

Artemne

ISSN 0772-6627 • Afgiftekantoor Brussel X
Verantwoordelijke uitgever: Sonja Eggerickx
Verschijnt driemaandelijks
2010 - 28^{de} jaargang nr. 4



**Kernredactie**

Franky Bussche
Sonny Van de Steene
Marina Van Haeren

Coördinator

Sonny Van de Steene

Lay-out

GrafiekGroep

Cover

www.zazou.tv

DE STANDPUNTEN WEERGEGEVEN IN DE BIJDAGEN,
VERTOLKEN ENKEL DE MENING VAN DE AUTEUR
EN ZIJN NIET NOODZAKELIJK DE VISIE VAN UVV.

Abonnementen

Antenne wordt gratis verspreid
binnen de Vrijzinnige Gemeenschap

Aan alle geadresseerden van dit tijdschrift vragen wij of de naam en het adres,
zoals afgedrukt op het etiket van de voorpagina, correct zijn.
Is dit niet zo, gelieve dan het Federaal Secretariaat schriftelijk of telefonisch te verwittigen.

Reacties op dit nummer kan u steeds doormailen naar info@uvv.be, deze worden,
na overleg en goedkeuring door de kernredactie, geplaatst op de website
bij de rubriek 'Reacties' van de desbetreffende *Antenne*.

UNIE VRIJZINNIGE VERENIGINGEN vzw

Federaal Secretariaat

Brand Whitlocklaan 87

1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

Tel. 02 735 81 92

Fax 02 735 81 66

E-mail: cmd.federaal@uvv.be

www.unievrijzinnigeverenigingen.be



Lid van de Unie
van de Uitgevers van
de Periodieke Pers

CONFORM DE WET TOT BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER TEN OPZICHTE VAN DE VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS (8 DECEMBER 1992) DELEN WIJ U MEE DAT EEN AANTAL VAN UW PERSOONSGEGEVENS OPGENOMEN WORDEN IN ONS ADRESSENBESTAND. UVV ZAL, ALS HOUDER VAN DIT BESTAND, UW GEGEVENS VERWERKEN IN HET KADER VAN VOLGENDE DOELEIND: VERSPREIDEN VAN PUBLICATIES EN INTERNE COMMUNICATIE.

OP SCHRIFTELIJK VERZOEK, GERICHT AAN MEVROUW MARINA VAN HAEREN, SECRETARIS-GENERAAL, BRAND WHITLOCKLAAN 87 TE 1200 SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE, KAN U EEN OVERZICHT KRIJGEN VAN DE DOOR UVV OVER U OPGESLAGEN PERSOONSGEGEVENS. ONJUISTE GEGEVENS VERBETTEREN WIJ OP UW VERZOEK.



van de Redactie

Magali de Jonghe
moreel consultant PCMD Brugge

Anne-Flor Vanmeenen
moreel consultant CMD Roeselare

Katrien Vanlerberghe
assistent-moreel consultant CMD Roeselare

Slapen: we besteden er ongeveer een derde van ons leven aan en tegelijk is onze aandacht voor dit mysterieuze fenomeen paradoxaal genoeg eerder bescheiden. Het betreft nochtans een levensnoodzakelijke behoefte en eveneens unieke activiteit waarbij onze geest volledig uit de bol gaat. Wat gebeurt er met lichaam en geest tijdens die nachtelijke uren en welke implicaties heeft dat voor ons wakend bestaan? Persoonlijke interesses en cliëntenverhalen uit de morele bijstand brachten deze vragen regelmatig op de voorgrond, het leek ons dus zeker zinvol om het thema *slaap en droom* eens onder de loep te nemen. Te meer omdat de media ons aanhoudend bestoken met bizarre nieuwtjes en de bibliotheekkasten uitpuilen met *droomencyclopedieën* en andere betwistbare literatuur. Je zou de bomen nog amper door dit dichte en/of pseudowetenschappelijke bos zien staan! Deze *Antenne* is het resultaat van onze sprokkeltocht naar diverse wetenschappelijke, creatieve en multidisciplinaire antwoorden. Reist u met ons mee op deze dromerige -maar hopelijk niet slaapverwekkende- expeditie? Slaapmutsen niet verplicht...

Een eerste uitstapje in de biologie maken we samen met journaliste **Gwenaëlle Ansieau**, die ons iets vertelt over de aanstekelijke bode van de slaap: het geeuwen.

Waarom geeuwen wij? p. 5

Vervolgens neemt psycholoog **Paul Gheskiere** ons mee om uitgebreid kennis te maken met de vele wetenschappelijke facetten van de slaap.

Slaap. p. 7

Moreel consultant **Mieke Werbrouck** schuimt de eeuwen af om na te gaan hoe de vormgeving, het gebruik en de betekenis van het bed geëvolueerd zijn. Verrassend wat dat leert over onze cultuur en onszelf.

Een kleine bedgeschiedenis. p. 13

Slaapstoornissen vormen dan weer het onderzoeksveld van prof. **Raymond Cluydts**. Hij geeft tekst en uitleg bij deze aandoeningen, en staat in het bijzonder stil bij slapeloosheid. Ook gaat hij dieper in op de behandelingsmogelijkheden, boeiend voor hulpverleners én patiënten.

Slaap, slaapstoornissen en hun behandeling. p. 15

Slaapcoach dr. **Bruno Ariens** schotelt ons aansluitend een kort maar krachtig glossarium voor om de resterende gaatjes in onze slaapstoorniscultuur te dichten.

Slaapstoornissen - een overzicht. p. 21

We duiken daarna van het historische naar het medische bed, vergezeld van prof. dr. **Johan Verbraecken**. Hij onttrafelt voor ons de raadselen van het slaaplaboratorium.

De zandman binnenste buiten. p. 24

Muzikante **Eva Schampaert** en archeoloog **Bas Bogaerts** voeren ons binnen in het nostalgische rijk van een miskend stukje immaterieel erfgoed: de slaaplidjes. Ze vertellen ons iets over hun boeiende onderzoek en hun kennismaking met *Ninna*.

Ninna Oh, slaaplidjes rond de Middellandse Zee. . p. 28

Rond slaap bestaan echter ook trieste liedjes, bijvoorbeeld dat van het chronisch vermoeidheidsyndroom. **Dr. Eddy De Moerloose** en **Mieke Niess** lichten ons vanuit hun ervaring toe wat deze vaak onbegrepen diagnose inhoudt en hoe hulpverlening een steun kan bieden.

Chronisch vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie, een controversiële problematiek. p. 30

Een ander dissonant liedje is dat van de overmatige slaapmiddelenconsumptie in België. De **FOD Volksgezondheid** heeft hieromtrent al meerdere campagnes gevoerd en deelt haar tips en kennis ook met ons.

Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar. . . p. 34

Moreel consultant **Magali de Jonghe** spit de sociologische kant van het slaapverhaal uit en stelt enkele pertinente, ethische en maatschappijkritische vragen omtrent het recht op slapen.

Slapen, een recht? p. 36

Na alle *slaperige* exploraties is het de hoogste tijd om ons te verliezen in de wondere wereld van de droom. Moreel consultant **Anne-Flor Vanmeenen** verkent de heersende droomtheorieën aan de hand van het werk van psycholoog Victor Spoormaker.

Een tipje van de droomsluier gelicht. p. 39

Sprookjesexperte **Harlinda Lox** verhaalt ons vervolgens iets over feeëriek dutjes en dromen bij de gebroeders Grimm.

Het motief van de slaap in de sprookjes van de gebroeders Grimm. p. 44

Samen met therapeute **Mieke Serruys** gooien we het dan weer over een heel andere boeg: het creatief omspringen met onze nachtelijke hersenspinsels. Hebben dromen ons iets te vertellen en hoe komen we de boodschap op het spoor?

Een brug naar je dromen. p. 47

Een werkelijk geworden nachtmerrie is het syndroom *wiegendood*. Veel onmacht en onwetendheid omringen deze dodelijke aandoening. Dr. **Koen Quaegebeur** gaat in op risicofactoren, de frequentie en de preventie.

Wiegendood..... p. 50

Ten slotte benaderen we de dood ook op symbolische wijze. Slaap en dood zijn namelijk ook als begrippenpaar zeer verwant. **Katharina Haemers** grasduint in verscheidene tijdperken en culturen om deze verbondenheid te illustreren.

De droom, de Slaap en de Dood, beelden van het Leven . p. 52

Uiteraard hebben we hiermee slechts een selectie aan invalshoeken kunnen belichten rond dit ongelooflijke veelzijdige dubbelthema. We hopen dat dit een uitnodiging kan zijn om de tocht zelf verder te zetten.

Doorheen de *Antenne* hebben we ter afwisseling enkele intermezzo's gezocht onder de vorm van weetjes, citaten en gedichten. Lawrence van Studio Zazou (www.zazou.tv) stopte deze voor ons in een dromerig grafisch kleedje. Bij deze willen we hem en alle andere auteurs en medewerkers van deze editie, van harte bedanken voor hun inzet. Tot slot nog een apart woord van dank voor onze collega Katrien, die onvermoeibaar en dapper alle teksten heeft nagezien.

We hebben er misschien af en toe wel *een schaapje meer voor moeten tellen*, maar we zijn blij u deze editie eindelijk te mogen voorleggen. We hopen dat ze enkele begrippen uitgeklaard heeft en tegelijk uw kijk op *slaap en droom* heeft mogen verrijken. Veel leesplezier en alvast een goede nacht!





Gwenaëlle Ansieau
journaliste



GWENAËLLE ANSIEAU

Net na het opstaan, na een lekkere maaltijd... Soms moeten we zo hard geeuwen dat onze kaken haast kraken. Het is een heel banale reflex waaraan we uiteindelijk -zo discreet mogelijk- moeten toegeven en waar in de loop der eeuwen tal van theorieën aan werden gewijd. Maar wat weten we er echt over? Er bestaat vandaag nog veel onduidelijkheid over het fenomeen geeuwen. Toch is er al iets meer over gekend.

Volautomatisch en in drie fases

U voelt een geeuw opwellen? Die mag nog zo vreselijk ongelegen komen, u zult hem niet kunnen onderdrukken. In het beste geval slaagt u erin uw mond min of meer dicht te houden en het incidentje op die manier onopvallend te laten verlopen. "Maar een geeuw zet talloze spieren aan het werk," zegt de Brusselse kno-arts dr. Desuter. "Mondspieren uiteraard, maar ook spieren van de hals, het ademhalingsstelsel en het gelaat. En eens de geeuw opkomt, valt hij niet meer te bedwingen."

Geeuwen verloopt altijd in drie fases: eerst ademen we diep in met de mond wijd open, vervolgens blokkeren we onze ademhaling en tot slot ademen we langzaam uit... Dat gebeurt allemaal in 3 tot 5 seconden. We ontspannen ons en voelen ons goed: bij het gapen komt er namelijk endorfine vrij, ook wel het gelukshormoon genoemd. Bij sommige geeuwen -vooral dan 's ochtends- rekken we ons ook nog eens zalig uit. Soms geeft dit aanleiding tot een iets te lage bloeddruk, waardoor we de indruk krijgen dat het ons even duizelt voor de ogen. Die kunnen beginnen te prikken omdat door het geeuwen de traanklieren worden gestimuleerd.

Niet enkel mensen gapen: het is een oerreflex die de mens gemeen heeft met de meeste gewervelde dieren (van katten en honden tot slangen en vogels).

Wanneer geeuwen we?

Over het nut van geeuwen bestaan er allerhande theorieën. Lange tijd ging men ervan uit dat we onze hersens op die manier van een extra dosis zuurstof voorzien. Maar inmiddels heeft de wetenschap aangetoond dat dit niet

klopt. Gapen zou een soort van antislaapsignaal zijn. "Geeuwen is een mechanisme dat de spierspanning doet toenemen," legt dokter Desuter uit. "Het countert het fenomeen van de dalende spierspanning (hypotonie) dat zich in diverse omstandigheden voordoet. Slaperigheid is de uitgelezen toestand om te geeuwen. Beeld u in dat u na een lekkere maaltijd in een verduisterde en oververhitte zaal een lezing bijwoont met dia's die elkaar in een regelmatig tempo opvolgen... Het zal niet lang duren voor uw spieren zich ontspannen en daardoor gaat u geeuwen. Idem dito in de wagen: de monotonie van de witte lijnen op de weg, geen prikkels, een iets te hoge temperatuur, eventueel ook wat te weinig licht en... u begint te geeuwen. In dit geval is het een alarmsignaal: u bent minder waakzaam! De hoogste tijd om u te herpakken, want anders dommelt u gegarandeerd in."

Geeuwen we uit verveling? Jazeker en ook dan is het een signaal dat onze waakzaamheid afneemt. Soms hebben we de indruk dat we gapen van de honger. Eigenlijk hebben we dan een te lage bloedsuikerspiegel die, zonder dat daar een duidelijke verklaring voor is, het geeuwmechanisme in gang zet. Diabetespatiënten weten er alles van: een geeuwsalvo is een van de tekenen dat hun bloedsuikerspiegel te sterk daalt.

Allemaal samen!

Geeuwen is geen virus en toch is het ongelooflijk besmettelijk. Dat hebben we allemaal al ervaren, maar waarom is dat zo? Omdat we elkaars gedrag zo graag kopiëren: specialisten noemen dit imitatiegedrag. Elkaar nabootsen doen we even automatisch en onopzettelijk als het geeuwen zelf. Niet alleen wie iemand ziet geeuwen, krijgt zin om het te doen, maar ook wie iemand hoort gapen. En nog subtieler: ook geeuwen ter sprake brengen, kan hetzelfde effect hebben. Deze tekst lezen, kan in principe al volstaan! "Uiteraard moet uw waakzaamheid dan wel dermate afgenomen zijn dat u vatbaar bent voor geeuwen," benadrukt dr. Desutter. "Wie op scherp staat, zal wellicht ongevoelig zijn voor het fenomeen." Geeuwen kan dus wel degelijk besmettelijk zijn. Maar doen alsof we geeuwen, kunnen we niet. "Een geeuw activeert spieren met een tegenovergestelde werking: de ene opent de mond, de andere doet hem opnieuw dicht. Alleen bij een echte geeuw kunnen we die elkaar tegenwerkende spieren spannen. De opeenvolgende fases van de geeuwreflex bewust nabootsen kunnen we daarom niet."

Noot

Een uitgebreidere versie van dit artikel verscheen eerder in Plus Magazine nr. 245, januari 2009.



Slaap

Slaap
Slaap
Slaap



Paul Gheskiere
klinisch psycholoog, psychotherapeut



PAUL GHESKIERE

Wat is slaap?

De slaap is al bij al een ingewikkelde toestand. Eeuwenlang heeft men de slaap beschouwd als een inerte toestand van rust die we nodig hadden om te kunnen overleven. Dromen waren boodschappen van de goden of reizen van de ziel naar verre oorden. Men beschouwde de slaap als het tegendeel van de waaktoestand. Tegenwoordig weet men dat de slaap een ingewikkelde en actieve toestand is. Slapen bestaat zelfs uit cycli die geregeld herhaald worden en waarbij bepaalde zenuwcentra geactiveerd worden. Het is dus een complexe, heterogene reeks van wisselende fasen, die van grote invloed zijn op ons dagelijks functioneren.

Tijdens de slaap vertoont de hersenactiviteit niet alleen een geleidelijke daling, maar er komen ook perioden voor met een zeer intense hersenactiviteit. De algemene neurale activiteit vermindert slechts met zo'n tien procent. Ook de ademhaling, de spieractiviteit, de lichaamstemperatuur, de hartslag en de bloeddruk, de hormonale activiteit en zelfs de genitale prikkeling vertonen variaties, die niet uitsluitend op een passief gebeuren wijzen.

Tijdens de slaap treedt er een toestand van *verminderd* bewustzijn op. Deze toestand is ook omkeerbaar: de persoon die slaapt, kan op elk moment wakker worden of wakker gemaakt worden. Dank zij deze eigenschap kunnen we een onderscheid maken tussen de slaap en de toestanden waarin men het bewustzijn verliest, zoals coma, flauwvallen enzovoort. Slaap onderscheidt zich van bewusteloosheid: hierbij is er een *totale* afwezigheid van bewustzijn, door prikkels van buitenaf kan men niet worden gewekt.

Men kan de slaap nauwkeuriger observeren dankzij het continu registreren van onder andere de elektrische activiteit van de hersenen, de oogbewegingen en de spierspanning met behulp van een polysomnograaf. Dit is een instrument dat gebruikt wordt om neurofysiologische metingen te verrichten. Men ziet dan een registratie van golven waarvan de dimensies variëren in functie van de soort activiteit. Aan de hand daarvan heeft men de slaap in twee soorten slaaptstanden kunnen onderverdelen:

- De N-REM-slaap (*non-rapid eye movement*). Deze kenmerkt zich door een geleidelijke vertraging van de hersengolven. Deze slaap kan naar gelang het moment lichter of dieper zijn.
- De REM-slaap (*rapid eye movements*). Deze wordt gekenmerkt door snelle bewegingen van de ogen en geeft

gewoonlijk aan dat de slaper op dat moment droomt. De hersenactiviteit is nagenoeg niet te onderscheiden van deze in waaktoestand.

Deze twee soorten slaap komen alleen voor bij de meest geëvolueerde levende wezens, die rustiger kunnen slapen omdat ze allerlei vormen van bescherming ontwikkeld hebben tegen de gevaren uit hun omgeving: bijvoorbeeld roofdieren, koude enzovoort. Vandaar dat de REM-slaap optreedt bij vogels, zoogdieren en bij de mens, maar niet bij vissen, amfibieën en reptielen.

De structuur van de slaap

Waarom hebben we slaap nodig? Een voor de hand liggend antwoord kan zijn: om ons lichaam te laten uitrusten. De meeste lichaamsfuncties echter kunnen best zonder slaap: ons hart, onze ademhaling... vallen gelukkig niet in slaap! Om onze geest tot rust te laten komen lijkt een betere reden. In laboratoriumsituaties heeft men geprobeerd mensen lang wakker te laten blijven: ze vertoonden na een tijdje geheugenverlies en kwamen zelfs tot licht paranoïde toestanden.

De laatste decennia zijn er veel onderzoeken gedaan rond slapen en slaapproblemen en men stelde vast dat we gedurende de nacht verschillende fasen doorlopen. Uit dat onderzoek weten we dat de slaap in cycli verloopt. Tijdens de normale nachtrust maken we een vijftal cycli door. Daarnaast is elke cyclus nog eens onderverdeeld in vier stadia: de slaaphfasen. Deze zijn een onderdeel van de N-REM-slaap.

Wanneer men de slaap registreert, begint men met de wakende toestand. Men wil hierbij informatie verzamelen over de manier waarop de proefpersoon inslaapt. De periode tussen het begin van de registratie, namelijk het moment waarop men nog wakker is en het eerste stadium van de slaap, wordt de *latentie van het inslapen* genoemd. De duur van de latentie van het inslapen verandert met de leeftijd en hangt af van allerlei psychologische factoren en omstandigheden waarin men zich bevindt.

Na dit korte voorstadium komt men in:

- Het doezelstadium (S1). Deze overgangsfase duurt ongeveer een halve minuut tot zeven minuten. Tijdens deze fase vermindert het vermogen al om op prikkelingen van buitenaf te reageren. Onze geest dwaalt van de ene gedachte naar de andere. We kunnen onze ogen nog moeilijk openhouden en zonder dat we het merken, vallen we dieper in slaap. Soms voelen we tijdens deze fase een of andere spiertrekking, alsof we in een diepe put vallen. Dit is een normale reflex van de spieren. Bij het plotseling ontspannen bij het inslapen reageert het lichaam in een reflex door weer te spannen. Dit is een controlefunctie om niet op gevaarlijke/verkeerde plaatsen in te slapen. Zo'n spierschok is dus enkel een teken dat we ons ontspannen en ons klaar maken om te slapen.

In deze fase worden we nog snel wakker. We zullen dikwijls beweren dat we niet geslapen hebben. In deze fase gaat ook het hart wat langzamer slaan en treden er langzame oogbewegingen op.

- Het sluimerstadium (S2) vormt een overgang naar de diepe slaap. Het is de eerste *echte* slaap, waarin nog fragmenten van gedachten kunnen voorkomen. Bij een geluid van middelmatige sterkte worden we opnieuw wakker. Het EEG (grafische weergave van hersengolven) vertoont enkele uitbarstingen van activiteit, in het Engels *spindels* (slaapspoelen) genoemd. Dit zijn golven van twaalf tot veertien trillingen per seconde die op een weefspoel lijken. Zeven en een halve minuut voor het verschijnen van de slaapspoelen houdt men op met bewegen in bed. Deze beweegloosheid vermindert de spierspanning en de prikkeling van de hersenstam, wat slaapbevorderend werkt.
- De diepe slaap (S3). Op dit moment registreert het EEG uitsluitend trage golven. De *spindels* verdwijnen en in de plaats verschijnen lange deltagolven. De slaper is in dit stadium moeilijk te wekken, tenzij door een heel hard geluid. Dit stadium wordt bereikt ongeveer dertig minuten na het inslapen. Bij de meeste mensen omvat dit stadium voor een gehele nacht gemiddeld drie tot vier uur van de nachtrust.
- De *deltaslaap* (S4). Dit is ook een diepe slaap die zich alleen van stadium drie onderscheidt door een verschil in hersenactiviteit. Als we in deze fase wakker gemaakt worden, weten we vaak niet waar we zijn. In dit stadium komen ook de parasomnia (slaapwandelen, nachtmerries...) voor.
- De REM-slaap (S5). Deze treedt op ongeveer negentig minuten na het inslapen. Men slaapt schijnbaar ondiep, maar het blijft moeilijk de slaper op dit moment te wekken. Indien men gewekt wordt, zal de slaper beweren dat hij heel diep aan het slapen was. Meestal herinnert hij zich dan heel duidelijk wat hij aan het dromen was. In dit stadium treden snelle oogbewegingen op: *rapid eye movements* (REM), de ademhaling en de hartslag worden sneller en onregelmatiger, de bloeddruk stijgt en we woeien in bed. Tijdens de REM-slaap krijgen mannen vaak een erectie; terwijl vrouwen een zwelling van de clitoris, een sterkere vaginale bloedtoevoer en baarmoedercontracties vertonen. Dit is ook het moment waarop we dromen en men neemt aan dat deze dromen een grote schoonmaak houden in ons psychisch en gevoelsleven. Let wel: in alle fasen van de slaap kunnen dromen voorkomen, maar tijdens de REM-slaap komen ze het vaakst voor en zijn ze meestal ook levendiger en emotioneler dan de dromen in andere slaaphfasen.

Tellen we bij volwassen personen de hoeveelheid REM-slaap samen, dan blijkt dat ongeveer twintig procent van de slaaptijd in de REM-fase wordt doorgebracht. De diepe slaap omvat ook ongeveer twintig procent van de slaaptijd, terwijl de overige zestig procent bestaat uit doezel- en sluimerstadia.

Na deze REM-slaap vangt een tweede cyclus aan en zakken we doorheen de verschillende stadia terug in een diepe slaap, waarna we weer naar de oppervlakte komen met een droomfase tijdens de REM-slaap.

Onze slaap is bezaaid met *microslaaponderbrekingen*. Dit zijn plotse overgangen van de diepe naar de lichtere slaap en zelfs naar het wakker worden, door van houding te veranderen of door het lawaai. Deze minuscule slaaponderbrekingen gaan



gepaard met bewegingen en met een toename van de spierspanning en hartslag. Deze duren slechts een halve seconde tot een vijftiental seconden. Meestal herinneren we ons er 's morgens niets van. Alleen wanneer we langer dan drie minuten wakker worden, kunnen we ons vaag nog wat herinneren.

Het hierboven geschetste slaappatroon is dit van een *normale* jonge volwassene. We weten dat er niet zoiets bestaat als een normale of gemiddelde mens en zo is er ook niet één universeel slaappatroon waaraan iedere mens zich moet houden.

Het belang van de diepe slaap en de REM-slaap

De diepe slaap is van belang voor het lichamenlijk welzijn, vooral voor herstel en groei. Er is een grotere bloedtoevoer naar de spieren, dat zorgt voor het lichamenlijk herstel. De

lichaamstemperatuur daalt, wat energiebehoud betekent. De stofwisseling is minimaal, wat bevorderlijk is voor de groei en het herstel van het weefsel. Door de hypofyse wordt tijdens de diepe slaap 70% van het groeihormoon uitgescheiden dat in 24 uur door het menselijk lichaam wordt geproduceerd. Dit speelt een rol bij de aanmaak van eiwitten in ons lichaam en bij het herstel van onze weefsels, met andere woorden, het bouwt onze energiereserves weer op en bevordert zo de recuperatie.

Recent onderzoek onder andere door dr. M. Inwin, wees uit dat slaapttekort ook de immunologische afweer vermindert, met name tegen virusinfecties (verkoudheden, griep).

De REM-slaap is belangrijk voor het opslaan, het bewaren, het ordenen en hergroeperen van herinneringen, voor de leerfunctie en het algemeen functioneren. De uitdrukking *er een nachtje over slapen* weerspiegelt de functie van de REM-slaap: de dagelijkse gedachten en gebeurtenissen worden aan een kritische toets onderworpen.

Een vloed van stroomstootjes vanuit de hersenstam verzorgt het opslaan en oproepen van herinneringen van informatie. Die stroomstootjes bewerkstelligen veranderingen in de eiwitstructuur van de neuronen of zenuwcellen. Dit geheel van structuren vormt de opslagplaats van alles wat we weten, onze herinneringen en onze gedachten. Helaas kunnen we ons niet alles herinneren, omdat hersencellen en neuronen in de loop van de jaren in verval geraken. Neurale netwerken die niet regelmatig geprikkeld worden, worden zwakker en de daarin opgeslagen informatie gaat verloren. De REM-slaap verstrekt de circuits waar herinneringen worden bewaard, zoals gewichtheffen de spieren verstrekt. Het is een kwestie van contact houden en de REM-slaap helpt de contacten in stand te houden.

Zoals computerbestanden in mappen worden opgeslagen, zo worden tijdens de REM-slaap herinneringen geordend en herschikt. Dit verklaart wellicht gevallen waarin we in onze dromen problemen oplossen. Daarbij worden we niet door de buitenwereld afgeleid. Tijdens de REM-slaap wordt er wellicht ook een rangorde opgemaakt: belangrijke herinneringen worden geconsolideerd, onbelangrijke verwijderd. De REM-slaap werkt zo ook in op het vermogen om met stress om te gaan. De informatie die overdag is opgeslagen, wordt eerst verwerkt en ontcijferd, wat het leerproces versterkt.

Welke mechanismen regelen de slaap?

Specialisten zijn het nog niet helemaal eens over de mechanismen van de slaap. Volgens de meest verspreide hypothese bestaat één van onze interne mechanismen uit een waakstelsel, dat ons belet dat we in slaap vallen. Om wakker te blijven moet dit stelsel gestimuleerd worden door signalen die van buitenaf komen, zoals licht, geluid...

De betrokken hersenstructuren zijn voornamelijk de reticulair formatie, een groep hersencellen en zenuwverbindingen die zich uitstrekt van het grensgebied tussen de hersens en het ruggenmerg naar de tussenhersenen en bepaalde zenuwkernen gelegen aan de basis van de voorhersenen, maar ook in de middenhersenen. De neurotransmitters of chemische stoffen die de contacten tussen de zenuwen regelen, die belangrijk zijn, zijn: serotonine, noradrenaline, dopamine, acetylcholine, histamine.

In verband met de slaap spreekt men vaak van *biologische klokken* in ons lichaam. Biologische klokken zorgen onder meer voor goed waken en goed slapen, voor het produceren en uitscheiden van hormonen op het meest effectieve moment, zodat honger, dorst, urineproductie en dergelijke adequaat verlopen. Door de werking van de biologische slaap-waakklok reageert ons organisme op de juiste wijze op het juiste moment van de dag of de nacht en wel met een grote mate van flexibiliteit zodat de levensverrichtingen harmonieus verlopen. Al deze biologische processen staan onder de regie van het licht. Het zonlicht is een zeer belangrijke factor voor het ontstaan van ritmiciteit en periodiciteit. De biologische slaap-waakklok bestaat uit twee kleine centra in de middenhersenen, de suprachiasmatische kern genaamd (nucleus supra chiasmaticus). Zij regelt het dagelijks ritme van ons waken en slapen en wordt ook *circadiaans ritme* genoemd. *Circadiaans* is afgeleid van het Latijn: circa = rond, dies = dag. Het is dus een periodiciteit van ongeveer vierentwintig uur. Elke dag is er een automatische synchronisatie. Het slaap-waakmechanisme vertoont in de loop van de dag fluctuaties.

De hoeveelheid slaap

Over slapen en slaapprobeuten bestaan allerlei volkswijsheden: wij horen dikwijls beweren dat iedereen acht uur moet

slapen, dat je van een stevig maal slaperig wordt, dat een hapje eten voor het slapengaan niet goed is enzovoort. Wellicht een van de meest hardnekkigste is deze dat de uren vóór middernacht dubbel zouden tellen als het om slapen gaat. Deze theorie komt voort uit de experimenten van de pedagoog Görlotz, die stelde dat een gezonde levenswijze sterk natuurgebonden moet zijn. Dat zou er dan op neerkomen dat wij alleen goed zullen slapen als wij *met de kippen op stok gaan*. Deze theorie mist wetenschappelijke fundering.

Het aantal uren slaap is voor ieder mens verschillend. Er zijn mensen die met vier uur slaap voldoende uitgerust zijn en er zijn anderen die daarvoor weer meer dan tien uur nodig hebben. De gemiddelde slaapprobeute ligt tussen zes en een half en acht en een half uur. Hiertoe behoort vijftien procent van de bevolking. We kunnen onze behoefte aan slaap niet afmeten aan iemand anders. Iemand die in goede conditie is, zal minder slaap nodig hebben. Zo zullen we bij grote activiteit ook minder slaap behoeven dan bij passiviteit. We weten ook dat we in de winter meer slapen dan in de zomer, omdat het zonlicht en de energie hieraan verbonden een stimulerende werking heeft op ons organisme.

Het kort of lang slapen is genetisch bepaald en dus is er ook geen algemene richtlijn dat mensen acht tot tien uur slaap nodig hebben. Zodra je weet hoeveel uur slaap je nodig hebt, moet je je leven daarop inrichten. Er is maar weinig aan te doen, iedereen heeft een persoonlijke behoefte aan slaap. Proberen minder te slapen, is net zoals schoenen dragen die een maat te klein zijn. Het lukt wel, maar het is verre van comfortabel. Onze slaapprobeute hangt af van de kwaliteit of efficiëntie van onze slaap. Kortslapers liggen 's nachts minder lang wakker



dan langslapers. Ze hebben evenveel diepe slaap, maar minder REM-slaap en lichte slaap. Er is feitelijk maar één manier om te bepalen hoeveel slaap men nodig heeft: wie zich 's morgens fris en uitgerust voelt, heeft genoeg geslapen.

Ook een ochtend- of avondmens ben je voor je leven. Onderzoek wijst uit dat slechts vijftien procent van de bevolking zich extreem als ochtend- of als avondmens kan bestempelen. We hebben ook allemaal een heel eigen natuurlijk ritme met tijdstippen waarop we maximaal kunnen presteren en slappe momenten. Deze tijden hangen samen met onze biologische klokken. Niettemin proberen we ons ook altijd aan te passen aan wat de omgeving van ons verwacht.

Bijkomende inhaalslaapjes nemen meestal de vorm aan van een verlengde nachtelijke slaap of van een middagdutje. Beiden hebben echter een uiteenlopend effect op de stemming en het cognitief functioneren. Verschillende onderzoekers wezen op de negatieve effecten van het uitslapen. Er zou een grotere subjectieve slaperigheid (suf gevoel) vastgesteld worden negentig minuten na het ontwaken, er werd een lagere algemene activiteit vastgesteld, op aandachtstests maakt men meer fouten, de reactietijden zijn groter, de geheugentests minder goed.

Is een middagdutje dan meer aan te bevelen? Het hangt onder andere af van de leeftijd. Baby's doen het spontaan. Voor jonge kinderen is het ook heel belangrijk dat ze in het begin van de namiddag even kunnen slapen. Ook bejaarden rusten vaak op dat moment uit. Een middagdutje kan voor volwassenen helpen om te recuperen, maar het kan anderzijds ook tot ongemakken leiden: de globale behoefte om te slapen vermindert en het verandert de slaap-waakcyclus. Als je 's nachts moeilijk in slaap valt, kan je overdag beter geen dutjes doen. Anderzijds, als je 's nachts niet lang genoeg aan een stuk doorslaapt om de hele dag helder wakker te zijn, dan heeft een middagdutje wel zin. Onderzoek toont een daling van de slaperigheid na een middagdutje, het vermindert ook de stress. Middagdutjes zouden ook zeer bevorderlijk zijn om aandacht aan details te schenken en doordachte beslissingen te kunnen nemen. Ons lichaam heeft overigens halverwege de middag de biologisch bepaalde neiging om te rusten. Wil je een dutje doen, doe het dan consequent en maak er een dagelijkse gewoonte van. Je inwendige klok wordt er anders door verstoord.

Hier volgen een paar regels:

- stel vast hoe lang je een dutje wil doen, een halfuurtje is zeker voldoende;
- doe je dutje op een vaste tijd;
- doe je dutje in bed, niet in een zetel;
- zet je wekker, zodat je op tijd wakker wordt en sta dan meteen op.

Slaaptekort

Algemeen kan men stellen dat slaapgebrek tot uiting komt in langzame horizontale oogbewegingen, het gevoel van loodzware oogleden, knikkebollen door slappe nekspieren, branderige ogen, verhoogde neiging tot geeuwen, moeizamer lopen en schrijven, en slordige spraak.

Andere indicatoren zijn:

- doezeligheid overdag, een kleine inzinking na de middag. Het zijn niet de omstandigheden (middageten, wijn, een vervelende voordracht) die oorzaak zijn van je slaperigheid, maar ze brengen de fysiologische slaperigheid aan het licht;
- microslaap: korte momenten van een paar seconden, maar die wel tot ongelukken kunnen leiden...;
- stemmingswisselingen, sombere buien, prikkelbaarheid, verlies van humorgevoel;
- stress, toename van zorgen, problemen en frustraties, negativisme;
- het mijden van sociale contacten;
- gewichtstoename doordat we eten en drinken om wakker te blijven;
- rillerigheid bij lang opblijven;
- grotere vatbaarheid voor ziekten en virusinfecties;
- apathie, lusteloosheid;
- verminderde cognitieve functies en reactiesnelheid;
- uiteindelijk kunnen ook hallucinaties optreden en foutieve interpretaties van de werkelijkheid.

Velen van ons zijn al zo lang slaperig overdag, dat ze niet meer weten wat het is om helder wakker te zijn. De meesten van ons hebben elke nacht minstens een uur slaap meer nodig dan we krijgen.

Welke factoren beïnvloeden de slaap?

De leeftijd

Het begint al in mama's buik. De foetus slaapt al in de baarmoeder. Na twintig weken zwangerschap wordt de slaapproestand onderbroken door onrustige momenten. Het ritme waarop de foetus actief is, loopt helemaal niet gelijk met het slaap-waakritme van de moeder. Ook droomt de foetus en men neemt aan dat de REM-slaap zijn hersenen voorbereidt op het verwerven van de vitale functies vanaf zijn geboorte, zoals de ademhaling, de zuigreflex enzovoort.

Een pasgeboren baby slaapt meer dan twintig uur per dag tijdens de eerste levensweken. Al die rust hebben ze bij het begin van hun leven blijkbaar nodig, terwijl het lichaam *de laatste hand legt* aan de vorming van de hersenen en andere organen. Het kindje is zeer kwetsbaar; ademen, eten, zijn behoeften doen en groeien kosten enorm veel energie.

Een zuigeling komt toe met ongeveer zeventien tot achttien uur slapen gedurende een dag. De slaaperioden worden onderbroken door zeer korte wakkere periodes, die vooral door de honger worden bepaald. In tegenstelling tot de volwassenen komen zuigelingen direct terecht

in de REM-slaap zonder de andere stadia te doorlopen. Gelukkig voor de ouders zal de baby uiteindelijk alleen maar 's nachts meer slapen en neemt hij het dagnachtritme aan. Tijdens de diepe slaap wordt groeihormoon geproduceerd en bij baby's komt de diepe slaap in een hoog percentage voor, terwijl dit bij ouderen maximaal een vijfde van de tijd bedraagt. De slaapduur vermindert snel in de kleutertijd tot nog maar tien tot twaalf uur. Geleidelijk zal het slaapje korter worden. Het proces verloopt heel natuurlijk en is genetisch bepaald. Maar de omgeving waarin het kind opgroeit en de opvoeding die het krijgt, hebben een grote invloed op zijn slaapgewoonten.

Tijdens de puberteit is de hoeveelheid slaap verminderd tot negen à tien uur. Al zal de gemiddelde tiener je ervan proberen te overtuigen dat hij twaalf uur slaap nodig heeft en daarom 's morgens niet uit zijn bed kan geraken. Een jonge volwassene heeft genoeg aan zes-en-een-half à acht-en-een-half uur slaap en een oudere persoon zal nog minder slapen. Senioren zijn eerder moe dan jongeren omdat inspanning hen meer moeite kost. Bovendien is de nachtelijke slaap van ouderen niet altijd efficiënt genoeg. Ze vertonen vaak een langere inslaaptijd en worden 's nachts ook veel vaker wakker. Oudere mensen hebben minder REM-slaap en hebben vrijwel geen deltaslaap.

Geslacht

Tot veertig jaar is er weinig verschil tussen mannen en vrouwen, uitgezonderd de zwangerschapsperiode. Door hormonale veranderingen slapen vrouwen dan dieper, althans in het begin. Tussen veertig en vijftig jaar neemt de slaapbehoefte van een man af, bij een vrouw pas tussen vijftig en zestig jaar.

De omgeving

Een vertrouwde omgeving bevordert de slaap. De slaapkamer moet een oase zijn van rust. Te veel licht of lawaai verstoren de slaap. Probeer ook het roken in de slaapkamer te mijden, je slaapt des te beter. Verder laten ook de temperatuur, de vochtigheidsgraad, onze nachtkledij en de inrichting van de slaapkamer hun invloed gelden.

Kies een goede slaaphouding. Niet alleen onze cellen, maar ook onze rug recupereren tijdens de nacht van onze activiteiten van de vorige dag. Het is de bedoeling dat onze tussenwervelschijven zich herstellen en dat het kraakbeen in de rug gevoed wordt. Dat vergt een goede slaaphouding en een goed bed dat het lichaam correct ondersteunt. Besteed dus ook zorg aan de keuze van je bed en let onder andere op de juiste afmeting, vering, matras en dergelijke. Bedenk ook dat één persoon per nacht zo'n colaflesje zweet per nacht verliest, verluchting is dus essentieel.

Verder draagt de keuze van je dekens, linnengoed en hoofdkussens veel bij tot de kwaliteit van je slaap. Laat je begeleiden door degelijk advies bij een aankoop, aangepast aan jouw gewoontes en behoeften.

Slaapgewoonten

Zodra je de slaapkamer binnenstapt, moet je het *knopje* in je hoofd omdraaien en je geest helemaal leegmaken. We moeten de moed hebben om ons aan de slaap over te geven en aanvaarden dat we onszelf niet meer onder controle hebben. Iedereen heeft zo zijn eigen signalen om het mechanisme van de slaap in te schakelen. Onze slaaprituelen stellen ons gerust en helpen ons om onze onbewuste angst voor de nacht te bezweren. Belangrijk hierbij is dat je alle *handelingen* in dezelfde volgorde uitvoert. Roep ook telkens dezelfde leuke gedachte op voor je inslaapt!

Slaapproblemen kunnen ontstaan doordat men om de een of andere reden van zijn vaste slaapgewoonten afwijkt, bijvoorbeeld door op een andere tijd naar bed te gaan of op te staan. Maar ook slaapproblemen kunnen invloed hebben op vaste slaapgewoonten, zodat een vicieuze cirkel ontstaat.

Psychologische en emotionele factoren

Stress, bijvoorbeeld veroorzaakt door persoonlijke problemen of door spanningen op het werk, kan leiden tot slecht slapen. Deze zogenaamde *reactieve* slapeloosheid komt erg veel voor. Ook bepaalde karaktereigenschappen en persoonlijke reacties op gebeurtenissen kunnen hun invloed hebben op het slapen. Een psycholoog kan je hierbij deskundig helpen om de oorzaken van het slaapprobleem aan te pakken. Maar ook prettige vooruitzichten kunnen ertoe leiden dat iemand slecht slaapt. Zo kunnen een feest, een verjaardag, een gezellige bijeenkomst, een eerste afspraakje... ertoe leiden dat je minder slaapt.

Tot slot

De slaap is dus een vrij ingewikkeld mechanisme en een meer actieve toestand dan wij soms denken. Het is belangrijk er zorgvuldig mee om te springen en niet zomaar medicatie te nemen, bijvoorbeeld zonder voorschrift... een pilletje van mama. Er zijn andere manieren om van slaapproblemen af te raken. Regelmaat en orde zijn van groot belang om het dagelijks ritme van rust en arbeid op een gezonde wijze te kunnen volhouden. Velen nemen een loopje met die regelmaat! Geen wonder dat dan slaapklachten optreden.

Vechten tegen een slaapprobleem kan het probleem alleen maar vergroten. In plaats daarvan is acceptatie het sleutelwoord. Neem een meer ontspannen houding aan ten opzichte van het slapen. Blijf erop letten dat je activiteiten en hobby's onderneemt die je energie geven en je inspireren. Deze zorgen ervoor dat je minder stilstaat bij je vermoeidheid en dat je niet in een vicieuze cirkel belandt waardoor je vanwege het slechte slapen steeds minder onderneemt en je slaap mede daardoor verder achteruit gaat.

Meer informatie

Paul Gheskiere, *De slaap, je tweede leven!*, uitgegeven door Globe.

Een kleine bedgeschiedenis

Toon me je bed en ik zeg wie je bent

JE BED IS HEEL JE LEVEN. JE WORDT ER GEBOREN, JE HEBT ER LIEF EN JE STERFT ER.

HET IS DE PLAATS WAAR JE JE TOONT ZOALS JE BENT. DIE IETS ZEGT OVER WIE JE BENT.



MORGENSTUNDE - MORITZ VON SCHWIND - [HTTP://NL.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/BESTAND:MORITZ_VON_SCHWIND_004.JPG](http://nl.wikipedia.org/wiki/Bestand:Moritz_von_Schwind_004.jpg)

Mieke Werbrouck
moreel consultant CMD Ieper



MIEKE WERBROUCK

Heb jij veel slaap nodig, zoals Descartes en Schopenhauer of weinig zoals Napoleon? Ben je een avondmens of eerder een vroege vogel?

Een duidelijk antwoord op de vraag hoeveel slaap een mens nodig heeft, bestaat niet. Wel zijn we de laatste halve eeuw korter gaan slapen, een goeie zeven uur in plaats van ruim acht.

Lang opblijven om vervolgens lang uit te slapen is een menselijke neiging, maar vroeg opstaan werd in alle westerse culturen altijd hoog aangeschreven. *De morgenstond heeft goud in de mond*, zo luidt het. Sommige mensen, zelfs hele culturen, zien genieten van de levensbehoefte die slaap is, als een bron van ledigheid en wellust, als een *zonde* van de tijd.

En wat vertelt je slaaphouding? Ben je een buikslaper of lig je liever op je zij of op je rug?

Hoe dan ook, wij zijn ervan overtuigd dat horizontaal slapen het best is, maar wist je dat er tot 100 jaar geleden mensen zittend slapen? Er bestaan de vreemdste verklaringen voor - zoals krom zijn van het harde werken - maar men was het nu eenmaal zo gewoon en het menselijk lichaam past zich aan. Ook over horizontaal slapen is het laatste woord nog niet gezegd. Last van snurken? Het hoofdeinde omhoog vergemakkelijkt de ademhaling en gaat geronk tegen.

Met slapen en snurken, is allesbehalve alles verteld. Je bed is ook waar je leest of tv kijkt.

Heb jij in je kindertijd vaak stiekem lang blijven lezen, in de geborgenheid van je bed? En ben je bang geweest voor de monsters eronder? Die angst moet zo oud zijn als kinderbedden op pootjes. Als je klein bent, is de nacht nog zoveel donkerder. Misschien daarom dat het dagelijks bedritueel, de verhaaltjes en de nachtzoen en de momenten dat je bij mama en papa in het grote bed mocht, levendig gegrift staan in vele jeugdherinneringen.

De meeste mensen in de geschiedenis deelden de slaapkamer of zelfs het bed, omdat ze geen andere keuze hadden. In middeleeuwse kastelen sliep iedereen, van hoog tot laag, in de grote zaal. Zo staat ook te lezen in de legende van Tristan en Isolde. Meer nog, zelfs publieke bedden, zoals in het ziekenhuis of de herberg, werden zonder erg door vreemden samen beslapen. Zou je het je kunnen voorstellen: je bed delen met iemand anders dan je levenspartner? Waar ruimte en middelen in overvloed waren, ging de voorkeur altijd naar afzonderlijke slaapkamers. Vanaf de jaren

1850 streefden verlichte geesten ernaar dat ook in werkmanswoningen ouders, broers en zussen apart zouden slapen, gedreven door hygiënische bezorgdheid.

Zoals op vele terreinen bracht de 19^{de} eeuw evenzeer belangrijke veranderingen voor echtgenoten. Terwijl het idee van de privacy zich over steeds bredere lagen van de bevolking verspreidde, gingen ook in hogere kringen man en vrouw vaker de slaapkamer delen. Eén bed bleek uiteindelijk de beste formule tot tederheid en conversatie, elkaar werkelijk begrijpen en aanvoelen. Alleszins een romantischer opvatting dan de plechtige en tegelijk plastische rol die het echtelijk bed nog gespeeld heeft bij huwelijksplechtigheden. Met veel ceremonieel werden bruid en bruidegom erin gelegd en soms werd het huwelijk zelfs voltrokken in de slaapkamer waar het vervolgens zou worden geconsumeerd.

Het bed werd in alle tijden een onheilsplek als ziekte of dood zich aankondigde. Al sinds de oudheid is slaap geassocieerd met de dood, het bed als *sterfbed* volgt die traditie. De overledene opbaren in een rouwkamer is een gebruik dat ook wij nog kennen. Het is een van de weinige varianten op het pronkbed die de eeuwen heeft getrotseerd. Toch kent het publieke bed af en toe nog een heropleving: denk

aan het bed van waaruit John Lennon en Yoko Ono in 1969 de wereldpers ontvingen.

Tot slot hebben zelfs je lakens een verhaal. Stralend wit als waarborg voor hygiëne? Rood als vorstelijke kleur en tegelijk de bloes van schaamte die je onschuld bewijst? Of roze en beige pasteltinten om de frisse lucht overal door te laten? Vandaag de dag geven dekbedovertrekken in allerlei kleuren je slaapkamer een nieuwe look in een handomdraai.

De plaats die een bed inneemt in je huis en in je leven, zegt iets over een cultuur en over jezelf. Wat je vanzelfsprekend vindt, is vaak veelzeggend.

Het interessante van alle historische ontwikkelingen en technische mogelijkheden is, dat er niet één beste recept bestaat. Andere tijden hebben andere gewoonten die soms een paar eeuwen later, onbegrijpelijk worden. De laatste 100 jaar is er zo veel veranderd... Dromen over slapen in de toekomst is vrij van grenzen.

Meer lezen?

Tussen stro en veren (Inmerc, 2006) van Ileen Montijn, een fraai geïllustreerde geschiedenis van het bed, die tegelijk een geschiedenis is van intimiteit en privacy, mode en welvaart.



Slaap, slaapstoornissen en hun behandeling



EDDIE CAN'T SLEEP VAN KRISTI DAWN CLARKE - WWW.KRISTICLARKE.COM

Raymond Cluydts

gewoon hoogleraar Faculteit voor Psychologie en Educatiewetenschappen
Vrije Universiteit Brussel

Elke De Valck

docent Faculteit voor Psychologie en Educatiewetenschappen
Vrije Universiteit Brussel

Aisha Cortoos

dr. Psychologie
Universitair Ziekenhuis Brussel



RAYMOND CLUYDTS

Slaap, een vitale functie

De meeste mensen denken bij het horen van het woord *slaap* aan *rusten* en *herstelfunctie*. We gaan 's avonds slapen als we moe zijn en worden 's morgens uitgerust en opgewekt wakker. Onderzoek toont aan dat slaap evenwel een zeer actieve toestand van onze hersenen is en dat er in de hersenen tijdens onze slaap heel wat werk wordt verricht om deze *rust* en dit *herstel* te bereiken. Slaap is dus zeer zeker geen passieve toestand.

Slaap vervult minimaal twee levensbelangrijke functies voor onze hersenen. Ten eerste is er de herstelfunctie, nodig na de cerebrale activiteit geleverd tijdens de waakperiode (Tononi et al., 2006). Ten tweede vindt er een reorganisatie plaats die in consolidatie van de geheugensporen resulteert (Dang-Vu TT et al. 2006) en in een cerebrale en cognitieve efficiëntie tijdens de daaropvolgende dag (Carskadon et al. 2004). Slaap is dus niet alleen nodig voor de harmonieuze ontwikkeling van kinderen en jongeren, maar ook voor volwassenen. Slaapttekort of slaapfragmentatie resulteert steeds in consequenties overdag. De belangrijkste zijn cognitieve disfuncties zoals alertheid, geheugen en prestatievermogen, alsook veranderingen in gemoedstoestanden. Daarnaast is er de toegenomen slaperigheid, die het functioneren en het welbevinden overdag ernstig negatief kan beïnvloeden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat we tijdens ons leven zo een derde van onze tijd slapend doorbrengen. Kinderen tot drie jaar hebben op dat ogenblik meer geslapen dan ze wakker op de wereld waren! Als slaap geen bijzonder belangrijke vitale functie zou hebben, dan was het een van de grote flaters van de evolutie!

Epidemiologisch onderzoek leert ons dat een groot deel van de bevolkingsgroep problemen heeft met het initiëren of het volhouden van de slaaperiode. Daar waar dit acuut bij vrijwel iedereen eens voorkomt (een positieve of negatieve stressperiode), blijkt zo'n 10 tot 25% (afhankelijk van geslacht en leeftijd) van de bevolking geplaagd te worden door chronische slaapproblemen (Morphy et al., 2007).

Slaapstoornissen - insomnie

De medische wereld onderscheidt een 80-tal verschillende slaapstoornissen, meestal onderverdeeld op basis van klachten, verschijnselen en oorzaken. Zo kennen we ondermeer de in- en doorslaapmoeilijkheden, overdreven slape-

righeid overdag, circadiane slaap-waakproblemen en abnormaal gedrag tijdens de nacht. Het spreekt voor zich dat we deze 80 stoornissen niet binnen dit kader kunnen bespreken. De 4 meest voorkomende zijn evenwel insomnie, slaapapneu, het syndroom van de rusteloze benen en narcolepsie. Slaapapneu is een ademhalingsgerelateerde slaapstoornis die resulteert in overdreven slaperigheid overdag, bijvoorbeeld tijdens het autorijden. Bekende symptomen zijn ademhalingspauzes tijdens het slapen gevolgd door hevig naar lucht happen en inspiratoir luid snurken. Bij niet behandeling kunnen er zich ernstige medische problemen ontwikkelen. Bij het syndroom van de rusteloze benen voelt de slaper een moeilijk te bedwingen behoefte om steeds weer de benen te bewegen. Dit kan in het begin of in het midden van de nacht voorkomen. Het (vaak ritmisch) schoppen met de benen tijdens de slaap is ook een teken van dit syndroom. Patiënten (vooral vrouwen) klagen van een kriebelend, jeukend gevoel ter hoogte van de kuiten, de dijen of voeten; dit kan zich ook tijdens de waakperiode voordoen. Net als bij slaapapneu is de bedpartner meestal de beste bron van informatie over deze verschijnselen. Bij narcolepsie hebben we te maken met een constellatie van 4 symptomen: om te beginnen is er (vrij plots) optredende slaperigheidsaanvallen tijdens de dag, waarbij de patiënt haast verplicht wordt een dutje te doen waarna hij/zij zich opnieuw fris en helder voelt (tot de volgende aanval). Daarnaast zijn kenmerkend: heftige dromen tijdens deze dutjes, die zelfs inzetten bij het in slaap vallen (hallucinaties), verlies van de spiertonus welke men cataplexie noemt, en moeilijkheden met bewegen wanneer men ontwaakt uit het dutje (slaapparalyse). Deze verschijnselen kunnen uitgelokt worden door een hevige emotie als lachen of schrikken.

De absolute nummer één bij de slaapstoornissen is evenwel insomnie. We concentreren ons verder in deze bijdrage op deze stoornis waarvan de klachten ons allemaal al eens overvallen, maar gelukkig meestal van tijdelijke aard zijn. Spijtig genoeg is dit laatste niet voor iedereen het geval.

Wat is nu insomnie? Insomnie wordt gedefinieerd als een klacht over onvoldoende of niet-restauratieve slaap ondanks voldoende gelegenheid tot slapen. Deze definitie omvat dus moeilijkheden met het inslapen, met het in slaap blijven, te vroeg definitief wakker worden of klachten over een niet verkwikkende slaap. De definitie sluit ook een zelf geïnduceerd slaapttekort (deprivatie) uit. Bovendien spreekt men pas van insomnie wanneer duidelijke gevolgen op het dagelijks functioneren tot uiting komen, zoals slaperigheid, aandachtsproblemen, irriteerbaarheid en een negatieve gemoedstoestand (Summers et al., 2006).

Er zijn meerdere oorzaken van insomnie. De meest bekende zijn de reeds hierboven aangehaalde chronische slaapproblemen die gerelateerd zijn aan externe of interne stressoren (Jansson et al., 2006), die ofwel niet direct controleerbaar zijn voor de patiënt of waarbij de patiënt niet over adequate vaardigheden beschikt om er mee om te gaan. Deze

factor wordt bij vrijwel alle epidemiologisch onderzoek als eerste oorzaak aangegeven. Dit type wordt aangeduid met *primaire insomnie*.

Naast de primaire vormen zijn er vele insomnieën die zich voordoen *naast* (comorbiditeit) en *ten gevolge van* (secundaire insomnie) andere medische en psychiatrische stoornissen. Het onderscheid tussen deze twee vormen van insomnie is evenwel meestal zeer moeilijk te maken. Namelijk, vrijwel alle psychiatrische en vele neurologische aandoeningen resulteren in een slaapverstoring. Depressie, angststoornissen, psychotische aandoeningen, ook bipolaire stoornissen en het obsessief-compulsiefsyndroom brengen slaapverstoring met zich mee. De slaapstoornis zelf is vaak een essentieel deel van de diagnose, maar draagt slechts zelden bij tot de differentiële diagnose. Neurologische aandoeningen als de ziekte van Alzheimer en Parkinson houden allemaal een slaapverstoring in.

Een van de meest opmerkelijke ontdekkingen van de laatste jaren is evenwel de omgekeerde relatie: men heeft aangevoeld dat niet behandelde slaapstoornissen leiden tot een groter risico voor het ontwikkelen van psychiatrische aandoeningen, in de eerste plaats depressie. Patiënten met insomnie die niet adequaat behandeld worden, hebben tot 3 maal meer kans om een depressie te ontwikkelen. Patiënten die in remissie zijn van een depressie en in die periode toch nog slecht slapen, hebben meer kans om te hervallen in een volgende depressieve periode (Peterson et al., 2006).

Slaap en slaapstoornissen bij ouderen

Bij de bespreking van slapeloosheid bij ouderen zijn er een aantal bijkomende factoren die in overweging moeten genomen worden. Aangezien onze slaaparchitectuur, of opbouw van de slaap, verandert met toenemende leeftijd, zal deze mee bepalen wat als een *normaal* of *verstoord* slaappatroon wordt gezien. Een veranderend slaap-waakpatroon heeft ook gevolgen voor het dagelijks functioneren, en resulteert in lichamelijke (zenuwstelsel, hormonaal enzovoort) en psychologische (geheugen, aandachtsfuncties enzovoort) veranderingen. Concreet betekent dit dat zulke wijzigingen ook met de leeftijd mee evolueren en niet per se te wijten zijn aan een *pathologisch* slaappatroon. Bij ouderen zien we vaak een verschuiving die lijkt op het *advanced phase syndrome*, met name vroeger gaan slapen en vroeger wakker worden. Dit fenomeen dient echter niet gezien te worden als een medische aandoening en aldus is een behandeling ook niet noodzakelijk. Daarnaast merken we ook een toename in het aantal dutjes overdag, hetgeen de kwaliteit van de slaap tijdens de nacht niet ten goede komt (Bliwise, 1993).

Eén van de belangrijkste criteria bij het stellen van de diagnose van insomnie, is de aanwezigheid van een duidelijke belemmering in het dagelijks functioneren te wijten aan de slaapklachten. We weten namelijk dat een

slechte nacht gevolgen met zich meebrengt voor de volgende dag. Het gevoel van alertheid neemt af, ons geheugen en aandachtssystemen werken niet optimaal en vaak zullen we prikkelbaar en humeurig zijn.

Ongeveer 20%-40% van de oudere bevolking (+60) lijdt aan slapeloosheid, waarbij de specifieke klachten voornamelijk het doorslapen en het te vroeg wakker worden in de ochtend betreft. Algemeen kunnen we stellen dat oudere mannen meer veranderingen in het slaappatroon ondergaan in vergelijking met oudere vrouwen. Meer specifiek zien we een daling van de diepe slaap, toename van lichte slaap en wakkere periodes doorheen de nacht. Dit resulteert in een meer onderbroken slaappatroon en een gevoelige daling van de geconsolideerde slaap.

Zelfs wanneer men van echte slapeloosheid kan spreken, blijft het moeilijk om vast te stellen om welke soort het gaat. Dit wordt ook duidelijk bij een eenvoudig literatuuronderzoek: het gros van de insomnie-onderzoeken spreekt over *comorbide insomnie* en niet over *primaire insomnie* bij ouderen! Zo zou het frequent ontwaken bij ouderen vaak te wijten zijn aan de aanwezigheid van een medische aandoening, zoals musculoskeletaire aandoeningen, prostaatproblemen bij mannen en hart- en longaandoeningen. Daarnaast hebben we nog het frequenter voorkomen van psychiatrische aandoeningen, zoals depressie en angst. Sociaal isolement, pensionering, verlies van partner zijn een aantal van de belangrijkste oorzaken voor depressie bij ouderen. Ook neurologische aandoeningen zoals dementie, Parkinson en Alzheimer, hebben een grote impact op de slaap. Bij dementie zien we vooral inslaap- en doorslaapproblemen door het veelvuldig wakker worden tijdens de nacht. Daarnaast zien we ook een toename van de slaperigheid overdag naarmate de ziekte verder evolueert. Parkinson resulteert ook in frequente ontwakingen en moeilijkheden bij het terug inslapen, alsook het voorkomen van nachtmerries en beenbewegingen (Wolkove et al., 2007).

Naast deze medische en psychiatrische aandoeningen komen primaire slaapproblemen, zoals periodieke beenbewegingen, het rusteloze benensyndroom en het apneusyndroom, ook vaak voor bij ouderen.

Periodieke beenbewegingen is een motorische stoornis en kenmerkt zich door spiercontracties van de onderste ledematen tijdens de nacht. Onderzoek toont aan dat het voorkomen van deze problematiek toeneemt met de leeftijd en ongeveer bij 45% van de ouderen zou voorkomen. Wanneer patiënten rapporteren dat ze vaak een onaangenaam tintelend gevoel ervaren in de benen en deze moeilijk kunnen stilhouden, verwijst dit naar het rusteloze benensyndroom. Het verschil met periodieke beenbewegingen is dat deze tijdens de nacht voorkomen en doorslaapproblemen veroorzaken, terwijl het rusteloze benensyndroom bij het naar bed gaan optreedt en voornamelijk resulteert in inslaapproblemen.

Behandeling van slaapproblemen

Idealiter wordt de behandeling van slaapproblemen gezien als zijnde multidisciplinair, waarmee men bedoelt dat ze zowel farmacologische (bijvoorbeeld slaapmiddel voorschrijven, ijzertekort opheffen...), gedragsmatige (10 kilogram gewicht verminderen, neusmasker met continue luchtdruk dragen), als cognitieve technieken (herdefiniëren van wat men aan slaap kan verwachten) kan omvatten. Dit geldt in het bijzonder voor *zuivere primaire, secundaire en comorbide insomnie*. Een slaapprobleem installeert zich immers maar zelden acuut en bekomt vaak een chronisch karakter (Jansson et al., 2006). Mensen hebben de neiging om hun gedrag in respons op de slaapproblemen aan te passen, maar dit resulteert niet altijd in een daling van het probleemgedrag. Een klein voorbeeld: wanneer ze een tijd slecht slapen, zien we dat vele patiënten bijvoorbeeld hun slaapkamer gaan aanpassen in de richting van *waken* in plaats van *slapen*. Zo verschijnen er radio en zelfs televisie in de slaapkamer, komen er boeken om de tijd die men wakker ligt te doden. Al deze aanpassingen zijn natuurlijk contraproductief aan het gewenste gedrag *slapen*. Een aanpak op de verschillende betrokken domeinen van het functioneren, zijnde medisch, gedragsmatig en cognitief, is dan ook meestal noodzakelijk. Recent (Aloia et al. 2005) erkent men dat er ook bij andere slaapproblemen sprake is van het ontstaan van contraproductieve gedragingen en overtuigingen die de in- en doorslaapproblemen op lange termijn gaan bestendigen en doen toenemen. Bij de ademhalingsgebonden slaapproblemen werd onder meer beklemtoond dat de therapietrouw bijzonder laag ligt en relateert men dit aan de onvoldoende aandacht die besteed wordt aan de psychosociale aspecten die CPAP-behandeling (*continuous positive airway pressure*) bij gebruik kunnen optimaliseren. Basis educatieve interventies en een gedragsmatige aanpak worden geadviseerd om hier aan tegemoet te komen.

We stellen helaas vast dat ook in Vlaanderen deze multidisciplinaire aanpak niet of zelden in de eerste of tweede lijn van de zorgsector wordt toegepast, maar dat het nemen van slaapmiddelen op de eerste plaats staat bij de behandeling (Morin et al., 2002). Gedragsmatige en psychologische behandelingstechnieken komen ver achter omwille van meerdere redenen: artsen kennen ze vaak niet, ze worden niet courant of helemaal niet aangeboden, er is een tekort aan opgeleide therapeuten voor de toepassing van deze methoden, de werkzaamheid van sommige (soms esoterische) technieken is niet aangetoond, er is vaak geen kwaliteitscontrole, patiënten zijn eerder bereid de snelle passieve oplossing van medicatie te kiezen in plaats van een intensievere, actieve cognitief-gedragsmatige behandeling, ze vereisen vaak een aanpassing/verandering in de levensloop van de patiënt enzovoort. Het is dus niet verwonderlijk dat er dus zo vaak naar slaapmiddelen wordt gegrepen. Omdat deze reflex echter niet altijd de juiste of meest volledige oplossing biedt, stellen we graag enkele alternatieve of aanvullende behandelingen voor.

Cognitieve gedragstherapie

Sinds de jaren '80 is de gedragsmatige benadering binnen het internationale slaaponderzoek het dominante behandelingsmodel bij insomnie (Morin, 1993). Dit model vertrekt van individuele verschillen in de gevoeligheid voor insomnie, zonder dat dit bij aanvang aanleiding geeft tot slaapklasten. Het voorbije decennium werd deze verhoogde gevoeligheid voor stress en de sensitiviteit van de slaap voor de effecten van stress bevestigd door de vaststelling van verschillende vormen van hyperactivatie bij mensen met insomnie in vergelijking met gezonde slapers.

Bij de confrontatie met een stressvolle levensgebeurtenis ervaren vele mensen, maar vooral diegenen met deze extra gevoeligheid, de eerste klachten van slapeloosheid (tijdelijke insomnie). Waar bij de meeste mensen de slaapklasten langzaam verdwijnen, naarmate de uitlokkende gebeurtenis verdwijnt of men zich aanpast aan de stressvolle situatie, is dit bij mensen die later chronische insomnie ontwikkelen, niet het geval. De situatie leidt bij hen tot een gevoel van controleverlies over een voorheen vanzelfsprekende situatie. Men ontwikkelt angst voor het slapen en dan voornamelijk angst voor het niet kunnen slapen. Daarnaast zal men strategieën ontwikkelen in een poging het slaaproces opnieuw op gang te trekken, maar die vaak niet adequaat zijn, waardoor deze vaak de slaapproblemen ondersteunen en in stand houden. Zo zal men bijvoorbeeld vroeger naar bed gaan, ook al voelt men zich niet slaperig, en dit vaak vanuit de gedachte dat men zo kan compenseren voor het wakker liggen en toch aan voldoende uren slaap kan komen. Het gevolg is dat men langer wakker ligt in bed en hierdoor ook meer angst ontwikkelt omdat het slaaproces meer en meer verstoord raakt. Ondanks het verdwijnen van of de aanpassing aan de oorspronkelijke uitlokkende stressvolle situatie, blijven de slaapklasten aanhouden (chronische insomnie). De slaapkamer en het tijdstip van slapen, die normaal geassocieerd worden met rust en slaap, raken nu verbonden met angst, frustratie en wakker liggen. Dit fenomeen noemt men conditionering en leidt tot een toename van de hyperactivatie en tot chronische slapeloosheid. Deze hyperactivatie komt voornamelijk tot uiting in lichamelijke spanningsklachten (*somatische arousal*) en mentale alertheid of opwinding (*cognitieve arousal*).

Binnen de cognitieve gedragsmatige therapie (CBT) hanteert men volgende interventietechnieken om de besproken gedragsmatige, cognitieve en spanningsproblemen te behandelen (Morin, 1993).

• Stimuluscontrole

Dit omvat een reeks instructies gericht op het elimineren van de gedragingen die incompatibel zijn met de slaap, alsook het slaap-waakritme ontregelen. Volgende instructies worden onder andere gegeven: enkel naar bed gaan indien men zich slaperig voelt, elke morgen op hetzelfde uur opstaan ongeacht hoeveel uur men geslapen heeft, geen dutjes doen overdag...

Het geheel van deze maatregelen zorgt ervoor dat het tijdstip van slapen en de slaapkamer terug de betekenis krijgen van slaap en ontspanning in plaats van wakker zijn en frustratie.

• Slaaprestrictie

Hierbij wordt er een beperking opgelegd in termen van het aantal uur dat men in bed mag liggen. Er wordt een zogenaamd slaapvenster bepaald, waarvan de lengte gelijk is aan de totale slaapduur die men tot dan toe rapporteert. Enkel binnen dit vooraf bepaalde venster mag worden geslapen, op voorwaarde dat men daarbij de richtlijnen uit de vorige paragraaf hanteert. Bijvoorbeeld, wanneer een persoon rapporteert dat hij slechts 5 uur slaapt van de 8 à 9 uur in bed, wordt de opdracht gegeven dat de persoon vanaf nu slechts 5 uur in bed mag liggen om te slapen. Wanneer de slaapefficiëntie binnen dit slaapvenster toeneemt, met name groter is dan 85% (verhouding totale slaapduur ten opzichte van totale tijd in bed), wordt het slaapvenster langzaam aan uitgebreid. Deze procedure wordt herhaald tot men de optimale tijd in bed bereikt: de tijd in bed waarbij men aan een maximale hoeveelheid ononderbroken slaap komt. Verdere uitbreiding van het slaapvenster leidt op dat moment enkel tot langer wakker liggen in bed en is dus contraproductief.

• Cognitieve herstructurering

De doelstelling van het cognitieve luik van CBT is mensen met insomnie ertoe aan te zetten hun opvattingen over slapeloosheid en de veronderstelde oorzaken en gevolgen ervan te herevalueren. Het gaat hierbij niet om het ontkennen van de aanwezigheid van de slaapproblemen of de impact daarvan op hun dagelijks leven, maar wel om het bekijken van de slapeloosheid vanuit een realistischer standpunt. Op deze manier kunnen zelfvervullende opvattingen, zoals "Waarom zou ik gaan slapen", "Het zal me toch niet lukken", en contraproductieve gedachten, zoals "Ik moet vroeger gaan slapen, zodat ik toch aan voldoende uurtjes slaap kom, anders ben ik morgen niet in staat te functioneren", die de prestatie-angst enkel doen toenemen, worden bijgesteld.

Waar de gedragsmatige procedures op korte termijn duidelijk succes boeken, zijn de cognitieve maatregelen bijzonder belangrijk in het voorkomen van herval, bij het later ervaren van een occasionele *slechte* nacht, waarmee iedereen onvermijdelijk af en toe geconfronteerd wordt.

• Relaxatie

Dit beoogt een vermindering van de lichamelijke en cognitieve/mentale hyperactivatie. De relaxatieprocedures zijn voornamelijk gericht op het verminderen van de lichamelijke spanning, terwijl de aandachtsgerichte procedures tot doel hebben de gedachtestroom en negatieve cognities onder controle te krijgen en dus voornamelijk gericht zijn op de mentale activatie.

• Psycho-educatie: slaaphygiëne

Deze interventie is gericht op algemene gezondheidsaspecten en omgevingsfactoren die een negatieve, dan wel een bevorderende invloed kunnen hebben op het slaappatroon. Onderwerpen zoals de invloed van daglicht, nicotine en lichaamsbeweging op de slaap komen aan bod. Deze aspecten vormen zelden het hoofdprobleem bij mensen met insomnie. Toch merkt men dat ze er -vaak ondanks hun kennis ervan- veelal geen rekening mee houden in hun dagelijks leven en dat dit een optimaal effect van de therapie in de weg kan staan.

Onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie een uitgesproken positieve invloed heeft op klachten van slaaploosheid. De inslaaptijd daalt gevoelig, het wakker zijn na het initieel inslapen vermindert, de slaapefficiëntie stijgt en dit bij 74 tot 81% van de patiënten in vergelijking met controlegroepen (Smith et al., 1980). Verder heeft men ook aangetoond dat de effecten van CBT duurzaam zijn en bij een follow-up na 6 maanden nog steeds aanwezig zijn of nog verder toenemen, dit in tegenstelling tot de farmacologische behandelingen (McClusky et al., 1991). Ongeveer 20% van de mensen met insomnie blijkt echter niet of onvoldoende te reageren op deze interventie. Dit doet vermoeden dat bij deze groep de focus op lichamelijke en cognitieve de-activatie ontoereikend is om een antwoord te bieden op de slaapproblemen, wat ons brengt bij de recente onderzoeken die aantonen dat er nog een derde belangrijke component is, de *corticale arousal*, die onze aandacht verdient.

Mindfulness

Mindfulness is een aandachtgerichte cognitieve training, dewelke kan opgedeeld worden in twee grote luiken.

Mindfulness/aandachtstraining:

- Het trainen in het aandacht geven aan dat wat er is vanuit een niet-oordelende houding in het huidige moment.
- Met een beginners-mind aanwezig zijn. Kijken naar wat is, in plaats van uw best doen en te streven naar beter en meer.

Cognitieve therapie:

- Leren hoe positieve veranderingen kunnen aangebracht worden in de huidige levensstijl.
- Het leren verbanden leggen tussen gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties en hoe deze elkaar beïnvloeden.

Mindfulness blijkt een efficiënte therapie te zijn voor recidiverende majeure depressies, maar de toepassing bij acute depressie wordt afgeraden aangezien daar meerdere bijkomende factoren een rol spelen die de effectieve toepassing van deze techniek bemoeilijken (Teasdale et al., 2000).

Verder zou mindfulness ook resulteren in een daling van gevoelens van droefheid en stijging in positieve gedachten (Jain et al., 2007). De toepassing bij andere problematieken, zoals slaapproblemen, is nog niet wetenschappelijk onderzocht.

Relaxatie

In de klinische praktijk worden soms enkel relaxatietechnieken aangeleerd voor de behandeling van insomnie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijken deze technieken superieur aan placebo, met een reductie van de inslaaptijd met 41% en het wakker liggen 's nachts met 41%. Methoden gericht op cognitieve relaxatie, zoals meditatie, hebben een iets groter positief effect dan lichamelijke relaxatietrainingen (Woolfolk et al., 1983). Desondanks heeft men nog niet kunnen aantonen dat de effecten van relaxatietrainingen effectief te wijten zijn aan een daling van de lichamelijke en/of cognitieve activatie. Deze interventie lijkt het meest geschikt voor angstige mensen met insomnie, maar zou bij sommige patiënten de prestatie-angst enkel nog doen toenemen (Morin, 1993).

Neurofeedback

De toepassing van deze methode bij mensen met insomnie bevindt zich op dit moment in een experimentele fase, maar is bijzonder beloftevol, zowel als aanvullende component bij de bestaande cognitief-gedragsmatige therapieën, als voor therapieresistente patiënten.

Neurofeedback is een zelfregulatiemethode gebaseerd op leertheorieën en meer specifiek op het paradigma van de operante conditionering. Tijdens deze behandeling wordt het EEG gemeten en krijgt de patiënt onmiddellijk informatie (auditief en/of visueel) over zijn of haar hersenfuncties. Het doel van deze training is het normaliseren van bepaalde hersenfuncties door middel van het remmen of bekrachtigen van bepaalde hersengolven.

Begin jaren '80 werden reeds twee onderzoeken uitgevoerd naar de toepassing van verscheidene neurofeedbackprocedures en biofeedback (spierspanning)training bij mensen met insomnie (Hauri 1981; Hauri et al., 1982). De verschillende behandelingen bleken toen even efficiënt te zijn.

Besluit

Ondanks het feit dat insomnie waarschijnlijk de meest voorkomende slaapprobleem is, tonen verscheidene internationale studies aan dat deze problematiek vaak ondergediagnosticeerd en niet goed begrepen wordt (Everitt D.E. & Avorn J., 1990; Hoghagen F. et al., 1993). Het is duidelijk dat een goede behandeling pas kan opgestart worden indien een juiste diagnose werd gesteld in de vroegste fase van de problematiek, bij voorkeur wanneer deze nog niet chronisch is geworden.

Onderzoek toont aan dat ongeveer 70% van de patiënten hun slaapkachten niet melden bij hun huisarts en dat slechts één op vier artsen regelmatig het slaappatroon navraagt bij patiënten. Dit zorgt er voor dat enerzijds insomnie ondergediagnosticeerd wordt, en anderzijds patiënten pas hulp zoeken wanneer de slaapkachten chronisch zijn en dus moeilijker te behandelen. Daarnaast kunnen slaapkachten ook een symptoom of indicatie zijn van andere *sluimerende* aandoeningen, dewelke op die manier ook over het hoofd worden gezien en pas later worden behandeld.

Eenmaal een diagnose gesteld, kan een aangepaste behandeling van start gaan.

Referenties

- Aloia MS, Arnedt JT, Stepnowsky C, Hecht J, Borrelli B. (2005). Predicting treatment adherence in obstructive sleep apnea using principles of behavior change. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15, 1(4), 346-53
- Ancoli-Israel, Cooke JR. (2005). Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *JAGS*, 53, S264-S271
- Belanger L., Vallieres A., Morin C.M. (2006). Insomnia and increased use of sleep medication in the elderly. *Canadian Family Physician*, 52, 968-973
- Bliwise, D.L. (1993). Sleep in normal aging and dementia. *Sleep*, 16, 40-81
- Bonnet M.H., Arand D.L. (1995). 24-Hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep*, 18: 581-588.
- Bonnet M.H., Arand D.L. (1998). Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers. *Psychosomatic Medicine*, 60: 610-615.
- Buyssse DJ, Browman KE, Monk TH, Reynolds III CF, Fasiczka AL, Kupfer DJ. Napping and 24-h sleep/wake patterns in healthy elderly and young adults. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:779-86.
- Carskadon M. (2004). Regulation of adolescent sleep: implications for behavior. *Annals of the N Y Academy of Sciences*, 1021, 276-31
- Chesson Jr.A., Hartse K., McDowell Anderson W., Davila D., Johnson S., Littner M., Wise M., Rafecas J. (2000). Practice Parameters for the evaluation of Chronic Insomnia, *Sleep*, 23, 1-5
- Cluydts R. (2003). Comparing the effects of sleep loss after experimental sleep deprivation and in clinical patients. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 293-5 Dang-Vu TT, Deseilles M, Peigneux P, Maquet P. (2006). A role for sleep in brain plasticity. *Pediatr Rehabilitation*, 9(2), 98-118
- Egner T. & Gruzelier J. (2001). Learned self-regulation of EEG frequency components affects attention and event-related brain potentials in humans. *Neuroreport*, 12, 4155-4160
- Egner T. Zech T.F., Gruzelier J. (2004). The effects of neurofeedback training on the spectral topography of the electroencephalogram. *Clinical Neurophysiology*, 115, 2452-2460
- Everitt D.E. & Avorn J. (1990). Clinical decision-making in the evaluation and treatment of insomnia. *Amer J Med*, 89, 357-362
- Feinberg, I. (1974). Changes in sleep cycles patterns with age. *J Psychiatr Res*, 10, 283-306
- Foley, D. Monjan, A, Brown, SL, Simonsick, M; Wallace, RB, Blazer, DG. (1995). Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study Of Three Communities. *Sleep*, 18, 425-432
- Fox DJ, Tharp D.F., Fox L.C. (2005). Neurofeedback: an alternative and efficacious treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 365-373
- Goldman, SE, Hall, M. (2008). Association between Nighttime Sleep and Napping in Older Adults. *Sleep*, 31, 733-740
- Goldman, SE, et al. (2008). Association between Nighttime Sleep and Napping in Older Adults. *Sleep*, 31, 733-740
- Hammond D.C. (2005). Neurofeedback treatment of depression and anxiety. *Journal of Adult Development*, 12, 131-138
- Hauri P. (1981). Treating psychophysiological insomnia with biofeedback. *Archive of General Psychiatry*, 38, 752-758
- Hauri P., Percy L., Hellekson C., Hartman E., Russ D. (1982). The treatment of psychophysiological insomnia with biofeedback: a replication study. *Biofeedback and Self Regulation*, 1982, 223-235
- Hohagan F., Rink K., Kappler C., et al. (1993). Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 242, 329-336
- Irwin M., Clark C., Kennedy B., Christian G.J., Ziegler M. (2003). Nocturnal catecholamines and immune function in insomniacs, depressed patients, and control subjects. *Brain Behavior and Immunity*, 17: 365-372.
- Jain S., Shapiro S.L., Swanick S., Roesch S.C., Mills P.J., Bell I., Schwartz G.E.R. (2007). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation Versus Relaxation Training: Effects on Distress, Positive States of Mind, Rumination, and Distraction. *Annals of Behavioural Medicine*, 33, 11-21
- Jansson M, Linton SJ. (2006). Psychosocial work stressors in the development and maintenance of insomnia: a prospective study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(3), 241-8
- Jansson M, Linton SJ. (2006). The development of insomnia within the first year: a focus on worry. *British Journal of Health Psychology*, 11(3), 501-11
- Kropotov J.D., Grin-Yatsenko V.A., Ponomarev V.A., Chutko L.S., Yakovenko E.A., Nikishina I.S. (2005). ERP correlates of EEG relative beta training in ADHD children. *International Journal of Psychophysiology*, 55, 23-34
- McCall, V. (2005). Diagnosis and management of insomnia in older people. *J Am Geriatr Soc* 53:S272-S277
- McClusky H.Y., Milby J.B., Switzer P.K., Williams V., Wooten V. (1991). Efficacy of behavioral versus triazolam treatment in persistent sleep-onset insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 148: 121-126.
- Merica H., Blois R., Gaillard J.-M. (1998). Spectral characteristics of sleep EEG in chronic insomnia. *European Journal of Neuroscience*, 10, 1826-1834
- Morphy H, Dunn KM, Lewis M, Boardman HF, Croft PR. (2007). Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*, 30(3), 274-80
- Morin AK, Jarvis CI, Lynch AM. (2007). Therapeutic options for sleep-maintenance and sleep-onset insomnia. *Pharmacotherapy*, 27(1), 89-110
- Morin C.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: The Guilford Press.
- Nofzinger E.A., Buysse DJ., Germain A., Price J.C., Miewald J.M., Kupfer DJ. (2004). Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2126-2129
- Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, et al. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 2004; 27:1255-1273
- Perlis M.L., Giles D.E., Mendelson W.B., Bootzin R.R., Wyatt J.K. (1997). Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of Sleep Research*, 6, 179-188
- Perlis M.L., Smith M.T., Orff H., Andrews P., Giles D.E. (2001). Beta/gamma activity in patients with insomnia and good sleepers controls. *Sleep*, 24, 110-117
- Peterson MJ, Benca RM. (2006). Sleep in mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 29(4), 1009-32
- Redline S., Kirchner H.L., Quan S.F., Gottlieb D.J., Kapur V., Newman A. (2004). The Effects of Age, Sex, Ethnicity, and Sleep-Disordered Breathing on Sleep Architecture. *Arch Intern Med*, 164, 406-418
- Sivertsen B., Omvik S., Pallesen S., Bjorvatn B., Havik O.E., Kvale G., Nielsen G.H., Nordhus I.H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 295, 2851-2858
- Smith M.L., Glass G.V., Miller T.L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sterman M.B., Howe R.C., McDonald L.R. (1970). Facilitation of spindle-burst sleep by conditioning of electroencephalographic activity while awake. *Science*, 167, 1146-1148
- Summers M.O., Crisostomo M.I., Stepanski E.J. (2006). Recent developments in the classification, evaluation, and treatment of insomnia. *Chest*, 130(1), 276-86
- Teasdale J.D., Williams J.M.G., Soulsby J.M., Segal Z.V., Ridgeway V.A., Lau M.A. (2000). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623
- Tononi G., Cirelli C. (2006). Sleep function and synaptic homeostasis. *Sleep Medicine Reviews*, 10(1), 49-62
- Vernon D. (2005). Can neurofeedback enhance performance? An evaluation of the evidence with implications for future research. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 347-364
- Vernon D., Egner T., Cooper N., Compton T., Neilands C., Sheri A., Gruzelier J. (2003). The effect of training distinct neurofeedback protocols on aspects of cognitive performance. *International Journal of Psychophysiology*, 47, 75-85
- Walker J.E. & Kozlowski G.P. (2005). Neurofeedback treatment of epilepsy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 163-176
- Wolkove N., Elkholy O., Baltzan M., Palayew M. (2007). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people, *CMAJ*, 176, 1299-1304
- Woolfolk R.L., McNulty T.F. (1983). Relaxation treatment for insomnia: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 495-503

Slaapstoornissen

- een overzicht

SLAAPSTOORNISSEN KOMEN IN ALLERHANDE GEDAANTEN VOOR, HIER EN DAAR KOMEN ENKELE AAN BOD IN DEZE ANTENNE. SOMS ZOU JE ECHTER HET SPOOR WAT BIJSTER RAKEN TUSSEN AL DIE DUBBELE EN SOMS EXOTISCH TERMEN. IK ZET DE VOORNAAMSTE DAAROM EVEN KORT, MET WAT TOELICHTING, OP EEN RIJTJE.



Bruno Ariens
huisarts, slaapcoach



BRUNO ARIENS

Hypersomnia of hypersomnolentie

Bij hypersomnia ervaart de patiënt dagelijks meermaals episoden van enorme slaperigheid. Men voelt zich dus niet gewoon moe of vermoeid, maar wordt bij momenten overmand door de slaap. Dit komt vooral tot uiting in permissieve omstandigheden: zittend werk, tv-kijken, autorijden... Zolang men actief in beweging is, zal men minder geneigd zijn in slaap te vallen. Vaak is hypersomnolentie geen aandoening op zich, maar het gevolg van een ander probleem zoals apneu, *restless legs*, psychiatrische ziekten, infectieziekten, schildklierproblemen...

Narcolepsie

Niet te verwarren met hypersomnia is de neurologische stoornis narcolepsie. De voornaamste symptomen zijn slaapaanvallen (van 10-30 minuten) waarbij je naast een overdreven slaperigheid overdag regelmatig plots, bijvoorbeeld tijdens een gesprek, ongecontroleerd in slaap valt. Daarnaast heb je bij narcolepsie ook aanvallen van opeens in elkaar zakken door een plotse kortdurende verslapping van de spieren (kataplexie), meestal uitgelokt door intense emoties of opwinding. Een derde kenmerk zijn de hypnagoge hallucinaties of het waarnemen (vooral tijdens het inslapen) van extreem levendige droombeelden die soms nauwelijks van de werkelijkheid te onderscheiden zijn. Deze hallucinaties gaan dikwijls gepaard met slaapverlamming (zie verder). Er is een medicamenteuze behandeling van symptomen mogelijk, maar voorlichting van familie en werkgever, en aanpassen van het levensritme zijn belangrijk. Deze aandoening is sociaal zeer invaliderend.

Insomnia

Insomnia of slapeloosheid houdt in dat men regelmatig problemen ervaart bij het inslapen of doorslapen. Het is een veelvoorkomende aandoening met belangrijke gevolgen voor de levenskwaliteit, die vele oorzaken kan kennen. We spreken van slapeloosheid als er klachten zijn van de slaap, met gevolgen overdag (bijvoorbeeld slaperigheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, problemen met je geheugen...) Slapeloosheid is dus altijd een 24-uren-probleem. Wie klaagt van slaapproblemen maar overdag perfect functioneert, slaapt waarschijnlijk meer uren dan hij of zij zelf

inschat. We spreken hier van vermeende slapeloosheid. Voor meer uitleg verwijzen kun je terecht bij het artikel 'Slaap, slaapstoornissen en hun behandeling'.

Parasomnia

De term *parasomnia* staat voor een waaier aan aandoeningen die getypeerd worden door ongewenste fysieke fenomenen tijdens de slaap. Ze spreken vaak tot de verbeelding

We zien dit gedrag meestal bij jonge kinderen en vaak verdwijnt het vanzelf. Belangrijk is te zorgen voor een regelmatig slaappatroon, oververmoeidheid te mijden en de ruimtes veilig te maken (hoeken inkapselen, ramen sluiten...)

Praten in de slaap

Dit is een goedaardig verschijnsel dat weinig gevolgen heeft, tenminste zolang de bedpartner de nachtelijke onzin niet voor waar aanneemt. Sommige mensen mompelen,



en zijn meestal goed gekend bij de bevolking. We noemen enkele van de voornaamste.

Slaapwandelen

Dit gedrag stelt zich vooral één tot drie uur na het inslapen en duurt gemiddeld slechts een kwartier. De slaapwandelelaar, al dan niet met geopende ogen, beweegt zich rond en stelt automatische en soms complexe handelingen, zoals pianospelen, maar heeft geen controle over zijn gedrag en verkeert in diepe slaap. Hij heeft problemen om vlot de overgang van een diepe slaapfase naar een meer oppervlakkige fase te nemen en blijft als het ware tussen beide hangen. Slaapwandelaars zijn moeilijk te wekken en herinneren zich de volgende dag vrijwel niets van hun escapade.

andere vertellen hele verhalen. Het beste is om de praatgrage slaper met rust te laten en geen gesprek proberen aan te gaan.

Slaapstuip

Bij een slaapstuip heeft men het gevoel in een put te vallen en gaat er een soort schok door je heen, doorgaans tijdens de fase van het inslapen. Het artikel 'Slaap' vertelt er iets meer over.

Nachtangst of pavor nocturnus

Kinderen die hieraan lijden, meestal tussen 2 en 12, ontwaken zeer bruusk, angstig en vaak gillend uit hun slaap. Dit ontwaken is echter onvolledig en het kind blijft gedeeltelijk

diep in slaap, waardoor het verward en vrij onaanspreekbaar is. Dit fenomeen komt voor tijdens de eerste uren van de slaap. In tegenstelling tot bij nachtmerries, zijn hier geen dromen de oorzaak van de angst. Een kind dat ontwaakt uit een nachtmerrie is goed wakker en dus wel aanspreekbaar zodat het kan getroost worden. De volgende ochtend herinnert het kind zich niets. Oorzaak nummer 1 van pavor nocturnus is vermoeidheid. Andere uitlokkende factoren zijn angst of spanningen, maar ook koorts of medicatie kan nachtangst veroorzaken. Het beste is de slaper rustig en eenvoudig toe te spreken. Je kunt proberen om deze aanvallen te voorkomen door het kind voldoende te laten slapen, een goed bedtijdrutueel in te lassen en op te letten met stimulerende drankjes of activiteiten voor het slapengaan.

Ritmische bewegingsstoornissen

Deze term slaat op een parasomnie die eveneens typisch is voor jonge kinderen en vaak met de jaren verdwijnt. Meest voorkomend zijn hoofdbonken en wentelen.

Tandenknarsen of bruxisme

Deze benaming verklaart zichzelf. De slaper maakt malende bewegingen met de kaken of schuurt de tanden over elkaar. Het kan leiden tot spierpijnen, slijtage aan de tanden en gewrichten, hoofd- en aangezichtspijn. De oorzaken zijn erg divers en dus moeilijk te achterhalen. Een tandarts of fysiotherapeut kan wel helpen de schade te beperken.

Nachtmerries

We spreken van nachtmerries wanneer men dromen beleeft met een angstwekkende inhoud. Meer uitleg vind je in het artikel 'Een tipje van de droomsliuier gelicht'.

REM-slaapgedragsstoornis

Hier schort er iets met het mechanisme dat de beweging onderdrukt tijdens de REM-slaap. Een aantal bewegingen, vaak passend bij de droominhoud, worden dan uitgevoerd waardoor de slaper een gevaar voor zichzelf en de bedpartner kan worden.

Slaapverlamming of slaapparalyse

Slaapverlamming heeft dan weer betrekking op het omgekeerde fenomeen: gedurende enkele minuten na het ontwaken (of voor het inslapen) kan men zich niet bewegen. Soms wordt ook een druk op de borst ervaren. Omdat de oogspieren niet verlamd zijn, kan het helpen om snel met de ogen heen en weer te rollen. Mensen die onder zware stress staan, narcoleptici en personen met bepaalde psychiatrische problemen zijn er extra gevoelig voor.

Restless legs

Onder deze noemer verstaan we vervelende, tintelende gewaarwordingen in de ledematen, meestal de benen. Men heeft voortdurend de behoefte om de benen te bewegen en kan moeilijk inslapen. Door de benen te bewegen, verdwijnt

het vervelende gevoel. Het treedt vrijwel uitsluitend 's avonds of 's nachts op en alleen maar als je rustig in je zetel zit of op je bed ligt. Als deze kenmerken aanwezig zijn, volstaat dit bijna zeker om de diagnose te kunnen stellen. Deze aandoening geeft een flinke verstoring van de slaap zodat een behandeling absoluut geen overbodige luxe is. Praat daar over met je huisarts.

Periodieke beenbewegingen of PLMS

Bij periodic limb movement syndrome (PLMS) maakt het been korte, reflexachtige bewegingen met een regelmatig interval. Het kan bij één of beide benen voorkomen en kan leiden tot insomnie en hypersomnolentie omdat het de slaap verstoort. Het gebeurt tijdens de slaap, dus je weet dit zelf niet. Hier is de uitleg van de eventuele bedpartner erg belangrijk voor de diagnose.

Apneusyndroom

Apneu is een aandoening waarbij men tijdelijk (+/- 10 seconden) geen adem krijgt tijdens de slaap, en dat op herhaalde basis. De oorzaak is ofwel te zoeken bij de regulering van de ademhaling in de hersenen (centraal apneu) ofwel bij een afsluiting van de luchtwegen (obstructief apneu). Vooral deze laatste vorm kenmerkt zich door snurkgeluiden. De ademhalingspauzes verhinderen een diepe slaap, waardoor insomnie en hypersomnolentie kunnen optreden. In de bijdrage 'De zandman binnenste buiten' vind je er meer over.

Slaap-waakstoornissen

Vervroegde of vertraagde slaapfasesyndroom

Wanneer men zo uitgesproken respectievelijk ochtend- of avondmens is dat men moeilijk of niet meer kan functioneren, spreekt men van deze syndromen.

Ploegenwerksyndroom en jetlag

Wie op onregelmatige of ongebruikelijke tijden gaat slapen, bijvoorbeeld door ploegenwerk of verplaatsing over verschillende tijdzones, kan slaapstoornissen ontwikkelen door een ontregelde interne klok. Deze ontregeling kan nog jaren aanhouden, zelfs na het stoppen van ploegenwerk, zodat aandacht geven aan een goede planning en bescherming van de slaap noodzakelijk is.

Meer lezen?

- www.uitgeslapenwakker.be
- Bruno Ariens, *Uitgeslapen wakker worden* (Standaard Uitgeverij, 2010). Dit is een praktisch zelfhulpboekje voor jongeren en volwassenen en met slaapproblemen.
- Bruno Ariens, *Slaap zacht* (Standaard Uitgeverij, 2010). Deze slaapgids voor baby en kind biedt een synthese van de verschillende behandelingsstrategieën om van je kind op korte tijd terug een goede slaper te maken.

Beide boekjes bevatten een cd met enkele autosuggestie-oefeningen waardoor je je zalig kunt ontspannen en het piekeren voldoende kunt afleiden om vlot naar dromenland te vertrekken.

De zandman binnenste buiten

Gesprek met prof. dr. Johan Verbraecken

EEN SLAAPLABORATORIUM... WE HADDEN ER ONS ALLERHANDE BLIEPENDE APPARATUUR MET FUTURISTISCHE LAMPJES EN MISSCHIEN ZELFS ENKELE ROKERIGE KOLVEN BIJ VOORGESTELD, WAAR MENSEN TE MIDDEN VAN EEN WARBOEL AAN DRAADJES EN SENSOREN DE ZANDMAN MOESTEN PROBEREN TE STRIKKEN. DE REALITEIT BLEEK GELUKKIG HEEL WAT AANGENAMER EN TOEGANKELIJKER. HET INNEMENDE HOOFD VAN HET ANTWERPSE SLAAPCENTRUM, LONGARTS PROF. DR. JOHAN VERBRAECKEN, NAM ONS MEE OP EEN RONDLEIDING DOOR ZIJN FASCINERENDE ONDERZOEKSAFDELING EN VERTELDE ONS WAT HIJ KAN BIEDEN AAN MENSEN DIE 'S NACHTS NET IETS TE VEEL SCHAAPJES MOETEN TELLEN. ONZE MISVERSTANDEN EN BLINDE VLEKKEN WERDEN MET DE MOED DER ZACHTHEID DESKUNDIG ONTKRACHT.

Anne-Flor Vanmeenen
moreel consulent CMD Roeselare



JOHAN VERBRAECKEN

“Een aantal mensen komt hier terecht via mond-tot-mondreclame. Dat lijkt me de beste methode om een goede reputatie uit te bouwen.”

Laten we met de meest evidente deur in huis vallen: wat is een slaapcentrum precies?

We zijn een centrum in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen dat gericht is op het onderzoeken van mensen met slaapproblemen. Droomonderzoek en dergelijke doen wij niet, bij ons draait het meer om klinische klachten. We nemen een redelijk uitvoerig fysiologisch onderzoek af om te kijken of wij met de gegevens kunnen opsporen waar het slaapprobleem ligt. Het onderzoek is vrij langdurig in vergelijking met andere, het duurt 8 uur (een nachtrust) en het is ook vrij complex. We volgen niet alleen de hersensignalen op (EEG), maar ook die van de ademhaling. Die gegevens leggen we samen om tot een diagnose te komen en op basis hiervan stippelen we een behandeling uit voor de patiënt. Dit is maatwerk, want elk probleem is individueel en ook de ernst van de fenomenen en klachten kan erg verschillend zijn.

We checken in voor een nachtelijk onderzoek, waar kunnen we ons aan verwachten?

We vragen de mensen binnen te komen in de namiddag. Eerst vullen patiënten een vragenlijst in zodat we over de nodige informatie beschikken. Daarna worden ze voorbereid voor het onderzoek, dat wil zeggen dat een medewerker de nodige elektroden en sensoren aanbrengt op het lichaam. Dan zijn mensen vrij om hun avond door te brengen met lezen, tv-kijken of iets anders. Rond 22 uur gaan ze slapen en start het onderzoek. In de kamer staat een decibelmeter, een videocamera, een microfoon, een CO₂-meter, een EEG-toestel om de hersensignalen te registreren, apparatuur om de ademhaling te evalueren en een CPAP-toestel om typisch nachtelijke ademhalingsproblemen op te vangen. Om redenen van privacy en comfort schakelen we deze machines maar in wanneer mensen gaan slapen. Vanaf dat moment kunnen de medewerkers vanuit de technische ruimte alles volgen op schermen.



Hoe komen mensen hier terecht?

Een aantal mensen komt hier terecht via mond-tot-mondreclame. Dat lijkt me de beste methode om een goede reputatie uit te bouwen. Er wordt goede patiëntenzorg geleverd en dan komen de mensen vanzelf. Een derde komt via doorverwijzing van de huisarts, nog een derde komt via specialistische wegen (via onze raadpleging bijvoorbeeld in neurologie, psychiatrie, longziekten, nko...) en een andere groep mensen komt ook gewoon op eigen initiatief.

Dat lijkt wat gek, maar dat hangt er ook van af wat het probleem is. Als iemand bijvoorbeeld merkt dat hij erg snurkt en daar van af wil, kan hij natuurlijk eerst via de huisarts of de raadpleging komen, maar uiteindelijk heeft dat weinig zin en vertraagt dat gewoon de weg naar een oplossing. Voor andere problemen, zoals de klassieke slapeloosheid, verwijzen we mensen wel eerst naar de algemene raadpleging om daar uit te klaren of een bezoek aan de slaapkliniek wel zin heeft.

“We schrijven zelden klassieke slaapmiddelen voor. Ze zijn zowel fysiek als mentaal erg verslavend en er treedt snel gewenning op.”

Met welke klachten klopt men hier aan?

De grootste groep van slaapproblemen die voorkomt in de bevolking is die van de klassieke slapeloosheid. Die mensen zien we hier echter relatief gezien minder. Meestal hebben zij geen slaaponderzoek nodig en bestaat hun aanpak vooral in het op punt stellen van de *slaaphygiëne* (levensritme en -wijze). Pas als dat niet baat, kunnen we op zoek gaan naar een mogelijke onderliggende oorzaak.

Welke klachten worden hier dan wel vaak behandeld?

Zo'n 75% van de mensen komt omwille van snurken of slaapapneu. Soms komt de patiënt met een typisch verhaal en staat de diagnose al bij voorbaat vast, maar vaak gaat het ook om mensen die bijvoorbeeld aan obesitas en hoge bloeddruk lijden en waarbij slaapapneu wordt vermoed. Ook andere ziektebeelden zoals diabetes, cholesterolproblemen en dergelijke geven een verhoogd risico op apneu. Dit hoeft echter geen voorwaarde te zijn, je hebt ook gezonde mensen die enorm snurken en uiteindelijk toch relevante slaapapneu blijken te hebben. De klacht wijst niet altijd meteen duidelijk in die richting, de aanzet is soms dat mensen zeer moe zijn, slecht doorslapen of last hebben van slaperigheid in de wagen. Na ander onderzoek komen ze dan uiteindelijk bij ons terecht en stellen we slaapapneu vast.

Het andere kwart van de patiënten zijn mensen die een *niet-restauratieve slaap* ondervinden. Zij zijn met andere woorden helemaal niet uitgerust 's morgens. Het betreft mensen die last hebben van de eerder genoemde slapeloosheid of die een te grote slaapbehoefte hebben, zoals bij narcolepsie. Ook patiënten met rusteloze benen in wakkere toestand en tijdens de slaap, alsook parasomnieën, worden onderzocht.

Is die verdeling representatief voor alle centra?

Ja, die verdeling is in bijna elk slaapcentrum zo. Een zeer groot deel van de patiënten kampt met ademhalingsgerelateerde klachten. Dat heeft ook voor een deel de enorme groei verklaart van de centra en verduidelijkt ook het grote aandeel van de longartsen in de werking. Bij de opstart werd ons centrum vooral gedragen door psychiaters en was het vooral gericht op klassieke slaapproblemen. Geleidelijk aan is het spectrum van behandelde pathologieën echter verbreed en verschoven. Deels heeft dat ook te maken met de goede behandelbaarheid van aandoeningen zoals slaapapneu.

Hoe zit het met de verhouding man-vrouw bij de patiënten?

Wat betreft slaapapneu, was de verhouding in de jaren '90 9 mannen tegen 1 vrouw. Inmiddels is de verhouding 4 tegen 1 geworden. Voor een deel kun je dat verschil toeschrijven aan de artsen. De problematische snurker is typisch een zwaarlijvige man, dus als zo iemand met klachten over slaperigheid komt aandraven, is de link snel gelegd. Vrouwen klagen ook sneller over het gesnurk van hun man, dan omgekeerd. Een heleboel mannen komen bovendien op vraag van hun vrouw. Anderzijds is het klachtenpatroon van vrouwen met apneu ook anders dan bij de man. Vrouwen gaan sneller spreken over slapeloosheid en doorslaapproblemen en ze voelen zich vaker depressief, terwijl mannen meer slaperigheid overdag rapporteren. Op die manier komen vrouwen misschien minder snel bij ons terecht voor apneuproblemen. Er speelt ook nog een hormonale factor mee, zo zien we dat het aantal vrouwen met slaapapneu toeneemt, zodra de menopauze voorbij. Voor andere slaapproblemen is de verhouding man-vrouw minder uitgesproken.

In verband met de andere klachten beschik ik niet over precieze cijfers van het centrum maar dat moet ongeveer 50-50 zijn. Men weet wel dat slapeloosheid vaker voorkomt bij vrouwen, maar daarbij is het altijd nog de vraag of het effectief meer aanwezig is dan wel gewoon vaker gerapporteerd is. Voor medische problemen in het algemeen geldt dat vrouwen sneller op zoek zullen gaan naar hulp. Of misschien hebben ze ook een scherpere perceptie, nemen ze problemen sneller waar.

Het is inmiddels duidelijk waarom er vaak een longarts aan het hoofd van een slaapcentrum staat, maar wie werkt er nog in dit team?

Alles samen werken we hier met 26 mensen. Naast mezelf als longarts, hebben we een neuroloog, een psychiater en drie neus-, keel- en oorartsen. Aan die verhouding zie je wel het overwicht van de ademhalingsproblemen, maar de inbreng van alle artsen is essentieel. We overleggen ook regelmatig.

Nast de artsen beschikken we over een ploeg laboranten die de patiënten voorbereiden en de registraties opvolgen en verwerken. Ook is er technisch personeel om de apparatuur te onderhouden en ten slotte 2 secretaresses.

Er is ook een aparte slaapafdeling in de kinderkliniek. De aanpak van slaapproblemen bij kinderen verschilt nogal van die bij volwassenen. Het analyseren van de gegevens en de behandeling gebeurt volgens andere criteria bij kinderen. Ook de opvang van een kind is natuurlijk een andere zaak en de infrastructuur van de kinderafdeling is daar beter op afgestemd. Bovendien draaide zeker in de beginperiode een grote brok van het slaaponderzoek bij kinderen rond wiegendood en dat is natuurlijk ook een apart fenomeen.



Wat is de capaciteit van het centrum nu?

Wij verrichten bij volwassenen 63 metingen per week, met 9 bedden en zijn 7 dagen per week geopend. Op de kinder-afdeling zijn er 5 bedden beschikbaar en zijn ze vijf dagen per week geopend.

Hoe lang blijven mensen hier slapen?

Dat hangt van de indicatie af. Voor slaapapneu is dat eerder één nacht, voor andere klachten kan dat meer zijn. In dat laatste geval is de eerste nacht een gewenningsnacht, want mensen met slaapmoeilijkheden slapen meestal ook niet goed in een vreemde omgeving. Om een juiste weergave van hun slaappatroon te krijgen, is één nacht dan vaak niet voldoende.

Hoe zien de behandelingen eruit?

Bij ademhalingsproblemen zijn er een aantal chirurgische technieken die soms soelaas kunnen bieden. Er bestaan ook toestelletjes zoals de CPAP die zeer goed helpen bij minimale of matige vormen van apneu. Het bestaat uit een masker en een soort compressor die een overdruk creëert, waardoor de keel niet meer vernauwt of afsluit. Het kleine ongemak van het slapen met een toestel nemen ze er graag bij, na een paar nachten voelen zulke mensen zich herboren omdat hun slaap echt spectaculair kan verbeteren. Hier werkt de mond-tot-mondreclame dan ook sterk, na verloop van tijd kent iedereen wel iemand die zo'n apparaat gebruikt. Inmiddels spreken we toch al bij benadering over zo'n 0,1% van de bevolking.

Voor klachten rond slapeloosheid werken we vaak met cognitieve gedragstherapie. Kleine groepjes mensen bekijken dan samen met een psycholoog hun leefpatronen, en ook welke veronderstellingen en opvattingen negatief op hun slaap inwerken. Zo passen we bijvoorbeeld slaaprestrictie toe om mensen te tonen dat je niet per se acht uur moet slapen om te functioneren. Op die manier leren mensen beter omgaan met hun slaapproblemen. Deze training vergt heel wat inzet van de patiënten, maar het groepsverband zorgt ervoor dat mensen elkaar motiveren en steunen. Het resultaat is dat de deelnemers per nacht 30 tot 60 minuten langer slapen, wat een enorm succes kan genoemd worden.

Hoe zit het met medicatiegebruik?

We schrijven zelden klassieke slaapmiddelen voor. Ze zijn zowel fysiek als mentaal erg verslavend en er treedt snel gewenning op. Dit kan een uitweg bieden bij kleine, tijdelijke probleempjes, maar voor ernstige moeilijkheden zijn deze middelen ongeschikt. Soms worden wel bepaalde antidepressiva voorgeschreven omwille van hun slaapstabiliserende eigenschappen, weliswaar in de laagst mogelijke dosis.

Als deze middelen niet zo optimaal zijn, waarom worden ze dan massaal voorgeschreven en geconsumeerd in ons land?

Ze vormen natuurlijk een gemakkelijke oplossing. Ze werken snel en meestal zitten er spierontspanners in, dus je voelt ook echt de rust over je heen komen. Artsen hebben vaak niet de tijd om uitgebreid na te gaan waar het werkelijke probleem schuilt en patiënten zijn anderzijds wel vaak



gebrand op een snelle oplossing. Soms gaan mensen *shoppen* van arts tot arts om aan hun slaapmiddelen te raken.

In elk geval worden slaapproblemen nu vaker gemeld bij de arts. Zijn er nu meer moeilijkheden dan vroeger of besteden we er nu gewoon meer aandacht aan?

Ik denk dat we ons nu meer bewust zijn van slaapproblemen, ten dele omdat we het nu ook vlotter vertalen naar een medisch probleem. De geneeskunde staat nu ook veel dichterbij de bevolking dan vroeger, de drempel om iets aan te kaarten is lager. Daarnaast doen ook de media hun duit in het zakje van de bewustwording. We begrijpen verder steeds beter de ernst van de gevolgen van slaapgebrek. Slaaptekort leidt tot grotere verkeersonveiligheid, hogere ziektekosten, meer werkverzuim... Zowel persoonlijk als maatschappelijk moet daar dus over nagedacht worden.

Dat verklaart wellicht waarom 'De dag van de slaap' (21 maart) in het leven is geroepen?

Dat klopt. Dat is een initiatief van de Belgian Association for Sleep Research and Sleep Medicine (BASS), naar een idee van de internationaal overkoepelende organisatie van slaapgerelateerde verenigingen. Elk jaar brengen we een ander thema onder de aandacht, bijvoorbeeld *Slaap bij senioren*, *Sportbeoefening en slapen*... De media blijven dit oppikken en zo bereiken we een ruim publiek.

Ninna Oh, slaapliedjes rond de Middellandse Zee

KLEINE LIEDJES IN EEN GROTE, UNIVERSELE TRADITIE: HET BRENGEN VAN TROOST EN RUST VOOR HET SLAPEN GAAN, EEN GEVOEL VAN VEILIGHEID EN GEBORGENHEID MEEGEVEN NET VOOR WE DE WAKKERE WERELD LATEN VOOR WAT ZE IS EN EEN ANDERE, ONBEKENDE WERELD INWANDELEN. HUN SCHOONHEID IS BETOVEREND, HUN FUNCTIE BEDWELMEND. HET ZINGEN VAN SLAAPLIEDJES IS VAN VROEGER EN NU EN GEBEURT IN ALLE CULTUREN, IN ALLE TALEN. DEZE EEUWENOUDE TRADITIE KENT GEEN LANDSGRENZEN.

Eva Schampaert
muzikante

Bas Bogaerts
archeoloog



EVA SCHAMPAERT

BAS BOGAERTS



Over culturele en religieuze grenzen heen vinden we verschillen, maar ook gelijkenissen tussen slaapliedjes. Het meest opvallende is misschien wel de ritmiek. Afhankelijk van de muzikale traditie van een land of streek kan er heel veel verscheidenheid zijn in het ritmische patroon van een liedje, maar overal is ze mantrisch en leent ze zich tot het wiegen van een baby. Een mooi voorbeeld van hoe muziek en beweging heel nauw met elkaar verbonden worden. Als een baby weent zullen mensen bijna instinctief deze beweging toepassen bij het sussen. Misschien brengt het de baby wel terug naar de periode in mama's veilige en warme baarmoeder en voelt het zich op die manier heel geborgen?

Een ander opvallend aspect is de tekst van een slaaplied. Ruwweg kunnen we de teksten onderverdelen in drie groepen. Allereerst is er de sussende tekst over mama en papa die dichtbij zijn, waken over het bedje, over warme melk, veilige nachten, stilte, rust en... schapjes. Daarnaast zijn er de teksten waarin de maatschappelijke verzuchtingen van de ouders vervat zitten: "Slaap nu maar zodat je groot en sterk kan worden, een goed man, succesvol, zodat je later voor ons kan zorgen als wij dat niet meer kunnen." Maar ook verhalen over schaarste en armoede gevold door een belofte dat wat er ook gebeurt of hoe erg het ook wordt, er altijd zal gezorgd worden voor het kindje. Tot slot zijn er de regelrechte dreigementen: "Als je niet slaapt komt de boze heks je halen en zij zal je bijhouden voor een heel jaar!" Er zijn verhalen van schimmen en monsters, er wordt geslagen met stokken en roedes.

En dan is er het woord *ninna*....

In verschillende landen vinden we dit woord of een variant ervan terug in de tekst van een slaaplied. Ninna in Italië en Egypte, nana in Spanje, nani van Bosnië en Macedonië tot Syrië, ninulla in Albanië, nanourismata in Griekenland... Allemaal verwante klanken waar we de oorsprong nog niet van weten. Sommigen beweren dat het afstamt van een Latijns woord *ninare*, wat *in slaap wiegen* zou betekenen. Nog anderen verwijzen naar een woord in het Sanskriet dat staat voor *moeder*. Er is duidelijk nog ruimte voor onderzoek naar deze liedjes, hun teksten en hun oorsprong.

Maar de traditie is ook erg fragiel. Vele van deze pareltjes verdwijnen. Minder en minder worden ze doorgegeven aan een nieuwe generatie. Daarom gingen Bas en Eva op zoek.

Bijna vijf maanden lang trokken muzikante Eva Schampaert en archeoloog Bas Bogaerts door vijftien landen gewapend met weinig meer dan een opnametoestel en een camera. Twaalfduizend kilometer legden ze af op twee motoren. Ze sliepen in een tent op het strand aan de Dardanellen en aan de Rode Zee, in stoffige herbergen, geïmproviseerde gastenkamers en een Syrische koningskamer. Ze dronken Turkse, Bosnische, Kroatische en Italiaanse koffie. Ze aten vreemde gerechten uit straatstalletjes, kregen feestmaaltijden voorgeschoteld bij volstrekt onbekenden thuis en werden uitgenodigd voor een Arabische, koninklijke maaltijd. Overal op ons pad stelden ze één simpele vraag: "Kent u nog een slaaplied en wilt u het zingen voor ons?" Op die

manier verzamelden ze maar liefst 350 liedjes. Al de liedjes werden digitaal opgenomen, beeld en geluid. Ze vroegen telkens ook aan diegene die zong om de teksten in hun originele taal neer te schrijven.

Al dit materiaal werd verwerkt bij thuiskomst. Het project *Lullabies* was geboren. Een bron van informatie waarmee Bas en Eva op een creatieve manier aan de slag gingen, om dit stukje erfgoed weer tot bij het publiek te brengen. Zo is er een tentoonstelling die door theaterhuizen en culturele centra loopt en een prachtig luisterboek.

Dit project is het resultaat van dromen en reizen. En van vele mensen die zich willen inzetten om dit stukje muzikaal erfgoed te bewaren...



Ninna Oh (Lannoo, 2010) zijn de eerste woorden van het eerste slaaplied dat Bas Bogaerts en Eva Schampaert opnamen tijdens hun maandenlange zoektocht rondom de Middellandse Zee. Wat ze toen nog niet wisten, is dat ze die woorden in elk land opnieuw zouden terugvinden. Het werd dan ook de titel van het luisterboek dat zij uitbrachten in 2010. De mooiste opnames werden daarvoor op cd gezet. Aan een reeks Belgische en Nederlandse muzikanten vroegen ze van de originele slaapliedjes een eigen bewerking te maken. Luk De Vos, Kommil Foo, Sarah Bettens, Spinvis en Sioen: het zijn maar enkele muzikanten die hebben meegewerkt.

Zie ook
<http://slaapkindjeslaap.be>

Chronisch vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie, een controversiële problematiek

“IK VIND HET VRESELIJK OM WAKKER TE WORDEN MET HET GEVOEL HELEMAAL NIET GESLAPEN TE HEBBEN, SIMPELE WOORDEN NIET TE VINDEN IN EEN GESPREK, NAMEN NIET TE ONTHOUDEN, KEELPIJN TE HEBBEN EN EEN GRIEPGEVOEL ZONDER ZIEK TE ZIJN, EN ZO DIKWILS TE HOREN GEKREGEN TE HEBBEN DAT IK ER NOCHTANS GOED UIT ZIE EN ALLERLEI CHECK-UPS IN HET VERLEDEN NORMAAL WAREN...”

“MIJN FAVORIETE SPORT WAS ATLETIEK EN IK HEB VROEGER OP COMPETITIELEVELAAR GELOPEN. WELNU, ZEER GEREGLD HEB IK ZONDER REDEN OF AANLEIDING HETZELFDE GEVOEL VAN SPIERPIJNEN ALS INDERTIJD DOOR VERZURING NA EEN ZWARE 800 METER.”

“IK BEN BINNENHUISARCHITECT VAN OPLEIDING. HET IS EEN VRESELIJKE BELEVENIS OM TE ERVAREN DAT MIJN CREATIVITEIT EN ENERGIE BEETJE BIJ BEETJE AAN BANDEN WERD EN WORDT GELEGD DOOR BEPERKINGEN ZOWEL LICHAAMELIJK ALS INTELLECTUEEL EN DIT MET EEN TOTALE ONVOORSPELBAARHEID IN ERNST EN INTENSITEIT.”

Eddy De Moerloose
huisarts

Mieke Niess
CVS-patiënte



EDDY DE MOERLOOSE EN MIEKE NIESS

U hoorde mijn partner, zelf CVS-patiënte, aan het woord met een aantal uitspraken. Ik vermoed dat deze uitspraken bij mensen die met een chronisch vermoeidheidssyndroom- (CVS-) en/of fibromyalgieproblematiek te maken hebben erg vertrouwd in de oren klinken. In dit artikel wil ik graag enkele misverstanden uit de weg ruimen en uit de doeken doen hoe de huisarts, samen met andere hulpverleners, mee op weg kan gaan om een evenwichtiger en draaglijker leven te vinden.

Een niet recupererende slaap is één van de meest frustrerende ervaringen voor een CVS-patiënt: men slaapt tussen de 7 en 10 uren en wordt wakker met het gevoel alsof men de nacht *doorgestoken* heeft of zwaar gaan stappen is. Dit fenomeen herhaalt zich nacht na nacht of is afgewisseld met inslaap- of doorslaapstoornissen, wat de vermoeidheid alleen maar in de hand werkt. Het valt trouwens ook op dat veel patiënten met CVS moeilijker inslapen naarmate ze vermoeider zijn overdag. Het innemen van slaapmedicatie verandert nauwelijks iets aan het gevoel van niet uitgeslapen te zijn, soms zelfs integendeel. Er is recent een verklaring gevonden voor dit fenomeen van niet recupererende slaap: op electro-encefalografische opnames van de slaap heeft men bij CVS-patiënten ontdekt dat in fases van diepe slaap frequente *storingen* door waakritmes (*alpha-intrusion*) optreden. Professor Hoffman van de VUB heeft in dit verband belangrijk onderzoekswerk verricht en gepubliceerd. Men is als het ware wakker al is men in diepe slaap. Er zijn voorlopig nog geen echte therapeutische oplossingen voor dit fenomeen, maar het kan alvast een troost betekenen dat het verhaal van de patiënt over het nooit uitgeslapen zijn in veel gevallen ook kan verklaard worden.

Met de uitdrukking *liever lui dan moe*, wil ik meteen een controverse aan het licht brengen, namelijk dat een niet onaardig aantal mensen, zowel leken als professionals, de hele problematiek met argwanende blik bekijken. Ik merk dikwijls wrevel op als het over CVS/fibromyalgie gaat. Ik vermoed dat dit kan te maken hebben met de prestatiedruk waaronder bijna iedereen leeft en met de veelheid van al dan niet wetenschappelijk onderbouwde ontstaanstheorieën en werkhypothesen en de daaruit voortvloeiende veelheid van mogelijke behandelingswijzen.

Toch valt het me op dat ik tijdens mijn dertigjarige loopbaan als huisarts nog altijd mijn eerste CVS-patiënt moet ontmoet-

ten die fundamenteel lui of werkschuw is. Die patiënten zijn eenvoudigweg te moe om te kunnen kiezen voor een moment van bewuste (en soms deugdloze) luiheid. Een inkomen uit arbeid ruilen voor een inkomen uit ziekte-uitkering houdt mijns inziens allesbehalve een financiële bonus in, zeker niet bij een pathologie die belangrijke financiële implicaties voor de patiënt inhoudt om tot diagnose en behandeling te komen. Men zou kunnen zeggen dat er toch zoiets bestaat als *ziektewin*. Dan durf ik stellen dat, als men opteert voor de diagnose CVS/fibromyalgie om zich te onttrekken aan het arbeidscircuit, men toch wel een heel ongelukkige keuze maakt: er zijn weinig pathologieën die door controlerende instanties zo kritisch en argwanend benaderd worden als deze. In het *beste* geval worden steeds meer meetbare gegevens geëist of catalogeert men de kwaal als een al dan niet gemaskeerde depressie, *het zit tussen de oren*. In het slechtste geval -en dat komt verre van zelden voor- krijgt een patiënt van een controlerende instantie te horen: *er zijn believers en er zijn non-believers*, waarbij een opvallend hoog percentage controlerende instanties behoort tot de groep van de *non-believers*. Het is te betreuren dat met de huidige stand van de wetenschap een problematiek nog in dergelijke quasi-religieuze termen benaderd wordt, terwijl er internationaal aanvaardde diagnostische criteria bestaan, ernstige en onderlegde referentiecentra en individuele experts zich sinds jaren toegelegd hebben op de problematiek.

Laten we eerst nagaan wat de huisarts kan betekenen binnen deze complexe en controversiële problematiek.

Als een hulpverlener geconfronteerd wordt met een medische problematiek kan hij grosso modo kiezen voor twee modellen om het probleem te benaderen: het biomedische model en het biopsychosociale model. Beide hebben hun bonussen.

Het biomedische model

In dit model streeft men naar een zo wetenschappelijk mogelijke, strikte en formele diagnose, gebaseerd op diagnostische tests die verifieerbaar en herhaalbaar zijn en vergelijkbare resultaten opleveren bij grote series van patiënten met eenzelfde type klachtenpatroon. Dat resulteert in een zo strikt mogelijk protocol van te volgen stappen om tot een diagnose te komen en die te onderscheiden van andere diagnoses (differentiaaldiagnose). Dat is van extreem belang



om met kennis van zaken te kunnen spreken en geen belangrijke zaken over het hoofd te zien. Het is een *conditio sine qua non* om tot een beslissingsboom te kunnen komen wanneer men geconfronteerd wordt met een klacht.

De beslissingsboom bij de klacht *chronische moeheid* ziet er redelijk indrukwekkend uit. Het is dan ook begrijpelijk dat patiënten niet zelden met stijgende wanhoop en uitputting deze wel erg rijk betakte boom doorlopen. Helaas moeten we vaststellen dat het dikwijls slechts na jaren is dat de hulpverlening bijna noodgedwongen denkt aan de diagnostische criteria van CVS...

Als men uiteindelijk toch -en niet zelden via uitsluiting van alle andere mogelijkheden- tot de diagnose van CVS komt, wordt men geconfronteerd met een zo mogelijk nog groter

probleem. Een diagnose zegt iets over *wat* men vaststelt, niet noodzakelijk *waarom* men het vaststelt.

Als we *geluk* hebben, volstaat de vaststelling van een probleem dat voldoende omlijnd is om het te verhelpen. Als we vaststellen dat een patiënt chronisch vermoeid is door bloedarmoede, die op haar beurt is te wijten aan een tekort aan vitamine B12, hebben we een concreet diagnostisch model en ook behandelingsmodel. Heel wat moeilijker wordt het als wat men vaststelt op zijn beurt aanleiding geeft tot het opzetten van een nieuwe beslissingsboom!

Dat is een beetje het drama dat zich afspeelt in de concrete context van de CVS-problematiek: na een soms maanden en jarenlange speurtocht krijgt men een *terug naar af*-gevoel. Als uiteindelijk aanvaard wordt dat de klacht kadert in een CVS (en dat is zowel voor de hulpverlener als voor de patiënt verre van een evidentie), komt de vraag naar het *waarom* en het vooruitzicht op het aflopen van een beslissingsboom die al van bij zijn wortels belast is met het predicaat van *believers en non-believers!*

Ik kan alleen maar mijn respect en bewondering uitdrukken voor de moed van wetenschappers, onderzoekers en deskundigen die ondanks weerwerk en moeilijkheden hun zoektocht blijven voortzetten naar een steeds betere verklaring en dus ook naar een betere aanpak van de problematiek. Ik kan eveneens begrijpen dat zowel hulpverleners als patiënten op een gegeven moment de moed verliezen en de zoektocht opgeven, en dat de vraag naar het verhelpen van de klachten de vraag naar de oorzaak van de klachten overstijgt. Dat is voor mij een spijtige, maar aannemelijke verklaring voor de enorme verscheidenheid aan remedies en therapieën. Ik kan me niet van de indruk ontdoen dat we qua gefundeerdheid van sommige behandelingen soms op het niveau van aderlatingen en lavementen staan, waarmee enkele eeuwen geleden ongeveer alle kwalen die men niet kon verklaren, aangepakt werden. Het spreekt natuurlijk vanzelf dat hoe beperkter de expertise (en de eerlijkheid) van de hulpverlener is, des te groter het gevaar op pseudo-verklaringen en -remedies. Het is voor de hulpverlener de uitdaging om altijd oog en oor te hebben voor de concrete, in het hier en nu gestelde hulpvraag en om naar best vermogen te proberen in alle intellectuele en ethische eerlijkheid de patiënt te helpen bij een concreet actueel probleem!

Het biomedische model resulteert in een strikte diagnose en gefundeerde therapie, waarbij intellectuele eerlijkheid en diepmenselijke betrokkenheid de pijlers moeten zijn. Het kan alleen maar toegejuicht worden dat overal ter wereld individuen en groepen sinds jaren blijven zoeken. In een tijd van scoren van snel succes en snelle winst geeft dit hoop.

Het biopsychosociale model

De fundamenten van dit model zijn dezelfde, namelijk de biomedische verklaring zoeken en het behandelen van de klacht. Dit model reikt echter verder: mede door wat we bij

de bespreking van het biomedische model aangehaald hebben qua moeilijkheden om tot diagnose en therapie te komen, wordt het alsmaar duidelijker dat de zoektocht naar de aard en het waarom van de klacht onvolledig is, als er geen ruimte gecreëerd wordt voor de beleving van de klacht en de daaraan ten grondslag liggende aandoening. Het is eigenlijk vrij recentelijk dat men in de klassieke geneeskunde het belang daarvan ingezien heeft. Niet alleen als een soort milde toegift aan de patiënt, maar men



is ook tot het inzicht gekomen dat het verloop van een aandoening daardoor gunstig beïnvloed kan worden. De inbreng van de beleving heeft aanleiding gegeven tot het ontstaan van nieuwe disciplines, zoals psycho-oncologie, psychodermatologie... Daarover bestaat nog heel wat controverse, maar personen die de moed opgebracht hebben om de persoonlijke belevingsinbreng te integreren in het ziekte- en helingsverloop, constateren keer op keer dat die inbreng een zeer gunstige invloed uitoefent op het helingsproces.

Het verlaten van cartesiaanse denkmodellen en het integreren van het totaalbeeld van een individu dat lijdt, brengt ons tot de benadering van de hele problematiek en dat is waar de holistische denkwijze zijn intrede doet: de mens in zijn omgeving met zijn beleving van relaties, met de sociale en maatschappelijke context, met zijn emotie over eigen gezondheid en functioneren.

Naar mijn gevoel is daar een zeer cruciale rol weggelegd voor de eerstelijns-geneeskunde. De deskundigen op het gebied hanteren het biomedische model als grondslag voor hun onderzoekswerk. De huisarts geniet van de mogelijkheden die het biomedische model hem aanreikt, waardoor hij kan beschikken over een aantal ankerpunten in de benadering van een klacht. De taak van de huisarts situeert zich op, tijdens en na dat biomedische traject: veel meer als manager en coach dan als wetenschapper. Als huisarts pluk je de vruchten van jarenlange research door deskundigen en wetenschappers, en probeer je de resultaten ervan te optimaliseren binnen het kader van de ontmoeting met die unieke patiënt. Daarbij wordt rekening gehouden met de belevingswereld van de patiënt, zijn persoonlijk biotoop en zijn sociale context.

Het biopsychosociale model als werkhypothese van de huisarts

De huisarts is in de eerste plaats arts. Dat betekent dat hij een degelijke opleiding genoten heeft en kennis heeft van mogelijke beslissingsbomen. Ik verwijs naar de vorige beschouwingen om het cruciale belang daarvan aan te tonen.

De huisarts is bovendien in deze niets meer en niets minder dan een gids: iemand die tegen betaling verondersteld wordt te weten waarvan men vertrekt, waar men naartoe wilt en via welke weg dit op een zo min belastend mogelijke wijze bereikt wordt. Daarvoor is kennis van het beginpunt (de aanslepende vermoeidheidsklacht) en het eindpunt (aanbod van knowhow in diagnostiek en heling) nodig van de ene partij en vertrouwen van de andere partij. Communicatie via verwijsbrieven, antwoorden daarop en het bijhouden van deze gegevens in een globaal medisch dossier is mijns inziens de enige garantie om niet verloren te lopen in dat kluwen.

De huisarts is daarnaast ook een coach. Zijn taak is de eigenheid van zijn *poulain* te zien, zijn zwakke en sterke kanten, en zo te proberen zijn functioneren te optimaliseren. De huisarts heeft het grote voordeel de patiënt in een breder kader te leren kennen in de loop van de jaren (de biotoop, de familieverbanden, de verwachtingen...).

Het is niet onbelangrijk dat de hulpverlener zich ook bewust is van zijn eigen referentiekader, zijn eigen verwachtingen en doelstellingen, zijn eigen mildheid of strengheid in verband met disfunctioneren... Dat stelt de hulpverlener in staat deze gegevens te integreren in een totaalaanpak van een gezondheidsprobleem en biedt meer garantie op wederzijds begrip voor de moeilijke tocht van klacht, diagnostiek en uiteindelijke aanpak. Wederzijdse, open communicatie is daarin van groot belang. Het bijstaan van de patiënt, het tonen van begrip, het aanbieden van steun en vooral het au sérieux nemen van de patiënt en de aanpak is de opdracht van de huisarts-coach in elke situatie en a fortiori bij de CVS-/fibromyalgieproblematiek.

De huisarts is tot slot ook dossierbeheerder. Dit is een warm pleidooi om alle hulpverleners en meer specifiek de mensen uit de eerste lijn aan te sporen om elke verwijzing te koppelen aan een begeleidend schrijven. Op die manier kan men hopen op verslagen die in het dossier van de patiënt gebundeld kunnen worden. Dat laat de huisarts toe een overzicht te behouden van de gedane stappen en bevindingen. Bovendien stelt het de huisarts in staat om met kennis van zaken de patiënt te informeren in (liefst) begrijpelijke taal. Ten slotte stelt het de huisarts ook in staat een dossier samen te stellen als de patiënt voor controle-instanties moet verschijnen. Door de kennis van het totaalbeeld kan de huisarts, meer dan wie ook, de pleitbezorger zijn van de patiënt.

Het is van zeer groot belang dat er niet alleen communicatie is binnen het eerste echelon (huisarts) en het tweede en derde echelon (specialist - universitair centrum). Heel belangrijk is dat iedereen die actief is in dienstverlening en verzorging (moreel consulent, gesprekstherapeut, sociaal werker van het ziekenfonds, verpleegkundige, kinesitherapeut enzovoort), aandacht heeft voor de problematiek en dat hij kan en durft rapporteren aan diegenen die de problematiek verder uitlijnen. Het lijkt me een troostende gedachte voor de patiënt wanneer hij zich gesteund en gedragen voelt door een interdisciplinair en multidisciplinair netwerk van dienst- en hulpverleners. Zoals gezegd is de CVS-problematiek een complexe aangelegenheid, die ook de nodige emotionele, sociale en existentiële vragen met zich meebrengt. Een breed en gediversifieerd vangnet om de patiënt op te vangen tijdens zijn moeilijke zoektocht is geen overbodige luxe. Dit kan dan ook als een oproep gelden voor zowel huisartsen, patiënten en hulpverleners om de handen in elkaar te slaan en zo het hoofd te bieden aan deze uitdaging.

Ter conclusie: enkele kritische raadgevingen

Wees beducht voor extremisten.

Dat vorsers en behandelaars hun uiterste best doen om een probleem uit te pluizen en de klachten van de patiënt zo goed mogelijk te behandelen is lovenswaardig. Soms echter gaat men daarin zo ver dat men zijn doel voorbij schiet. Diagnostische en therapeutische hardnekkigheid zijn daarvan het gevolg en dat is nooit in het voordeel van de patiënt.

Wees beducht voor de profeet.

Onrealistische beloften over diagnostiek en therapie zonder *evidence based* grond, hebben meestal meer met het ego van de hulpverlener te maken dan met wetenschap. Deze beloften doen hoop bij de patiënt ontstaan die gebaseerd is op de overtuiging van de hulpverlener in plaats van op harde en controleerbare feiten. Ontgoocheling en frustratie zijn dikwijls de prijs die de patiënt betaalt.

Wees beducht voor het profijt.

Het is soms hallucinant om te horen welke bedragen mensen uitgeven aan onderzoeken en behandelingen aan wat ik zou durven noemen *handelaars in radeloosheid*. Die vind je zowel in het klassieke als in het alternatieve circuit. Streef naar het verdwijnen van uw moeheid, niet van uw laatste spaarcenten.

Voor veel CVS-patiënten is het niet zozeer de behoefte aan een formele diagnose die hen drijft, maar het zoeken naar verlichting, geloof, steun en begrip. Ik ben er dan ook rotsvast van overtuigd dat hier een belangrijke taak is weggelegd voor elke hulp- en dienstverlener die de persoon op zijn moeilijke tocht ontmoet.

Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar

IN 2008 GINGEN ONGEVEER VEERTIEN MILJOEN DOOSJES SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN OVER DE TOONBANK. OP BASIS VAN DE *GEZONDHEIDSENQUÊTE* VAN 2004, GEBRUIKTE ZEVEN PROCENT VAN DE BELGISCHE BEVOLKING OUDER DAN VIJFTIEN JAAR DE AFGELOPEN TWEE WEKEN EEN KALMERINGSMIDDEL. EEN OP TIEN BELGEN GEBRUIKTE EEN SLAAPMIDDEL. DEZE CIJFERS ZIJN BIJZONDER HOOG EN DE LAATSTE VIJF JAAR INVESTEERDE DE OVERHEID DAN OOK FORS IN SENSIBILISERING VAN HET BREDE PUBLIEK ROND DE PROBLEMATIEK VAN ANGST-, STRESS- EN SLAAPPROBLEMEN. DE RECENTSTE CAMPAGNE HEEFT ALS MOTTO *SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN SLIK JE NIET ZOMAAR – PRAAT EROVER MET JE HUISARTS OF APOTHEKER*. MET DEZE CAMPAGNE WIL DE OVERHEID DE GROEP VAN NIET-GEBRUIKERS EN/OF DE RECENTE GEBRUIKERS INFORMEREN OVER DE MOGELIJKE GEVAREN VAN ONGECONTROLEERD GEBRUIK EN BIEDT ZE TEGELIJK EEN AANTAL ALTERNATIEVEN AAN.

FOD Volksgezondheid



Angst, stress of slecht slapen kunnen reacties zijn op problemen op het werk, relatieproblemen, overlijden van naaste familieleden enzovoort. Het overkomt iedereen wel eens. Slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen een moeilijke periode helpen overbruggen. In het beste geval doen ze bepaalde symptomen verdwijnen. Maar de ware oorzaak wordt hiermee niet aangepakt. Slaap- of kalmeringsmiddelen gebruik je ook het best niet te lang, want je kan eraan gewend geraken of er afhankelijk van worden. Ze kunnen geheugen- of concentratiestoornissen veroorzaken of een depressie verbergen. Ze maken je ook minder alert tijdens het autorijden. Wettelijk gezien mag je zelfs niet met de auto rijden als je slaap- of kalmeringsmiddelen neemt. Bij een ongeval kan dat problemen geven met je verzekering.

Bovendien kunnen slaapmiddelen aanleiding geven tot valpartijen wanneer je 's nachts moet opstaan, wat vaak voorkomt bij bejaarden.

Tips om spanning te verminderen

- Probeer elke dag voor jezelf een aangenaam moment vrij te maken; dat leidt tot minder spanning.
- Leer de eerste tekenen van onbehagen, spanning, angst en stress te herkennen. Zoek andere manieren om ze weg te nemen: fysieke of geestelijke ontspanning, sport of gewoon een kwartiertje wandelen.
- Leer jezelf te ontspannen met enkele eenvoudige ontspanningstechnieken. Ontspanningsoefeningen helpen het best als je ze regelmatig doet. Ook lichaamsbeweging, massage, yoga of zomaar niets doen, kunnen ontspannend werken.
- Neem pauzes tijdens de werkdag, al is het maar voor een kwartiertje.
- Zoek steun bij anderen. Een goed gesprek en een luisterend oor verminderen de spanning. Je kan ook je gevoelens uiten door alles van je af te schrijven.
- Ga na of je angstgevoelens en spanning kunt vermijden door er anders tegenaan te kijken. Hoe zou iemand anders in jouw plaats reageren? Misschien is verandering wel goed voor je?
- Neem niet te veel hooi op je vork, leg jezelf grenzen op en durf *neen* te zeggen.

Van de ene dag op de andere stoppen met slaap- of kalmeringsmiddelen is natuurlijk ook niet goed, want dan heb je meer kans op ontwenningsverschijnselen. Het is dus beter om de dosis heel langzaam af te bouwen of meer tijd te laten tussen de innamen. Dat doe je het best in overleg met je huisarts of apotheker. Als je je dosis vermindert of er volledig mee stopt, dan kunnen de volgende ontwenningsverschijnselen optreden: slapeloosheid, angst, prikkelbaarheid, beven, verwarring, concentratieproblemen, spierpijn enzovoort. Deze lijken erg op de klachten waarvoor je het geneesmiddel neemt. Voor heel wat mensen is dit het *bewijs* dat ze het nodig hebben en dus, om ermee door te gaan. Door langzaam af te bouwen, onder toezicht van je arts, wordt de kans op deze ontwenningsverschijnselen kleiner.

Gewenning en afhankelijkheid kunnen ook leiden tot lichamelijke en geestelijke klachten. Is dit het geval, raadpleeg dan je huisarts, apotheker of behandelend specialist. Die kan ook nagaan of je angst, stress of slapeloosheid nadelige gevolgen heeft voor je gezondheid (bijvoorbeeld maagzweer) en je algemene medische toestand evalueren.

Het is goed om te weten dat er een aantal eenvoudige middelen bestaan die de spanning kunnen verminderen als je ze regelmatig toepast.

We sommen hierbij nog een aantal mogelijke tips op om je op weg te zetten en sporen je graag aan om hulp te zoeken bij je arts, apotheker of hulpverlener. Samen kan gezocht worden naar de beste manier om je te ondersteunen, wees niet bang om vragen te stellen of het gesprek aan te gaan.

Meer informatie?

www.health.fgov.be/benzo



Tips om beter te slapen

- Slaap enkel zoveel als nodig is om je fris te voelen tijdens de volgende dag. Door de tijd in bed te beperken, wordt de slaap vanzelf verbeterd. Te veel tijd in bed leidt tot een onderbroken en oppervlakkige slaap.
- Sta elke dag op omstreeks hetzelfde tijdstip. Dit geeft automatisch aanleiding tot regelmaat bij het inslapen.
- Elke dag lichaamsbeweging in de ochtend of vroege namiddag (niet in de late namiddag) verbetert de slaap.
- Isoleer de slaapkamer tegen lawaai en licht.
- Zorg voor een ideale temperatuur in de slaapkamer. Overdreven warmte of koude kan de slaap verstoren.
- Vermijd het drinken van grote hoeveelheden water 's avonds om nachtelijke toiletbezoeken te voorkomen.
- Het chronisch gebruik van tabak verstoort de slaap, aangezien nicotine opwekkende effecten heeft.
- Zowel honger als een volle maag kunnen de slaap verstoren. Vermijd zware maaltijden vóór het slapengaan. Een lichte snack kan de slaap bevorderen.
- Vermijd alcohol en dranken die cafeïne bevatten (koffie, cola, thee) voor het slapengaan. Alcohol vergemakkelijkt wel het inslapen, maar maakt dat je minder diep slaapt en vaker wakker wordt.
- Word je nerveus of gefrustreerd omdat je niet kunt inslapen, sta dan op, ga naar een andere kamer en probeer je wat te ontspannen. Het heeft geen zin om inspanningen te doen om in slaap te geraken. Dat lukt toch niet.
- Pieker je veel in bed, las dan 's avonds een pieker(half)uurtje in vooraleer je gaat slapen. Dan hoeft je dat niet meer in bed te doen.
- Als je te veel naar de wekker kijkt tijdens de nacht of het geluid van de wekker je hindert, zet hem dan verder weg.
- Gebruik niet meer dan twee- tot driemaal per week een slaappil.

Slapen, een recht?

LIJDEN WE ALLEMAAL AAN EEN (CHRONISCH) SLAAPTEKORT? ONZE SLAAPPATRONEN EN SLAAPGEWOONTES ZIJN GEDURENDE DE TIJD VERANDERD IN DIE ZIN DAT DE KWALITEIT IS VERBETERD MAAR DE KWANTITEIT ERVAN IS GEDAALD. WE SLAPEN ANDERHALF UUR MINDER DAN IN DE TWINTIGSTE EEUW, MAAR DIT WIL NIET ZEGGEN DAT WE DAAROM MINDER BEHOEFTE HEBBEN AAN SLAAP. VERSCHILLENDE ONDERZOEKEN TONEN AAN DAT HEEL WAT MENSEN ZICH GEDURENDE DE DAG HEEL VERMOEID EN SLAPERIG VOELEN, ZELFS IN DIE MATE DAT DE KANS OP EEN ONGELUK (OP HET WERK OF IN HET VERKEER) IN GROTE MATE TOENEEMT. EEN ONDERZOEK DAT ZICH RICHTTE NAAR DE INVULLING VAN *KOSTBARE TIJD* STELDE VAST DAT INDIEN MENSEN ÉÉN UUR MEER TIJD Zouden hebben om te spenderen zoals zij dit wensen, zij dit liever al slapend doorbrengen, dan al vrijend. MISSCHIEN MOETEN WE DIT SIGNAAL ERNSTIG NEMEN EN BESEFFEN DAT WE TOCH NIET ZO GOED BEZIG ZIJN?

Magali de Jonghe
moreel consulent PCMD Brugge



MAGALI DE JONGHE

Slaaptkort heeft implicaties op microniveau (gezondheidsproblemen), die op hun beurt resulteren in hoge kosten op meso- en macroniveau, zoals hoge financiële kosten door accidenten en hogere sterftecijfers. (Chronisch) slaaptkort is echter niet eenduidig te bekijken, want er is bijvoorbeeld een wezenlijk verschil tussen individuele slaapbehoeften alsook in de perceptie van slaaptkort, met andere woorden hoe ervaart iemand zijn tekort aan slaap?

Het is een feit dat we leven in een maatschappij die nooit stopt, met strakke tijdschema's, sociale verplichtingen en *the online revolution...* Waarbij we meer onze hersenen gebruiken dan onze spieren en juist hierom meer slaap nodig hebben, maar de contradictie wil dat we ongelofelijk veel redenen creëren om dit juist niet te doen. Marketing speelt hier dan ook heel handig op in door de tijd die we slapen trachten te verkopen als productieve tijd, maar dan niet in de zin van een deugddoende nachtrust, maar eerder in de zin van *laat uw geld groeien terwijl u slaapt, verbrand vet terwijl je rust of leer een andere taal al slapend...* Slapen is tijdverspilling er valt veel te veel te doen, dus moet ook de tijd die we slapend doorbrengen optimaal worden benut.

Toch zijn er ook bewegingen die hier tegen in gaan. Een opmerkelijke zaak in deze richting was de uitspraak na de treinramp in Selby (februari 2001). Het ongeluk was veroorzaakt door een man die de hele nacht was opgebleven om te telefoneren met zijn vriendin en dus in uiterst vermoeide toestand achter het stuur zat. De man werd veroordeeld tot een gevangenisstraf van vijf jaar, want de rechter was van mening dat rijden in een toestand van slaapdrunkenschap hetzelfde was als rijden in dronken toestand.

Slapen is dus niet enkel een noodzaak maar ook een plicht, een bijkomend signaal om wakker te worden en iets te doen aan deze slapeloze maatschappij!

Op welk tijdstip we dan *moeten* of *mogen* slapen, is op zijn beurt cultureel zeer verschillend.

Als we over de landsgrenzen heen kijken, dan kunnen we stellen dat elke cultuur een andere slaapcultuur heeft, we kunnen die gemakshalve onderverdelen in volgende drie slaappatronen: *de mono-gefaseerde slaapcultuur* waarin slaap georganiseerd wordt in één blok van ongeveer acht uren slaap. Dit slaappatroon klinkt ons vertrouwd in de oren, ze is typerend voor Noord-Europa en Noord-Amerika. De *bi-*

gefaseerde slaap is de typische siëstacultuur, waarbij een langere slaap tijdens de nacht aangevuld met een korte slaap in de namiddag. De *poly-gefaseerde* slaap kent een ankerslaap 's nachts aangevuld wordt met verscheidene dutjes gedurende de dag op momenten dat de sociale situatie het toelaat. Binnen deze laatste structuur zijn natuurlijk ook onderlinge verschillen die voornamelijk afhankelijk zijn van de tolerantie tegenover dutjes tijdens sociale activiteiten, zoals tijdens het werk of een vergadering.

In onze *monogefaseerde slaapcultuur* zijn dutjes op het werk niettemin ook een *hot item* geworden. Veel hangt af van de mentaliteit die er in een bedrijf heerst. Het is namelijk vaak zo dat slaapttekort wordt geassocieerd met toewijding aan de job en bijgevolg is slapen iets voor *mietjes*. Het gevaar schuilt er vooral in dat de werknemer wordt gezien als dynamisch, multigetalenteerd, goedgehumt en altijd en overal inzetbaar en aanpasbaar. De risico's die deze hoge eisen inhouden zijn natuurlijk niet niets. Stress en burn-outs maken net dat er een grote kans bestaat op het ontwikkelen van slapeloosheid... en zo komen we terecht in een vicieuze slaapttekortcirkel...

In de Verenigde Staten worden er daarentegen bij Pepsi, Pizza Hut, Kodak... cursussen gegeven in *the art of taking a 15-minute (power)nap*. Er zijn zelfs bedrijven die echte *napping rooms* of *napnasia* installeren voor hun werknemers. Maar sommigen gaan nog een stap verder en geven hun werknemers enkele *donsdekendagen* vrij op te nemen wanneer iemand te moe is om te werken. De vraag die we ons hierbij kunnen stellen, is welke de echte motieven zijn van de bedrijven... misschien gewoon een nieuwe manier van exploitatie? Slaapregulatie als efficiënte manier om de productie te bevorderen? Met een *polygefaseerde cultuur* lijkt het in elk geval weinig gemeen te hebben.

Op andere terreinen wordt eveneens creatief omgesprongen met slaap(tekort). In het leger is slaapdeprivatie een heel bekende oorlogstechniek die in het verleden, en nu nog steeds, een belangrijke rol heeft gespeeld. Slaap is in het leger belangrijk om twee redenen. Enerzijds komt men steeds meer tot de vaststelling dat er aan slaapttekort niets heroïsch is, het maakt dat mensen foute beslissingen nemen op cruciale momenten. Dus in die zin wordt er meer aandacht besteed aan kwalitatieve slaap. Anderzijds wordt er ook op fanatieke wijze gezocht en geëxperimenteerd met allerlei stimulerende middelen om de behoefte aan slaap te

eliminieren tijdens operaties. Het gaat zelfs zo ver dat er experimenten worden uitgevoerd op de hersenen van soldaten met magnetische resonanties. Als er nu visioenen over allerlei sciencefictiontoestanden in uw gedachten verschijnen, kan ik alleen maar hopen dat u er uw slaap niet voor zal laten...

Wanneer we nu concreet denken aan slapen in termen van recht, denken we ook onmiddellijk aan het recht dat iemand kan worden ontnomen.

In instellingen met strakke schema's en regelingen, zoals een gevangenis of een hospitaal, is slapen niet altijd een sinecure. De opgedrongen routines, het lawaai, de pijn en de ongemakken, de omgevingsfactoren zoals felle verlichting of het bed zelf, de personen waarmee men een kamer moet delen... het zijn allemaal zaken die we niet onmiddellijk aan een zalige nacht koppelen.

Voor rusthuizen gelden evenwel nog andere regels. Het lijkt een omgeving waar men kan genieten van de oude dag, maar het genieten verloopt wel volgens bepaalde regels. Het is zo dat er op bepaalde uren mag (een dutje in bed na de middag) en moet geslapen worden ('s nachts), maar dat een hele dag in bed blijven liggen of wegdutten in een zetel in de eetkamer niet geapprecieerd wordt. Dus ook hier wordt het slapen aan banden gelegd, want uiteindelijk draait het om het principe dat men *iets moet doen met zijn leven*, wat haaks staat op een hele dag dutten.

En met 2010 als het jaar van de armoede in gedachten, welke rol neemt slapen in als je dakloos bent en geen lekker knus bedje ter beschikking hebt? Er is een verschil tussen *geen plaats hebben om te slapen* en *in moeilijke omstandigheden slapen*, want iedereen slaapt ergens, het is eerder de vraag of het de gewenste plaats is. Opvangtehuizen trachten hun best te doen om daklozen een plaats om te slapen aan te bieden, maar de omstandigheden waarin deze mensen slapen, staan uiterst ver van het woord *knus*. Lawaai, ruzie en stank zijn nog maar het tipje van de nachtelijke sluier.

Anderzijds is op straat slapen al helemaal niet eenvoudig, we denken hierbij aan weersomstandigheden, politiecontroles, veiligheid... Daklozen staan dan ook zeer ambivalent tegenover slapen. Het is een centraal thema in hun leven, maar net omdat zij zoveel zorgen hebben, zoals het verkrijgen van eten en geld, is slapen iets dat telkens weer wordt uitgesteld. Veel dakloze mensen zijn werkelijk uitgeput door

een gebrek aan slaap, waardoor *rusten* een heel relatief begrip is.

Slapen is inherent verbonden aan ons leven, maar het zijn enkel de gelukkigen die werkelijk kunnen slapen, 's nachts of overdag.

Een mijlpaal in de rechtsgeschiedenis van slaap was een uitspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in een zaak waarin bewoners rond de luchthaven van Heathrow klacht hadden neergelegd tegen de regering omdat zij door het lawaai van de nachtvluchten van hun nachtrust werden beroofd (oktober 2001). Na een jarenlange strijd oordeelde het Hof dat de regering Artikel acht van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden had geschonden. Dit artikel beschermt het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven en de rechter stelde de aanklagers in hun gelijk. Zij kregen een riant schadevergoeding, maar aan de situatie is er nooit iets veranderd...

Het is nog een andere kwestie wanneer moedwillig slaapdeprivatie gebruikt wordt bij het ondervragen van gevangenen. Het is een methode die heel efficiënt lijkt om mensen te breken, te doen praten en zaken te doen bekennen die

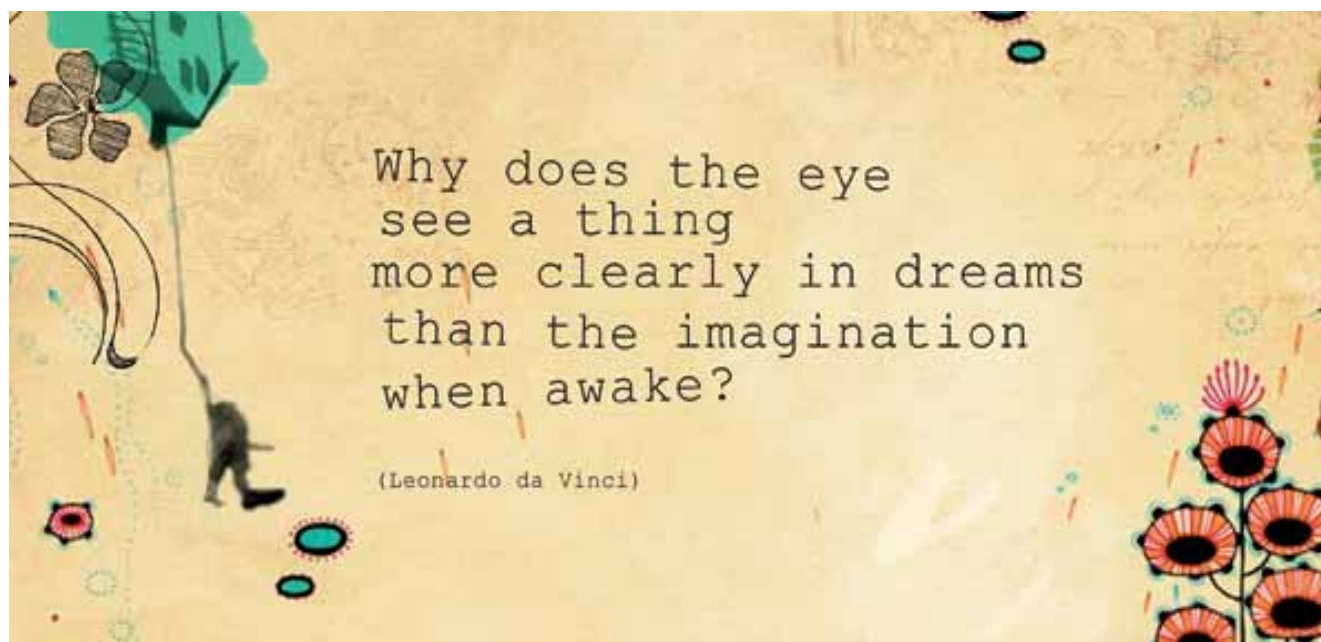
ze al dan niet hebben gedaan. In de Koreaanse Oorlog werd massaal gebruik gemaakt van deze techniek, maar ook het IRA, de KGB en de militaire staf in de Abu Ghraib-gevangenis maken of maakten gretig gebruik van deze methode. Staatssecretaris Rumsfeld verzekerde aan een Senaatscommissie dat deze *sleep management*-technieken overeenkwamen met de Conventie van Genève. Amnesty International houdt er een andere mening op na.

Slapen is niet enkel een persoonlijke aangelegenheid, het is ook een politieke, wettelijke en ethische kwestie – het is een mensenrecht. We hopen dat wanneer zaken zoals slaapdeprivatie gelegitimeerd worden, dit op de een of andere manier zal worden aangekaart en het recht zal overwinnen in plaats van geschonden te worden.

Door slaap in een globaal perspectief te plaatsen, denken we ook aan alle mensen die in heel harde en moeilijke omstandigheden beroofd worden van hun slaap door wreedheden of door rampen van allerlei aard. Slapen verdeelt en verbindt ons, maar het recht op slapen belangt ons allen aan. We moeten erover waken!

Meer lezen?

Sleep and society van Simon Williams (Routledge, 2005)



Een tipje van de droomsluier gelicht...

Dit artikel is gebaseerd op het boek van Victor Spoormaker, *Alles over dromen*, 2006, Kosmos.

Dr. Victor Spoormaker is momenteel REM-slaaponderzoeker bij het Max Planck Instituut voor Psychiatrie, München

MENSEN DROMEN SLECHTS TERWIJL ZE SLAPEN. WE SPREKEN SOMS WEL VAN *DAGDROMEN* OF ANDERE METAFORISCHE VORMEN VAN DROMEN, MAAR HET WÉRKELIJKE DROMEN IS BEPERKT TOT DE UURTJES DIE WE IN BED DOORBRENGEN. HOEWEL SLAAPBEHOEFTE ERG VARIËERT, SLAPEN WE GEMIDDELD ACHT UUR PER NACHT, DUS ONGEVEER EEN DERDE VAN ONS LEVEN. HET LIJKT ALSOF MENSEN DIE SLAPEN EVEN *UITSTAAN*, MAAR TOCH GEBEUREN ER TIJDENS DE SLAAP WONDERLIJKE DINGEN, MET NAME IN ONZE HERSENEN.



Anne-Flor Vanmeenen
moreel consultant CMD Roeselare



ANNE-FLOR VANMEENEN

Onze hersenen geven een klein beetje elektrische lading af die we ook kunnen meten. Deze activiteit blijkt *golvend* te zijn, vandaar dat we het vaak over *hersengolven* hebben. Op basis van het soort golven die voorkomen, wordt de slaap in vier stadia opgedeeld. In elk stadium worden de golven dieper en langzamer. Je gaat ook steeds dieper slapen en dieper uitrusten. Een volledige nachtrust bestaat uit een aantal slaapcycli: je zakt van stadium één naar vier en klimt dan terug op naar één. Je ontwaakt dan echter niet, maar komt in een nieuw soort stadium: de paradoxale slaap of REM-slaap. Deze fase heeft zijn naam te danken aan de paradoxale tegenstelling tussen het ontspannen lichaam en het ontzettend drukke brein of het feit dat de ogen voortdurend heen en weer schieten (*rapid eye movement*). Hoewel in het tweede slaapstadium ook wel eens dromen gerapporteerd worden, blijkt de REM-fase hét moment om de levendige, emotionele dromen te beleven die de meeste mensen uit ervaring kennen. Tijdens onze slaap doorlopen we deze cycli enkele keren (gemiddeld vijf keer) en slaan we dus ook meerdere malen aan het dromen (ongeveer 10 tot 40 minuten per keer). De duur van de verschillende stadia varieert in de loop van de nacht en tegen de ochtend wordt het aandeel REM-slaap groter. In het totaal verkeer je ongeveer twee uur per nacht in deze paradoxale fase. Dit geldt overigens ook voor mensen die denken dat ze niet dromen. Enkele letsels en medicamenteuze behandelingen terzijde gelaten, droomt iedereen, alleen herinnert niet iedereen zich dat even goed.

De drukte van de droom

Bij het begin van de REM-slaap wordt een gebied beneden de hersenen, de hersenstam, zeer actief. Deze hersenstam vuurt een zone midden in de hersenen (thalamus) aan, die op zijn beurt een deel in het achterhoofd prikkelt (occipitale cortex). Deze activeringen zorgen ervoor dat je beelden begint te zien. Later breidt de activiteit zich uit en ga je ook dingen horen, soms zelfs voelen, proeven of ruiken. Wat je waarneemt wordt louter veroorzaakt door prikkeling binnen de hersenen, het zijn dus een soort *hallucinaties*. Informatie van buitenaf, *echte waarnemingen* dus, dringt slechts met mondjesmaat door tot de dromer en wordt op heel creatieve manieren verwerkt in de droom. We zijn wellicht allemaal al eens heel inventief met het nachtelijk onweer of de liedjes van de wekker omgesprongen in onze droom...

Inmiddels is ook het emotionele centrum binnen het limbisch systeem actief geraakt, terwijl frontale delen van de hersenen (dorsolaterale prefrontale cortex), die instaan voor het plannen, sociale remmingen, het werkgeheugen en het richten van de aandacht, net minder werkzaam worden. In onze dromen gaan we dan ook niet meteen een ingewikkeld plan uitwerken, verspringt onze aandacht gemakkelijk en staan we soms te kijken van de ongecensureerde, sociaal minder wenselijke handelingen die zonder gêne opgevoerd worden.

Terwijl deze storm van prikkels door de hersenen woedt, wordt het lichaam net helemaal verlamd en maar best ook gezien alles wat je ziet en doormaakt op die momenten! Enkel de ogen (denk aan de REM) en de genitaliën blijven actief.

Functies van dromen

Als we een kwart van onze slaaptijd in de REM-fase doorbrengen en alles bij elkaar zo gemiddeld zes jaar van ons leven daaraan besteden, dan lijkt het aannemelijk dat deze fase enig nut zal hebben voor ons. En inderdaad, uit onderzoek met proefpersonen die systematisch werden gewekt als ze in REM-slaap kwamen, is gebleken dat ze steeds sneller probeerden die fase te bereiken als ze weer indommelden. Wanneer ze dan eindelijk mochten doorslapen, hadden ze ook meer REM-slaap dan anders. Beide vaststellingen lijken erop te wijzen dat we REM-slaap willen inhalen en dus nodig hebben.

REM-slaap lijkt belangrijk te zijn om hersenen efficiënt te laten werken. Zoogdieren die geen REM-fase kennen, hebben een relatief grote cortex. Met andere woorden: zoogdieren die het met minder hersenen moeten doen, gebruiken REM-slaap om efficiënter te werken. Ook baby's die volop in de ontwikkeling zitten, hebben veel meer REM-slaap. Het aandeel loopt op tot 50% tegenover 20% bij senioren.

Daarnaast lijkt er ook een rol weggelegd voor informatieverwerking tijdens deze fase. Als we iets nieuws leren, hebben we de volgende nacht meer REM-slaap. Als deze laatste wordt verhinderd, dan heb je moeilijkheden om de leerervaring te onthouden. Dit geldt echter niet voor alle informatie: het gaat vooral om nieuw aangeleerde vaardigheden (bijvoorbeeld skiën) en niet zozeer om feitenkennis. Een goed nachtje slaap is dus belangrijker voor je rijexamen dan een overhoring chemie.

Verder werd bij experimenten met REM-slaaponthoudingen vastgesteld dat de proefpersonen last kregen van concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spanning en zelfs hallucinaties of persoonlijkheidsproblemen (toch maar een uiltje knappen voor je examen chemie ook!). Hoewel het nog niet duidelijk is hoe de vork precies aan de steel zit en niet alle onderzoeken dezelfde resultaten opleveren, lijken de vaststellingen niet onlogisch. Tijdens de REM-fase worden de frontale delen, zoals gezegd, op rust gezet, ze kunnen dus even bijtanken en op adem komen. Als deze rust hen ontvallen wordt, is het niet zo verbazend dat de concentratie niet helemaal meer mee wil...

Samengevat kunnen we dus stellen dat de REM-fase vooral dienst doet als rustmoment en als moment om informatie te verwerken.

Vorming van dromen

De voornaamste kenmerken van dromen zijn hun visuele aard, hun verhaalstructuur, hun emotionele geladenheid en de *single mindedness*.

De *visuele aard* van de droom ligt voor de hand, we hebben er van nabij ervaring mee. Deze taferelen spelen zich hoofdzakelijk in kleur af. Alleen mensen die blind geboren zijn en nooit iets hebben *gezien*, dromen nauwelijks in beeld.

De beelden presenteren zich echter niet als een bombardement van losse flarden, ze vloeien in elkaar over en er zit een *lijn* in, hoe onlogisch en bizar die ook kan zijn. Je ziet geen fotoboek, maar een samenhangende film.

De film is overigens ook nooit saai, dromen raken ons. *Emoties* spelen meestal een grote rol: er is spanning, angst, geluk, verdriet en noem maar op. Soms kunnen die emoties zelfs heel indrukwekkend zijn, bijvoorbeeld bij een nachtmerrie.

Tegenover de overdaad aan emotie staat een mager denken. Overdag kunnen we rijden terwijl we naar een liedje luisteren en denken aan wie we straks nog moeten bellen. In onze dromen kan dit niet. We kunnen onze aandacht maar op één ding tegelijk richten. Dit heet *single mindedness*. Daarom kunnen dromen ook zo vreemd zijn: je rent achter een net weggereden bus aan zonder dat je bedenkt waar die heen gaat, waar je naartoe rent, waar je vandaan komt, waar je eigenlijk bent enzovoort. Je denkt alleen maar: ik moet die bus halen.

Al deze elementen zorgen ervoor dat je ook gelooft in je droom. De beelden, de meeslepende emoties, het eenvoudige denken: ze hebben tot gevolg dat je je droom als echt beleeft en niet bedenkt dat je eigenlijk rustig in je bed ligt. Uitzonderlijk komt het voor dat je je toch bewust bent van het feit dat je droomt terwijl je droomt. Dit aparte verschijnsel heet *lucide dromen*. Leren beseffen dat je droomt terwijl je droomt, kan een enorme verrijking en verruiming opleveren. Er bestaan verschillende methodes om dit soort dromen te stimuleren die geïnteresseerden kunnen terugvinden in het boek *Alles over dromen*.

Hoe komt het nu dat wij onze dromen dromen met de kenmerken zoals beschreven? Er bestaan verschillende hypothesen, waarvan ik de voornaamste even overloop.

Hobson en McCarley deden de wetenschappelijke wereld op zijn grondvesten schudden toen ze een droommodel voorstelden dat totaal brak met alle voorstellen tot die tijd, die voornamelijk psychoanalytisch van aard waren. Zij doopten hun theorie de *activering-synthesehypothese*. Zoals gezegd, begint de REM-fase met de activering van de hersenstam die andere hersendelen gaat prikkelen. Tijdens deze activering gaat de hersenstam volgens hen willekeurig beelden gaan oproepen bijvoorbeeld dat van je vader en je hond. Dan volgt de synthese: je hersenen proberen van die geactiveerde

beelden iets samenhangends te maken. De droom is dus een toevallig rommeltje van signalen waar je hersenen het beste van proberen te maken. Deze theorie heeft echter een paar mankementen. Hij verklaart bijvoorbeeld niet hoe terugkerende dromen dan kunnen tot stand komen, terwijl dit verschijnsel toch niet zo marginaal is. Bovendien gaan ze uit van de aanname dat neurobiologie primeert: je hebt een prikkel van een gebied en daarom zie je je vader. Maar het kan net zo goed omgekeerd zijn: je ziet je vader en daardoor wordt een bepaald gebied geprikkeld. We staan hier voor een eeuwenoude discussie over de causale verbanden tussen *geest* en *materie*, die nog niet definitief in een bepaalde richting beslecht is. We moeten ook dit in ons achterhoofd houden.

Het *psychologische model* van LaBerge werkt met heel andere begrippen. Volgens hem spelen verwachtingen en scripts een grote rol in dromen. We maken in het dagelijkse leven ook voortdurend van die veronderstellingen: de zon schijnt dus je verwacht dat het warm is buiten, je hoort lawaai van een motor dus je verwacht een auto. Verschillende verwachtingen samen kunnen een script vormen, bijvoorbeeld voor eten, de rit naar het werk, seks, inkopen doen enzovoort. Stel je ligt te slapen, het script van je huis wordt geactiveerd, je ziet je huis. Je verwacht dat jij daar ook bent en dus ben je daar. Je verwacht dat je een lichaam hebt en dat heb je dan ook. Je ziet dat je in de keuken bent en verzint een reden om daar te zijn: koken. Het script van koken wordt actief en je gaat aan de slag. Opeens hoor je de deur slaan en je verwacht dat iemand binnenkomt. Je schrikt. Een donkere gestalte nadert. Je denkt: (verwacht) een angst-aanjagende man. Dat script wordt geactiveerd. Je vraagt je af wat hij komt doen? Je aanvallen ongetwijfeld. Ook dit script treedt in werking. Hij nadert dreigend en jij rent weg. Met andere verwachtingen zou echter een heel ander verhaal kunnen ontstaan. Alles verloopt hetzelfde, maar bij de donkere gestalte denk je plots dat je vriend Michaël zou komen. Het script voor gesprek wordt actief en de avond kan eindigen in een gezellig dinertje of zelfs meer. Een verwachting roept een bepaald beeld op en beelden zorgen voor nieuwe verwachtingen. Zo is een droom een aaneenrijging van verwachtingen.

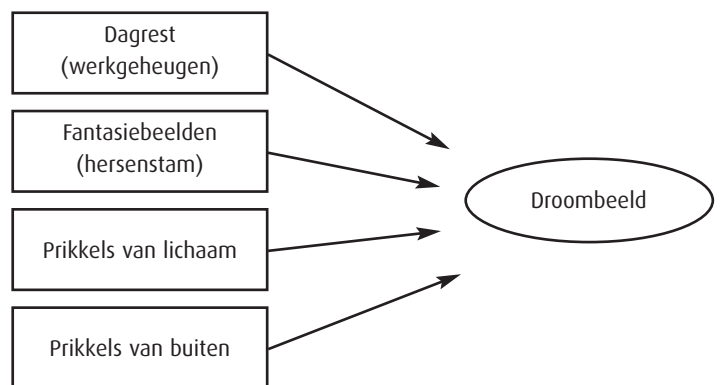
Deze theorie klinkt heel redelijk en daar wringt nu net de schoen. Dromen zijn vaak niet zo redelijk. Ten eerste zijn ze vaak erg emotioneel en hoe dat in verband staat met verwachtingen is moeilijk uit te leggen. Ten tweede duiken er vaak zeer *onverwachte* zaken op in dromen, die dus net helemaal géén deel uitmaken van wat we verwachten.

Een oplossing biedt het *biopsychologisch model*. Om dit uit te leggen, ga ik in op de bouwstenen van de droom, je eigen gedachten tijdens de dromen en je emoties tijdens het dromen.

Dromen gaan vaak over situaties, problemen of belevenissen van de voorbije dagen. Dit noemen we de *dagrest*. Dit is de bouwsteen van een droom waar het verhaal omheen gesponnen wordt of van waaruit het start.

Een andere bouwsteen is de hersenstam. Deze blijkt zeer actief tijdens het dromen, maar die activiteit is vrij willekeurig. Dit zou kunnen zorgen voor de bizarre of nieuwe elementen die we vaak in dromen aantreffen, kortom voor de factor fantasie. Ook herinneringen kunnen geprikkeld worden vanuit je hersenstam, bijvoorbeeld je oude huis of je overleden grootouder.

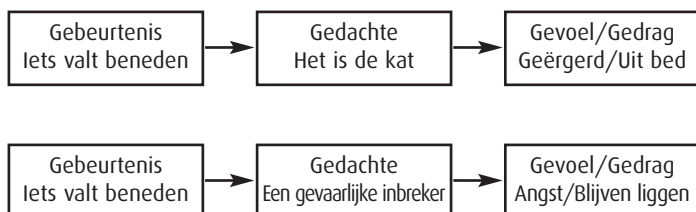
Daarnaast kunnen ook signalen van buitenaf (bijvoorbeeld geluid) of van binnen je lichaam (slapende arm) een rol spelen in je droom (je droomt spontaan over een groot orkest en een smeltende arm).



Uit die bouwstenen worden dromen opgebouwd. Je begint bijvoorbeeld met een beginbeeld: een gestalte. Je interpreteert en probeert er wat van te maken. Wat zie ik? Waar ben ik? Je meent je werkomgeving te herkennen. Het zal mijn baas zijn. De beelden tekenen zich steeds duidelijk af, je baas krijgt zijn gezicht, je ziet de kamers van je werk. De dagrest uit je werkgeheugen voegt een element toe, iets waar jij je zorgen over hebt gemaakt de voorbije dag komt op de voorgrond; je baas zegt: "Ik vind dat je je teveel bemoeit met je dochter." Zo'n uitspraak verwacht je niet van je baas en je antwoordt: "Daar heb je niets mee te maken." Je verwacht ook dat je baas nu een toontje lager zingt en dus wordt het script voor *inbinden* actief. Had je verwacht dat hij zo'n opmerking niet zou pikken, dan was het misschien *ruzie* geweest. De hersenstam prikkelt een ander beeld, je baas wordt je vader. Je kunt daar niet goed over nadenken (*single mindedness*) en dus vind je dat niet raar. Je kijkt naar de omgeving en denkt na, je ziet je vader dus dan zal dit wel... je ouderlijk huis zijn. De omgeving klaart effectief uit als zijnde je ouderlijk huis. Je interpreteert dus vage droombeelden aan de hand van je gedachten. Dit kunnen verwachtingen zijn, maar ook wensen, verlangens, angstige vermoedens en dergelijke. Er is een dynamische wisselwerking tussen beelden en gedachten die we daarbij hebben.

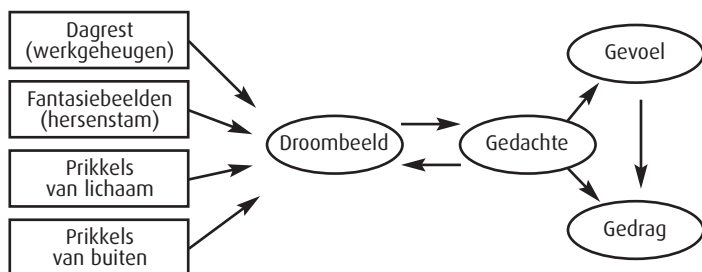
De emoties worden eveneens in reactie op die gedachten gevormd. Gebeurtenissen zijn op zich neutraal, het zijn vooral onze gedachten erover die bepalen wat we voelen en doen. 's Nachts iets horen vallen in de huiskamer kan je

doen vloeken op je kat, het kan je ook doen vrezen voor een aanval of strijdlustig doen opstaan met een koekenpan in de hand.



Hetzelfde geldt voor de droom: eens je vader voor je staat en beaamt dat ook hij vindt dat je je teveel met je dochter bemoeit, kun je bang worden omdat je denkt dat hij je weer zal kleineren of boos omdat *hij het weer eens beter wil weten* of triest omdat je vader nooit jouw kant van het verhaal wil kennen of gecharmeerd omdat je vader en je dochter zo'n goede band hebben en het steeds voor elkaar opnemen. Mogelijkheden legio, de droom is grotendeels wat jij ervan maakt.

Samengevat kunnen we stellen dat zich vanuit willekeurige prikkelingen en flarden dagrest een film ontspint, gestuurd door je eigen (voornamelijk onbewuste) gedachten en de daarbij horende emoties.



Betekenis van dromen

Dromen fascineren de mens natuurlijk al eeuwenlang. Dit raadsel werd vaak voorspellende boodschappen of signalen van de goden toegeschreven. Meer sjamanistische opvattingen zagen de droom dan weer als een uistapje van de ziel naar andere werkelijkheden. Een grotere psychologische interesse kwam er dankzij de doorgedreven aandacht van Freud voor de droom als *koninklijke weg naar het onderbewuste*. Het uitgangspunt van Freud was dat dromen een achterliggende betekenis hadden (latent), maar dat deze niet duidelijk naar voren kwam (manifest) omdat ze anders te schokkend en opruiend zouden zijn. Ze moesten dus geïnterpreteerd worden en wel met de nodige (freudiaanse) kennis van zaken. De analyticus kon dan de symbolen van de droom ontcijferen en de verborgen wensboodschap die elke droom eigen was, blootleggen. Doorgaans betrof het wensen die gerelateerd waren aan seksuele of agressieve driften. Hoewel

deze manier van droomanalyse nu op weinig wetenschappelijke bijval meer kan rekenen, zijn er toch enkele positieve zaken uit te distilleren, zoals het belang van wensen (als dit niet verabsoluteerd wordt) en het inbinden van de censuur (denk aan de inactiviteit van de frontale hersenen).

Jung verruimde de droomanalyse door af te stappen van de idee dat de symbolen enkel primitieve drijfveren vertegenwoordigen. Volgens hem herbergt de symbolentaal van de droom verschillende archetypen, dat zijn collectieve, mythische symbolen met een spirituele betekenis. Voorbeelden van archetypen zijn deze *van de oude wijze, het vrouwelijke, de cirkel...* Door deze symbolen, en daarmee de boodschap van onze droom, te begrijpen hebben we de kans om als persoon te groeien en evenwichtiger te worden. Vaak komen in onze droom onze onderbelichte kanten naar voor, ook wel onze *schaduwkanten* genoemd. Door deze te omarmen kunnen we een vollediger persoon worden.

De gestaltnadering van Perls spoorde de psychologische wereld dan weer aan om de zaken in een ruimer kader te zien. Slogan van de gestaltpsychologie is dat *het geheel meer is dan de som van de delen*. Ieder deel van de droom heeft wat te betekenen, maar de totale droom op zich genomen, heeft een nieuwe betekenis die daarboven uitstijgt. Het gaat hier dus meer om de combinatie van elementen dan om de elementen op zich en daarom zijn afzonderlijke droomsymbolen minder belangrijk.

Een andere nuttige invalshoek valt te rapen bij de droomonderzoekster Ann Faraday. Zij legde veel nadruk op het individuele aspect van symboliek en vond dat niemand de droom kan uitleggen behalve de dromer zelf. Associaties zijn heel persoonlijk bepaald, waar de ene persoon water een heerlijke dragende materie vindt, zal de andere er doodsbang van zijn omdat hij ooit eens bijna verdronk. De betekenis van water zal dus ook in dromen verschillen.

Ten slotte heeft de psychiater Hartmann ook een interessante visie op dromen geopperd. Volgens hem is de droom een contextualisatie van een belangrijke emotie of bezorgdheid. Mensen die een trauma meegemaakt hebben bijvoorbeeld, beleven nog lange tijd daarna dromen waarin angst de boventoon voert. Zwangere vrouwen dromen dan weer vaker dan gemiddeld over lichamelijke vervormingen en veranderingen, omdat dit een heersend thema in hun leven is op dat ogenblik. Als je de centrale emotie of bezorgdheid in een droom kunt lokaliseren, dan ben je een dieperliggend gevoel op het spoor. Hoewel in deze opvatting zeker een grond van waarheid schuilt, gaat het misschien toch wat te ver om te beweren dat alle dromen zo'n zorg of emotie als basis hebben. Het gaat misschien wel op voor sommige, maar zeker niet voor alle dromen.

Uitgaande van de theorie rond de vorming van dromen en de rol die onze (vooral snelle en automatische) gedachten

daarin spelen, kunnen we ook daaruit een betekenis halen. De droom biedt ons eigenlijk een inkijkje in onze onbewuste associaties en gedachtes. Deze bestaan overwegend uit simpele interpretaties (die vage schim is een enge man), snelle verwachtingen (die heeft het vast op mij voorzien), primitieve wensen (ik wil weg) en vermoedens (dit gaat me niet lukken). Waarom zag je een enge man en geen bekende of een straatventer? Is de dromer gespannen? Of angstig? Verkeert de dromer soms in een stressvolle periode? Verwacht hij wel vaker onheil? Enzovoort. Dit zijn uiteraard behoorlijk suggestieve vragen, maar waar het om gaat is dat je aan de hand van dromen op allerlei onbewuste gedachtes kunt stuiten. Dromen kunnen een tipje van de sluier oplichten van hoe je zelf in elkaar steekt. Het heeft dan ook meer zin om te kijken wat dromen voor ons kunnen betekenen, dan om te kijken wat bepaalde droomsymbolen zouden kunnen betekenen. Ik adviseer dan ook om droomsymboolboeken wel te gebruiken, maar dan voor het haardvuur. Deze boeken verspreiden namelijk vanwege hun dikte voor lange tijd een heerlijke warmte. Lees ze echter niet, want werken met dromen kun je alleen maar zelf. En als je dan toch met symbolen wil werken, koop dan een boek van Freud of Jung, dan lees je tenminste toch originele, historische werken.

Nachtmerries

Een zeer vervelende vorm van dromen is natuurlijk de nachtmerrie of angstdroom. De voorgestelde theorie over droomvorming leert ons iets over wat ze ons kunnen vertellen, maar daarmee los je niet altijd het probleem op. Bovendien kunnen nachtmerries ook voorkomen na traumatische ervaringen en dan helpt zelfinzicht je al evenmin veel verder. Technieken om nachtmerries te bestrijden, zijn ontspanning (lichamelijk en geestelijk), registratie van de nachtmerries

en desensitisatie. Dit laatste betekent dat je vaak de negatieve beelden gaat voor de geest halen en overdenkt, zodat ze minder indrukwekkend en angstaanjagend worden. Een andere optie die vooral bij herhalende nachtmerries werkt, is het herschrijven van het plot. Immers, door steeds hetzelfde scenario te dromen, worden de sturende verwachtingen en denkbeelden nog evidentier waardoor je automatisch die *duistere gestalten* als *achtervolgers* gaat zien en dergelijke. Door je droom in de verbeelding te herhalen maar er een ander einde aan te breien, doorbreekt je dit ingesleten patroon en is de kans groot dat je ook in je droom weer andere interpretaties kan geven aan opdoemde beelden.

Bij nachtmerries die erg verschillen van karakter werkt deze techniek helaas niet. Dan kun je proberen om rechtstreeks in te grijpen in je droom door te oefenen op lucide dromen. De uitgebreide beschrijving van hoe dat moet, vind je in *Alles over dromen*. Maar kort geschetst gaat het hierover: eerste prent je je (overdag) herhaaldelijk en diep in dat je je bij een bepaald thema of gevoel (bijvoorbeeld bij een achtervolging) gaat afvragen of je wakker bent, of dit echt is. De kans neemt dan toe dat je je die vraag stelt in je droom en dat je lucide wordt. Vanaf dat moment liggen alle mogelijkheden open en kun je het scenario zelf besturen: verkoop je die engerd een stevige mep, ga je een ijsje eten of vraag je hem wat hij eigenlijk te zoeken heeft in je droom? Het kan allemaal. Dat kan misschien ongeloofwaardig overkomen, maar het is een onderzochte techniek die zeker al vruchten heeft afgeworpen tijdens experimenten.

Meer lezen?

- Victor Spoomaker, *Alles over dromen*, (Kosmos, 2006) en *Droomsucces* (Kosmos, 2005)
- www.allesoverdromen.nl



Het motief van de slaap in de sprookjes van de gebroeders Grimm

WANNEER DE SPROOKJESHELD IN DE KLASSIEKE SPROOKJESCANON VAN DE GEBROEDERS GRIMM DOOR DE SLAAP OVERMAND WORDT, BRENGT DIT HEM ZELDEN RUST EN VERKWIKKING. SOMS GEBEURT HET DAT HIJ -PRECIES OM EEN BETOVERD KASTEEL TE VERLOSSEN- DRIE NACHTEN LANG, NIET VAN KLAAS VAAK, MAAR ONDER MEER VAN GERAAMTES, DIE DOOR DE SCHOORSTEEN NAAR BENEDEN VALLEN, HET BEZOEK KRIJGT (*SPROOKJE VAN IEMAND DIE EROP UITTROK OM TE LEREN GRIEZELEN*), GEWEKT WORDT DOOR EEN GEWELDIG LAWAAI, AFKOMSTIG VAN NEGEN LEIJKE DUIVELS DIE OM HEM HEEN DANSEN (*JAN PLEZIER*) OF -OM EEN PRINSES TE VERLOSSEN- OP DE PROEF GESTELD WORDT DOOR TWAALF ZWARTE MANNEN, DIE MET KETTINGEN BEHANGEN ZIJN EN HEM MARTELEN, SLAAN EN STEKEN (*DE KONING VAN DE GOUDEN BERG*). SLAAGT HIJ DOOR ZIJN MOED, LIST EN VOLHARDING ERIN DEZE KRACHTEN UIT DE NUMINEUZE WERELD, DIE STEEDS 'S NACHTS ACTIEF ZIJN, TE BEDWINGEN, DAN WORDT HET STIL EN KAN HIJ SLAPEN TOT HET KLAARLICHTE DAG IS.

Harlinda Lox

sprookjesspecialiste, vicepresidente van de Europäische Märchengesellschaft, wetenschappelijk auteur van onder andere *Enzyklopädie des Märchens*.



HARLINDA LOX

De proeve van moed kan er net omgekeerd ook in bestaan om niet in slaap te vallen: in het sprookje van *De gouden vogel* wordt er elke nacht een gouden appel uit de tuin van de koning gestolen. Deze laat telkens een van zijn drie zonen bij de bewuste boom waken: de beide oudsten slagen er niet in zich rond middernacht tegen de slaap te verzetten, de jongste wel, omdat hij zich op een ongemakkelijk bed van doornen legt of zelfs stokjes in zijn ogen steekt om wakker te blijven en zo de dief op heterdaad kan betrappen. Maar in het sprookje van *De raaf* kan de held -ondanks het uitdrukkelijke verbod iets bij de heks te eten of te drinken, waardoor hij in slaap zal vallen en de prinses uit haar ravengestalte niet kan verlossen- niet aan de verleiding weerstaan: hij neemt steevast een kleine slok. Wanneer hij dan op de uitkijk naar de koninklijke koets met de raaf staat, vallen zijn ogen vanzelf toe en slaapt hij zo vast dat niets op de wereld hem nog kan wekken. Hardleers zoals hij is, herhaalt zich dit scenario tot driemaal toe, daarna wacht hem de zware opdracht, op zoek te gaan naar het gouden slot van Stroomberg, waarnaar zijn geliefde verbannen is. Door een slaapdrankje diep in slaap verzonken hoort de held in het sprookje *Het zingende springende leeuwerikje* het klaaglied van zijn eerste geliefde niet. Zij heeft onder meer een gouden gewaad aan de valse bruid verkocht, "Niet voor geld en goed, maar voor vlees en bloed", voor een nachtje op de kamer van haar geliefde man en aanstaande bruidegom, in de hoop hem nog op tijd uit de handen van die andere vrouw te bevrijden. Soms wordt de held echter ook direct door een jonge vrouw of zelfs dochter van de heks aangemaand, om zich volledig aan de slaap over te geven. Wanneer hij ontwaakt, is dan zijn schier onmogelijke opdracht, zoals het leegscheppen van een vijver met een vingerhoed of zeef, voor hem tot een goed einde gebracht.

Het valt op, hoe dikwijls de held precies in zijn slaap weerloos aan de willekeur van zijn omgeving, die hem niet altijd gunstig gezind is, overgeleverd is. Wat er zich tijdens de slaap afspeelt, brengt de held niet zelden in een noodsituatie, die levensbedreigende proporties aanneemt. Jonge moeders worden in hun slaap van hun pasgeboren kinderen beroofd, door een vogel (*Vondevogel*) of meer nog door een boosaardige kok (*De anjer*) of jaloezise stiefmoeder, die haar schoondochter tot driemaal toe van kannibalisme beschuldigt, wat haar uiteindelijk op de brandstapel doet belanden (*De zes zwanen*). Het kind van Maria wordt in het gelijkna-

mige sprookje in haar slaap uit de paradijselijke hemel ver-stoten en ontwaakt beneden op aarde, midden in een wil-dernis. Jonge dames van koninklijke bloede rijpen in een slaapachtige doodstoestand tot volwassenheid. Doornroosje bevalt zelfs -althans in de oorspronkelijke versie- in de slaap van een tweeling zonder te ontwaken. Roodkapje en haar grootmoeder, en ook zes geitjes, worden ongedeerd uit de buik van de slapende wolf gehaald. In het sprookje *Het raad-sel* tracht de koningsdochter het antwoord op het raadsel aan de prins te ontfutselen, door hem in zijn slaap aan te spreken en hem ernaar te vragen, in de hoop dat hij in zijn droom zou antwoorden zoals velen doen. Dit is precies wat de grootmoeder van de duivel in het sprookje van *De duivel met de drie gouden haren* met succes doet: ze trekt hem niet alleen drie haren in zijn slaap uit, maar vraagt hem ook naar de oplossingen voor drie probleemsituaties die onopgehelderd bleven. Het dappere snijdertje, die het door zijn listen tot koning gebracht heeft, verraaft in zijn slaap zijn nederige afkomst, waardoor hij zich de afkeer van zijn kersverse koninklijke bruid op de hals jaagt. In het sprookje *Tafeltje dek je, ezeltje strek je* en *knuppel uit de zak* worden de magische voorwerpen tijdens de slaap tegen gewone ver-wisseld. Ook de koningsdochter, die weet welke toverkrachten in een sjofel hoedje en ransel schuilgaan, maakt haar nieuwbakken bruidegom in zijn slaap deze rekwisieten afhandig. De jaloerse broers wachten in het sprookje *Het water des levens* tot hun jongste broer en ware held diep in slaap is om het heilzame bronwater uit zijn beker te gieten en door bitter zeewater te vervangen. De jonge koning uit het sprookje *De drie slangenbladeren* wordt door zijn trouweloze vrouw en jaloerse schipper in zijn slaap in de zee gegooid. Een nog gruwelijker lot is de held uit het sprookje *De twee gebroeders* beschoren: hij wordt door de boosaar-dige maarschalk in zijn slaap een kopje kleiner gemaakt. Verzonken in een diepe slaap wordt aan de vertwijfelde held in het sprookje *Jorinde en Joringel* in zijn droom geopenbaard op welke manier hij zijn verloren geliefde terug vinden kan. Ook de heldin in het sprookje *De water-nimf in de vijver* volgt precies de instructies op die zij in haar droom kreeg en slaagt er in om haar verdwenen echtgenoot uit de macht van de demonische watervrouw te bevrijden.

Wanneer het sprookje gewag maakt van een gedwongen en emotioneel geladen verlaten van het ouderlijke huis, bij-voorbeeld door jaloezie of door de dreiging van incest, dan tekent het niet zelden een ontwortelde, kwetsbare, *naakte*

en vluchtende mens, die zijn warme bed inruilt voor een slaappleats in een holle boom. Dit is de grauwe realiteit voor onder meer de heldinnen uit de sprookjes *Het kind van Maria* en *Bontepels*. Hans en Grietje daarentegen wanen zich in de hemel wanneer ze in het huisje van de kannibaal-se heks in twee mooie bedjes met schone lakens mogen slapen; ook Sneeuwwitje strekt zich languit op de bedjes van de dwergen, die bij de gebroeders Grimm althans als brave burgermannetjes gekarakteriseerd worden. Wie een bedelaar een slaappleats voor de nacht aanbiedt, wordt daarvoor doorgaans heel royaal beloond. Dit ondervindt een arm echtpaar uit het sprookje *De arme en de rijke*. Zij mogen voor hun verleende gastvrijheid -waarbij ze zelfs hun eigen bed aan de onbekende reiziger afstonden- drie wensen uiten, waardoor ze, op de juiste manier aange-wend, een beter leven tot aan het eind van hun dagen win-nen. Wie dit uit pure berekening doet, komt er bekaaid vanaf. De rebelse koningsdochter uit het sprookje *De kikker-koning of ijzeren Hendrik* vindt het een onmogelijke eis van de lelijke kikker, die samen met haar in haar mooie schone bedje wenst te slapen. Haar weerstand verdwijnt echter als sneeuw voor de zon wanneer de kikker als een aantrekke-lijke (naakte) jonge man in haar bed neervalt, die haar lieve metgezel en echtgenoot wil zijn.

Het toversprookje kent vooral de voorstelling van de dood als lange slaap. De voorstelling dat de dood als een slaap-toestand ervaren wordt, is oeroud en eeuwig nieuw: uit deze voorstelling spreekt eens te meer de menselijke drang naar onsterfelijkheid, want slaap impliceert steeds een ont-waken, een terugkeer in het leven. De gelijkschakeling van de dood met de slaap impliceert dat de toestand van de dood in weze niets verschrikkelijks of ongewoons is. Sterven is -net zoals slapen- enkel een zacht wegglijden in een andere toestand. Ook in het taalgebruik wordt door middel van de metafoer van de slaap naar de dood verwezen. Denk maar aan de zin in vele overlijdensberichten *in de heer ont-slapen zijn* of de uitdrukking voor het graf als *het koele bed*. In het sprookje *De glazen doodkist* wordt de slaap nog als een zwakkere vorm van het leven beschreven: in de glazen kist ligt een beeldschoon meisje. Het leek of zij lag te slapen en zij was in haar lange blonde haren gehuld als in een kostbare mantel. Haar ogen waren stijf gesloten, maar haar frisse gelaatskleur en een lint dat door het ademen op en neer bewoog, lieten er geen twijfel over bestaan dat zij leefde. In het sprookje van *De bijenkoningin* heet het op het einde echter heel duidelijk:



DOORNROOSJE - [HTTP://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/WIKI/FILE:DORNROSCHEN_%282%29.JPG](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:DORNROSCHEN_%282%29.JPG)

“Toen was de betovering verbroken, iedereen werd uit zijn slaap verlost en wie van steen was, herkreëg zijn menselijke gedaante.” Precies wanneer het sprookje gewag maakt van onttovering en ontwaken, wordt het voor het toehoorderspubliek duidelijk, dat de slaap in feite een doodsslaap was.

In de beroemde sprookjes van *Doornroosje* en *Sneeuwwitje* wordt de slaap consequent als een sprookjesachtige doodstoestand ervaren. De sprookjesonderzoeker Karl Justus Obenauer formuleerde het als volgt “(...) de toverslaap in volledige eenzaamheid is het gevolg van een aanvaring met een boosaardige schikgodin en deze toverslaap vertoont door zijn lange duur gelijkenis met de dood.” Iedereen kent zowat de vloek die door de dertiende fee uitgesproken wordt uit wraak omdat zij niet op het doopfeest van het pasgeboren prinsesje uitgenodigd was: “De koningsdochter zal zich op haar vijftiende jaar aan een spintol prikken en dood neervallen.” De twaalfde wijze vrouw, die haar wens nog niet uitgesproken had, kon deze boze voorspelling niet ongedaan maken, maar deze alleen verzachten: “De koningsdochter zal niet dood gaan, maar honderd jaar slapen.” Met andere woorden ze kan de fatale dood ombuigen in een zogenaamde sprookjesdood; uit dewelke er althans voor de sprookjeshelden en -heldinnen een vreugdevol ontwaken geldt. In tegenstelling tot de dood vernietigt de slaap niets -dat is het eigenlijke troosten hoopvolle aan deze voorstelling. In het sprookje van *Sneeuwwitje* bewerken rekwisieten zoals rijgsnoer en kam, die ertoe dienen om de schoonheid te verhogen, in de grond net het omgekeerde. Zij veroorzaken verderf en dood of tenminste de slaapdood. En juist de appel,

die van oudsher een vruchtbaarheidssymbool is (vele vrouwen worden alleen al door het schillen van een appel in de sprookjes zwanger), wordt hier tot een vrucht des doods. En hoewel er om *Sneeuwwitje* als om een dode getreurd wordt en ze zelfs in een glazen kist gebed wordt, zijn er toch ook subtiele aanwijzingen, die nog naar enig leven verwijzen: “De dwergen vinden *Sneeuwwitje* op de grond liggen en er kwam geen adem meer uit haar mond en zij was dood. Zij tilden haar op, zochten of zij iets vergiftigs konden vinden, maakten haar keurslijfje los, kamden haar haren, wasten haar met water en wijn, maar het hielp allemaal niets, het lieve kind was dood en bleef dood. Zij legden haar op een baar en gingen er alle zeven omheen zitten en beweenden haar en zij weenden drie dagen lang. Toen wilden zij haar begraven, maar zij zag er nog zo fris uit als een levend wezen en zij had nog haar mooie rode wangen. Zij spraken: ‘Zo kunnen we haar niet in de zwarte aarde neerlaten’ en zij lieten een doorzichtige doodkist van glas maken, zodat men haar van alle kanten kon zien. (...) Nu lag *Sneeuwwitje* een lange, lange tijd in de kist en verging niet, maar zag eruit alsof zij sliep, want zij was nog zo wit als sneeuw, zo rood als bloed en haar haren waren zo zwart als ebbenhout.” Het sprookje bereikt al gauw zijn climax: de dienaren van een jonge koning, die onsterfelijk verliefd wordt op het meisje in de doodskist, nemen de kist op hun schouders, maar zij struikelen en door de schok schoot het vergiftigde stuk appel dat *Sneeuwwitje* afgebeten had, uit haar keel. “En niet lang daarna opende zij haar ogen, lichtte het deksel omhoog, en richtte zich op en was weer levend.”

In een misschien wel minder bekend sprookje uit de beroemde verzameling van de gebroeders Grimm *De boden van de dood* belooft de gepersonifieerde Dood de mens niet onverhoeds uit het leven te roepen, maar hem zijn nakende komst door middel van zijn boden te signaleren. Nadat de jonge man door koorts, jicht, duizelingen, oorsuizingen geplaagd wordt, tikt de Dood hem op zijn schouder. Naast de vele lichamelijke kwaaltjes die eenieder kent, beschouwt de Dood als zijn toch belangrijkste bode de slaap, die hij zelfs zijn eigen broer noemt: “Lag je ‘s nachts niet in bed alsof je al dood was?” De mens wordt weliswaar elke avond door de slaap overmand, maar deze brengt in de eerste plaats rust en verkwikking. Het moge duidelijk zijn dat de gepersonifieerde Dood de mens hier manipuleert en hem om de ultieme waarheid van zijn eigen wezen bedriegt. Regelmaat, rust, verkwikking -deze door de vergelijking met de slaap- aangesproken eigenschappen verdoezelen in feite het tragische van de Dood, dat in zijn eenmalig en onomkeerbaar karakter schuilt. Deze verschuiving in de houding van de mens ten opzichte van zijn sterfelijkheid zal uiteindelijk tot aanvaarding van en berusting in de condition humaine leiden. Dit althans beoogde de middeleeuwse exempelliteratuur die een stichtelijk karakter had en het hier beschreven sprookje inspireerde. Uit de slotzin spreekt dan ook aanvaarding en berusting: “De mens wist hierop geen antwoord, schikte zich in zijn lot en volgde de Dood.”

Een brug naar je dromen

Een allesbehalve dromerig gesprek met gestalttherapeute Mieke Serruys

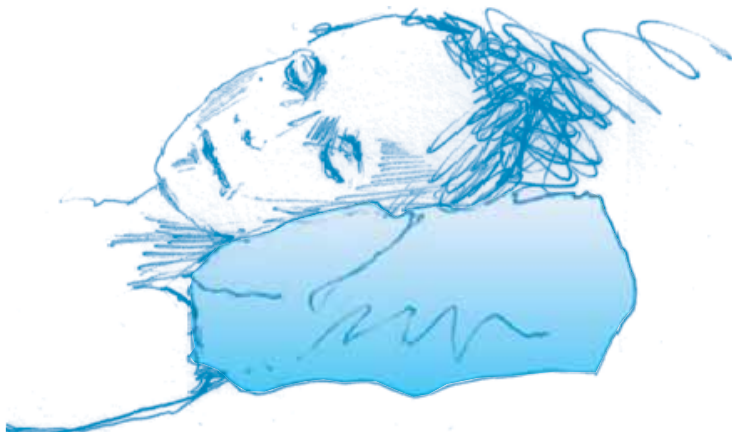
OP EEN IETWAT DRUILERIGE NAMIDDAG ONTVANGEN WE DE ENTHOUSIASTE MIEKE SERRUYS IN HET PROVINCIAAL CENTRUM MORELE DIENSTVERLENING TE BRUGGE. MIEKE DOET MET HAAR WARME STEM EN HAAR OPGEWEKTHEID DE ZON ALGAUW WEER SCHIJNEN EN VOERT ONS MEE NAAR DE WERELD VAN DE DROMEN.

MIEKE HEEFT EEN ZELFSTANDIGE GESTALT PRAKTIJK IN ASSEBROEK (BRUGGE) EN ZIJ WERKT DAARNAAST ALS ERGOTHERAPEUT OP EEN ACUTE AFDELING PSYCHIATRIE. HAAR CREATIEVE GEEST KRIJGT VLEUGELS IN DE VERSCHILLENDE VORMINGEN DIE ZIJ VERZORGT. ZE HEEFT THUIS EEN KLEIATELIER EN ZIJ WERKT OOK VAAK SAMEN MET VORMINGPLUS WAAR ZIJ CURSUSSEN GEEFT IN MEDITATIEF BOETSEREN EN OVER HOE JE KUNT WERKEN MET JE DROMEN...EN HET IS NU NET DIT DAT ONS INTERESSEERT!

Magali de Jonghe
moreel consultant PCMD Brugge



MIEKE SERRUYS



We hadden allerlei vragen voorbereid, maar die konden we rustig aan de kant leggen, want Mieke is werkelijk gepassioneerd door dromen en stak onmiddellijk van wal. Door haar gestaltopleiding heeft zij zich voornamelijk laten inspireren door Perls en in het kader van het werken met dromen onthouden we best dat het geheel meer is dan de som van de delen. Specifiek voor droomduiding betekent dit dat we eerst naar de afzonderlijke delen in een droom kijken en later pas naar het grotere geheel, dit omdat net de details ons al heel wat kunnen verduidelijken.

Mieke omschrijft dromen als een rijke, mysterieuze beeldtaal die de eigenlijke vertaling is van onze onbenutte talenten, verborgen gevoelens en verlangens. Dromen kunnen ook een veruitwendiging zijn van bepaalde verwerkingsprocessen. Ze zijn volgens haar heel betekenisvol en er is weinig plaats voor toeval, want wat men droomt, is er niet zomaar. Dromen brengen een werkelijke boodschap, ze zijn als het ware een barometer van het innerlijke. Ze bieden een spiegel van onze innerlijke beleving en door ernaar te kijken, krijgen we weer meer voeling met onszelf en worden we een *heler* persoon. Dromen bieden een rijkdom aan materiaal om mee te werken en wanneer we de stap zetten om er mee aan de slag te gaan, zal dit ons dagdagelijks functioneren beïnvloeden. Maar dit geldt ook andersom, want hetgeen we in wakende toestand meemaken heeft een invloed op onze dromen, het is een verbonden gebeuren. Om vat te krijgen op onze dromen, om ze beter te (be)grijpen, moeten we weten waaruit ze bestaan, met andere woorden wat de bouwstenen zijn. Er zijn natuurlijk verschillende soorten dromen, maar algemeen stelt Mieke dat een droom bestaat uit volgende *drie bouwstenen*.

Ten eerste is er de *dagrest*, dat is bijvoorbeeld iets dat we op tv hebben gezien, een gevoel dat we daarbij hadden, een lied dat we op de radio hebben gehoord en min of meer onbewust in onze geest is blijven sluimeren.

Miekes tweede bouwsteen is het *persoonlijk onbewuste*, dit zijn de dingen die we nog niet helemaal hebben verwerkt, onderdrukte herinneringen, zaken die ons bezighouden en die in dromen, vaak op een verwrongen wijze, terug naar boven komen (aangezien censuur dan volledig wegvalt). Het spreekt voor zich dat werken met het persoonlijk onbewuste heel veel kan doen met een persoon. Het kan heel helend zijn om de innerlijke onbewuste stromingen te veruitwendigen.

Een derde bouwsteen zijn de *archetypen*, zij maken deel uit van ons collectief onbewuste. Het is een sterke universele taal die met symbolen spreekt, zoals *de oude man*, *de slang*, *de wijze vrouw*... Deze symbolen kunnen een rol spelen tijdens overgangperiodes, maar het is niet altijd evident om er mee te werken. Het vraagt heel wat ervaring in droomduiding en voeling om er mee om te gaan en desgevallend te kunnen begrijpen. Jung heeft Mieke op dit vlak een heel eind op weg gezet.

Nu we weten uit welke elementen dromen bestaan, vragen we haar hoe we er nu concreet mee aan de slag gaan. Een eerste stap is volgens haar het systematisch bijhouden van een *droomdagboek*, een boek waarin dromen vrijwel onmiddellijk bij het ontwaken kunnen worden genoteerd. Hierbij is het belangrijk dat de dromer zijn partner inlicht, want praten of elke andere vorm van interactie onmiddellijk na het ontwaken maakt dat een droom verdwijnt. Het is handig om een blocnote naast het bed te leggen en wanneer men ontwaakt direct een woord, beeld of het gevoel waarmee men is wakker geworden, noteert. Omzichtigheid is geboden bij het te snel interpreteren, men kan deze mogelijke interpretatie noteren, maar er moet ruimte blijven voor associatie. Wanneer de droom wordt uitgeschreven in het droomdagboek past Mieke, om een zeker overzicht te krijgen, structurerende codes aan, bijvoorbeeld personen omcirkelen, plaatsen onderlijnen... Op die manier zijn patronen, gelijkenissen en herhalingen in dromen gemakkelijker te herkennen. De droom dient altijd in het nu te worden geschreven, alsof men als het ware de droom herbeleefd, ook wanneer die verteld wordt aan de droomduider. Dit maakt de beleving veel concreter en maakt dat de dromer terug in de droom kan stappen.

Eenmaal de droom is opgetekend, kan de exploratie beginnen. Een eerste methode die Mieke geeft om een droom te duiden, is de *vrije associatie*. Het is een methode die het efficiëntst werkt wanneer de dromer hierbij hulp krijgt van een tweede persoon, de droomduider, omdat interactie het perspectief verbreedt en stimuleert tot verdere exploratie. Door de associaties verder te bevragen, wordt de droom ook steeds concreter, details komen meer op de voorgrond, personages en omgeving worden zichtbaarder. Ook hier is het opnieuw belangrijk om te focussen op details aangezien zij relevante informatie kunnen bevatten om de droom beter te begrijpen. Het is de taak van de droomduider om oog te hebben voor de intonatie,

het timbre en de non-verbale informatie die vrijkomt terwijl de dromer associeert, want gevoelsladingen brengen immers een zeer belangrijk perspectief op de droom. Wanneer bepaalde associaties zijn gemaakt, is het goed ze te noteren, maar ook om ze even te laten rusten en na te gaan of er patronen kunnen worden teruggevonden. Het is namelijk zo dat bepaalde zaken die ons bezighouden in het dagdagelijkse leven in onze dromen in verschillende vormen kunnen terug komen.

Bij vrije associatie bestaat de kans dat men vastloopt, een goede tip van Mieke is om zich dan voor te stellen dat men het betrokken object probeert uit te leggen aan een marsmannetje. Bijvoorbeeld: hoe kan men *slang* uitleggen aan een marsmannetje? Klinkt misschien onnozel maar het is moeilijker dan men denkt en op die manier merkt men al gauw waar de verteller het accent legt (giftig, gevaarlijk, sluw, glibberig, vervellen, medicijnen, slank...).

Een andere techniek die ze aanraadt, is de *droomdialoog*, dit is het opnieuw oproepen van de droom en vervolgens de elementen uit de droom ondervragen, zoals aan personages (mensen, dieren, objecten) in de droom vragen waarom ze er waren en wat ze wilden zeggen. Dit is iets dat de dromer zelf kan doen, maar het is opnieuw verrijkender om dit in dialoog met de droomduider te doen. De dromer stapt als het ware terug in zijn droom en staat stil bij de verschillende elementen die er aanwezig zijn. Vaak komen bepaalde thema's die nog niet verwerkt zijn terug in dromen, onder andere onder de vorm van nachtmerries. De droomdialoog kan een heel functionele methode zijn in het werken met nachtmerries. Nachtmerries zijn bijzondere dromen want het centrale thema is steeds angst en dit in de vorm van bijvoorbeeld vallen, verdwalen, achtervolgd worden enzovoort.

Bij nachtmerries komen juist onze schaduwzijden naar boven, de dingen die we van onszelf liever niet willen kennen, maar wel een deel van ons *zijn* uitmaken.

Door ernaar te kijken en te begrijpen wat de eigenlijke betekenis ervan is, kan men de angst tot zijn bondgenoot maken. De schaduwzijde wordt als het ware terug geïntegreerd in plaats van afgestoten, waardoor men opnieuw een heler mens wordt. De meest veilige techniek om hiermee te werken is de droomdialoog. Niettemin kan het nog steeds heel confronterend zijn, dus een zekere mate van vertrouwensrelatie met de droomduider is voor Mieke een vereiste. Door de angst te gaan verkenen en het te zien als een deel van zichzelf, ontstaat er een andere dynamiek. De schaduwzijde is een deel van zichzelf en niet langer de externe agressor die ons opjaagt.

In het verlengde bestaat er ook de techniek van het *worden*. Bij deze techniek neemt de dromer het standpunt in van een bepaald element uit de droom en vanuit die ervaring gaat de dromer de mogelijke betekenissen verkennen. Dat klinkt nogal abstract, dus Mieke geeft een voorbeeld: in een droom moet ik door omstandigheden mijn fiets achterlaten. Ik probeer mij in te beelden dat ik de fiets ben uit mijn droom en ik besef dat de fiets voor mij betekent *de vrijheid hebben om overal naar toe te gaan*. In mijn droom kan ik mijn fiets niet nemen door overmacht en moet hem dus achterlaten. Dit

kan betekenen dat ik momenteel in het gewone leven door overmacht wordt belemmerd in mijn vrijheid. Als men dit soort gedachten gaat exploreren en de dromer voelt dat de interpretatie klopt, dan zit hij op de juiste weg en kan er in diezelfde richting worden verder gedacht.

Een volgende stap is het *droom-ik* worden, volgens de methode van Kaplan. Dit is het eigen handelen in de droom bestuderen, wat doet het *droom-ik* wel of niet? Hoe staat het *droom-ik* tegenover andere personages in de droom. Wanneer dit duidelijker wordt, is het belangrijk om het *droom-ik* te vergelijken met het *wakende-ik* en te kijken waarin ze verschillen? Het kan handig zijn om de droom te herschrijven zoals men werkelijk had willen reageren in een bepaalde situatie. Deze techniek vindt ze interessant bij nachtmerries, bijvoorbeeld in plaats van weg te lopen van de enge man die ons achtervolgt, zouden we kunnen stoppen en er contact mee maken.

Deze technieken om een droom te duiden, moet men leren door te doen, want er vaak mee bezig zijn, maakt dat men er sneller voeling mee krijgt. Wanneer we zoeken naar de mogelijke betekenissen van de droom, kunnen we vaak een soort *aha-erlebnis* krijgen, dit gevoel is de bevestiging dat we op het juiste spoor zitten.

In de literatuur zijn heel wat droomwoordenboeken voorhanden en we vroegen ons af of die een steun kunnen zijn in het zoeken naar de juiste betekenis? Volgens Mieke Serruys zijn dergelijke boeken leuk ter inspiratie, maar vertellen ze eigenlijk vooral iets over de visie van de auteur en brengen ze geen meerwaarde. We zijn allen zelf de auteur van onze eigen dromen en de betekenisgeving kunnen we best zelf achterhalen. Er is dus geen sprake van een soort code om de betekenissen in de droom te kraken, in die zin

wordt er dus ook niet gesproken van droomanalyse maar van droomduiding, waarbij de droomduider enkel een aanzet kan geven tot verdere exploratie en het uiteindelijk de dromer zelf is die de betekenis zal moeten achterhalen.

We waren natuurlijk ook benieuwd of een moreel consulent (of een collega counselor) de rol van droomduider op zich kan nemen?

Werken met dromen vraagt heel wat ervaring, maar het moet ook in de vingers zitten. Het is vaak delicate materie en kan zelfs neerkomen op traumaverwerking.

Tijdens het verkennen kunnen onverwachts heel persoonlijke zaken naar boven komen zonder dat men dit voordien kan inschatten. Mieke benadrukt dat zorg en voorzichtigheid dus zeker nodig zijn bij intensief en gericht werken met dromen. Het gewoon laten vertellen van een droom door een cliënt is dan weer weinig verdiepend op zich. Het is echter wel nuttig om stil te staan bij de gevoelens rond die droom, bijvoorbeeld: *'Met welk gevoel werd je wakker?'*. Een moreel consulent kan ook een nieuw licht laten schijnen over vraagstukken, door de zaken die worden aangehaald binnen de droom terug te koppelen naar het dagelijkse leven, bijvoorbeeld: *'Ken je dat gevoel in je dagelijkse leven?'*.

We concluderen dus dat een moreel consulent kan stilstaan bij de gevoelens waarmee de dromer wordt geconfronteerd, maar dan vooral door de koppeling te maken met eventuele herkenbaarheid in het dagelijkse leven. Het lijkt simpel, maar het is verrassend hoeveel informatie men op die manier al op het spoor kan komen!

Werken met dromen is als een nieuwe taal die je kan aanleren, het vraagt dat je je erop toelegt om er voeling mee te krijgen. Het is alvast zeer boeiende materie welke een nieuwe invalshoek kan bieden in de hulpverlening.



WIEGENDOED IS HET PLOTS EN ONVERKLAARD OVERLIJDEN VAN EEN KIND TUSSEN 2 WEKEN EN 1 JAAR, MET EEN HOOGTEPUNT TUSSEN 2 EN 4 MAANDEN. 90% VAN DE GEVALLEN GEBEURT VOOR DE LEEFTIJD VAN 6 MAANDEN. WIEGENDOED IS EEN ALGEMENE TERM VOOR KINDERSTERFTE IN DE WIEG.

WANNEER MENSEN OVER WIEGENDOED SPREKEN, DOELEN ZIJ MEESTAL OP SIDS (*SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME*), LETTERLIJK VERTAALT: *SYNDROOM VAN HET PLOTS OVERLIJDEN VAN EEN BABY*. MEN SPREEKT OVER *SYNDROOM* OMDAT HET NIET GAAT OVER EEN OORZAAK, MAAR WEL OM EEN DUIDELIJK KENMERK. Bij SIDS OVERLIJDT DE BABY ZONDER AANTOONBARE SYMPTOMEN ZOALS VERSTIKKING. DE MEEST GANGBARE UITLEG VOOR SIDS IS DAT DE ADEMHALINGSFUNCTIE NOG NIET GOED GENOEG IS ONTWIKKELD EN ALS DE BABY DAN EVEN STOPT MET ADEMEN (BIJVOORBEELD IN EEN DIEPE SLAAP), DAN WORDT ER GEEN SIGNAAL NAAR DE HERSENEN GESTUURD VAN HET ZUURSTOFTEKORT OM DE ADEMHALING TERUG OP TE STARTEN. WE MOETEN WEL ZEGGEN DAT ER NOG VELE ANDERE THEORIEËN DE RONDE DOEN EN ER MOMENTEEL NIET EEN VASTE OORZAAK KAN AANGEDUID WORDEN VOOR SIDS.

dr. Koen Quaegebeur, dr. Noel Logghe, dr. Mia De Bie,
dr. Karin Decaestecker en dr. Els Ide
pediaters
Stedelijk Ziekenhuis Roeselare



TEKENINGEN P 50-51 © WWW.PETERJONCKHEERE.BE

Risicokinderen

Sommige kinderen worden gecatalogeerd als behorend tot de risicogroep:

- prematuren,
- pasgeborenen van ouders die reeds een kindje verloren aan wiegendoed,
- gekend drugsgebruik bij de moeder,
- kinderen die specifieke symptomen vertonen tijdens hun slaap (onder andere overmatig zweten, snurken, lange adempauze, bleekheid),
- kinderen met een positief slaaponderzoek.

Risicokinderen zullen verwezen worden naar een gespecialiseerd centrum voor verder onderzoek, waarbij het slaaponderzoek het belangrijkste is. Door middel van registratie van een aantal vitale parameters (hartslag, ademhaling, zuurstofsaturatie, mondbodemspieren, oogbewegingen) kan men registreren in welke fase van de slaap een kind problemen vertoont en ook apneu-aanvallen (= ademhalingsstilstand minder dan 15 sec.) detecteren. Dit onderzoek gebeurt op de leeftijd van 6 tot 8 weken, wat optimaal is voor een goede beoordeling van het onderzoek.

Frequentie

Wat betreft de frequentie van wiegendoed bestaat geen nauwkeurigheid; er wordt immers niet steeds tot autopsie overgegaan bij het verdacht overlijden van een baby. In België bedroeg het sterftecijfer tot in 1995 1,6 tot 1,7 per 1.000 levendgeborenen. Dankzij een goede preventie is de incidentie teruggebracht tot minder dan 0,5 per 1.000 levendgeborenen. Na een jarenlange bijna onafgebroken daling is het aantal gevallen van wiegendoed in Vlaanderen in 2000 opnieuw wat gestegen, van 34 tot 43.

Preventie

Voor ouders is het van primordiaal belang de baby een maximale veiligheid te kunnen bieden en te weten hoe men kan voorkomen dat er tijdens de slaap iets gebeurt.

Er wordt in de eerste plaats gekozen voor een *veilige slaapomgeving*.

- Het gebruik van een goede stevige matras, aangepast aan afmeting van het bedje.

- Geen hoofdkussen gebruiken, geen overbodige spullen in het babybedje leggen (bijvoorbeeld knuffels), geen dieren in de kamer van de baby.
- Eventuele stoffenbekleding moet goed vastzitten.
- Regelmatig verluchten van de slaapruijnte is belangrijk.

Naast de slaapomgeving is ook *de houding* van essentieel belang.

- Ruglig is de aangewezen houding: het gezichtje blijft vrij. (Buiklig is uit den boze, tenzij op medisch advies.)
- De baby mag het ook niet te warm of te koud hebben tijdens het slapen; een ideale kamertemperatuur mag zeker de 20 graden niet overschrijden voor pasgeborenen jonger dan 8 weken, daarna is 18 graden echt het maximum.
- Donsdekens zijn uit den boze (oververhitting + baby kan er onder wegglijden), een lakentje en dekentje of een lichte slaapzak aangepast aan de grootte van de baby zijn voldoende. Baby's met koorts worden vanzelfsprekend minder warm toegedeckt.
- Zorg vooral ook dat er niet geroookt wordt in het bijzijn van de baby.
- Bij borstvoeding mag de moeder ook geen medicatie innemen zonder voorschrift.

- Respecteer het slaapritme van het kind; voldoende slaap is onontbeerlijk.
- Laat baby zeker nooit alleen achter in de wagen of in om het even welke kleine afgesloten ruimte.
- Zorg voor voldoende vochtinname als het warm is.

Toezicht houden.

- Controleer je kindje regelmatig. Hou het overdag bij je in de rustige woonkamer, 's nachts tot 6 maanden in jullie slaapkamer, wel afzonderlijk in zijn eigen bedje.
- Sla nooit een voedingsbeurt over.
- Kijk na een hevige huilbui altijd hoe het in slaap is gevallen.

Raadpleeg dan ook een arts bij volgende signalen.

- Recente gedragsverandering bij de pasgeborene baby (onder andere ongewoon kalm of opgewonden).
- Kreunen tijdens de slaap en ook bij wakker zijn.
- Overgeven of niet willen eten, ademlast bij de baby.
- Temperatuur hoger dan 38 graden of lager dan 36 graden bij een baby jonger dan 6 maanden, ongewone bleekheid, ongewoon zweten tijdens de slaap (= zonder aanwijsbare reden), luidruchtig ademen of snurken zonder aanwezigheid van enige infectie.



De Droom, de Slaap en de Dood, beelden van het Leven

HOE ZOU HET MOGELIJK ZIJN OVER DROOM EN SLAAP TE SPREKEN ZONDER ZE TE VERBINDEN MET DE DOOD? ZE ZIJN VERWANT AAN ELKAAR ÉN ZE ZIJN VERWEVEN MET ELKAAR: HUN DRADEN VORMEN HET WEEFSEL VAN HET LEVEN.

DE MYTHISCHE NACHT, IS DE DOCHTER VAN CHAOS: DE NACHT INGAAN IS IN HET ONBESTEMDE TREDEN, ALLES WAT AAN HET WORDEN IS, DE WERELD VAN DROMEN, GEESTEN EN DEMONEN. MAAR DE DUISTERNIS VAN DE NACHT INGAAN, IS OOK DOORHEEN DE DONKERE TUNNEL GAAN NAAR DE PLEK WAAR HET LICHT WEER ZAL OPRIJZEN UIT DE DAGERAAD. DAN IS DE NACHT HET SYMBOOL GEWORDEN VAN DE TRIOMF OVER DE TIJD, DE DUISTERNIS VAN DE NACHT VOERT NAAR HET LICHT VAN DE STERREN.

“MEER GODDELIJK DAN DE SCHITTERENDE STERREN LIJKEN ONS DE ONEINDIGE OGEN DIE DE NACHT IN ONS HEEFT GEOPEND. HUN BLIK VOERT VEEL VERDER DAN DE STERREN, DIE VAN EEN ONZEGBAAR GENOT VERVULLEN, DE RUIMTE DIE BOVEN DE RUIMTE IS.” (NOVALIS)

Katharina Haemers

gewezen docente vergelijkende godsdienstwetenschappen



DE SLAAP EN DE DOOD BRENGEN DE DODE SARPËDON SAMEN MET HERMES NAAR DE ONDERWERELD.
[HTTP://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/WIKI/FILE:HERMES_E_SARPEDON.JPG](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hermes_e_sarpedon.jpg)

Nacht is de moeder van Hemel en Aarde.

Nacht is de moeder van de god van Slaap (Hypnos) en van de god van de Dood (Thanatos): zij zijn tweelingbroers. Zoals de slaap wordt ook de dood ervaren als de bevrijder van pijn en zorgen; zoals de dood opent de slaap de toegang tot het rijk van de geest en ook de dood leidt binnen in onbekende werelden van paradijs en hel.

“O Slaap, vriendelijke zachte vertrooster van de natuur, hoe heb ik u zo kunnen verschrikken dat gij mijn oogleden niet meer wilt sluiten om mijn zinnen in vergetelheid te laten wegzinken? O gij waanzinnige god, waarom legt ge u in de met de verraders in een weerzinwekkend bed, en verlaat ge de koninklijke legerstede?” is de wanhopige uitroep van koning Henry in de tragedie van William Shakespeare.

Ook de held Achilles zoekt -lang voor Shakespeare- de vrede van de zoete slaap *die zijn hart van zorgen verloorde* nadat hij, tijdens de oorlog om Troje, bloedige weerwraak heeft genomen op de moordenaar van zijn boezemvriend. De voltoening van de wraak maakt al spoedig plaats voor het ondraaglijk leed van het verlies... en wat gebeurt? In Achilles' droom verschijnt de figuur van Patroklos, heel reëel, en smeekt Achilles hem te begraven zodat hij kan rusten in de dood. Vol verlangen wil Achilles zijn vriend omhelzen... maar het is slechts een schijnfiguur, een geest die hij zag: tussen beide werelden ligt de diepe kloof van de dood.

De slaap van vergetelheid wordt soms ook als een noodlot-tig gebeuren ervaren: de zwervende Odysseus, die op zijn reizen voortdurend door onheil en rampen wordt achtervolgd, wordt telkens opnieuw door de slaap der vergetelheid overvallen in de belangrijke omstandigheden, wanneer hij zijn bewustzijn écht niet mag verliezen in de slaap. Voor hem géén verkwikkende, bevrijdende slaap, maar de vloek van het verlies van controle: zijn reismakkers bevrijden de verwoestende winden op de zee terwijl hij slaapt; zijn strijdmakkers doden -ondanks het verbod!- het goddelijke vee van de kudde van de god Apollo terwijl hij weggezonden is in de slaap; hij, die zo verlangt zijn eiland terug te zien na twintig jaar afwezigheid, valt in een diepe slaap vlak voor hij door zijn vrienden aan land wordt gezet, en deze slaap was zo diep van vergetelheid, dat hij aanvankelijk zijn eigen eiland niet eens herkent...

Niet altijd brengt de slaap de verlichting van de zorgen, soms lijkt de slaap angstwekkend op de dood, of is het

andersom? Romeo en Julia spelen een gevaarlijk spel met slaap en dood, en het wordt een noodlottig spel van vergis-singen. Romeo meent dat Julia dood is en neemt gif in om haar te vergezellen in de dood; wanneer Julia, die enkel een slaapmiddel had genomen, uit haar schijndood ontwaakt, ligt ze naast het dode lichaam van haar geliefde.

Gilgamesj, de vorst van Uruk, roept vertwijfeld tot zijn vriend Enkidu die gestorven is: "Enkidu, mijn vriend, Wat is dat voor slaap die jou in zijn greep houdt? Draai je om naar mij! Waarom luister je niet?"

Enkidu zal niet meer ontwaken, ook al wil Gilgamesj de werkelijkheid niet onder ogen zien. Nochtans was dit een aangekondigde dood! Nadat beide vrienden zich hadden bezondigd aan brutale overmoed en de goden zwaar hadden beledigd, kon het niet anders dan dat zij de wraak van deze goden hebben uitgelokt. En ook die wraak komt niet onaangekondigd: Enkidu heeft angstwekkende dromen!

"Mijn vriend, luister, ik heb vannacht gedroomd. De hemel schreeuwde, de aarde antwoordde. Ik stond er tussenin. Er verscheen een jonge man met een duistere blik... Hij hield me vast bij mijn haar en hield me in zijn macht... Ik schreeuwde om hulp, maar jij redde me niet... Hij greep me en voerde me naar het huis van de duisternis, het huis dat men binnengaat en nooit meer verlaat, over de weg waarlangs geen terugkeer mogelijk is..." (Gilgamesj epos, VII). In de Soemerische tradities zijn dromen persoonlijke boodschappen van de goden: ze waarschuwen dat er nog tijd is om zich te verzoenen met een onafwendbaar lot. Dromen zijn door de goden gezonden, ze zijn zowel voor koningen als slaven, ze worden uitvoeriger beschreven dan de gebeurtenissen zelf en worden verklaard door priesters die daartoe speciaal zijn opgeleid.

De slaap brengt de droom die de dood aankondigt: de cirkel is rond.

Waar te beginnen?

Bij de droom die een initiatie is, die vooronderstelt altijd een (symbolische) dood van de adept, opdat een nieuw mens zou kunnen geboren worden?

Bij de slaap, die zo gelijkend is aan de dood omdat de slappende ongevoelig lijkt aan de omgevende werkelijkheid en tot een andere werkelijkheid schijnt te behoren, zonder zorgen en pijn?

Of bij de dood die de ultieme slaap betekent, waarin alle leed is geleden op deze aarde, maar die in sommige tradi-

ties een slaaptoestand blijft waarin symbolische beelden de overledene nog de weg wijzen naar het andere leven, begeleid door de droomgestalten?

Is ook Maria, de moeder van Jezus van Nazareth, niet de bevoorrechte, die niet de dood moet ondergaan, maar slechts zal ontslapen, alvorens zij tot een andere werkelijkheid zal opgenomen worden?

In de oudheid hebben dromen een niet te overschatten waarde gehad en dat is nog steeds zo bij natuurvolkeren en archaische beschavingen. De droom is levensbepalend, een spiegel voor het leven van vroeger, nu en de toekomst.

De droom van Astyages, koning van de Meden, is hoogst alarmerend: uit de schoot van zijn dochter stroomt een grote plas die heel Azië overstroomt; de priester verklaart deze droom: de zoon die uit haar zal geboren worden zal heel Azië aan zich onderwerpen. De komst van de grote Kyros is aangekondigd en wat Astyages ook onderneemt, hij zal niet kunnen verhinderen dat het lot zich voltrekt.

De droom van de Perzische vorst Xerxes is uiterst dubbelzinnig: de verovering van een groot rijk wordt er aangekondigd! Bedrieglijk en uiteraard verkeerd begrepen door Xerxes want niet aan hem zal deze overwinning toekomen, maar aan zijn tegenstander. De grote olijftak die zich over de aarde uitspreidde was die van de stad Athene die de Xerxes' vloot zou verpletteren. De geschiedschrijver Herodotos verklaart dat de goden aan de zijde van de Atheners stonden en dat Xerxes' hoogmoed werd afgestraft. Misschien speelden Xerxes' verdrongen verlangens hem parten, en was zijn machtswellust de slechte raadgever die zijn dromen beheerste. Hoeveel koningen of veroveraars werden niet door dergelijke dromen misleid?

Evenzeer geldt dit voor de overwonnenen: in de 19^{de} eeuw, in de *plains* van Noord-Amerika, vervloekt Black Elk, de hoofdmans van de Sioux indianen zichzelf: in zijn jeugd had hij de visioenen gezien die de verplettering van zijn volk hadden voorspeld, maar hij had ze niet begrepen en het leed niet kunnen voorkomen. Black Elk ziet zijn leven als *het verhaal van een machtige droom gegeven aan een man die te zwak was om het te gebruiken*.

Nochtans behoorde deze man tot een volk met een traditie waarin aan dromen en visioenen uitzonderlijk belang werd gehecht.

Het lijkt wel moderne psychologie: in iedere mens kunnen verscheidene zielen zijn die zich openbaren in dromen of

ziektes. Elke droom is verbonden met het leven en zal zich in het wakend leven (moeten) voltrekken. Belangrijke daden worden door dromen ingegeven, door de geesten, boodschappers uit een andere wereld.

Elk individu onderneemt te gepasten tijde een droomtijd, ver afgezonderd van de samenleving, waarin hij op zoek gaat naar een visioen dat hem persoonlijk kracht kan geven. Daartoe begeeft hij zich in extreme en gevaarlijke omstandigheden van ontbering en fysieke krachtpatserijen. Maar in de droom krijgt hij de opdracht én ook de naam die zijn leven zal dragen en betekenis geven.

Was dit dan ook de bedoeling van diegene die in Delphi (Griekenland) het orakel van de god Apollo ging raadplegen? De reis naar deze afgelegen plek was vol gevaren en ontberingen, een fysisch zware inspanning. Maar de persoon stond voor en onopgeloste vraag in zijn bestaan en zocht hulp; eerst moest hij wachten in het gastenverblijf tot de god hem in een droom verscheen ten teken dat hij in het orakel zal spreken door de mond van de Pythia, de priesteres. Hij moest de zoete slaap ondergaan, die hem kort zou verlossen uit zijn krampachtig denken over zijn zorgen, zodat hij zich eindelijk kon overgeven aan de boodschap uit de andere wereld, de verlossende uitspraak van de god. Uit diens raadselachtige woorden zal hij zijn eigen antwoord moeten distilleren.

Droom én werkelijkheid pleegt men te zeggen, alsof het tegengestelde begrippen zouden zijn... maar dit beantwoordt niet aan de menselijke ervaring waarin droom en realiteit vaak eng verweven zijn.

Er is één droom uit de traditie (taoïsme) van het Verre Oosten die dit op schitterende wijze illustreert: de vlinderdroom van Zhuang Zi. "Eens op een dag droomde ik, Zhuang Zhou, dat ik een vlinder was, een vlinder die fladderend rondvlog, tevreden met zichzelf en zich niet bewust dat hij mij was. Plotseling werd ik wakker en begon me er reken-schap van te geven dat ik nog altijd Zhou was. Nu is de vraag of ik Zhou was die droomde dat hij een vlinder was, ofwel een vlinder die droomde dat hij mij was. Toch bestaat er noodzakelijkerwijs een verschil tussen mij en die vlinder. Dat noemen we dan maar de verandering der dingen."

De verandering der dingen is (in het taoïsme) een beeld-spraak over de overgang van leven naar dood, die maar schijnbare verschillende aspecten zijn van de werkelijkheid, net zoals waken en slapen... Dit droomverhaal relateert tot in het extreme de kennis aangaande de verschillende toestanden van bewustzijn waarin de mens zich bevindt... expliciet wat wij ons zelfbewustzijn plegen te noemen! Wat weet de mens over zichzelf??

Nochtans is de spiegel die de droom aanreikt één van de therapeutische aspecten van het dromen: de identificatie van de dromer met een personage of een gebeurtenis vertelt iets over de psychische situatie van de dromer, maar maakt daarbij altijd gebruik van de sluiers van de symboliek die het zicht bemoeilijken of verhelleren.

Zhuang Zi vindt er geen doekjes om: hij weet dat hij niet weet en dat is voor deze filosoof genoeg. Hij kan leven met deze onduidelijkheid.

In de westerse traditie, waar de mens veel intenser gebonden lijkt aan zijn identiteit, gaat men anders te werk. De identificatie kan het individu helpen inzicht in zichzelf te verwerven door de spiegel van het symbool dat de droom hem biedt.

Zo kan iemand uit deze tijd in het oude verhaal van een Bijbels personage zijn eigen impasse én uitweg ontdekken via de droom van Jakob.

Jakob, zoon van Isaak en Rebekka, tweelingbroer van Ezau, slaagt erin – met de hulp van zijn moeder! – de zegen van zijn vader te verkrijgen die hem tot rechtmatige opvolger in de reeks van aartsvaders een plaats geeft. Nadat het bedrog aan het licht is gekomen, vlucht Jakob: hij kan zijn broer niet meer onder ogen komen. Na de vlucht heeft hij onmiddellijk een droom waarin een ladder, die toegang geeft tot de hemel, hem verzekert dat hij de goedkeuring van Jahweh aan zijn zijde heeft. Hij kan Ezau rustig verdringen en vergeten. Maar zijn tweelingbroer is alles wat hijzelf denkt niet te zijn: ruw, onbeschaafd en dus ongeschikt voor de edele taak van aartsvader. Jakob kan rustig overtuigd zijn dat hij veel beter is; Ezau is maar zijn schaduw! Na jaren voorspoed is het hem echter niet gelukt zijn schaduw definitief te verdringen en hij neemt het besluit Ezau op te zoeken. Hij zal de confrontatie met zijn schaduw-broer aangaan.

Bij de rivier, waar een oversteek nodig is, blijft Jakob een nacht alleen en droomt zijn strijd met Ezau: een man, even sterk als hijzelf, waarmee hij de hele nacht vecht, zonder dat de één het wint van de ander. Maar de strijd laat zijn spoor na: de man geeft hem een stamp op zijn heup waardoor hij zijn verder leven mank zal lopen. De confrontatie met de schaduw gaat niet ongemerkt voorbij: Jakob is van nu af aan een geïnitieerde. En initiaties laten een litteken na.

Ook in de traditie van het Tibetaans boeddhisme zijn er dromen van initiatie bekend: de Bardo Thödol bevat deze cryptische geschriften, die men ook enkel vanuit de achtergrond van de religieuze context kan verklaren. Het boek bevat de teksten die men reciteert na de dood van een persoon: men kent nog een bepaalde vorm van bewustzijn toe aan de dode (gedurende veertig dagen) en de teksten zijn bestemd om hem te begeleiden op zijn weg naar zijn eindbestemming, het Ontwaken. Het is de dode die in een *andere werkelijkheid* vertoeft, en die in die *droomtoestand* allerlei symbolische objecten en personages ontmoet. De gereciteerde woorden willen de dode geruststellen, door hem de symboliek van vormen, kleuren, goden en demonen te verklaren en hem goede raad te geven hoe hij ze moet benaderen en behandelen, zodat ze geen hindernis vormen voor het pad dat hem naar de verlichting brengt.

Een paar fragmenten als voorbeeld:

"Zoon van edelen, nu ervaar je wat men de dood noemt. Je moet nu deze wereld verlaten. Je bent niet de enige die zo iets

overkomt. Omdat dit met iedereen gebeurt moet je niet naar dit leven smachten en verlangen! Je hebt niet de macht om te blijven! ...Zoon van edelen, hoor toe! Omdat nu de derde dag is aangebroken verschijnt er een helder geel licht aan je. Op dit tijdstip zal de Verheven Ratnasambhava, met een gele huidskleur en een kostbaar juweel in de hand houdend, in de zalige ruimte van het Zuiden verschijnen, gezeten op een heerlijk paard terwijl hij de goddelijke Moeder Mamaki van aangezicht tot aangezicht omhelst. ...Een geel licht, namelijk de gelouterde samenstellende gevoelsdelen, straalt als de oerwijsheid van de gelijkheid van alle verschijnselen, versierd door grote lichtkransen voor het oog... Tegelijk met dit licht raakt een menselijk blauw licht je hart. Door je trots ontwaakt op dit tijdstip je vrees voor het stralende geel licht en je zou het willen ontvluchten... Zoek geen vreugde in het blauwe menselijke licht zonder stralen! Dit is het onzalige lichtpad van je latente neigingen, door je grote trots. Omdat dit een hindernis is op het pad naar bevrijding, moet je er niet naar kijken en je trots opgeven."

Het is duidelijk dat deze droomteksten niet kunnen verklaard worden zonder grondige kennis van de religieuze context.

Laten we een dichter aan het woord om af te sluiten met een droomverhaal dat een religieus-mystieke sfeer oproept, verteld door Kahlil Gibran (Libanon, 20^{ste} eeuw), die over zichzelf vertelt: "Op een morgen ontwaakte ik uit een diepe slaap, en ontdekte dat al mijn maskers gestolen waren -de zeven maskers die ik gemaakt had en gedragen in zeven levens- en ik rende zonder masker door de straten, schreeuwend: 'Dieven, dieven, vervloekte dieven'... 'En voor de eerste maal kuste zon mijn eigen naakte gezicht en mijn ziel werd ontvlamd door de zon, en ik verlangde niet meer naar mijn maskers. ...Zo werd ik een dwaas."

Het ontwaken uit de droom is in de mystieke betekenis een beeld voor het ontwaken vanuit de illusie tot de *ware werke-*

lijkheid. Zo is ook Siddharta Gautama ontwaakt tot een werkelijkheid, waarin hij Boeddha, de Ontwaakte wordt genoemd.

En Gibran heeft nog een wonder droomverhaal:

"In het dorp waar ik woonde leefde een moeder en haar dochter, ze waren slaapwandelaars. Op een nacht, terwijl de stilte de wereld omhulde, ontmoetten moeder en dochter elkaar, in hun slaapwandeling, in de mistige tuin.

En de moeder zei: 'Eindelijk, mijn vijand! Gij, door wie mijn jeugd werd verwoest, die uw leven hebt gebouwd op de ruïnes van mijn bestaan! Ik wou dat ik u kon doden!'

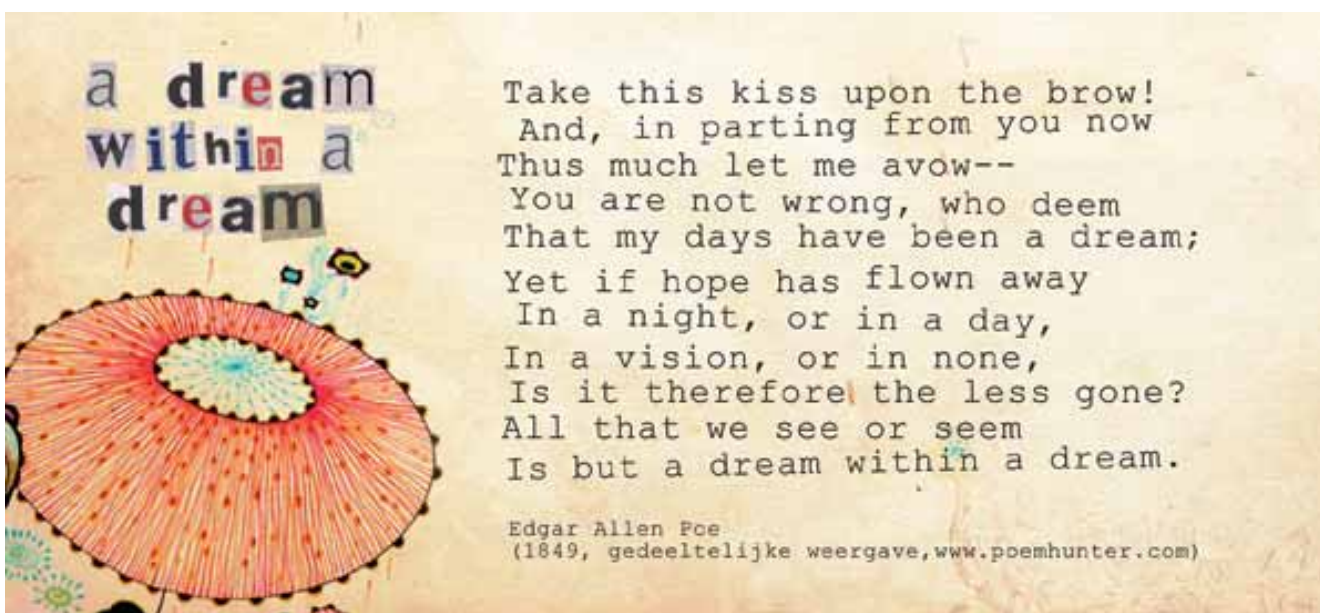
En de dochter antwoordde: 'Hatelike vrouw, zelfzuchtig en oud! Die staat tussen mijzelf en mijn vrijheid! Hoe zou mijn leven een echo kunnen zijn van uw eigen verbleekt bestaan! Ik wou dat ge dood waart!'

Op dat ogenblik kraaide de haan en beide vrouwen ontwaakten. De moeder zei zachtjes: 'Ben jij dat lieveling?' En de dochter antwoordde vriendelijk: 'Ja, mijn lieve.'"

Het ziet er naar uit dat de droom méér over de werkelijkheid kan vertellen dan het wakende bewustzijn; het lijkt alsof de werkelijkheid pas haar diepe betekenis krijgt in het licht van de dood. De dood is een bevrijdende slaap, die de mens verlost van zijn wereldse bekommernis, om te ontwaaken tot een werkelijkheid die het bewustzijn overstijgt. Of zijn al deze afgrenzingen slechts waanbeelden?

Meer lezen?

- Zhuang Zi. De volledige geschriften. Vertaling K. Schipper . Augustus. 2007.
- Van Dam Harn-Jan. In Morpheus' armen. Dromen met Homeros, Plato en Ovidius. Rainbow Pockets. 2003.
- Kahlil Gibran. The Madman. Heinemann. 1918.
- Bardo Thödol. Het Tibetaans Dodenboek. Vertaling: Anders Pietse. Kosmos. 1992.
- Shakespeare. The Works of William Shakespeare. Odhams Press. 1947.
- Novalis. Verzamelde Gedichten. Van Oorschot. 2009.
- Herodotos. Het verslag van mijn onderzoek. Sun. 1997.



UNIE VRIJZINNIGE VERENIGINGEN v.z.w.

FEDERAAL SECRETARIAAT

Brand Whitlocklaan 87
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
T 02|735 81 92 - F 02|735 81 66
cmd.federaal@uvv.be
www.unievrijzinnigeverenigingen.be

Provinciale Centra Morele Dienstverlening

BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

PCMD Brussel

Stalingradlaan 18-20 - 1000 Brussel
T 02 242 36 02 - F 02 242 56 17
cmd.brussel@uvv.be

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

PCMD Gent

Sint-Antoniuskaai 2 - 9000 Gent
T 09 233 52 26 - F 09 233 74 65
cmd.gent@uvv.be

PROVINCIE ANTWERPEN

PCMD Antwerpen

Jan Van Rijswijcklaan 96 - 2018 Antwerpen
T 03 259 10 80 - F 03 259 10 89
cmd.antwerpen@uvv.be

PROVINCIE VLAAMS-BRABANT

PCMD Leuven

Tiensevest 40 - 3000 Leuven
T 016 23 56 35 - F 016 20 75 47
cmd.leuven@uvv.be

PROVINCIE LIMBURG

PCMD Hasselt

A. Rodenbachstraat 18 - 3500 Hasselt
T 011 21 06 54 - F 011 23 55 16
cmd.hasselt@uvv.be

PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

PCMD Brugge

Jeruzalemstraat 51 - 8000 Brugge
T 050 33 59 75 - F 050 34 51 69
cmd.brugge@uvv.be

Centra Morele Dienstverlening

BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

CMD Jette

Jetse laan 362 - 1090 Jette
T 02 513 16 33 - F 02 420 42 98
cmd.jette@uvv.be

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

CMD Aalst

Koolstraat 80-82 - 9300 Aalst
T 053 77 54 44 - F 053 77 97 70
cmd.aalst@uvv.be

CMD Eeklo

Boelare 131 - 9900 Eeklo
T 09 218 73 50 - F 09 218 73 59
cmd.eeklo@uvv.be

CMD Ronse

Zuidstraat 13 - 9600 Ronse
T 055 21 49 69 - F 055 21 66 68
cmd.ronse@uvv.be

CMD Sint-Niklaas

Ankerstraat 96 - 9100 Sint-Niklaas
T 03 777 20 87 - F 03 777 31 64
cmd.sintniklaas@uvv.be

CMD Zottegem

Kastanjelaan 73 - 9620 Zottegem
T 09 326 85 70 - F 09 326 85 73
cmd.zottegem@uvv.be

PROVINCIE ANTWERPEN

CMD Antwerpen

Breughelstraat 60 - 2018 Antwerpen
T 03 227 47 70
cmd.antwerpenlokaal@uvv.be

CMD Herentals

Lantaarnpad 20 - 2200 Herentals
T 014 85 92 90 - F 014 85 44 39
cmd.herentals@uvv.be

CMD Mechelen

O.-L.-Vrouwestraat 29 - 2800 Mechelen
T 015 45 02 25 - F 015 43 55 19
cmd.mechelen@uvv.be

CMD Turnhout

Begijnenstraat 53 - 2300 Turnhout
T 014 42 75 31 - F 014 42 54 40
cmd.turnhout@uvv.be

PROVINCIE VLAAMS-BRABANT

CMD Halle

Molenborre 28/02 - 1500 Halle
T 02 383 10 50 - F 02 383 10 51
cmd.halle@uvv.be

CMD Tienen

Beauduinstraat 42
3300 Tienen
T 016 81 86 70 - F 016 82 40 31
cmd.tienen@uvv.be

CMD Vilvoorde

Frans Geldersstraat 25 - 1800 Vilvoorde
T 02 253 78 54 - F 02 253 57 87
cmd.vilvoorde@uvv.be

PROVINCIE LIMBURG

CMD Genk

Bochtlaan 16 bus 6 - 3600 Genk
T 089 51 80 40 - F 089 51 80 49
cmd.genk@uvv.be

CMD Lommel

Hertog Jan Plein 24 - 3920 Lommel
T 011 34 05 40 - F 011 34 05 49
cmd.lommel@uvv.be

CMD Maasland

Pauwengraaf 63 - 3630 Maasmechelen
T 089 77 74 21 - F 089 77 74 22
cmd.maasmechelen@uvv.be

CMD Tongeren

Vlasmarkt 11 - 3700 Tongeren
T 012 45 91 30 - F 012 45 91 39
cmd.tongeren@uvv.be

PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

CMD Diksmuide

Esenweg 30 - 8600 Diksmuide
T 051 55 01 60 - F 051 55 01 69
cmd.diksmuide@uvv.be

CMD Ieper

Korte Torhoutstraat 4 - 8900 Ieper
T 057 23 06 30 - F 057 23 06 39
cmd.ieper@uvv.be

CMD Kortrijk

Overleiestraat 15A - 8500 Kortrijk
T 056 25 27 51 - F 056 25 27 53
cmd.kortrijk@uvv.be

CMD Roeselare

Godshuislaan 94 - 8800 Roeselare
T 051 26 28 20 - F 051 26 28 26
cmd.roeselare@uvv.be

Antennes Morele Dienstverlening

PROVINCIE ANTWERPEN

AMD Lier

Begijnhofstraat 4
2500 Lier
T 03 488 03 33 - F 03 488 03 33
amd.lier@uvv.be

AMD Mol

Laar 2 bus 3a
2400 Mol
T 014 31 34 24 - F 014 31 34 24
amd.mol@uvv.be

PROVINCIE LIMBURG

AMD Bilzen

Klokkestraat 4 bus 1
3740 Bilzen
T 089 30 95 60 - F 089 56 57 94
amd.bilzen@uvv.be

AMD Leopoldsburg

Koningstraat 49/gelijkvloers
3970 Leopoldsburg
T 011 51 62 00 - F 011 51 62 09
amd.leopoldsburg@uvv.be

AMD Sint-Truiden

Kazernesstraat 10/001
3800 Sint-Truiden
T 011 88 41 17 - F 011 31 26 45
amd.sinttruiden@uvv.be

