

In de slaap gestoord

Symposiumverslag van De Amsterdamse School, AMC Psychiatrie,
18 januari 2013.

Naarmate het beter mogelijk wordt hersenfuncties in beeld te brengen, bestaat er bij psychiaters en psychologen weer meer belangstelling voor de slaap. Slaap is niet alleen van groot belang voor herstel na activiteit, maar speelt eveneens een rol bij groei en geheugenfuncties.

Slaapstoornissen doen zich bij veel somatische en psychiatrische ziektebeelden voor, maar worden vaak als een bijna vanzelfsprekend bijkomend verschijnsel gezien, met als gevolg dat er of te weinig aandacht aan besteed wordt, of te snel met slaapmedicatie gestrooid wordt.

Dagvoorzitter Frits Boer leidde het onderwerp in met de volgende vraag aan de zaal: wat deed u vanochtend om 04.30 uur? Ik kon de vraag zonder moeite beantwoorden, dikwijls ben ik ergens tussen 03.00 en 05.00 uur klaarwakker, zo ook deze ochtend. Anderen waren wellicht half slapend even naar de wc, aan het dromen of onrustig aan het woelen in de slaap, zonder daar een herinnering aan te hebben. Boer bracht ons even terug naar de Griekse mythologie: Hypnos was de halfbroer van Thanatos, zij worden vaak samen afgebeeld, de slaap naast de dood. Bij mensen met een slaapfobie gaat het dan ook om de angst voorgoed in te slapen. De zoon van Hypnos is Morpheus, vaak samen met Iris,

boodschapper van de goden, afgebeeld: de droom als betekenisvolle boodschap van de goden. In de dodenwereld stroomt de rivier de Lethe, waaruit de doden drinken om hun aardse leven te vergeten: de slaap als vergeetelheid, deze onttrekt zich immers aan de waarneming. En dan was er nog Nyx, de moeder van Hypnos, godin van de duisternis. De duisternis is nodig voor het aanmaken van melatonine; zolang er licht op de retina valt, wordt er geen melatonine aangemaakt. We hebben de nacht dus nodig voor onze slaap, en je kunt je afvragen, aldus Boer, of de komst van het gaslicht en later het elektrisch licht ons slaapritme niet ongunstig beïnvloed heeft.

Het wakende brein

Hoogleraar Slaap & Cognitie Eus van Someren, verbonden aan het Nederlands Instituut voor Neurowetenschappen en de VU, sprak over de hersenmechanismen van slapeloosheid. Als we slapen, slaapt ons brein allerminst. Op een enkele fractie van milliseconden na is er steeds sprake van hersenactiviteit, bijvoorbeeld te meten met een EEG, resulterend in een hypnogram of polysomnogram, waarin de verschillende slaapstadia af te lezen zijn. De slaap wordt gereguleerd door onze biologische klok:

hoe langer we wakker zijn, hoe groter de slaapdruk wordt. Uit onderzoek blijkt dat mensen met slapeloosheid moeite hebben om eigen lichamelijk comfort waar te nemen, slecht in staat zijn hun gedachten te stoppen, en een extreme gevoeligheid voor geluid hebben. Zo kan een slapeloze klagen over onophoudelijk gebonk als hij met zijn oor op het kussen ligt, wat feitelijk niet meer is dan het kloppen van zijn eigen hartslag in de halsslagader.

Bij langdurige slapeloosheid gaat de kwaliteit van leven fors achteruit, te vergelijken met de herstelfase na een depressie of hartfalen. Ook vergroot slapeloosheid de kans op het ontstaan van een depressie. Het is een stoornis waar eigenlijk nog weinig over bekend is; de diagnose moet gesteld worden op basis van subjectieve klachten van de patiënt. Het maken van een hypnogram, een techniek die inmiddels zestig jaar oud is, geeft te weinig informatie voor de juiste diagnostiek.

Het antwoord op de volgende drie vragen bepaalt of je aan een slaapprobleem lijdt: hoe vaak word je gedurende de nacht wakker, hoe lang duurt het voor je weer inslaapt, en wat is de impact ervan op je functioneren overdag? Om meer over slaapproblemen te weten te komen, wordt onderzoek gedaan om zicht te krijgen op verschillende subtypes van mensen met slapeloosheid, en om van gedrag (fenotype) via hersennetwerken, neuronen en eiwitten tot het dna (genotype) van de slapeloze te komen. Uit tweelingstudies blijkt dat 20% van de slaapproblemen genetisch bepaald is. Naast de subjectieve klachten

kan men via een hypnogram iets over hersenactiviteit gedurende de slaap zeggen: sterke langzame golven en zogenoemde spoelen (*spindles*) correleren met sterke verbindingen van de witte stof in de hersenen, en dat correleert weer met diepe slaap.

Het verminderd kunnen waarnemen van comfort, zoals een prettige temperatuur om bij te slapen, blijkt eveneens gerelateerd aan slaapproblemen. De orbitofrontale cortex (direct boven de oogkassen gelegen) geeft aan andere hersengebieden door of de huidige situatie comfortabel is. Mensen met minder grijze stof in dit gebied worden vroeg wakker en lijden meer aan slapeloosheid. Manipulatie van de huidtemperatuur met een halve graad Celsius doet de kans om vroeg wakker te worden afnemen van 50% naar 4%!

Ook een hypervigilant brein kan tot slaapproblemen leiden. Dit heeft evolutionair gezien zeker een functie, het is immers niet handig om bij dreigend gevaar (vijanden, roofdieren, vorst) te gaan slapen, maar zou bij afwezigheid van gevaar weer tot rust moeten komen. Bij veel slapelozen blijft het brein te alert en is er een extreme gevoeligheid voor geluid.

Bij het ouder worden functioneert onze biologische klok minder goed. Deze klok is gelokaliseerd in de hypothalamus, en geeft aan wanneer er activiteit dan wel rust moet zijn, wanneer de lichaamstemperatuur of de hartslag bijgesteld moet worden, of hormonen als melatonine en cortisol afgegeven moeten worden, en of het waken dan wel het slapen bevorderd moet worden.

Psychopathologie bij kinderen

Kristiaan van der Heijden, verbonden aan het Leiden Institute for Brain and Cognition, sprak over de relatie tussen slaap en psychopathologie bij kinderen. De prevalentie van slaapproblemen bij kinderen, zoals gerapporteerd door hun ouders, is ongeveer 25%. Een deel hiervan betreft parasomnie (abnormale gedragingen tijdens de slaap, die geen invloed hebben op de slaapkwantiteit of kwaliteit), maar dan blijft er nog 15% aan dyssomnieën over, waarbij wel sprake is van verstoring van de duur en de kwaliteit van de slaap. Uit een meta-analyse van 86 studies naar slaapproblemen en cognitieve functies bij kinderen in de leeftijd tussen de 5 en 12 jaar (n=3600) werd een relatie gevonden tussen slaapduur en de zogenoemde executieve functies, de *multiple-domain* cognities en met schoolprestaties. Geen relatie werd gevonden tussen verkorte slaapduur en het volhouden van aandacht, terwijl dat bij volwassenen wel aangetoond wordt. Hetzelfde geldt voor geheugenfuncties: bij kinderen geen relatie met verkorte slaapduur, bij volwassenen wél.

Ten aanzien van gedragsproblemen, zowel internaliserend als externaliserend van aard, wordt wel eveneens een significante relatie gevonden. Bij angstige kinderen kan piekeren tot slaapproblemen leiden. Bij trauma's of rouw kan de slaap eveneens verstoord raken. Slechter slapen leidt weer tot een negatievere waarneming van de omgeving.

De slaap heeft ook de functie om (nega-

tieve) emoties te vergeten: *sleep to forget*. Slaaptkort houdt dus de negatieve emoties in stand, hetgeen ook weerspiegelt wordt in de reactiviteit van de amygdala, waar emoties gereguleerd worden.

De relatie tussen slaapduur en cognitief functioneren lijkt gemedieerd te worden door het temperament van het kind: als extraverte kinderen korter slapen neemt hun niveau van cognitief functioneren af. Bij introverte kinderen leidt kortere slaapduur tot een verbetering van het cognitief functioneren. Dit heeft mogelijk te maken met het optimale arousalniveau (bij introverte kinderen is er eigenlijk een te hoog arousalniveau in rusttoestand, bij slaaptkort schuift dat wat terug naar een meer optimaal niveau).

Dan is er een samenhang tussen slaapproblemen en een aantal psychiatrische stoornissen. Slaapproblemen bij de disruptieve gedragsstoornissen (ADHD, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en antisociaal gedrag) voorspelt agressief gedrag op latere leeftijd. Ook komt apneu veel voor bij de disruptieve gedragsstoornis, twee maal zo vaak. Na het knippen van de amandelen nemen de kans op hyperactiviteit en agressief gedrag overigens met 50% af!

Bij ADHD zien we vaak een kortere slaapduur en een langere duur voor het in slaap vallen, evenals meer nachtelijke beenbewegingen. Verhoogde slaperigheid overdag komt vooral bij kinderen met ADD voor. Voor de klinische praktijk betekent dit dat het van belang is bij de diagnose AD(H)D de slaapproblemen goed uit te vragen, en deze eerst te behandelen. Melatonine is

effectief gebleken bij inslaapproblemen van ADHD'ers, en ijzersupplementen helpen bij het restless-legs-syndroom. Daarnaast zou lichttherapie in de ochtend eveneens werkzaam kunnen zijn.

PTSS

Saskia van Liempt deed haar promotieonderzoek naar de relatie tussen slaapproblemen en PTSS bij de militaire GGZ te Utrecht. Bij PTSS komen, zoals bekend, veelvuldig slaapproblemen en nachtmerries voor. Het zou kunnen zijn dat de noodzakelijke *sleep to forget*-functie bij patiënten met PTSS onvoldoende is en daardoor de klachten mede in stand houdt. Bij PTSS is sprake van hypervigilantie, wat zichtbaar wordt in een verhoogde activiteit in de amygdala, een verminderde uitdoving van de angstreacties, een afname van het hippocampusvolume, en verhoogde cortisol en noradrenaline niveaus.

Bij EEG-onderzoek wordt bij deze groep patiënten een discrepantie gevonden tussen de gemeten slaaptijd en de subjectief beleefde slaaptijd. Wel zijn er meer dan gemiddeld onderbrekingen van de slaap en is de REM-slaap meer gefragmenteerd. Interessant is dat bij militairen die naar – gevaarlijke missies in – Afghanistan uitgezonden werden, de kans op het ontwikkelen van een PTSS na blootstelling aan een trauma drie maal zo hoog bleek als zij vóór uitzending al last hadden van nachtmerries. Ook bij mensen met een slaapapneu die al bestond voorafgaand aan het oplopen van een trauma is de kans op een PTSS groter.

Bij een onderzoek in een slaaplaboratorium vergeleek Van Liempt drie groepen: uitgezonden militairen met PTSS, uitgezonden militairen zonder PTSS (Trauma Controls, TC), en niet uitgezonden militairen zonder PTSS (Healthy Controls, HC). Tijdens hun slaap werd een aantal maal bloed afgenomen (met een van te voren aangebracht pompje en slangetje, waardoor in de kamer naast het slaapvertrek zonder de proefpersoon in zijn slaap te verstoren bloed afgetapt kon worden). Zij kregen een geheugentaak voor en na de slaap, en verder werd onder meer hun slaappatroon (hypnogram), het aantal *awakenings* en slaapapneu vastgesteld. De PTSS-groep had vaker last van slaapapneu, had twee maal zoveel *awakenings* als de beide controlegroepen, en een hogere hartslag gedurende de slaap. De ervaren slaapdiepte correleerde sterk met het aantal *awakenings*. Geen verschillen werden gevonden tussen de drie groepen voor de cortisol, ACTH (adrenocorticotroop hormoon, dat de aanmaak van cortisol stimuleert) en melatonineniveaus. Wel was de cortisol/ACTH-ratio afwijkend bij de TC-groep: kennelijk hebben zij minder ACTH nodig om hun cortisolniveau gezond niveau houden. De PTSS-groep scoorde slechter op de geheugentaak, hetgeen correleerde met het aantal *awakenings* en met de secretie van het groeihormoon (van belang voor regeneratie van hersencellen en het maken van nieuwe verbindingen tussen neurale netwerken; het groeihormoon wordt aangemaakt na lichamelijke inspanning, bij stress, en ongeveer twee uur na

inslapen. Vermindering van secretie van het groeihormoon leidt weer tot een afname van het hippocampusvolume). Er lijkt dus een soort circulair proces te bestaan tussen PTSS – nachtmerries – groeihormoon – hippocampus volume – verminderde uitdoving van angstreactie – instandhouding PTSS.

Waak-lichttherapie

Klinisch neuropsycholoog Esmée Verwijk van GGZ Parnassia presenteerde een interessante casus van de behandeling van een waak-lichttherapie bij stemmingsstoornissen met excessieve slaapbehoefte. Bij waak-lichttherapie wordt onze biologische klok of circadianeritme kunstmatig beïnvloed. Het lijkt paradoxaal om mensen met slaapbehoefte wakker te houden, maar het kan werken!

Onze biologische klok is gelokaliseerd in een gedeelte van de hypothalamus dat de suprachiasmatische kern genoemd wordt. Hier wordt het slaap-waakritme gereguleerd, evenals de bloeddruk, de temperatuur, de hormoonsecretie en de stemming. Ons circadiane ritme bedraagt ongeveer 24,5 uur, hetgeen betekent dat we iedere dag een kleine aanpassing moeten doen om het etmaal te laten synchroniseren met het extra halfuurtje dat ons eigen ritme nodig heeft. Bij een jetlag, maar ook bij mensen die in ploegendienst werken, die los van het natuurlijke dag- en nachtritme leven (bijvoorbeeld mijnkompels, duikbootbemanning, poolonderzoekers, astronauten), bij mensen met een stemmingsstoornis en bij

mensen met kanker is er vaak sprake van desynchronisatie van het circadiane ritme. Zonder prikkels van buiten gaat de biologische klok opschuiven, en dat moet dus steeds bijgesteld worden. Zolang er licht op onze retina's valt, wordt er een signaal afgegeven aan de suprachiasmatische kern dat er voor zorgt dat de melatonineproductie niet op gang komt, en dat we niet slaperig worden.

Als je lichttherapie wilt gebruiken, is het van belang te weten of je een avond- dan wel een ochtendmens bent. Als je normaal gesproken om 07.00 uur opstaat, heeft het weinig zin om pas om 09.00 uur achter de lamp te gaan zitten.

Een 72-jarige vrouw met farmacotherapie-resistente depressie, die werd doorverwezen voor een ECT-behandeling, kreeg vanwege een opvallend sterke slaapbehoefte, sterke dagschommelingen, concentratieproblemen en aanhoudende vermoeidheid en energieverlies als alternatief chronotherapie voorgesteld: drie keer per week waken (maandag, woensdag en vrijdagnacht), gecombineerd met vaste slaap- en opstaantijden en lichttherapie (iedere dag). Zij was eerder zonder succes behandeld met diverse SSRI's, met additie van lithium, een MAO-remmer en cognitieve gedragstherapie.

Uiteraard vraagt het heel wat van iemand met een grote slaapbehoefte om gedurende een hele nacht wakker te blijven. Patiënten rapporteren dan ook lichamelijke klachten, voelen zich ziek en gaan rillen van de kou. Met legpuzzels, naaiwerk en taarten bakken hield deze 72-jarige patiënte zich wakker.

Na drie weken kwam de omslag, en voelde ze opeens: ik ben weer beter! Vervolgens kreeg ze een streng slaapregime, waarbij ze om 23.00 uur moest gaan slapen en om 07.30 op moest staan. Tevens werd de lichttherapie dagelijks gecontinueerd. Tijdens een vakantie, waarbij ze haar lamp niet mee had kunnen nemen, vond onmiddellijke terugval plaats. Bij hervatting van de lichttherapie kwam ze weer in het normale slaapritme en verdwenen ook haar depressieve klachten weer. Inmiddels is ze actief aan het wandelen, bridgen, tekenen, en heeft ze een bureautje opgezet om culturele activiteiten voor buurtgenoten te organiseren. Verwijk deed eveneens verslag van de toepassing van chronotherapie in de eerste lijnspraktijk van Astrid van Jaarsveld: zij laat patiënten in groepsverband bij zich thuis komen voor de waaksessies, die onder leiding van haar echtgenoot plaatsvinden; hij zorgt voor bewegingsopdrachten, spelletjes en houdt het groepsgesprek gaande om de groep wakker te houden. Ieder groepslid neemt op zijn eigen tijd voor de lamp plaats voor de lichttherapie. Na twee weken zijn de stemmingsklachten en slaapproblemen aanzienlijk verminderd, en is er een betere ingang ontstaan om te starten met cognitieve gedragstherapie. Omdat al eerder bekend was dat slaapdeprivatie bij bipolaire stoornissen effectief kan zijn (NB: alleen toe te passen in de kliniek, vanwege het gevaar van manische ontremming!) zou verder onderzoek naar het circadiane ritme wellicht een nieuw verklaringsmodel voor stemmingsstoornissen kunnen opleveren, en ook nieuwe behan-

delmogelijkheden. Omdat de richtlijnen voor depressie alleen in het geval van de seizoensgebonden depressie waak-lichttherapie noemen, zal deze voorlopig alleen nog additioneel op farmacotherapie toegepast kunnen worden.

Parkinson

Somnoloog – een nieuw gecertificeerd specialisme – Sebastiaan Overeem sprak over de vele en zeer gevarieerde slaapproblemen die zich bij de ziekte van Parkinson kunnen voordoen. Hij pleitte voor een grondige slaapanamnese bij slaapproblemen: wat zijn de habituele bedtijden, hoe lang duurt het in slaap vallen, hoe laat wordt er opgestaan, hoe wordt er in de vakantie geslapen? Is er sprake van een slaapafhankelijke ademhalingsstoornis (apneu), of van nachtelijke motorische verschijnselen als RLS (Restless Legs Syndrome), pijnklachten en nycturie ('s nachts moeten opstaan om te gaan plassen)? Hoewel er veel vragenlijsten beschikbaar zijn die dergelijke klachten inventariseren, zijn ze vooral geschikt om als screeningsinstrument voor wetenschappelijk onderzoek te gebruiken. Veel meer informatie geeft het bijhouden van een slaapdagboek. Parkinson-patiënten hebben vaak (tussen de 65% en 90%) een verstoorde slaap, worden frequent wakker en kunnen nachtelijke hallucinaties beleven. De oorzaken kunnen gelegen zijn in schade aan de slaapregulerende gebieden in de hersenen, maar ook secundair zijn aan de motorische verschijnselen van de ziekte, en ten slotte kunnen ze het gevolg zijn van de

medicatie. Zo kan een verstoring van de hypocretinesecretie tot narcolepsie (onbedwingbare slaapaanvallen en plotseling in slaap vallen) leiden. Het anti-Parkinson-medicijn Selegiline heeft als ongewenste bijwerking dat het in het brein wordt gemetaboliseerd tot amfetamine, met alle slaapproblemen van dien. Dopamine-agonisten leiden soms tot slaperigheid overdag. Speciale aandacht besteedde Overeem aan het zogenoemde *REM sleep behavior disorder* (RBD): het gaat gepaard met sterke motorische agitatie, nachtmerries en gevloek in de slaap. Er bestaat een vermoeden dat RBD een voorloper van het ontstaan van Parkinson zou kunnen zijn, en in die zin als diagnosticum van betekenis zou kunnen zijn. Overigens kan RBD zich ook voordoen bij patiënten die geen Parkinson hebben.

Slaaptherapie

De behandeling van slaapstoornissen kwam aan bod bij slaaptherapeut Ingrid Verbeek, verbonden aan het Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe te Heeze (NB).

Slaapproblemen worden vaak gezien als onderdeel van een andere diagnose, zoals een depressie. Als na de behandeling de depressie voldoende is opgeklaard, hoeft dat niet te betekenen dat de slaapproblemen ook over zijn. De slaapproblemen dienen dan als een behandeldoel op zich gezien te worden. Bij primaire insomnie (dus niet het gevolg van een andere aandoening) zijn er voorbestemde factoren in het spel (erfelijk-

heid, biologische componenten, persoonlijkheid, sociale factoren), uitlokkende factoren (medische of psychische aandoeningen, stress) en in stand houdende factoren (te lang in bed blijven liggen, overdag dutjes doen, piekeren, conditionering). Slaap zou een automatisch proces moeten zijn, teveel aandacht erop richten verstoort dit automatisme. CGT blijkt bij inslaapproblemen effectiever dan benzodiazepinen. Behandeldoelen van de CGT bij insomnie zijn beter slapen uiteraard, maar ook een betere kwaliteit van leven, meer acceptatie en een grotere zelfredzaamheid. Na het geven van informatie over slaapprocessen moeten patiënten een slaapdagboek bijhouden, en wordt er begonnen met het veranderen van het slaapedrag. Met ontspanningsoefeningen, cognitieve herstructurering en het afbouwen van slaapmedicatie wordt toegewerkt naar herstel van de slaap.

Het slaapdagboek moet twee weken bijgehouden worden, door op een tijdsbalk aan te geven wanneer naar bed gegaan werd, wanneer men insliep, hoe laat en hoe vaak men wakker werd, weer insliep, en uiteindelijk ontwaakte en opstond. Tevens wordt bijgehouden wat er aan middelen gebruikt werd, van cafeïnehoudende dranken en alcohol tot en met slaapmedicatie. Het is tevens voor de patiënt een manier om het effect van de geboden therapie inzichtelijk te maken. Na de eerste sessie – die vaak al direct effect sorteert – volgen nog zes individuele of groepssessies. Belangrijke onderdelen zijn: het aanhouden van vaste bedtijden, ook in het weekend, niet langer

dan acht uur in bed blijven, en overdag maximaal een half uur een *powernap* doen, tussen 13.00 en 15.00 uur (niet zozeer om te slapen, maar om even op de rem te staan van activiteit, gepieker en stress). Overdag ontspanningsmomenten inbouwen, aan het einde van de dag de activiteiten afbouwen en je voorbereiden op de nacht (sporten niet korter dan vier uur voor het slapen gaan, een warm bad twee uur voor het naar bed gaan, yoga/mediteren of ontspanningsoefeningen doen, zorgen voor warme voeten (sokken aan indien nodig). Piekeren moet gekaderd worden, en verplaatst worden naar de dag in plaats van in bed, en moet met oplossingsgericht huiswerk aangepakt worden. Het bed uitsluitend gebruiken om te slapen en voor seksuele activiteit, niet om met je laptop te werken of filmpjes te bekijken. Geen cafeïne, alcohol beperken (alcohol helpt vaak wel bij het inslapen, maar stelt de diepe slaap uit, zodat de slaap als geheel meer gefragmenteerd wordt en je minder uitgerust wakker wordt). Bij 's nachts wakker liggen langer dan een half uur het bed verlaten en bij voorkeur in een andere ruimte iets (saais) gaan doen. De verloren tijd niet compenseren door later op te staan!

Bij aanvang van de slaaptherapie kunnen er aanvankelijk meer klachten overdag voorkomen (moe, minder concentratie), toch is het van belang hier vol te houden.

Voor geïnteresseerden: Kempenhaeghe verzorgt een eendaagse opleiding tot slaaptherapeut (www.kempenhaeghe.nl).

In de film

Hekkensluiser van de studiedag was hoogleraar filmwetenschap/mediastudies aan de UvA Patricia Pisters. Zij zorgde voor de lichtere toets aan het einde van een intensieve dag, door aan de hand van filmfragmenten stil te staan bij de vraag hoe slaap, dromen en nachtmerries door de jaren heen verbeeld werden. De slaaptoestand is filmisch gezien niet erg interessant, en meestal beperkt het zich in films tot het moment van naar bed gaan of juist het wakker worden. Uitzondering is de ruim vijf uur durende film (*Sleep*) die Andy Warhol in 1963 maakte van zijn slapende vriend, een film waar ongeveer evenveel actie in te zien was als Warhols vijf uur durende statische opname van het Empire State Building...

In 1929 maakte Louis Bunuel de surrealistische film *Un chien Andalou*, voor velen bekend van de scène van het kappersmes dat een oog van een vrouw doorsnijdt, waarbij droom en werkelijkheid in elkaar overvloeien. Ook in *Meshes of the Afternoon* (1943) van Maya Deren gaan slaap en droomwereld over in de realiteit of vice versa. Het gaat over het verlangen en de wanhoop waar de nacht zich meester van maakt. *Spellbound* (1945) van Alfred Hitchcock, met decors van Salvador Dali, vertelt het verhaal van een getraumatiseerde man die paniekaanvallen krijgt bij het zien van streepjespatronen. Er is sprake van amnesie, de aard van het trauma wordt hem geleidelijk aan in zijn dromen onthuld. De droom werd in de film vaak als beteke-

nisvol gezien, de camera zoomt in op iemands slapende hoofd en verdwijnt als het ware in het hoofd om in beeld te registreren wat er zich in dat hoofd – de droom – afspeelt. Ook de bioscoop zelf is te zien als een droomapparaat, aldus Pisters: in de donkere zaal zien we onze geprojecteerde angsten en verlangens verbeeld.

In de film wordt het slapende lichaam ook als kwetsbaar lichaam gezien. In de klassieker uit 1956 van Dow Siegel *The invasion of the bodysnatchers* worden mensen in hun slaap overvallen door buitenaardse peulvruchten die het lichaam overnemen om vervolgens nieuwe slachtoffers te maken. Hier is het dus zaak om constant wakker te blijven. Ook in latere horrorfilms – denk aan *Nightmare on Elmstreet* (Wes Craven, 1984) is slapen te gevaarlijk omdat mensen in hun droom aangevallen worden en droom en realiteit in elkaar gaan overlappen. *Insomnia* (Christopher Nolan, 2002) heeft zelfs als titel de slaapstoornis meegekregen, en verwijst in deze thriller naar het gebrek aan slaap van de hoofdpersoon (de detective) vanwege het ontbreken van de duisternis in de zomer van noordelijk Alaska enerzijds, en vanwege een getroebleerd geweten anderzijds. Naast het noemen van nog enkele andere films waarin slapen gevaarlijk blijkt en waakzaamheid en slapeloosheid inwisselbaar worden, sloot Pisters af met een citaat van Obama, wiens woorden los van de context ook iets dreigends krijgen: *‘We must and we will remain vigilant!’*

Een mooie afsluiting van wederom een uitstekende studiedag: met een hoog weten-

schappelijk fundament, goede sprekers, en een mooie combinatie van theoretische kennis en de toepassing (behandeling) daarvan, over een onderwerp waar we in onze therapiepraktijk, en in ons warme eigen bed, dagelijks mee te maken hebben.

Arnout ter Haar

Meedoen aan een online wetenschappelijk onderzoek naar slaapstoornissen? Meld u aan op www.slaapregister.nl.