slaapgedrag. De bijeenkomsten zouden niet meer in het buurthuis worden gehouden, maar steeds bij een van de mensen thuis. Aanwezigheid van een van de begeleiders werd zeer op prijs gesteld, maar men wilde ook zonder hen doorgaan. Op de vraag wie van de deelnemers een volgende inslaapcursus zou willen helpen begeleiden, reageerde vrijwel iedereen positief. Alle deelnemers, van wie de meesten nog nooit in het buurthuis waren geweest, gaven zich op voor activiteiten in de buurt: naaikrans, bloemschikken, voedingsgroep en dergelijke.

Tijdens de laatste bijeenkomst van groep II toonden drie mensen de behoefte nog vaker (al dan niet met begeleiding) bij elkaar te komen om over gemeenschappelijke problemen te praten en elkaar te steunen bij het niet nemen van slaapmiddelen. Anderen voelden deze behoefte minder of hadden te weinig tijd. Uiteindelijk besloot men dan ook niet vaker bij elkaar te komen.

Door de cursus hadden verschillende deelnemers meer inzicht in het eigen functioneren gekregen. Men ervoer de groep als een veilige plek om onuitgesproken gevoelens die direct of indirect samenhangen met de slapeloosheid, uit te spreken.

Evaluatie

Ten aanzien van tijd, plaats en publiciteit zijn bij deze groepen weinig problemen gerezen. Voor de ademhalings- en ontspanningsoefeningen konden we beschikken over een ruim lokaal met schone vloeren, zodat iedereen gemakkelijk kon liggen.

Het belangrijkste doel van de cursus was het ontdekken door de deelnemers van de relatie tussen hun slapeloosheid en de oorzaak daarvan. Door te praten over wat de deelnemers dwars zat, hebben we dit doel kunnen bereiken: er werd veel gepraat en men ervoer de

groep als een veilige plek om zich te uiten.

Een tweede doel was het leren aan de deelnemers, dat mensen met gelijke problemen steun kunnen vinden bij elkaar, elkaar adviezen kunnen geven en helpen. Ook dit doel is bereikt: er was veel saamhorigheid, iedereen kwam graag en de deelnemers van groep I hadden ook tijdens de rest van de week contact met elkaar. Soms ging het adviseren wat te ver, in die zin dat men eigen ontdekkingen en middeltjes te veel opdrong en geen oog had voor het anders zijn van de ander.

Een derde doel, dat in al onze activiteiten is verweven en dus ook in deze cursus, bestaat hieruit dat men met elkaar meer inzicht krijgt in het ontstaan van ziekte (onder andere slapeloosheid) en in hetgeen men daar zelf aan kan doen. Ook dit doel lijkt bereikt: de deelnemers waren zich aan het eind van de cursus ervan bewust, dat ze in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun slaapproblemen en dat het in de meeste gevallen geen zin heeft de oplossing van deze klacht te delegeren aan een deskundige.

De begeleiding was in handen van de maatschappelijk werkster die in het buurthuis werkt, en een arts. Er waren geen duidelijke afspraken over de taakverdeling. In de praktijk gaf de arts vooral adviezen over slaapmiddelen, ontweningsverschijnselen en toe te passen technieken. De maatschappelijk werkster hield zich vooral bezig met de groepsprocessen; daarnaast had zij individuele contacten met de mensen over hun problemen, vaak ook buiten de cursusbijeenkomsten. Ook de arts kreeg vaak individuele vragen. Overigens wist de maatschappelijk werkster na enige tijd genoeg van slaapmiddelen en ontweningsverschijnselen om daarover te kunnen praten, terwijl de arts ook oog had voor de groepsprocessen.

De begeleiders zijn nauwelijks sturend opgetreden; vrijwel alle situaties, problemen, richtingen en doelen zijn door de hele groep bepaald. Het begeleiden van deze cursussen houdt vooral in, dat men verduidelijkt wat er in de gesprekken over ieders levenssituatie naar voren komt en verbanden legt tussen problemen en spanningen enerzijds en anderzijds slapeloosheid. Gespecialiseerde deskundigheid lijkt niet noodzakelijk, is misschien zelfs af te raden. Het is alleen nodig dat een of meer mensen in eerste instantie de verantwoordelijkheid voor de cursus op zich nemen. Dit kan een maatschappelijk werker of een

arts zijn, of iemand van een andere welzijnszorg-discipline, maar ook iemand zonder deze professionele status. Alleen in de beginperiode, tijdens het stoppen met de medicijnen, lijkt het verstandig een arts bij de cursus te betrekken.

Wat betreft de samenstelling is er een duidelijk verschil tussen de groepen I en II. Groep I bestond geheel uit mensen uit de wijk. Onder de deelnemers van groep II waren slechts weinig Oudwijkers. Hoewel we ernaar streven om alleen voor mensen uit de wijk te werken, hebben we deels gedwongen (door de goede ervaringen in groep I stuurden huisartsen ook mensen uit andere wijken) en deels gemotiveerd (laten we eens kijken of het werkelijk verschil uitmaakt of cursussen/groepen al dan niet bestaan uit wijkbewoners) gekozen voor een cursus met slechts een beperkt aantal wijkbewoners. Zowel uit het verloop (meer absentie en meer afvallers in groep II), als uit de resultaten van de cursus komt duidelijk naar voren dat de cursus met alleen wijkbewoners veel beter heeft gefunctioneerd dan de cursus met deelnemers uit de gehele stad. De verbondenheid en de diepgang van de gesprekken was in de eerste cursus veel groter dan in de tweede cursus. Deze ervaring heeft ons meer argumenten in handen gegeven om onze activiteiten en cursussen te richten op de wijk.

Er is overigens nog minstens één ander verschilpunt tussen beide groepen dat de uiteenlopende reacties en resultaten kan verklaren. In groep I zaten alleen vrouwen, in groep II zaten zowel mannen als vrouwen. Het was opvallend dat in de vrouwengroep vaak typische vrouwenproblematiek werd besproken. Vaak werd gepraat over de tweederangs positie van de vrouw in de maatschappij en in het huwelijk en de daaruit voortvloeiende frustraties en problemen. Deze problematiek werd als zeer wezenlijk ervaren voor het zich ziek of gezond voelen. In de gemengde groep zijn dit soort discussiepunten in het geheel niet aan de orde gekomen. In hoeverre deze ervaring een argument is voor ongemengde groepen en cursussen moet in de toekomst nog bekeken worden. Het intakegesprek kan waarschijnlijk het beste op individuele basis plaatsvinden. De deelnemer maakt op een rustige wijze kennis met de begeleider en met de opzet en de lokatie van de cursus.

Het is redelijk gelukt de deelnemers te motiveren tot het stoppen met de medicatie. De periode van drie weken na het

intakegesprek waarin alle ontwenningssverschijnselen naar voren kwamen, is door veel deelnemers als erg moeilijk en lang ervaren. Sommigen hebben ervoor gepleit tijdens deze periode reeds met de bijeenkomsten te beginnen, zodat men elkaar zou kunnen steunen bij het doorstaan van de ontwenningssverschijnselen. Dit is in latere cursussen ook gebeurd.

De tweedeling van de bijeenkomsten in gesprekken en oefeningen lijkt ons zinvol. Op die manier verloopt de bijeenkomst vlot en eindigt zij niet in steeds duffer gepraat. Het is belangrijk zoveel mogelijk taken aan verschillende deelnemers te geven, zodat een gedeelde verantwoordelijkheid voor de cursus ontstaat. Hierbij kan men denken aan het beheer van de financiën, de distributie van de stencils, het maken van verslagen en het verzamelen van illustratiemateriaal.

De deelnemers hebben veel aan ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Men ziet vaak na een of twee weken een verbetering in het slaapgedrag. Daarbij valt op, dat geen relatie lijkt te bestaan tussen de kwaliteit van de uitvoering van de oefening en het resultaat. Overigens blijkt het in de praktijk moeilijk mensen goed te leren ademen en een ontspannen lichaam te leren voelen.

De verandering van het dagelijkse levenspatroon is een goede ingang om op elkaars gewoonten in te gaan. Iedere deelnemer heeft zijn eigen vondsten om bepaalde problemen op te lossen, ook ten aanzien van slapeloosheid. Men kan elkaar vaak van dienst zijn door ervaringen aan anderen mee te delen; hierdoor kan in sommige gevallen het slaapgedrag in positieve zin worden beïnvloed. De verschillende methoden van de gedragstherapie (gedragsversterkingsmethode, gedachtenstop-methode en systematische desensitisatie) blijken in een beperkt aantal gevallen te helpen bij het oplossen van slaapproblemen. De gedragsversterkingsmethode spreekt het meest aan; de andere methoden zijn voor de deelnemers vaak moeilijk te onderscheiden van de gedragsversterkingsmethode. Mogelijk vereisen sommige methoden ook een te hoog abstractieniveau. Wel leverde elke methode weer nieuwe gesprekstof op.

Opvallend was dat groep I duidelijk minder was geïnteresseerd in en minder baat vond bij de gedragstherapeutische

technieken. Mogelijk heeft dit te maken met een grotere onderlinge verbondenheid (in groep I was het praten met elkaar belangrijk) en een gemiddeld lager opleidingsniveau, waardoor de gedragstherapeutische technieken moeilijk waren te volgen. In het algemeen vindt men het bezwaar van deze methoden, dat het kunstjes zijn om jezelf te verlakken en dat ze aan de wezenlijke, achterliggende problematiek niets veranderen. Hiertegen kan worden aangevoerd, dat het technieken zijn die de mens in staat stellen zelf te bepalen of hij over iets wil nadenken (piekeren), of dat hij wil slapen. Bij slapeloosheidsproblemen ziet men vaak het omgekeerde, namelijk dat iemand volledig wordt beheerst door zijn steeds terugkerende gedachten en zijn slapeloosheid. De gebruikte gedragstherapeutische methoden gaan inderdaad voorbij aan de oorzaak van de slapeloosheid. Zij kunnen echter de mens in staat stellen de vicieuze cirkel te doorbreken en ruimte te maken voor een aanpak van de oorzaak. Het aanpakken van die oorzaak kan dan plaatsvinden binnen de andere onderdelen van de cursus. Men moet de technieken dus als ondergeschikt zien aan het opsporen van de oorzaken.

De resultaten van groep I overtreffen alle verwachtingen. Niemand gebruikt meer slaapmiddelen, ondanks jarenlang gebruik, en het slaapgedrag is aanzienlijk verbeterd. Oorzaken worden besproken en soms opgelost en er worden nieuwe contacten gelegd.

De resultaten van groep II zijn duidelijk minder positief. Het feit dat geen van de deelnemers, na jarenlang gebruik, nog langer slaapmiddelen gebruikt, is zeker positief te noemen, maar het slaapgedrag van deze mensen is nauwelijks verbeterd. Wel lijkt ook in deze groep het inzicht in ziekte en gezondheid te zijn toegenomen, waardoor ook andere gezondheidsproblemen mogelijk „beter” worden opgelost.

Bij beide groepen zal onderzocht moeten worden of men na één jaar nog steeds geen slaapmiddelen gebruikt en of het slaapgedrag is veranderd.

Een zeer gunstig resultaat is, dat men in de wijk zonder begeleiding verder gaat met de cursus; men put blijkbaar steun uit een dergelijke situatie. Een ander positief punt is, dat de cursus een aanzet

heeft gevormd tot allerlei nieuwe activiteiten en dat in beide groepen mensen bereid zijn gevonden om nieuwe cursussen te begeleiden.

Deze nieuwe manier om met slapeloosheid om te gaan, is in velerlei opzichten de moeite van een nadere uitwerking waard. Meer ervaring is nodig met de begeleiding van dit soort cursussen en met de toegepaste technieken en er moet meer inzicht komen in de uiteindelijke resultaten van deze manier van gezondheidszorg bedrijven. Indien een en ander positief uitvalt, zal deze benadering ook zinvol kunnen zijn bij vele soorten functionele klachten: hoofdpijn, vage rugklachten, hoge bloeddruk, maagklachten enzovoort.

Zie voor een nadere uitwerking van de hier beschreven slaapcursussen *Van Dijk*.

Samenvatting. In dit artikel wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van de behandeling in groepsverband van slapeloosheid. Daarbij worden de volgende technieken gebruikt: ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen, gedragsversterkingsmethoden, gedachtenstop-methode, systematische desensitisatie en autogene training. Het belangrijkste in therapeutisch opzicht lijkt echter te bestaan uit de gesprekken en onderlinge adviezen van de groepsleden. De resultaten ten aanzien van inslaaptijd, totale slaapduur en aantal malen 's nachts wakker worden leveren verschillende aanknopingspunten op voor een verdere uitwerking van deze benadering.

Summary. Sleep courses. A detailed description is given of group therapy against insomnia, using the following techniques: breathing exercises, relaxation exercises, behaviour-reinforcing methods, thought-stopping method, systematic desensitization and autogenous training. Discussions and mutual advice between the group members, however, seem to be therapeutically most important. The results, in terms of interval until sleep ensues, total duration of sleep and frequency of awakening at night, provide several keys to a further elaboration of this approach.

Dijk, P. van. Naar een gezonde gezondheidszorg. *Ankh-Hermes, Deventer*, 1978.