Ik voel dat ik wil slapen

Een case-study over depressie en slaapproblemen

Door:	Lise Groot Koerkamp
Begeleidende docent:	Gerald Riedstra
Beoordelende docent:	Pauline Felinger
Stagebegeleidster:	Minne van Haaren
Opleiding:	Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
Datum:	Mei 2010

Voorwoord

In het kader van mijn opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie, aan Hogeschool Windesheim in Zwolle, heb ik deze afstudeeropdracht geschreven. Deze case-study, over depressie en slaapproblemen, is het resultaat.

De afgelopen maanden heb ik met enthousiasme en aandacht aan mijn case-study gewerkt. Op mijn eindstage heb ik veel geleerd over de doelgroep. Daarnaast ben ik voortdurend op zoek geweest naar gepaste informatie met betrekking tot het onderwerp.
Ik hoop u, met behulp van deze afstudeeropdracht, een beeld te geven van de verschillende methodieken die binnen de psychomotorische therapie ingezet kunnen worden bij het behandelen van slaapproblemen bij klinisch opgenomen patiënten met een depressie.

Op mijn eindstage, aan het UMC St Radboud ziekenhuis in Nijmegen, heb ik de mogelijkheid gekregen om een module te ontwikkelen. Mijn stagebegeleidster, Minne van Haaren, heeft mij begeleid bij het ontwikkelen van de module. Ik wil haar bedanken voor haar kritische feedback. Tevens wil ik een woord van dank richten aan Gerald Riedstra. Hij heeft mij begeleid tijdens het schrijven van deze afstudeeropdracht. Tenslotte wil ik alle mensen bedanken die mij op welke wijze dan ook geholpen en ondersteund hebben.

Met vriendelijke groeten,
Lise Groot Koerkamp

Mei 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting..... 4

1. Inleiding..... 5
1.1 Probleemstelling..... 5
1.2 Vraagstelling..... 5
1.2.1 Insomnia..... 6
1.2.2 Andere slaapproblemen..... 6
1.3 Opbouw..... 6

2. Casus..... 7
2.1 Diagnostiek..... 7
2.2 Depressieve stoornis..... 7
2.3 Depressie en slaapstoornissen..... 9

3. Methode..... 10
3.1 Etiologie..... 10
3.1.1 Lichamelijke aspecten..... 10
3.1.2 Emotionele aspecten..... 11
3.1.3 Cognitieve aspecten..... 11
3.1.4 Sociale aspecten..... 11
3.2 Behandeling psychomotorische therapie..... 12
3.2.1 Behandelstrategie en interventies..... 12
3.2.2 Modulair werken..... 13

4. Resultaten..... 15
4.1 Module..... 15
4.2 Opbouw module..... 15
4.2.1 Opbouw sessie..... 15
4.2.2 Attitude therapeut..... 15

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen..... 17
5.1 Conclusie..... 17
5.2 Discussie 18
5.3 Aanbevelingen..... 18

Literatuurlijst..... 19

Samenvatting

Een veelvoorkomend symptoom van een depressie is insomnia, een slaapstoornis. In de case-study wordt onderzocht of deze problematiek binnen de psychomotorische therapie beïnvloed kan worden. De (mogelijke) behandeling vindt plaats in de vorm van een module.

De casus is een groep klinisch opgenomen patiënten met een depressie en een slaapprobleem. Een patiënt met een depressie voelt zich veelal leeg en somber. De patiënt ervaart vaak negatieve, disfunctionele gedachten die invloed hebben op de stemming. De gevoelens en gedachten dragen mogelijk bij aan een inactief leven: de patiënt heeft moeite met in actie komen. Het slaapprobleem kan een versterkende werking hebben op de problematiek van de patiënt. Door slecht slapen kan een patiënt zich gaan terugtrekken, waardoor de problematiek in stand wordt gehouden.

Voor het ontwikkelen van een module is nagegaan welke oorzaken een rol spelen in het ontstaan van de problematiek. Voorbeelden zijn: een verstoord slaap-waakritme, dagschommelingen, negatieve, disfunctionele gedachten en een inactieve levensstijl.
Om tot behandeling te komen, is gekozen om te interveniëren op een aantal gebieden. De behandeling richt zich op lichamelijke, emotionele en cognitieve aspecten van de problematiek. Om tot een samenhang te komen, wordt de problematiek gethematiseerd als: ‘ontspannen’. Hier heeft een patiënt met een depressie en een slaapprobleem veel moeite mee. Om zoveel mogelijk tot ontspanning te komen is het voor de patiënt helpend om zijn of haar aandacht bewust te sturen, bijv.: op de ademhaling. De aandacht wordt gericht op het hier en nu, waardoor de patiënt mogelijk tot meer ontspanning komt.

Voor de problematiek van de patiënt is structuur en steun belangrijk. De structuur van de sessies wordt onder andere gekenmerkt door de volgende interventies: psycho-educatie en lichaamsgerichte oefeningen. Deze interventies dragen bij aan het verminderen van de oorzakelijkheden. Door psycho-educatie krijgt de patiënt inzicht in zijn of haar problematiek. In de lichaamsgerichte oefeningen staat het sturen van de aandacht en het contact maken met lichaamssignalen centraal. Deze interventie kan naast lichamelijke gevolgen, ook gevolgen hebben op het gevoelsleven en op de gedachten van de patiënt. Hierdoor kan gedragsverandering plaatsvinden: de patiënt kan mogelijk beter in slaap komen.
Zowel de psycho-educatie als de lichaamsgerichte oefeningen zijn handvaten voor de patiënt. De patiënt kan de transfer maken naar het dagelijks leven. Naarmate de patiënt vaker een lichaamsgerichte oefening toepast, zal deze meer ‘eigen’ gemaakt worden. Wanneer de patiënt moeilijk in slaap kan komen, kan de oefening helpend zijn om ontspannen in slaap te komen.

Op deze wijze is er een module te ontwikkelen voor de problematiek van de patiënt. Het grootste gedeelte van de module is nieuw opgezet. Voor de toekomst is het belangrijk om te kijken wat de effecten zijn van het aanbieden van de module. Het gaat er natuurlijk om dat de patiënt geholpen wordt.

1. Inleiding

In deze case-study wordt onderzocht of er binnen de psychomotorische therapie een module 'slaaptraining' te ontwikkelen is. De casus bestaat uit een groep klinisch opgenomen patiënten met een depressie en slaapproblemen. De patiënten zijn opgenomen op een open opname afdeling van het UMC St Radboud Ziekenhuis in Nijmegen.

Een veelvoorkomend symptoom van een depressie is een slaapprobleem:
"Een depressie gaat in meer dan 90% van de gevallen gepaard met slapeloosheidsklachten. Patiënten klagen over problemen met in- en doorslapen en worden 's ochtends te vroeg wakker. Vooral het laatste wordt vaak als kwellend ervaren: na vier of vijf uur niet meer kunnen slapen, terwijl dat gepaard gaat met piekeren en een sombere stemming" (Bemmel, Beersma, Groen, & Hofman, 2001).

1.1 Probleemstelling

Een patiënt met een depressie heeft over het algemeen de ervaring dat hij of zij veel piekert. Piekeren betekent "ingespannen denken, bezorgd peinzen, tobben" (Van Dale, 2010). Hierbij wordt de aandacht vooral gericht op het verleden en op de toekomst. Het piekeren kan veel spanning met zich meebrengen. De spanning kan overdag, 's avonds en in de nacht aanwezig zijn. De problematiek wordt als hardnekkig ervaren. Doordat het piekeren zo aanwezig is, kan het goed inslapen en/of doorslapen belemmerd worden. Daarnaast hebben andere oorzaken invloed op de problematiek van de patiënt.

"Een succesvolle behandeling van insomnia kan een positief effect hebben op het verloop van de depressie" (Cluydts & Someren, 2009). De problematiek van de patiënt kan middels farmacologische en gedragstherapeutische interventies beïnvloed worden.
Voor de schrijfster van deze case-study was dit een aanleiding om te onderzoeken hoe de problematiek in de psychomotorische therapie beïnvloed wordt. Verschillende bestaande modules zijn ingelezen om te ontdekken welke interventies tot heden in de psychomotorische therapie toegepast worden.

Psycho-educatie, is één van de interventies die gedurende de therapie veel ruimte inneemt. Voor het geven van psycho-educatie is het van belang dat de patiënt zijn of haar aandacht kan richten op de therapeut. In de casus komt naar voren dat een patiënt met een depressie moeite heeft met het vasthouden van de concentratie. Om die reden is besloten om te onderzoeken of er een nieuwe module te ontwikkelen is. Het aspect van concentratie is meegenomen tijdens het ontwerpen van de module. Interactieve psycho-educatie en het aanbieden van verschillende lichaamsgerichte oefeningen zijn hier een bijdrage van.

1.2 Vraagstelling

Kijkend naar bovenstaande probleemstelling is de volgende vraagstelling opgesteld:

Is er een module 'slaaptraining' te ontwikkelen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met een depressie en slaapproblemen, zodat de problematiek rondom slaaptekort bij deze doelgroep verminderd zou kunnen worden?*

**) De casus bestaat uit klinische opgenomen patiënten met een depressie en slaapproblemen. Bij slaapproblemen gaat het om symptomen van insomnia.*

1.2.1 Insomnia

Insomnia wordt gekenmerkt door problemen met inslapen en/of doorslapen. "Het is echter niet makkelijk om dit objectief vast te stellen en dus heeft een hulpverlener te maken met de subjectieve klachten van tekortschietende slaapkwaliteit of –kwantiteit. De meest voorkomende klacht is die van een als onvoldoende ervaren slaapkwaliteit" (Niet, 2006). Het slaapprobleem kan de kwaliteit van leven verminderen, bijv.: doordat een patiënt vermoeid raakt, komt hij of zij niet tot het aangaan van sociale contacten.

Een patiënt wordt niet altijd gediagnosticeerd voor een slaapstoornis, omdat hij of zij niet aan bovenstaande criteria voldoet. Daarom wordt gesproken over een slaapprobleem.

1.2.2 Andere slaapproblemen

Naast insomnia worden ook symptomen van andere slaapstoornissen door de patiënt ervaren. Andere slaapstoornissen zijn hypersomnia, circadiane slaapstoornis en parasomnia. Deze problematiek wordt in de case-study buiten beschouwing gelaten.

1.3 Opbouw

Bovenstaande vraagstelling wordt beantwoord aan de hand van een casus. Deze wordt besproken in hoofdstuk 2. Na beschrijving van de diagnostiek van de patiënt, wordt in hoofdstuk 3 de methode beschreven. In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de oorzaken van de problematiek. Hierdoor wordt de aanleiding voor behandeling van de problematiek duidelijk. In hoofdstuk 4 zal het resultaat, de module, van de case-study weergegeven worden. In hoofdstuk 5 wordt de conclusie, de discussie en de aanbevelingen beschreven.

2. Casus

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de diagnostiek van de patiënt. Middels de classificerende diagnostiek en hermeneutische diagnostiek wordt een helder beeld geschetst van de problematiek van de patiënt. Door inzicht te geven in de problematiek, wordt de aanleiding voor behandeling duidelijk.

2.1 Diagnostiek

Voor "Maaike", een casus van de opname afdeling van het UMC St Radboud ziekenhuis, wordt de classificerende diagnostiek opgesteld. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de DSM-IV. In de hermeneutische diagnostiek is terug te lezen welke factoren, gedurende het leven van Maaike, mogelijk invloed hebben op haar problematiek.

Classificerende diagnostiek Maaike
As I: Depressieve stoornis, insomnia.
As II: Uitgesteld.
As III: Hypertensie, artrose, diverticulose.
As IV: Werkproblemen, ziektewet. Recente relatiebreuk.
As V: GAF 40

Hermeneutische diagnostiek
Maaike is een 46-jarige vrouw. Ze heeft de afgelopen vijf jaar een relatie gehad met haar vriendin. Het laatste jaar hebben er in deze relatie veel conflicten plaatsgevonden. Dit is voor Maaike één van de aanleidingen geweest voor klinische opname.
Maaike heeft tot 1997 gewerkt in de gezondheidszorg. In 1997 heeft ze een kop-staartbotsing met een auto gehad. Een whiplash is één van de gevolgen van dit ongeluk. Na herstel is het Maaike niet gelukt om het werk in de gezondheidszorg op te pakken. Maaike ervaart veel fysieke klachten. Op basis daarvan heeft Maaike destijds besloten om verder te gaan als administratief medewerkster. Maaike heeft hier duidelijk laten zien dat ze een harde werkster is. Ze is een gedreven vrouw en heel precies in haar werk. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een burn-out, in 2006. Sindsdien heeft Maaike nooit meer een periode gehad waarin ze zich goed voelde. Ze is verschillende behandelingen aangegaan. Bij het opstellen van de diagnose wordt in één van de behandelingen gedacht aan een persoonlijkheidsstoornis. Dit heeft te maken met haar perfectionisme en de angst om iets fout te doen. De behandeling voor deze problematiek werkt averechts.
Gedurende de huidige opname van Maaike lijkt een onderliggende depressie de diagnose te zijn. Maaike voelt zich uitgeput en somber, ze heeft veel negatieve gedachten en ze is snel overprikkeld en gejaagd. Ze ervaart concentratieproblemen en geheugenproblemen, waardoor ze voortdurend om bevestiging vraagt. De laatste twee jaar ervaart Maaike steeds meer moeite met slapen. Soms slaapt ze pas om 3.00 uur 's nachts. Dit gaat gepaard met piekeren. Daarbij voelt Maaike zich angstig, wanneer ze in bed ligt. Maaike heeft verschillende hulpmiddelen geprobeerd om tot beter slapen te kunnen komen. Maar tot op heden ervaart zij weinig effect, lekker slapen lukt nog niet.

2.2 Depressieve stoornis

Bij een depressieve stoornis maakt een patiënt één of meerdere depressieve episoden door. Volgens de DSM-IV is er sprake van een depressieve episode als de volgende symptomen zichtbaar zijn:

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten

minste één van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Dit blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen.
2. Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Dit zal blijken uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen.
3. Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename, of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
4. *Insomnia* of hypersomnia, bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag.
6. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag.
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid, bijna elke dag.
9. Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. Deze symptomen voldoen niet aan de criteria voor een ‘gemengde episode’.
C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.
E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide-gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Naast bovenstaand beschreven diagnose, worden doorgaans ook andere stemmingsstoornissen gediagnosticeerd op de opname afdeling. Deze zijn psychotische depressie, recidiverende depressie, chronische depressie, winterdepressie, post partum depressie en bipolaire stoornis.

Bij Maaike zijn de volgende criteria doorslaggevend voor de diagnose depressieve stoornis. Maaike ervaart gedurende het grootste gedeelte van de dag een depressieve stemming. Ze heeft veel ideeën in haar hoofd. Ze heeft moeite met het concreet maken van deze ideeën en daadwerkelijk in actie komen. Wanneer Maaike dit wel doet, lijkt het erop of haar geplande acties ook helemaal goed moeten gaan, bijv.: in een wedstrijdje badminton verontschuldigt Maaike zich snel naar een medespeler wanneer ze de shuttle niet goed raakt. Maaike is gestart met het aangaan van sociale contacten in haar omgeving. Dit vindt Maaike erg moeilijk. Ze voelt zich schuldig tegenover anderen. Maaike vindt het onnodig dat veel mensen in haar omgeving zich zorgen maken om haar. In de casuïstiek is terug te lezen dat Maaike moeite heeft met concentreren. In contact met Maaike is dit terug te zien. Wanneer haar iets gevraagd wordt, antwoord ze wel eens: “sorry, ik ben er helemaal niet bij met mijn aandacht”. Maaike merkt dat ze veel piekert. Ze heeft voor zichzelf nog geen manier gevonden hoe ze hiermee om kan gaan. De relatiebreuk met haar vriendin is een onderwerp wat haar erg bezighoudt. Tevens denkt ze vaak na over waarom ze eigenlijk nog leeft. Maaike zegt dan: “het hoeft van mij zo niet meer”. Ze heeft suïcidale gedachten. Ze zegt dat ze hier nooit een concreet plan van gaat maken.

2.3 Depressie en slaapproblemen

In bovenstaande diagnose is te zien dat één van de criteria van een depressieve episode verwijst naar slaapproblemen. In de DSM-IV worden problemen met inslapen en/of doorslapen verstaan onder insomnia. Voor deze problematiek, insomnia in samenhang met een andere psychische stoornis, zijn de diagnostische criteria volgens de DSM-IV:

A. De voornaamste klacht is moeite met inslapen of doorslapen, of niet uitgerust zijn na de slaap, wat samengaat met vermoeidheid overdag of beperkingen in het functioneren overdag gedurende ten minste één maand.
B. De slaapstoornis (of de nawerking overdag) veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
C. De insomnia wordt verondersteld verband te houden met een andere As I of As II stoornis, maar is voldoende ernstig om afzonderlijke zorg te rechtvaardigen.
D. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere slaapstoornis.
E. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

Maaike heeft voornamelijk moeite met inslapen. Doorgaans ligt ze eerst een aantal uren wakker. Ze komt weinig toe aan dagelijkse activiteiten. Door activering door de verpleging en vaktherapeuten lukt het Maaike om deel te nemen aan de aangeboden therapieën.
De problematiek rondom het slapen hangt nauw samen met de depressieve stoornis.

3. Methode

Om tot juiste keuzes te komen voor het behandelen van slaapproblemen bij depressie, wordt ordening aangebracht in de oorzakelijkheden. Aan de hand van de oorzakelijkheden worden verschillende methodieken weergegeven die noodzakelijk zijn voor behandeling.

3.1 Etiologie

Om meer zicht te krijgen op de oorzaken wordt gebruik gemaakt van de LECS-indeling. Deze indeling wordt binnen de psychomotorische therapie gebruikt voor het observeren en beïnvloeden van het gedrag van de patiënt. "Willen wij in staat zijn gedrag te begrijpen, er betekenis aan te verlenen, dan moeten wij dus altijd de context erbij betrekken: LECS in context" (Studenthandleiding: Werkplaats Therapeutische Vaardigheden 3e jaar, 2009). Door het hanteren van de LECS-indeling, wordt ordening aangebracht in de oorzakelijkheden van de problematiek van de patiënt. Een schematische weergave:

LECS-indeling	*Betekenis*	*Voorbeelden Maaike*
Lichamelijke aspecten	Lichaamssignalen	Hypertensie, artrose, diverticulose
Emotionele aspecten	Gevoelens	Angst, schuldgevoelens
Cognitieve aspecten	Gedachten, normen en waarden, vooroordelen	"ik moet hard werken", "ik moet het goed doen"
Sociale aspecten	In contact met anderen	Werkproblemen, recente relatiebreuk

3.1.1 Lichamelijke aspecten

In de casus is terug te lezen dat moeheid of verlies van energie één van de symptomen is van een depressie. Dit is ook in de hedendaagse praktijk te zien, de patiënt heeft veel moeite om van zijn of haar stoel te komen. Een mogelijk gevolg is dat er te weinig 'slaapschuld' wordt opgebouwd. "Voor een goed slaap-waakritme is het nodig om een 'slaapschuld' op te bouwen" (Smits & Braam, 2003). Deze slaapschuld wordt opgebouwd door overdag activiteiten te ondernemen. Het lichaam raakt voldoende vermoeid en krijgt in de avond behoefte aan slaap.

"Alle geneesmiddelen die invloed hebben op het centraal zenuwstelsel (CZS) kunnen de slaap en het waken beïnvloeden. Dit geldt ook voor psychotrope 'genotsmiddelen', zoals alcohol, cafeïne, nicotine en 'drugs'" (Bemmel, Beersma, Groen, & Hofman, 2001). De precieze gevolgen van de medicatie op de slaap zijn afhankelijk van externe factoren, bijv.: dosering. Tevens spelen interne factoren, zoals leeftijd, een rol. Van de volgende middelen is bekend dat deze invloed hebben op slapen: stimulantia (amfetamine, cocaïne), *antidepressiva* (MAO-remmers, fluoxetine, fluvoxamine), hypnotica/anxiolytica (secobarbital, buspiron), corticosteroïden, antihypertenisva (propanolol), alcohol, nicotine en cafeïne. Een klinisch opgenomen patiënt met een depressie krijgt doorgaans antidepressiva voorgeschreven voor het behandelen van de problematiek. Deze medicatie kan invloed hebben op het slapen. Alcohol is een goed inslaapmiddel. Later in de nacht kan het zorgen voor forse doorslaapstoornissen. Hierdoor kan het slaap-waakritme ernstig verstoord raken. "Cafeïnehoudende dranken, zoals koffie, thee en sommige soft drinks, zijn vaak voorkomende oorzaken van slaapstoornissen" (Bemmel, Beersma, Groen, & Hofman, 2001). Door het drinken van enkele koppen koffie overdag kan de slaap negatief beïnvloed worden.
Roken heeft een activerende werking op het lichaam, waardoor het de slaap kan verstoren.

3.1.2 Emotionele aspecten

Er is een causaal verband tussen slapen en de psychische gezondheid. Soms is het onduidelijk waar de problematiek start: bij de psychische stoornis of bij het slaapprobleem. "De wisselwerking van slaap en de psychische gezondheid is in ieder geval groot. Slechter slapen betekent vaak een verslechtering van de stemming of verhoging van het angstniveau. Omgekeerd betekent een verslechtering van de depressie of een verhoogd angstniveau een afnemende kans op een snel optredende, ononderbroken en verkwikkende slaap" (Niet, 2006). Slaapproblemen kunnen blijven optreden, ook na het herstel van een psychische stoornis. Een patiënt die langdurige slaapproblemen ervaart, kan in een vicieuze cirkel terecht komen. Het moeilijk inslapen kan frustratie en stress opleveren. Hierdoor kan een patiënt nog minder snel in slaap komen. Op deze wijze ontwikkelt de patiënt slechte slaapgewoonten. Dit houdt de problematiek rondom slapen in stand.

Een genoemde oorzaak van het slaapprobleem is een verstoord slaap-waakritme. Een patiënt met een depressie ervaart dagschommelingen. De dagschommelingen dragen bij aan een verstoord slaap-waakritme. In de praktijk is te zien dat een patiënt zich vooral 's ochtends vermoeid voelt, de patiënt heeft moeite met op gang komen. In de loop van de dag, met name in de avond, gaat de patiënt zich steeds beter voelen. Hierdoor kan het moment van naar bed gaan worden uitgesteld. Op deze wijze kan het slaap-waakritme verstoord raken. "De verstoring van het één blijft niet zonder gevolg voor het ander, en wel zodanig dat de kwaliteit van de slaap kan worden afgelezen aan de kwaliteit van het functioneren overdag" (Bemmel, Beersma, Groen, & Hofman, 2001).

3.1.3 Cognitieve aspecten

In bovenstaand beschreven vicieuze cirkel spelen ook cognitieve aspecten een rol. "Hoe langer insomnia duurt, hoe meer kans er is dat slechte slaapgewoonten en andere aanhoudende negatieve factoren zich gaan ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan foute aannames over slaap" (Niet, 2006). Door negatieve, disfunctionele gedachten, bijv.: "ik moet acht uur slapen", kan de patiënt gefixeerd raken. Dit draagt bij aan het in stand houden van de problematiek.

De kans is groot dat het disfunctioneel denken over slapen in de case-study niet op zichzelf staat. Een depressie wordt gekenmerkt door negatief denken. "Mensen die depressief zijn, kunnen eigenlijk nergens van genieten. Ze piekeren veel en komen tot weinig. Ze hebben vastzittende gedachtegangen die hardnekkig zijn en verandering in de weg staan" (Allewijn, 2010). Een patiënt kan helemaal opgaan in gedachten. De patiënt vindt het moeilijk om in het hier en nu te blijven, omdat de inhoud van gedachten vaak gericht is op het verleden of op de toekomst. De oorzaak van het negatief denken heeft te maken met het volgende: "het beeld dat we van onszelf, de wereld en de toekomst hebben, kan een ingrijpend effect hebben op onze emoties en ons gedrag" (Beck, 1976). De aannames en overtuigingen ontwikkelen zich in de kindertijd. Op deze wijze ontstaat er een patroon. Gebeurtenissen, zoals life events, worden beoordeeld vanuit onderliggende overtuigingen. Wanneer een patiënt zich niet bewust is van bepaalde aannames kan dit bij hem of haar een depressie teweeg brengen.

3.1.4 Sociale aspecten

Ook sociale aspecten kunnen invloed hebben op de problematiek. "Ten slotte kunnen de klachten het sociale leven verstoren vanwege gevoelens van onwelzijn en gebrek aan 'levenslust'" (Niet, 2006). Ook deze oorzaak hoeft niet op zichzelf te staan. Één van de symptomen van een depressie is een duidelijke vermindering van interesse of plezier in

dagelijkse activiteiten. Voor een patiënt met een depressie en een slaapprobleem kan het daardoor extra moeilijk zijn om contact te leggen met mensen uit zijn of haar sociale netwerk.

3.2 Behandeling psychomotorische therapie

"Driekwart van de insomnialijders zouden gebaat zijn bij een niet-farmacologische behandeling" (Niet, 2006). Psychomotorische therapie is een vorm van niet-farmacologische behandeling. Het is belangrijk om te onderzoeken of psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren in het verminderen van het slaapprobleem bij een depressie.
De volgende oorzakelijkheden zijn aanleiding voor het behandelen van de problematiek:

- *Lichamelijk aspect*: moeheid en verlies van energie.
- *Emotioneel aspect*: depressieve stemming, dagschommelingen en spanning.
- *Cognitief aspect*: piekeren en negatief denken.
- *Sociaal aspect*: verstoring sociaal leven en gebrek en levenslust.

In het kader van het slaapprobleem worden de oorzaken op lichamelijk, emotioneel en cognitief aspect als meest belemmerende factoren ervaren door de patiënt. Het onderliggende verband in deze oorzakelijkheden is te thematiseren als 'ontspannen'. Een patiënt met een depressie en een slaapprobleem komt vaak moeilijk tot ontspanning. Dit kan onder andere te maken hebben met piekeren. Het piekeren maakt dat de patiënt meer in het hoofd is. Hierdoor is de patiënt niet met zijn of haar aandacht in het lichaam, in het hier en nu. Één van de gevolgen is spanning die voor de patiënt voelbaar is in het lichaam. Hierdoor kan het slapen bemoeilijkt worden.

Binnen de psychomotorische therapie kan de patiënt lijfelijke ervaringen opdoen die een bijdrage kunnen leveren in het verminderen van het slaapprobleem. Een patiënt met een depressie heeft over het algemeen veel moeite om tot lichamelijke ontspanning te komen. Het bewust sturen van de aandacht is voor de patiënt vaak helpend om te ontspannen en in het hier en nu te blijven. "We laten ons allemaal te vaak meeslepen door gedachten en gevoelens die te maken hebben met verleden, heden en toekomst. We verliezen de intensiteit van het huidige moment doordat we 'ergens anders zijn'. Als we erin slagen in het nu te blijven, staan we alerter in het leven, zijn we ons bewuster van elk moment en van de keuzen die ons openstaan" (Segal, Williams, & Teasdale, 2008).
In de praktijk wordt ervaren dat de aandacht beter gestuurd kan worden, wanneer de patiënt hierbij begeleid wordt. Op deze wijze kan de patiënt een vaardigheid leren. Namelijk leren de aandacht te sturen, waardoor de patiënt mogelijk tot meer ontspanning komt.

3.2.1 Behandelstrategie en interventies

Voor de psychomotorische therapie moet worden onderzocht welke behandelstrategie het beste kan worden toegepast. Daarom wordt er kort teruggeblikt op de casus.
Maaike voelt zich vaak uitgeput en somber. Ze heeft veel moeite met in actie komen. Maaike heeft veel baat bij steun en structuur om zich staande te kunnen houden. Deze attitude sluit aan bij de *oefengerichte-functionele strategie*. "Deze strategie is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. Meestal vindt een dergelijk aanbod gestructureerd in de vorm van een training plaats" (NVPMT, 2009). Het is voor de therapeut van belang dat hij of zij het voortouw neemt, zodat de lijnen voor de patiënt duidelijk worden uitgezet.

<u>Psycho-educatie</u>
De therapeut zet de lijnen onder andere uit door het geven van psycho-educatie. Dit is één van de interventies waarvan bekend is dat dit een bijdrage kan leveren in het verminderen van het slaapprobleem. "Goede voorlichting draagt bij aan het inzicht van de problematiek van de

patiënt" (Niet, 2006). Een onderwerp binnen psycho-educatie is slaaphygiëne. "Een slechte slaaphygiëne is zelden de primaire oorzaak van slapeloosheid, maar het kan wel de behandeling in de weg staan" (Niet, 2006). Slaaphygiëne omvat maatregelen die door patiënt genomen kunnen worden om goed slapen te bevorderen, bijv.: elke dag ongeveer dezelfde tijd opstaan en ongeveer dezelfde tijd naar bed gaan.
De psycho-educatie is een interventie op lichamelijke, emotionele en cognitieve aspecten van de problematiek. Onderwerpen die binnen de psycho-educatie onder andere aan bod komen zijn:

- *Lichamelijke aspecten*: ademhaling.
- *Emotionele aspecten*: het toelaten van gevoelens.
- *Cognitieve aspecten*: de wisselwerking tussen slapen en waken.

Lichaamsgerichte oefeningen
Ook worden de lijnen uitgezet door het aanbieden en begeleiden van lichaamsgerichte oefeningen. "Het lichaam is te vergelijken met een 'biologische computer', waarin iemands geschiedenis opgeslagen ligt, waarin men op zoek kan gaan naar vroegere informatie, die men ook kan 'herprogrammeren'" (Gendlin, 1981). Omdat de kwetsbaarheid van een klinisch opgenomen patiënt met een depressie groot is, wordt de patiënt niet geprikkeld tot het terugkijken in het verleden. Maar het 'herprogrammeren' kan nog steeds plaatsvinden door lichaamsgerichte interventies, bijv.: bij Jacobson het verschil ervaren tussen spanning en ontspanning. Er wordt geïntervenieerd op *lichamelijk aspect*. Mogelijke gevolgen van deze interventie zijn:

- *Lichamelijk aspect*: de patiënt ervaart meer ontspanning in zijn of haar lichaam.
- *Emotioneel aspect*: de patiënt voelt zich rustiger.
- *Cognitief aspect*: de patiënt is met zijn aandacht bij de oefening, in het hier en nu.

Een interventie op lichamelijk aspect heeft gevolgen op meerdere aspecten van de LECS-indeling, waardoor gedragsverandering op verschillende aspecten kan plaatsvinden. Hierdoor worden de oorzakelijkheden die leiden tot het slaapprobleem verminderd. De patiënt zal minder last ervaren ten aanzien van het slaapprobleem.

Een patiënt met een depressie is vaak niet of weinig in contact met lichaamssignalen. De depressie en het slaapprobleem zijn een coping: een wijze van omgaan met problemen en/of stressvolle situaties. Hierdoor wordt het contact met lichaamssignalen bemoeilijkt.
Het is belangrijk dat de patiënt opnieuw in contact komt met lichaamssignalen – *lichamelijk aspect*. Zoals beschreven kan dit positieve gevolg hebben op andere aspecten van de LECS-indeling. "Maar veel mensen zijn niet 'vanzelfsprekend' in contact met het lichamelijk doorvoelde niveau en het is juist dan dat meer expliciete lichaamsgerichte interventies een noodzakelijke hulp kunnen zijn om een echt veranderingsproces mogelijk te maken" (Leijssen, 2001). Het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen kan de patiënt helpen om meer in contact te komen met lichaamssignalen.

3.2.2 Modulair werken

Er is gekozen voor het ontwikkelen van een module om te kijken of de slaapproblematiek van een patiënt met een depressie te beïnvloeden is binnen de psychomotorische therapie. "Het duidelijk op papier zetten van doelen, werkwijze en strategie wordt gezien als een kwaliteitsverbetering van het vak" (NVPMT, 1998). Het ontwikkelen van de module maakt het werken aan de problematiek voor de therapeut en voor de patiënt meer concreet.
"Cliënten hebben het recht om te weten wat hen tijdens de behandeling te wachten staat. Met andere woorden wat de doelen, werkwijze, duur en mogelijke resultaten van de aangeboden

behandeling zijn" (NP/CF, 1996). Dit sluit nauw aan bij wat een klinisch opgenomen patiënt nodig heeft, namelijk duidelijkheid over wat voor hem of haar komen gaat.

Naast de beschreven voordelen van het modulair werken, zijn er ook nadelen. "PMT-modulen zijn een keurslijf voor de therapeut. Veel is voorgeschreven en vastgelegd. De therapeut wordt een soort van 'therapieboer' die dag in dag uit vaste PMT-modulen afdraait" (NVPMT, 1998). Het is een valkuil dat de module zoveel routine krijgt, waardoor een therapeut mogelijk minder ruimte maakt voor andere interventies.
Door het steeds opnieuw aanbieden van de module wordt de creativiteit van een therapeut niet of minder aangesproken. Dit kan een negatief effect hebben op zowel de therapeut als op de patiënt, bijv.: doordat de therapeut minder innovatief te werk gaat, kan het zijn dat de patiënt minder snel een nieuwe betekenisvolle ervaring opdoet. "De specifieke deskundigheid van de psychomotorische therapeut komt niet meer uit de verf. Het vak wordt minder boeiend" (NVPMT, 1998).

4. Resultaten

Uit deze case-study is de module, "Psychomotorische therapie module 'slaaptraining' voor patiënten met slaapproblemen", voortgekomen. In dit hoofdstuk wordt een globale opzet weergegeven van de ontwikkelde module.

4.1 Module

De module is het resultaat van het behandelen van het slaapprobleem bij klinisch opgenomen patiënten met een depressie. Het doel van de module is de patiënt handvaten aanreiken, zodat het slaaptekort verminderd wordt.

4.2 Opbouw module

De opbouw van de module is als volgt:

Sessie	*Psycho-educatie*	*Lichaamsgerichte oefening*
Sessie 1	Depressie en slaapproblemen	Progressieve relaxatie, Jacobson
Sessie 2	Waken en slapen	Zitmeditatie
Sessie 3	De ademhaling	Ademhalingsoefeningen
Sessie 4	Acceptatie van gevoelens en gedachten	Geleide fantasie
Sessie 5	Zelfzorg	Autogene training, Schultz

Het aanbod van de module bestaat uit vijf sessies. Dit heeft te maken met de casus. De patiënten zitten doorgaans minimaal vijf weken in de groep. Om de continuïteit te waarborgen wordt de module vijf weken achtereen aangeboden.

In alle oefeningen van de sessies gaat het erom dat de patiënt met zijn of haar aandacht bij de oefening kan blijven – met aandacht in het hier en nu. Het kan voor de patiënt helpend zijn om tot meer ontspanning te komen. De therapeut begeleid dit proces.
Er is gekozen voor lichaamsgerichte oefeningen omdat deze direct een handvat vormen voor het dagelijks leven. Daarnaast kan de patiënt contact maken met lichaamssignalen. Dit kan bijdrage leveren in het ontspannen van het lichaam, bijv.: het observeren van de ademhaling.

De oefeningen in de eerste, tweede en derde sessie bevatten meer structuur, door de concrete opdrachten. In de oefening van de vierde en vijfde sessie laat de therapeut zijn of haar verantwoordelijkheid over de patiënt enigszins los. Interventies als, "ga met je aandacht naar je ademhaling", worden achterwege gelaten.

4.2.1 Opbouw sessie

De therapie wordt gestart met een gespreksronde, waarin het huiswerk centraal wordt gesteld. Vervolgens worden psycho-educatie gegeven. Dit is een interactief gedeelte van de sessie. De therapeut vertelt het één en ander met betrekking tot de problematiek. Vervolgens zal de therapeut navraag doen bij de patiënt, bijv.: "in hoeverre pas je slaaphygiëne toe?". Na de psycho-educatie volgt een lichaamsgerichte oefening. Deze oefening is tevens het huiswerk van de patiënt. In het dagelijks leven kan de patiënt onderzoeken in hoeverre een oefening voor hem of haar helpend is, in het kader van het slaapprobleem.

4.2.2 Attitude therapeut

De therapeutische attitude is aansluitend op de oefengerichte-functionele strategie van de therapeut. Deze is:

- Structurerend.
- Steunend.

- Uitnodigend.
- Het creëren van veiligheid.
- Educatief.
- Gebruik maken van gepaste zelfonthulling.

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken op de vraagstelling. Deze wordt verbonden met de bevindingen in de praktijk, zoals de casus. Tevens wordt er een koppeling gemaakt naar de beschreven theorieën. Vervolgens wordt er een conclusie getrokken. In de discussie zal er gereflecteerd worden op de methode, de resultaten en de conclusie. Tot slot worden de aanbevelingen beschreven.

5.1 Conclusie

De vraagstelling van deze case-study luidt als volgt:

Is er een module 'slaaptraining' te ontwikkelen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met een depressie en slaapproblemen, zodat de problematiek rondom slaaptekort bij deze doelgroep verminderd zou kunnen worden?*

**) De casus bestaat uit klinische opgenomen patiënten met een depressie en slaapproblemen. Bij slaapproblemen gaat het om symptomen van insomnia.*

Het slaapprobleem is één van de symptomen van een depressie. Terugkijkend op de casus heeft het slaapprobleem veel invloed op het dagelijks leven van een patiënt met een depressie, bijv.: Maaike heeft moeite met in actie komen. Om na te gaan hoe de problematiek tot stand komt, zijn de oorzakelijkheden in beeld gebracht. Op alle aspecten van de LECS-indeling kunnen oorzakelijkheden geformuleerd worden.
Oorzakelijkheden op lichamelijk, emotioneel en cognitief aspect houden de problematiek van de patiënt in stand. Het onderliggende verband in deze oorzakelijkheden is te thematiseren als 'ontspannen'. Een patiënt met een depressie en een slaapprobleem kan moeilijk tot ontspanning komen. Dit bemoeilijkt het slapen. Daarom is het belangrijk dat de patiënt zijn of haar spanning gaat loslaten. Het bewust sturen van de aandacht kan een bijdrage leveren in het loslaten van de spanning. Binnen de psychomotorische therapie kan de patiënt lijfelijke ervaringen opdoen in het sturen van zijn of haar aandacht.

Voor het behandelen van het slaapprobleem binnen de psychomotorische therapie is afstemming op de casus belangrijk. Omdat de kwetsbaarheid van de patiënt groot is, is de oefengerichte-functionele behandelstrategie het meest passend. De attitude van de therapeut is vooral steunend en structurerend. Het modulair werken draag bij aan een gestructureerde behandeling.

In de sessies wordt gebruik gemaakt van psycho-educatie en lichaamsgerichte oefeningen. De interventies vormen voor de patiënt een handvat om de slaapproblematiek te verminderen. Psycho-educatie draagt bij aan het vergroten van het inzicht van de patiënt in zijn of haar problematiek. Hierdoor kan het slaapprobleem enigszins verminderd worden.
Bij lichaamsgerichte oefeningen wordt geïntervenieerd op lichamelijk aspect. Door een interventie op lichamelijk aspect, kan gedragsverandering plaatsvinden op meerdere aspecten van de LECS-indeling. Op deze wijze worden de oorzakelijkheden van het slaapprobleem op verschillende aspecten verminderd, waardoor de patiënt beter kan slapen.

Voor het behandelen van de slaapproblematiek is een module te ontwikkelen, waarin verschillende handvaten worden aangeboden. Na een sessie kan een patiënt vrijwel direct een transfer maken naar het dagelijks leven, bijv.: door het toepassen van de lichaamsgerichte

oefening die in de sessie is aangeboden. Op deze wijze kan de problematiek rondom slapen verminderd worden.

5.2 Discussie

De module is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk en verschillende theoretische kaders. Pas in de hedendaagse praktijk kan worden gekeken of de module invloed heeft op de problematiek van de patiënt. De module is tot heden één keer aangeboden. Door de geringe praktijkervaring kan afgevraagd worden of dit het juiste aanbod is voor deze casus.

De frequentie van de module kan ter discussie worden gesteld. Wekelijks wordt één sessie aangeboden. Mogelijk wordt de patiënt meer geprikkeld door een aanbod van twee sessies per week. Op deze wijze is er meer aandacht voor de problematiek van de patiënt. Mogelijk vergroot dit de erkenning van de problematiek, waardoor de patiënt meer gemotiveerd is de aangeboden handvaten daadwerkelijk eigen te maken.
Tevens kan de totale tijdsduur ter discussie worden gesteld. In de lichaamsgerichte oefeningen oefent de patiënt met het contact maken met lichaamssignalen. Dit proces heeft tijd nodig.

Tijdens het schrijven van de module is overwogen om ook bewegingsgerichte oefeningen aan te bieden. Er wordt verondersteld dat de patiënt door bewegingsactiviteiten de concentratie beter kan vasthouden. Naderhand is besloten om de bewegingsgerichte oefeningen niet in de module te verwerken. De oefeningen vormen niet direct een handvat om in het dagelijks leven, voor het slapen gaan, toe te passen. Het blijft een aandachtspunt voor de therapeut om te kijken of de patiënt met zijn of haar aandacht bij de therapie kan blijven.

De volgorde van zowel de psycho-educatie als de lichaamsgerichte oefeningen kan ter discussie worden gesteld. De indeling is vooral gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Een theoretische onderbouwing die deze volgorde ondersteund zou een toegevoegde waarde zijn voor de module.

5.3 Aanbevelingen

Om meer zicht te krijgen op de invloed van de module op de problematiek van de patiënt, is het belangrijk dat de effectiviteit gemeten wordt. Dit is mogelijk door het uitvoeren van onderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van een experimentele groep en een controlegroep. Op deze wijze worden mogelijke verschillen zichtbaar en kan de effectiviteit gemeten worden.

In de discussie wordt gereflecteerd op de totale tijdsduur van de module. De tijdsduur kan invloed hebben op het verkennen en herkennen van lichaamssignalen. Wanneer de patiënt meer ervaringen opdoet in het ondergaan van lichaamsgerichte oefeningen, raakt de patiënt mogelijk nog meer vertrouwd met zijn of haar lichaam – de lijfelijke ervaringen worden vergroot. Om dit proces meer aandacht te geven, kan gedacht worden aan een vervolg op deze module. Waarbij het ondergaan van lichaamsgerichte oefeningen centraal staat.

Om de problematiek van de patiënt nog meer te laten leven, wordt geadviseerd om te gaan samenwerken met andere disciplines. Mogelijk is een arts-assistent een toegevoegde waarde voor de module, bijv.: de invloed van medicatie op het slaapprobleem.
Tevens kan de psychomotorische therapeut contact maken met andere vaktherapeuten. Op deze wijze krijgt de problematiek van de patiënt meer aandacht, waardoor het slaaptekort mogelijk nog meer verminderd wordt.

Literatuurlijst

Module

- Groot Koerkamp, L. (2010). *Psychomotorische therapie module 'slaaptraining' voor patiënten met slaapproblemen*. Nijmegen.

Boeken

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
- Bemmel, A. v., Beersma, D., Groen, J. d., & Hofman, W. (2001). *Handboek slaap en slaapstoorninssen.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Gendlin, E. (1981). *Gevoel en je lijf.* Haarlem: De Toorts.
- NP/CF. (1996). *Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief.* Utrecht: NP/CF.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2008). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie.* Amsterdam: Nieuwezijds.
- Smits, M., & Braam, W. (2003). *Slaap-waak ritme stoornissen.* Wormer: Inmerc bv.

Artikelen

- Allewijn, M. (2010). Gedeprimeerd in de instelling. *Denkbeeld* , 2-6.
- Cluydts, R., & Someren, E. v. (2009). Slaap en slaapstoornissen. *Neuropraxis*, 153-167.
- Leijssen, M. (2001). Lichaamsgerichte interventies in de psychotherapeutische hulpverlening: Waardevol en ethisch verantwoord? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 195-217.
- Niet, G. d. (2006). Zorg voor slaapproblemen bij psychiatrische stoornissen. *Psychopraktijk*, 60-64.

Overige

- NVPMT. (2009). Beroepsprofiel Psychomotorische Therapie.
- NVPMT. (1998). Handleiding module-ontwikkeling voor Psychomotorische Therapie.
- Studenthandleiding: Werkplaats Therapeutische Vaardigheden 3e jaar. (2009).