

Slaaploosheid: 'n Kort Resep vir Diagnose en Behandeling

C Krüger, *MBBCh; MMed(Psych); MD*
CW van Staden, *MChB; MMed(Psych); MD; FTCL; UVLM*
Departement Psigiatrie
Universiteit van Pretoria

Slaaploosheid vereis 'n gerigte ondersoek met verskeie moontlike diagnoses in gedagte, aangesien die hantering van slaaploosheid bepaal word deur die toepaslike diagnose wat die slaaploosheid verklaar. Behandeling (gedragstegnieke en farmakologies) gerig op die slaaploosheid as sulks (ongegag diagnose) het wel 'n aanvullende plek.

INLEIDING

Hierdie artikel handel kortliks oor die verskeie verklarings wat oorweeg moet word wanneer 'n pasiënt oor slaaploosheid kla, en die praktiese roete om tot by 'n verklaring (of diagnose) te kom. Dan word behandeling in algemene praktyk tweërlei geskets, enersyds ooreenkomstig die verklaring (of diagnose) en andersyds, gerig op die slaaploosheid as sulks.

WATTER DIAGNOSES MOET OORWEEG WORD?

Slaaploosheid kan verklaar word deur siektes of verstourings waar slaaploosheid 'n simptome of minstens 'n siekte- of verstouring-verwante probleem is. Slaaploosheid kan egter ook verklaar word deur byvoorbeeld ongunstige omstandighede vir slaap. Verder kan slaaploosheid ook 'n simptome wees in verskeie psigiatrisiese en non-psigiatrisiese toestande. **Figuur 1** toon die breë kategorieë van moontlikhede met voorbeelde in elke kategorie. Dit is nuttig om gedurende die ondersoek

rakende die slaaploosheid die pasiënt toepaslik te plaas deur sistematies die moontlikhede te oorweeg.

HOE KOM EK TOT 'N DIAGNOSE?

'n Algemene en omvattende geskiedenis van die pasiënt is nodig aangesien dit nie net tot die eerste leidrade van 'n diagnose mag lei nie, maar ook die konteks skets waarbinne die pasiënt se probleme voordoen en hanteer moet word. 'n Gerigte geskiedenisneming, soos diagrammaties voorgestel in **Figuur 2**, het ten doel om meer besonderhede en eienskappe van die slaaploosheid te bekom asook om slaapverwante besonderhede te bekom. Die gerigte geskiedenisneming soos voorgestel in **Figuur 2** word vergemaklik deur die moontlike diagnostiese kategorieë, soos vervat in **Figuur 1**, in gedagte te hou.

Verder is dit nodig om benewens 'n algemene fisiese ondersoek, leidrade vanuit die algemene en die gerigte geskiedenisneming op te volg met 'n meer gefokusde soek vir kliniese tekens

en met toepaslike spesiale ondersoeke. Dieselfde geld vir 'n huidige geestestoestand-evaluasie waar meer fokus op byvoorbeeld gemoed- en angssimptome aangedui mag wees. Weer eens word die gefokusde fisiese ondersoek en huidige geestestoestand-evaluasie vergemaklik deur die moontlike diagnostiese kategorieë soos vervat in **Figuur 1** in gedagte te hou.

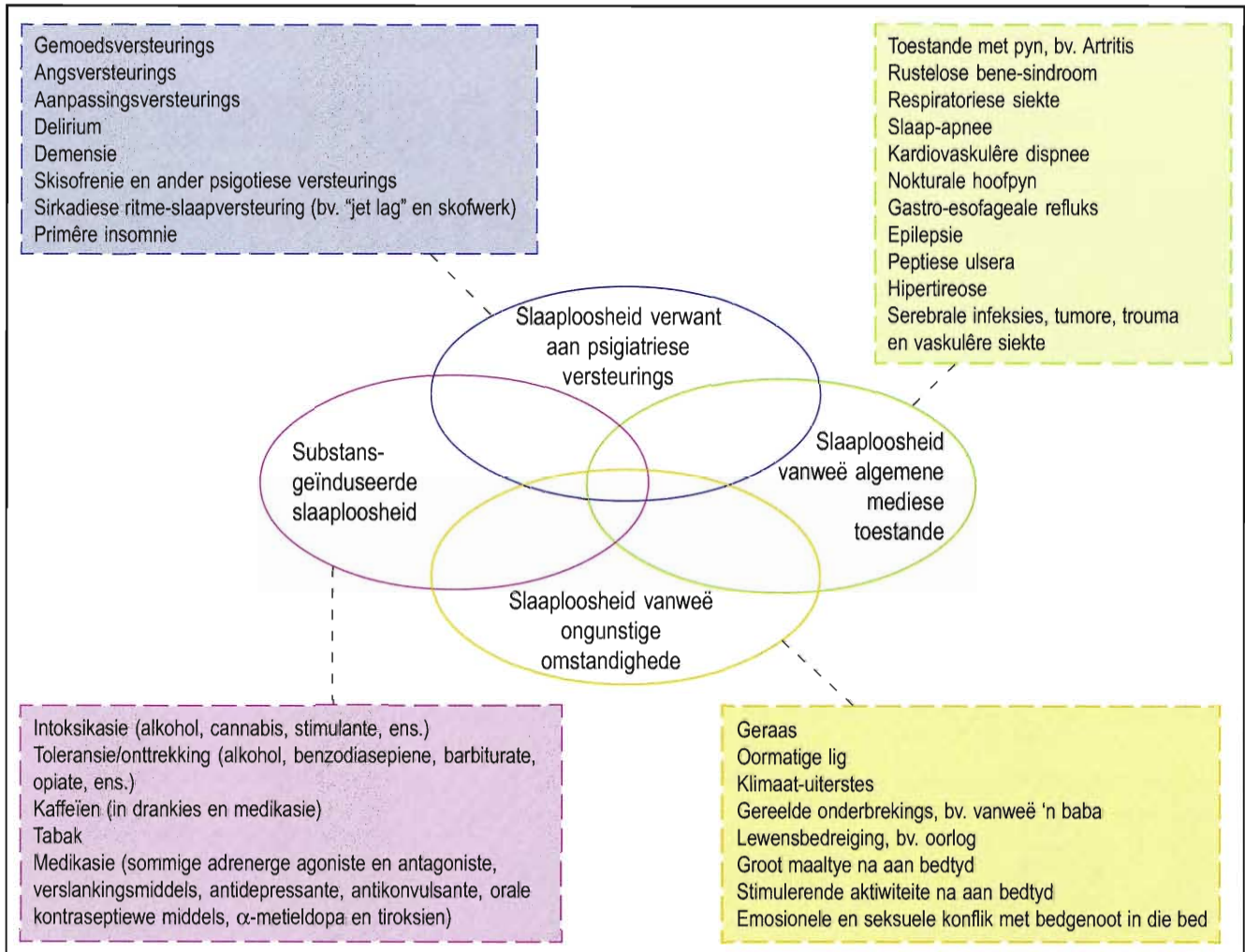
BEHANDELING

Behandeling ooreenkomstig diagnose

Die onderliggende toestand wat die slaaploosheid in stand hou, moet optimaal behandel word. Byvoorbeeld, sou 'n major depressiewe episode nie omgekeer word nie, mag slaaploosheid tevergeefs behandel word. Eweneens, as pyn nie genoegsaam onder bedwang gebring (kan) word nie, kan slaaploosheid hardnekkig voortduur. Trouens, die suksesvolle behandeling van die onderliggende toestand sal die behandeling vir slaaploosheid oorbodig maak.

Slaaploosheid mag egter steeds 'n teiken van behandeling wees ten tye van

FIGUUR 1: KATEGORIEË VAN SLAAPLOOSHEID, MET VOORBEELDE



behandeling van die onderliggende toestand, byvoorbeeld in die vroeë stadium van behandeling van die onderliggende toestand terwyl daar nog gewag word op 'n respons, of vir daardie chroniese toestande waar optimale behandeling slegs gedeeltelike effek het.

Behandeling van slaaploosheid as sulks

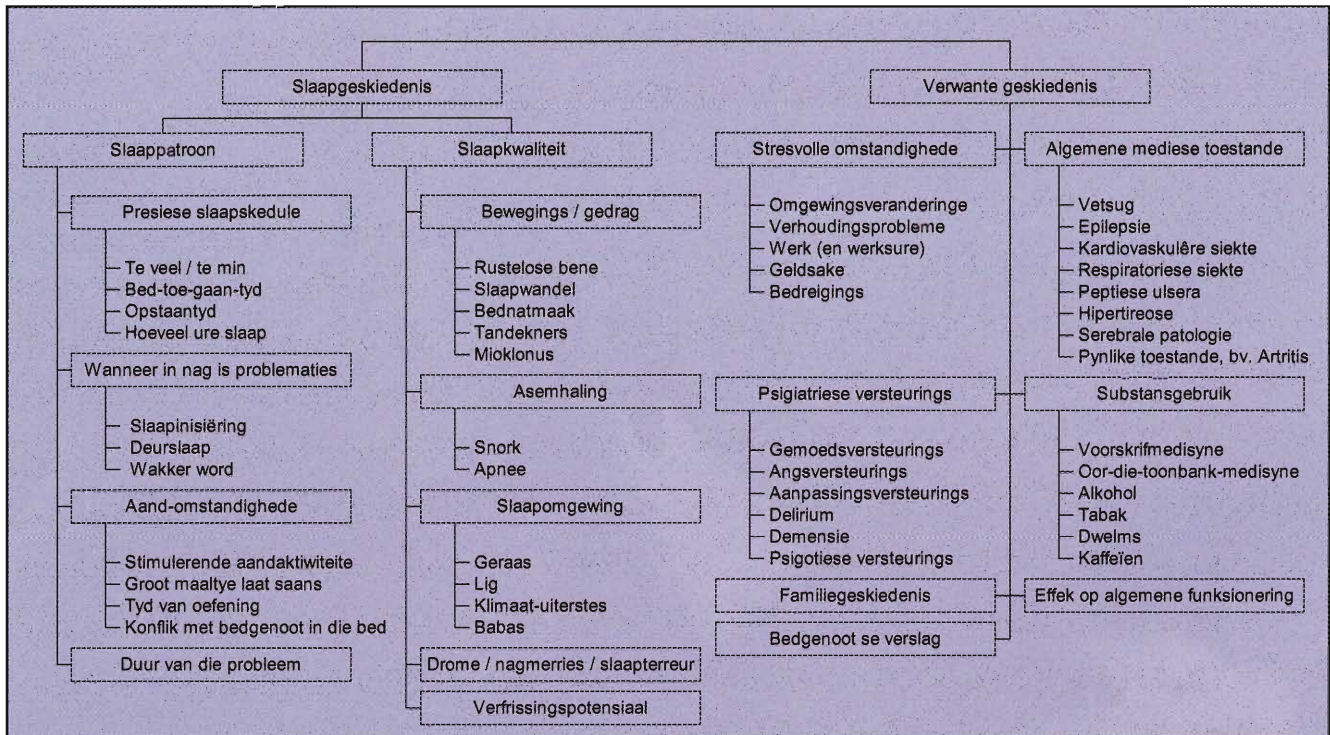
Sogenaamde slaaphigiëne (vervat in Tabel 1) en gedragstegnieke (vervat in Tabel 2) is besonder suksesvol in die behandeling van slaaploosheid in byna alle gevalle mits die pasiënt (kan) meewerk daarmee en nie 'n maniese episode onder lede het nie. Die uitdaging vir pasiënt en dokter is juis die samewerking, aangesien toewyding en volharding nodig is vir die gedragstegnieke wat met

TABEL 1: SLAAPHIGIËNE VIR SLAAPLOOSHEID

Goeie slaappgewoontes vir persone met slaaploosheid:

- Slaapskedule**
 - Handhaaf 'n gereelde slaap-wakker-patroon, selfs oor naweke.
 - Nie soggens laatslaap nie.
- Etes, drankies, middels**
 - Aandete nie te groot nie.
 - Ligte happie voor slaapyd as honger.
 - Nie kaffeïen-drinkies saans nie (koffie, tee, sommige gaskoel drankie).
 - Nie alkohol saans nie.
 - Nie rook (saans) nie.
 - Nie op 'n gereelde basis slaappille neem nie.
- Liggaamlike aktiwiteit**
 - Volg 'n gereelde oefenprogram, verkieslik daaglik.
 - Nie strawwe oefening kort voor slaapyd nie.
- Slaapomstandighede**
 - Probeer slaapkamer stil, donker, en teen 'n gemaklike temperatuur hou.
 - 'n Ontspanne roetine voor bedtyd.
 - Ruim tyd in lank voor bedtyd om deur emosionele kwessies te werk.
 - Voorkom dat die bed 'n emosionele of seksuele slagveld word.
 - Nie hard probeer om aan die slaap te raak nie.
 - Nie die horlosie dophou nie.

Figuur 2: Gerigte geskiedenisneming in geval van slaaploosheid



ongemak en met inspanning gepaard gaan.

Van al die gedragstegnieke in Tabel 2 vervat, is die vernaamste:

- i. Dat die pasiënt elke oggend teen dieselfde tyd sal opstaan en nie weer sal slaap of horisontaal “rus met oop oë” voordat slaapyd weer aanbreek nie.
- ii. Dat die pasiënt ook snags uit die bed bly wanneer hy/sy nie aan die slaap

is of vaak voel nie, al beteken dit dat hy/sy geen slaap vir ‘n nag of twee inkry nie.

Hierdie is in effek paradoksale slaaponthouding totdat die pasiënt nie fisiologies anders kan as om na die derde of hoogstens vierde nag te slaap nie (uitgesonder maniese pasiënte). Die paradoksale effek kan selfs versterk word deur die stryd teen slaaploosheid

te verruil vir ‘n stryd teen die slaap sodat die pasiënt fisiologies nie anders kan as om mettertyd te slaap nie.

Geneesmiddels is dikwels die gemakliker uitweg vir pasiënt en dokter, maar met veel minder bevredigende resultate, aangesien:

- i. Die slaap-effekte van die geneesmiddels vanweë toleransie nie op die lang duur hou nie.
- ii. Die middels ongewenste nuwe-effekte het. Die gedragstegnieke is daarom dikwels steeds in kombinasie met die geneesmiddels nodig vir langer-termyn effektiwiteit.

Vir die kort-termyn is geneesmiddels dikwels nuttig om slaaploosheid as sulks te behandel, veral as die onderliggende toestand ‘n tyd neem om op die behandeling te verbeter. Bensodiasepiene se nut hiervoor is welbekend ten spyte van die nuwe-effekte soos kognitiewe verstadiging en slaperigheid gedurende die dag, die terugslag- slaaploosheid wanneer dit gestaak word, en die misbruik en afhanlikheid wat soms ontstaan.

TABEL 2: GEDRAGSTEGNIEKE VIR SLAAPLOOSHEID

<p>Maatreëls om ‘n gunstige assosiasie tussen die bed en slaap te vestig, en ongewenste assosiasies tussen die bed en ander non-slaap-aktiwiteite uit te wis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gaan saans slegs bed toe wanneer vaak is. 2. As nie binne omtrent 15-20 minute aan die slaap raak nie, staan op en gaan doen iets anders, verkieslik iets verveligs en verkieslik in ‘n ander vertrek, totdat weer vaak is. Gaan dan weer bed toe, maar as weer nie aan die slaap raak nie, staan weer op en herhaal die patroon. 3. Staan elke oggend presies dieselfde tyd op, selfs as nie uitgerus voel nie. 4. Geen uiltjies knip bedags nie. 5. Gebruik die bed slegs vir slaap en seks. Moenie televisie kyk / eet / lees / ‘n telefoon gebruik in die bed nie. <p>Ontspanningstegnieke, soos progressiewe spierontspanning, kan aanvullend gebruik word.</p>
--

Daarteenoor het middels soos zopikloon, zolpidem en eersdaags ook zaleplon veel laer kliniese potensiaal tot afhanklikheid. Hulle blyk minder waarskynlik kognitiewe verstadiging gedurende die dag te veroorsaak, en die slaapkwaliteit te verander. Daarom is hulle waarskynlik die middels van keuse.

RIGLYNE VIR DIE GEBRUIK VAN MEDIKASIE VIR SLAAPLOOSHEID SLUIT IN:

- Gebruik die laagste effektiewe dosis; gebruik intermitterende doserings (2 tot 4 keer per week).
- Skryf medikasie net vir kort-termyngebruik voor (d.i. 2 tot 3 weke).
- Wees bedag op kognitiewe verstadiging en/of slaperigheid bedags.
- Staak medikasie geleidelik om terugslag-slaaploosheid en moont-

like onttrekkingsimptome na staking van medikasie te voorkom.

- Lig pasiënte in dat alkohol slaaploosheid vererger aangesien dit die kwaliteit van slaap belemmer, al blyk dit dat alkohol slaapinisiasie bevorder.
- Lig hulle ook in dat oor-die-toonbank-medikasie vir slaaploosheid (meestal anti-histamiene) die slaapkwaliteit en die volgende dag se skerphheid en vlugheid van gedagtes nadelig mag beïnvloed. □

BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
2. Dashevsky BA, Kramer M. Behavioural treatment of chronic insomnia in psychiatrically ill patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998, 59:693-698.
3. Kaplan H I, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1998, chapter 24.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI* (vols 1 and 2) (6th edn). Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
5. Kupfer DJ, Reynolds CF (III). Management of insomnia. *The New England Journal of Medicine*, 1997, 336:341-345.
6. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:1172-1180.
7. Robertson B, Allwood CW, Gagiano C. (Eds.) *Textbook of Psychiatry for South Africa*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa, 2001, ch. 16.
8. Thase ME. Anti-depressant treatment of the depressed patient with insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (suppl. 170):28-31.

CPD Julie 2002: Vraag 13-14: Slaaploosheid

13. Die volgende stellings is WAAR aangaande gedragstegniese vir slaaploosheid, behalwe een.

- A. Pasiënte moet slegs bed toe gaan indien hulle vaak is.
- B. Indien die pasiënt nie kan slaap nie, moet hy/sy opstaan en vir 15-20 minute iets in 'n ander vertrek doen totdat hy/sy vaak is.
- C. Pasiënte moet slaap totdat hulle uitgerus voel.
- D. Pasiënte moenie die bed vir iets anders gebruik soos eet, televisie kyk, lees, telefoongesprekke nie.
- E. Pasiënte moenie uiltjies knip bedags nie.

14. Die volgende is goeie slaaphigiëne vir slaaploosheid, behalwe een.

- A. 'n Gereelde slaap-wakker-patroon moet gehandhaaf word ook oor naweke.
- B. 'n Ligte happie voor slaaptyd is aangedui as hy/sy honger is.
- C. Vermy rook, alkohol en kaffeëndrankies saans.
- D. Strawwe oefening kort voor slaaptyd is nie aangedui nie.
- E. Die bed is 'n goeie emosionele en seksuele slagveld.

CPD July 2002 – Questions 15-16:

Community Acquired Pneumonia

15. The following statements are TRUE, except one.

- A. *S. pneumoniae* should always be included as a causative pathogen in all patients with CAP.
- B. The true incidence of the atypical organisms in South Africa is largely unknown.
- C. *M.pneumoniae* and *C.pneumoniae* infections are cyclical.
- D. South Africa has a very high incidence of *Legionella pneumophila*.
- E. The first choice for outpatients with CAP remains amoxicillin, given in a higher dose of 500 mg tds. or 1g bd.

16. The following statements pertaining to antibiotic choices for CAP are TRUE, except one.

- A. Alternative treatment of outpatients with CAP is amoxicillin-clavulanate or oral second-generation cephalosporins.
- B. Respiratory fluoroquinolones are best reserved for alternative treatment of hospitalised cases of CAP.
- C. Severely ill patients with CAP should be treated with a parenteral second or third generation cephalosporin plus an aminoglycoside and a macrolide.
- D. Aspiration pneumonia can be treated with amoxicillin-clavulanate with/without metronidazole or clindamycin.
- E. Tetracyclines and macrolides/azalides are not currently recommended as additional therapy for patients with suspected atypical pathogens.