

DRS. W. J. DE WAAL*

Slaapmiddelen en pseudodepressie**

Regelmatige gebruikers van slaapmiddelen klagen vaak over sufheid en futloosheid overdag; anderzijds worden in de psychiatrische literatuur slaapproblemen afgeschilderd als een belangrijk symptoom bij depressies. Het ligt hierdoor voor de hand, dat klachten over slaapproblemen en over moeheid overdag gemakkelijk leiden tot de diagnose depressie. Veelal ten onrechte, aangezien die moeheid mede een gevolg kan zijn van de nawerking van de gebruikte slaapmiddelen. Een behavioristische visie op een vicieuze cirkel.

Inleiding

In de wijze waarop mensen zichzelf beleven, speelt het benoemen van hun gedrag door anderen en door zichzelf een grote rol. Dit benoemen treft men in de literatuur aan onder de namen: labelen, coderen of etiketteren. Binnen het behaviorisme zien wij de laatste jaren een toegenomen belangstelling voor de cognitieve aspecten van het menselijk gedrag. Middels experimenten is veel inzicht verkregen in de invloed hiervan en er zijn de laatste tijd strategieën ontwikkeld om op dit gedragsniveau te interveniëren ten einde de behandeling mogelijk te maken van veelal circulaire processen.

Om een en ander te verduidelijken is een kort uitstapje in de geschiedenis noodzakelijk.

Al in 1924 observeerde Maranon dat er, na toediening van adrenaline bij enkele honderden proefpersonen, verschillen bestonden met betrekking tot hun fysische veranderingen en hun gedragsveranderingen. Sommige proefpersonen rapporteerden geen veranderde emotie, anderen voelden zich bang, gelukkig, gespannen of boos. In deze specifieke situatie veroorzaakte adrenaline, dat een zelfde fysiologisch effect op alle

proefpersonen had, verschillende emotionele reacties. Enkele jaren later, in 1932, herhaalden Cantril en Hunt een dergelijk experiment en zij concludeerden, dat de fysiologische toestand alléén onvoldoende in staat was de emotionele kleur te bepalen.

Tot die tijd had de zogenaamde James-Lange theorie over emoties nog de meeste aanhangers (William James, 1842-1910 en Carl Lange, 1834-1900). James stelde, dat er zekere aangeboren of reflexmatige reacties van het centrale zenuwstelsel op emotionele stimuli bestaan en dat deze reacties automatisch leiden tot lichamelijke veranderingen, voor het grootste gedeelte in de ingewanden en skeletspieren. Sommige van deze veranderingen kunnen, aldus James, worden waargenomen en wel als emoties. Het komt er dus op neer, dat volgens de theorie van James een emotie het gevolg is van lichamelijke veranderingen en niet de oorzaak.

Het duurde nog ongeveer 30 jaar voordat deze materie verder experimenteel werd aangepakt door Schachter en Singer. Het bekende, klassieke experiment van Schachter is het volgende (*Orlemans*): Proefpersonen zouden meedoen aan een onderzoek over de uitwerking van „emotieverwekkende farmaca”. Aan sommigen werd gezegd, dat deze farmaca positieve emoties zouden oproepen, bijvoorbeeld vreugde; aan anderen werd juist het tegendeel meegegeeld. In feite had het farmacon slechts

uitwerking op een aantal autonome reacties.

De resultaten waren volgens verwachting: door de eerste groep werden de fysiologische veranderingen als aangenaam ervaren, door de tweede groep als onaangenaam. De proefpersonen maakten, aldus de interpretatie van Schachter, gebruik van de labels die hun van te voren ter beschikking waren gesteld. Men spreekt in dit geval van attributies.

Een attributie is een bepaald soort cognitie, namelijk het toekennen van een oorzakelijke verklaring voor een geobserveerd verschijnsel. Zolang die attributies correct zijn, is er niets aan de hand. Ze voeren dan tot juiste handelingen. Zijn ze echter onjuist, dan kan er storend gedrag uit volgen. Iemand die pijn in de hartstreek ten onrechte labelt als een symptoom van een hartinfarct, zal doorgaans reageren met angst en in allerlei andere problemen verwickeld raken, als die attributie lange tijd gehandhaafd wordt.

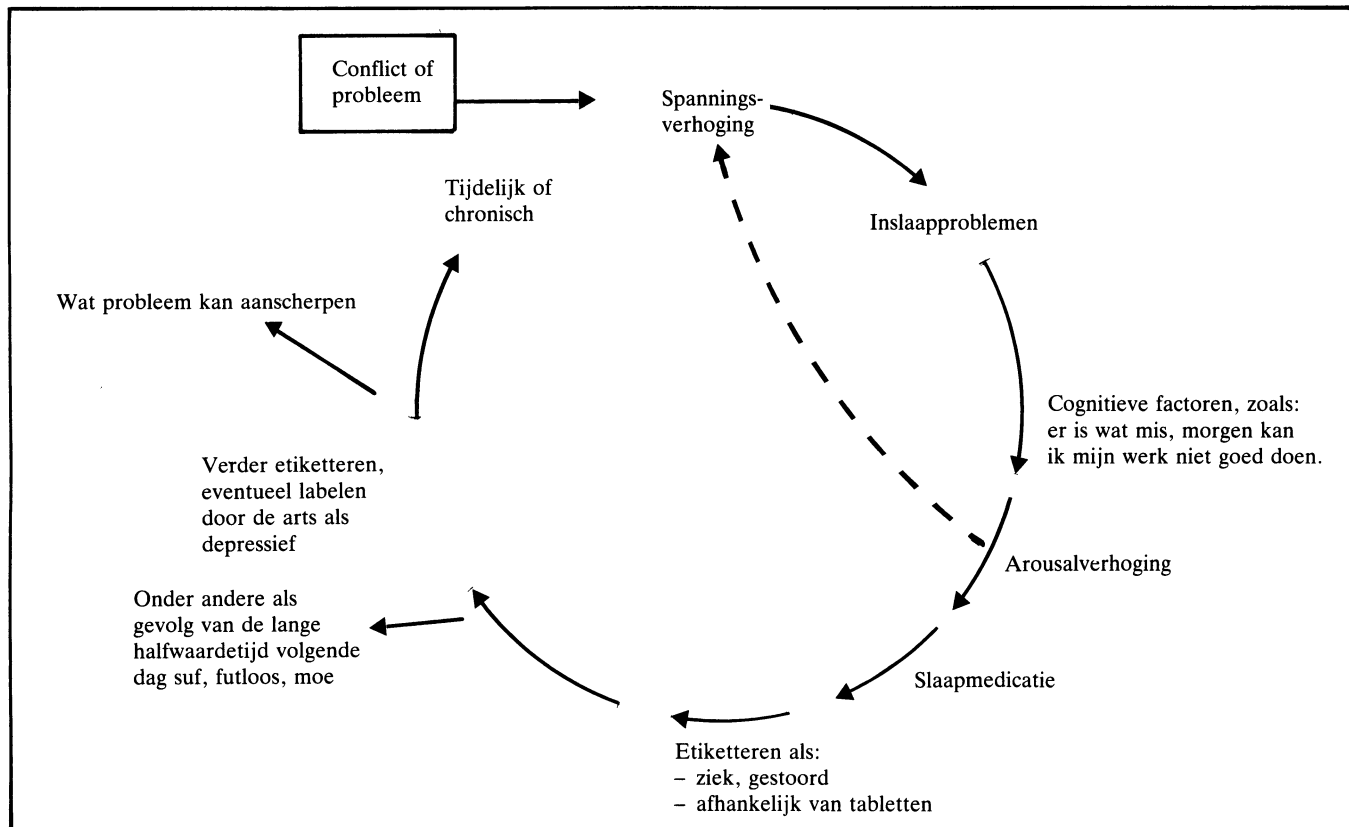
De conclusie uit het werk van Schachter is dat bij de mens een emotionele toestand zowel afhankelijk is van de mate van fysiologische arousal als van de cognitie die hieraan gegeven wordt; de cognitie namelijk bepaalt welk label verbonden zal worden aan de emotie. Welke cognitie ontstaat, is uiteraard afhankelijk van omgevingsinvloeden, inclusief iemands levensgeschiedenis.

Er is nog een aspect van het behavioristisch denken, dat belangrijke invloeden heeft op het therapeutisch handelen. Dikwijls hoort men patiënten zeggen (hierin gesteund door professionele hulpverleners): Ik heb een minderwaardigheidscomplex. Door hun probleem zo te benoemen (of het zo benoemd te krijgen), zien veel patiënten dit „complex” als een onontkoombare grootheid die intrapsychisch verankerd is en welhaast wetmatig tot een aantal gedragingen leidt, zoals niets (durven) zeggen in gezelschap, mensen niet (durven) aankijken en niet voor de eigen mening (durven) uitkomen. In de behavioristische zienswijze is het minderwaardigheidscomplex slechts een begrip, een abstractie, gevormd op grond van een aantal min of meer op zichzelf staande gedragscomponenten. Het gaat hier om gedragsdefecten, dat is primair; het begrip minderwaardigheidscomplex is een fictie.

Deze zienswijze heeft implicaties voor de omgang met patiënten. Men dient dit soort abstracties, die als concrete gegevenheden opgevat kunnen worden, te

*Directeur van het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie te 's-Hertogenbosch.

**Neerslag van een inleiding op de jaarvergadering van de Kring 's-Hertogenbosch van de K.N.M.G.



ontkennen en uit te roeien. Men kan dit doen door zo'n begrip te decoderen tot een hersenspinsel van hulpverlener en patiënt. Daarna kan men samen met de patiënt de concrete gedragsdefecten en/of ongewenste gedragingen inventariseren en een concrete strategie ontwikkelen om tot een verandering te komen.

Slapeloosheid

Voorwaarde om in slaap te vallen is een redelijke mate van ontspanning. Bij veel mensen die tijdelijk of chronisch met problemen kampen, lukt het niet of slechts met moeite om aan deze voorwaarde te voldoen. Als het aantal nachten met slaapproblemen toeneemt, gaan vaak cognitieve factoren spelen; er ontstaat een circulair proces (*schema*):

Het conflict of het probleem geeft aanleiding tot een spanningsverhoging, waardoor de voorwaarde om in slaap te vallen ontbreekt. Dit leidt tot slaapproblemen. Na kortere of langere tijd gaan dan vaak cognitieve factoren meespelen, bijvoorbeeld de gedachte: er is wat mis met mij, morgen ben ik niet fit, dan maak ik fouten op mijn werk, misschien word ik wel ontslagen, etcetera. Deze cognitieve factoren geven in de situatie een duidelijke arousalverhoging, waardoor het spanningsniveau opnieuw ver-

hoogd wordt en het inslapen moeilijker wordt. Dit zou men het kleine circulaire proces kunnen noemen (de stippellijn in het *schema*).

Er is echter ook een groter circulair proces. Een patiënt met deze klachten kan naar zijn huisarts gaan en slaapmedicatie vragen. Hierdoor bestaat de kans al dat de klacht geëtiketteerd wordt als voortkomend uit een ziekte of stoornis en dat de patiënt daarbij het gevoel krijgt afhankelijk te zijn van medicijnen. Mocht hij echter regelmatig slaapmedicatie voorgeschreven krijgen, dan doet zich een nieuwe complicatie voor, namelijk het feit, dat veel slaapmedicamenten een erg lange halfwaardetijd hebben (*tabel*). Men hoort dan ook vaak van patiënten die regelmatig slaapmedicatie gebruiken, dat zij overdag suf, futloos en moe zijn (*Van Dijk*) en hiermee is dan de mogelijkheid tot het volgende probleem geschapen.

In veel psychiatrische literatuur worden slaapproblemen als een belangrijk symptoom bij depressies afgeschilderd, zeker als het gaat om de groep vitaal gekleurde depressies. Dit is in zijn algemeenheid zeker niet onjuist. De zojuist genoemde klachten, die voor een belangrijk deel het gevolg kunnen zijn van de chemische invloed van de slaapmedicatie, kunnen daardoor samen met de

slapeloosheidsklachten gemakkelijk leiden tot de diagnose (gemaaskeerde) depressie. Dan is de kring rond. Zowel voor de arts als voor de patiënt is de zaak nu duidelijk. De patiënt heeft een depressie.

Dit verdere etiketteren maakt de cirkel steviger en vergroot bovendien de kans dat de patiënt als „een depressieve patiënt” behandeld wordt. Ten onrechte: men kan immers hooguit van een pseudodepressie spreken, waarbij tijdelijke

Tabel. Slaapmiddelen en hun halfwaardetijden.

Farmacon	Merknaam	Halfwaardetijd (in plasma)
Flunitrazepam	Rohypnol®	± 19 uur
Nitrazepam	Mogadon®	± 27 uur
Flurazepam	Dalmadorm®	47 - 100 uur
Triazolam	Halcion®	4,5 uur
Methaqualon	Mandrax®	19,6 - 41,5 uur
Butobarbital	Soneryl®	30 - 40 uur
Gluthethimide	Doriden®	± 10 uur
Vinylbital	Bykonox®	18 - 30 uur
Lorazepam	Temesta®	13,6 uur
Diazepam	Valium®	17,4 - 53 uur
Oxazepam	Seresta®	2,8 - 5,7 uur/ 5,9 - 20 uur
Secobarbital	Vesperax®	20 - 30 uur

Bronnen: Van der Kleijn e.a.; Muller; Michiels.

of chronische problemen, cognities en een chemische invloed de boosdoeners zijn. Dit circulaire proces kan, als wij eenmaal dit stadium bereikt hebben, gemakkelijk functioneel-autonoom worden, dat wil zeggen een eigen leven gaan leiden. De oorspronkelijke problemen of conflicten kunnen inmiddels verdwenen zijn, maar het zojuist beschreven circulair proces wordt daardoor niet automatisch doorbroken.

Therapeutische aspecten

Veel mensen verdelen hun psychische energie slecht en leiden daardoor een ongezond leven. Slaapstoornissen kunnen ook ontstaan door slechte avondgewoonten. Te denken valt aan televisie kijken tot vlak voor het naar bed gaan, veel koffie drinken, lang en intensief werken of het voeren van sterk emotionele discussies gedurende de avond. In zo'n situatie bestaat de kans dat het naar bed gaan of het in bed liggen een geconditioneerde stimulus wordt voor een verdere arousalverhoging (*Klip en Zwart*), waardoor de vicieuze cirkel op gang kan komen. Ook seksuele problematiek kan hierbij een „trigger-effect” hebben, omdat bij het naar bed gaan al geanticipeerd wordt op afwijzen (inclusief schuldgevoel) of afgewezen worden.

Het verdient aanbeveling bij patiënten met slaapstoornissen dit soort zaken nauwkeurig na te vragen. Altijd dient een nauwkeurige functionele analyse plaats te vinden, waarbij aan de orde dient te komen wanneer de slaapstoornissen zijn ontstaan, of er toen problemen bestonden en zo ja, of die problemen nog actief zijn en hoe die problemen zijn op te lossen (is er een indicatie voor psychotherapie?). Verder dient navraag plaats te vinden met betrekking tot de indeling van de avond. Veelal kunnen eenvoudige gedragsadviezen tot verbetering leiden (bijvoorbeeld een eindje wandelen voor het naar bed gaan). Wanneer de oorspronkelijke problematiek geen rol meer speelt (c.q. als er van problemen nauwelijks sprake is geweest) en als er toch een circulair proces bestaat, dienen de volgende stappen genomen te worden:

Hercoderen van de wijze waarop de patiënt de problemen omschrijft en opsplitsen van de hele gedragsketen in gedragscomponenten.

Een actieve behandelingsmethode die is gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel. Hiervoor bestaan verschillende technieken:

– relaxatietraining, bijvoorbeeld vol-

gens de methode van Jacobson (*Montgomery*);

– gebruik van de zogenaamde elektro-dorm, een apparaat dat slaapinducend werkt en verkrijgbaar is in de handel;

– behandeling van de slaapstoornissen door middel van klassieke conditionering en autohypnose met behulp van de zogenaamde blauwe-lampstechniek (*De Waal*);

– in eventueel hardnekkige gevallen kan de zogenaamde doorwaakbehandeling overwogen worden (*Oei en De Waal*).

Op sommige plaatsen in het land, bijvoorbeeld in Utrecht, vindt behandeling van slaapstoornissen plaats door middel van slaapp cursussen. Er is hier sprake van een groepsbehandeling (*Van Dijk*); de resultaten lijken bemoedigend. Behalve een aantal gedragstherapeutische componenten (onder andere relaxatietraining) lijken hier vooral de mogelijkheden om dagelijkse huis-, tuin- en keukenproblemen te ventileren een belangrijke curatieve rol te spelen.

Belangrijk is, dat iedereen die slaapmedicatie voorschrijft, zich realiseert dat bij langdurig en regelmatig gebruik van deze middelen de problemen vaak eerder groter worden dan kleiner, als gevolg van de cognitieve aspecten van dit gebruik.

Casuïstiek

Patiënt is een 29-jarige onderwijzer, die in 1978 door zijn huisarts op de polikliniek psychiatrie werd aangemeld. Patiënt noemde de volgende klachten: slaapproblemen (met name moeite om in slaap te komen) en overdag een malaisegevoel, met name vermoeidheid, sufheid, futloosheid en concentratiestoornissen, waardoor zijn werk ernstig werd bemoeilijkt. De huisarts vroeg of hier sprake was van een gemaskeerde depressie en of behandeling met antidepressiva zinvol zou kunnen zijn.

Patiënt is de oudste van vier kinderen uit een traditioneel gezin. Vader was hoofdonderwijzer en legde veel nadruk op goede school- en beroepsprestaties en op het „rechtschapen zijn voor de medemens”. De school- en beroepsanamnese was voortreffelijk en patiënt werd op 22-jarige leeftijd benoemd als onderwijzer op een middelgrote lagere school.

Op 22-jarige leeftijd huwde patiënt een één jaar jongere vrouw, waarschijnlijk vooral uit een behoefte „geborgen” te zijn. Zijn echtgenote echter ontwikkel-

de zich binnen het huwelijk in toenemende mate autonoom en er kwamen problemen in de relatie. Voor patiënt werd steeds duidelijker dat hij koos voor het beëindigen van deze relatie. Op grond van zijn schuldgevoel ten opzichte van zijn vrouw en op grond van het gevoel dat beëindiging van zijn huwelijk een falen zou inhouden, liep hij lang met deze gedachten rond zonder ze met anderen te bespreken. In deze periode (omstreeks 1976) ontwikkelden zich slaapstoornissen: het duurde erg lang voordat hij insliep, waarbij hij zich in toenemende mate opwond, omdat hij bang was de volgende dag zijn werk niet aan te kunnen. Patiënt stelde zich met zijn huisarts in verbinding, die hem slaapmedicatie voorschreef. Enkele weken sliep patiënt beter, maar daarna kwam zijn inslaapprobleem terug. Patiënt besloot de dubbele dosering slaapmedicatie te nemen, doch dit leidde niet tot een vermindering van zijn inslaapprobleem. Vrij snel ontwikkelde patiënt overdag het bovenomschreven vermoeide en futloze gevoel, waarover hij zich in toenemende mate zorgen ging maken.

Uiteindelijk hakte patiënt de knoop door en besloot hij van zijn vrouw te gaan scheiden. De scheiding verliep zonder al te grote problemen en eind 1977 was patiënt in behoorlijke mate gevorderd bij het herstructureren van zijn leven alleen. De slaapstoornissen en de „pseudodepressie” bleven echter bestaan. De huisarts opperde de mogelijkheid dat hier misschien sprake was van een gemaskeerde depressie, welke zienswijze patiënt onderschreef. Dit was de reden voor verwijzing naar de polikliniek psychiatrie.

Na de onderzoeksfase waren wij van mening dat wij te maken hadden met een inmiddels functioneel-autonoom geworden inslaapprobleem met een pseudodepressie. Wij stopten de slaapmedicatie, waardoor na enige tijd de futloosheid en de sufheid verminderden, zij het slechts gedeeltelijk doordat patiënt nog steeds leed aan een gestoorde nachtrust. Vervolgens werkten wij met patiënt aan cognitieve herstructurering van de gedachte dat hij „aan een depressie leed” en maakten wij hem duidelijk dat hij niet het slachtoffer was van een „binnen in hem” gelokaliseerde depressie. Voor zijn inslaapprobleem behandelden wij hem met relaxatietechnieken en autohypnose door middel van de blauwe-lampstechniek. Na enkele weken rapporteerde patiënt dat hij beter ging slapen en dat hij zich overdag meer

uitgerust voelde en beter in staat was zijn werkzaamheden te verrichten. In een follow-up, ongeveer een jaar later, bleek patiënt goed te functioneren. Hij sliep aanmerkelijk beter en past bij incidentele inslaapproblemen nog steeds de blauwe-lamp methode toe. Hij voelde zich overdag een stuk frisser en was goed in staat zijn werk te doen. Uiteraard bleef hij een perfectionist die hoge eisen aan zichzelf stelt. Het aantal behandelingssessies volgens deze methode bedroeg zestien.

Samenvatting. Bij langdurig en/of regelmatig gebruik van slaapmiddelen bestaat de mogelijkheid dat door cognitieve factoren een circulair proces op gang komt. De patiënt kan dit proces veelal niet op eigen kracht doorbreken. Vaak menen arts en patiënt ten onrechte dat zij te maken hebben met een depressie; de lange halfwaardetijden van veel medicamenten spelen hierbij een belangrijke rol. Tot slot worden enkele behandelingsadviezen gegeven.

Summary. Soporifics and pseudo-depression. Protracted and/or regular use of soporifics entails the risk that cognitive factors start a circular process, which the patient is often unable to stop. Physician and patient often mistake this situation for a depression; the long half-value times of many drugs play an important role in this respect. Some therapeutic suggestions are made in conclusion.

- Dijk, P. van. Slaapcursussen. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 101-105.
- Kleijn, E. van der, T. B. Vree en P. J. M. Guelen. Klinische farmacokinetiek van psychofarmaca. (1976) *Bull. Nationale Ziekenhuisraad* 9, 45-68.
- Klip, E. en F. Zwart. De behandeling van slapeloosheid. (1976) *T. Psychother.* 2, 40-50.
- Michiels, T. H. L. Benzodiazepinen. Vragen en antwoorden. *Wyeth Laboratoria, Amsterdam*, 1979.
- Montgomery, I., G. Perkin and D. Weis. A review of behavioral treatments for insomnia. (1975) *J. Behav. Ther. exp. Psychiat.* 6, 93-100.
- Muller, B. Psychofarmaca-klapper. *Van Lundbeck, Amsterdam*, 1979.
- Oei, T. T. en W. J. de Waal. Beroepservaringen. Doorwaakbehandeling bij chronische slaapproblemen. (1977) *Psycholoog* 8, 434-436.
- Orlemans, J. W. J. Inleiding tot de gedragstherapie. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1978.
- Waal, W. J. de. Een klein blauw lampje. (1977) *T. Psychother.* 3, 253-254.

6. Acute gastro-enteritis

Een huisarts met een praktijk van 2800 patiënten wordt per jaar geconfronteerd met zo'n 140 gevallen van acute gastro-enteritis. Meestal kan het probleem per telefoon worden afgehandeld en herstelt de patiënt binnen enkele dagen. Slechts bij uitzondering is een consult of een visite noodzakelijk.

Inleiding

Tijdens de besprekingen over gastro-enteritis ontdekten we een zekere wrevel bij onszelf over dit bijna banale onderwerp; de besprekingen verliepen moeizamer dan gewoonlijk. We moesten ons steeds realiseren of we nu praatte over het ziektebeeld gastro-enteritis of over de patiënt met braken, diarree en/of buikpijn. Het bleek ook moeilijk te zijn de verschillende fasen in de door ons gehanteerde (op de SOAP gebaseerde) werkwijze te scheiden; met name bij de gebruikelijke telefonische melding van bij dit ziektebeeld behorende klachten staat gewoonlijk de advisering op de voorgrond en is er bijvoorbeeld geen fase van onderzoek.

E. H. VAN DE LISDONK

Naast deze procesmatige problemen kwamen we talloze inhoudelijke onzekerheden tegen: Welke instructie geef je je assistente? Heeft een faeceskweek (ooit) zin? Houdt de huisarts een dreigende dehydratie nu wel of niet terecht als schrikbeeld voor ogen? Hoe spoor je dehydratie in een vroeg stadium op? Heeft van al die mensen die een gastro-enteritis krijgen, dat kleine deel dat zich daarvoor tot de huisarts wendt, bijzondere kenmerken? Welke medicatie heeft zin en in welke situatie? De huisarts krijgt bij dit ziektebeeld slechts een topje van de ijsberg te zien, terwijl de orde zich – met of zonder door de patiënt genomen maatregelen – gewoonlijk spoedig herstelt. Het was verwar-

*Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

rend hoeveel dikwijls niet op onderzoek berustende verschillen in beleid en advisering wij tijdens onze bijeenkomsten tegenkwamen. Deze diversiteit en onwetenschappelijkheid lijken voorlopig nog niet ten einde.

Onze eigen instelling bij het begin van deze besprekingen heeft ons ongetwijfeld parten gespeeld: een luchtige houding en het idee dat iedere huisarts beleid en aanpak bij acute gastro-enteritis voldoende beheerst. Deze houding is geheel ongegrond gebleken.

Presentatie

Gastro-enteritis wordt gewoonlijk per telefoon gepresenteerd met één of meer van de volgende klachten: diarree, braken en buikpijn. We vonden bij *Hodgkin* daarover de volgende cijfers: diarree bij 100 procent, braken bij 45 procent, buikpijn bij 40 procent van de gevallen. Soms komt koorts voor (30 procent) en een algemene malaise. De presentatie is ook wel eens: bloed bij de ontlasting; zelden – en dan met name bij oudere mensen – is een collaps het gepresenteerde symptoom.

De eenvoud van deze presentatie deed ons bijna vergeten dat de telefonische melding van een of meer klachten niet meer dan een aanwijzing vormt voor het bestaan van een gastro-enteritis; hoe kun je meer zekerheid krijgen dat er niet iets anders aan de hand is? Een van de hulpmiddelen daarbij is de voorkennis waarover de huisarts beschikt. Het feit dat hetzelfde agens bij verschillende personen tot uiteenlopende symptomen kan leiden (*More about D and V*), pleit voor de werkhypothese gastro-enteritis, als in een bepaalde periode verschillende leden van een gezin met de genoemde klachten komen: gastro-enteritis is een typische gezinsdiagnose (*Daniëls* 1966).

Een andere invalshoek is de leeftijd. Voor zuigelingen, peuters en bejaarden kan een gastro-enteritis andere conse-