

Slapen

Door Daniëlle Hendriks-Sandries,
orthopedagoog-generalist en somnoloog
bij SEIN Expertise-centrum voor slaap-
en waakstoornissen en eigenaar van
Praktijk Hendriks Familycoaching in Leiden.



Behandeling chronische slaapproblemen vraagt om een multidisciplinaire en specialistische aanpak waar het hele gezin bij betrokken moet worden.

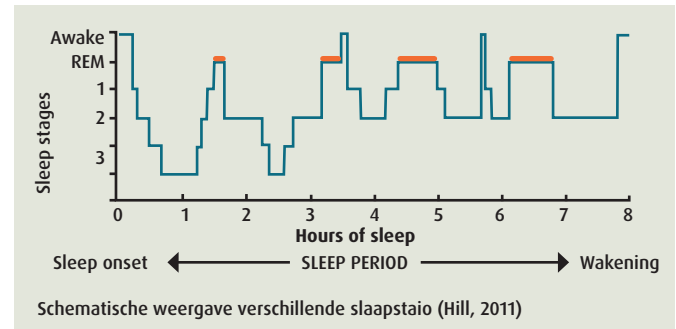
'Jesse is net vier jaar oud geworden. Het is een vrolijke jongen die graag speelt en ook soms lekker druk kan zijn. Eigenlijk zijn er overdag geen problemen, maar 's nachts is het 'drama'. Hij wordt meerdere keren wakker, gaat heel hard huilen en is moeilijk te troosten. Hij heeft sinds zijn geboorte nog geen enkele keer doorgeslapen. We hebben van alles geprobeerd, maar niets helpt of maar heel kort. We worden er wanhopig van en ons werk lukt steeds minder goed'. Dit verhaal van ouders is het dagelijks werk van Daniëlle Hendriks, orthopedagoog-generalist en somnoloog, werkzaam in haar praktijk te Leiden en bij SEIN Expertisecentrum voor slaap- en waakstoornissen te Heemstede. Chronische slaapproblemen bij kinderen komen vaak voor, hebben een enorme impact op het hele gezin, maar helaas is er nog weinig bekend over evidence based behandelmethodes/interventies. In dit artikel geeft zij uitleg over de meeste voorkomende slaapproblemen bij kinderen en enkele behandelmethodes, maar ook over normale slaap bij kinderen, meest voorkomende oorzaken van slaapproblemen en de rol van de ouders.

Normale slaap bij jonge kinderen

Slaap is een periodiek optredend fenomeen met een verlaagd bewustzijn die zorgt voor lichamelijk en psychisch herstel. Bij kinderen zorgt slaap tevens voor groei, consolidatie van het geheugen en ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel. De slaapduur en slaapopbouw bij baby's, peuters en kleuters veranderen razendsnel en soms in sprongen, net zoals de algehele ontwikkeling kan verlopen. Binnen één gezin kan het ene kind minder slaap nodig hebben dan het andere.

Slaapopbouw

Slaap bij baby's tot vier maanden bestaat uit een serie van non-rem- (diepe slaap, trage hersengolven, N3) en REM-slaap (droomslaap, rapid eye movement) van vijftig minuten

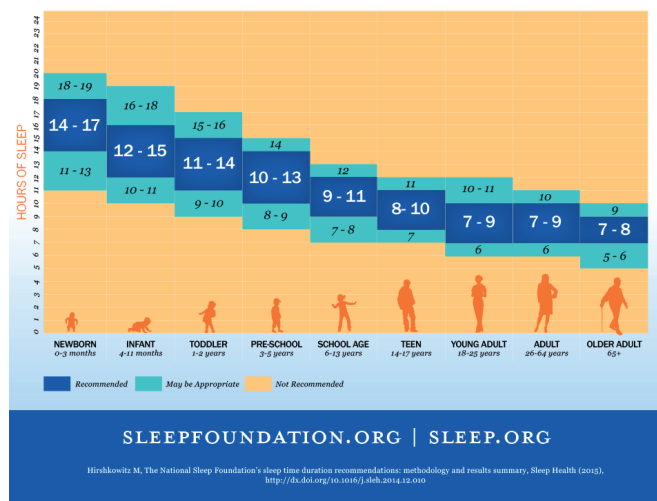


per cyclus. Daarna ontstaat geleidelijk een vaste slaapopbouw die zich kenmerkt door een aantal fasen: lichte slaap (N1 en N2), diepe slaap (N3) en REM-slaap (droomslaap). In N1 zijn er trage oogbewegingen (sommige kinderen hebben hun ogen dan nog open) en weinig spieractiviteit. In deze fase kan een kind nog makkelijk wakker worden door licht, geluid of de ouders. In N2 vertraagt de hersenactiviteit verder en komen kinderen in een wat diepere slaap. In N3 slaapt een kind diep, ademhaling is gelijkmatig en er is een trage hartslag. Er zijn weinig oogbewegingen en het kind beweegt nauwelijks. Als er in huis lawaai is, wordt een kind niet wakker als het in deze fase zit van de slaap. In de REM-slaap zijn er juist snelle oogbewegingen, een snelle hartslag en is de ademhaling onregelmatig. In het figuur hieronder is te zien hoe deze fasen zich afwisselen en herhalen. Bij kinderen tot zes jaar komt ook later in de nacht diepe slaap voor (N3) en bij de dutjes overdag van jonge kinderen. Wat ook te zien is in de figuur is dat kinderen nog gemiddeld twee tot drie keer per nacht kort wakker worden. Sommigen moeten even plassen, of een slokje water drinken, of vragen aandacht van de ouders, anderen vallen daarna snel weer in slaap. Naarmate kinderen ouder worden neemt de diepe slaap en REM-slaap af en gaan we als volwassene steeds lichter slapen.

Bij pubers verschuift het biologische klokritme naar later, wat zorgt voor late slaaptijden en de behoefte aan uitslapen. He-las sluit dit niet aan met de schooltijden, waardoor slaapte-kort ontstaat.

Slaapduur

Slaapbehoefte is vaak genetisch bepaald. Het ene kind heeft op tweejarige leeftijd geen middagdutje meer nodig, terwijl het andere kind tot vier jaar hier nog wel behoefte aan heeft. Hieronder de door American Academy of Sleep Medicine aanbevolen slaapduur per leeftijd, gebaseerd op grootschalige internationale studies:



Slaapregulatie

Slaap bij pubers en volwassenen wordt gereguleerd door twee processen, bij kinderen zijn dit er drie. Proces 'S' regelt de slaapduur en wordt bepaald door de lengte van het wakker zijn, lichamelijk en mentaal actief zijn, oftewel het spelen en zo 'slaapdruk' opbouwen. Bij jonge kinderen kan dit zich snel opbouwen en vallen ze ineens in slaap bij de boterham of tijdens het spelen. Proces 'C' is het circadiane ritme oftewel biologische klokritme dat vaak genetisch bepaald is, maar

ook kan veranderen naarmate kinderen ouder worden. Jonge kinderen hebben vaak een vroeg ritme, waardoor ze in de vroege ochtend 'klaarwakker' zijn, tot ergernis van ouders die van nature meer avondmensen zijn. Bij pubers verschuift het ritme naar later, door hormoonveranderingen. Ons slaap-waakritme wordt stabiel gehouden door de cyclus licht-donker. Als het donker wordt, maakt de pijnappelklier het hormoon melatonine aan, wat ons slaperiger maakt en het tijdstip van in slaap vallen bepaalt. Het derde proces is de aanpak van de ouders: een sensitief, responsieve ouder sluit de bedtijden aan bij het circadiane ritme van het kind, biedt een positief bedritueel en past de aanpak aan bij de ontwikkelingsfase van het kind. Oververmoeide ouders of ouders met een ander biologische klokritme wisselen de bedtijden, de aanpak, plek van slapen met alle gevolgen van dien: een kind raakt overprikkeld en slaapt steeds slechter. In de literatuur worden verbanden gezien met opvoedstijl: een permissieve opvoedstijl (geen vaste dagindeling, weinig grenzen stellen aan gedrag) kan voor meer slaapproblemen zorgen (Bell en Belsky, 2010), maar ook een 'overbeschermende' ouder die reageert op ieder 'huiltje' en geluid van de baby en het snel oppakt, terwijl deze nog even verder had willen slapen. De aandacht van de ouder kan 'belonend' werken, wat een patroon kan worden. Belangrijk te weten is dat dit voor kinderen van een tot anderhalf jaar nog niet zo werkt en de ouder naar het kind toe moet gaan om te checken wat er aan de hand is.

Diverse slaapproblemen bij kinderen

In Nederland komt er bij 25% van de kinderen een periode slaapproblemen voor. In de leeftijd van twee tot zes jaar komt het meest voor: weigeren om naar bed te gaan, bang voor donker of om alleen te slapen, meer dan drie keer wakker worden in de nacht en de ouder nodig hebben om verder te kunnen slapen, dromen/nachtmerries/nachtangsten, slaapwandelen, tandenknarsen of snurken/ademhalingsproblemen. Bij kinderen vanaf tien jaar is het: moeite met in slaap vallen, te kort slapen en moe zijn

overdag. Bij kinderen met ADHD of autisme heeft 50-80% chronische slaapproblemen en is er vaak een verstoring in het biologische klokritme.

Verklaringen en gevolgen

Slaapproblemen bij kinderen kunnen deels genetisch verklaard worden en bestaan dan al vanaf de geboorte. De laatste jaren, door toename van het gebruik van digitale apparaten en blootstelling aan 'blauw licht' in de avond, zijn slaapproblemen sterk toegenomen (vooral later in slaap vallen en korter slapen). Veranderingen in de maatschappij zoals toename in prestatiedruk (school, sport en social media) hebben ook grote impact op de slaap. Gevolgen van slaapproblemen zijn: vermoeidheid, overdag in slaap vallen (let op: tot leeftijd drie jaar is een middagdutje normaal), concentratieproblemen, leerproblemen, gedragsproblemen, depressie en/of angst/spanning. Bij peuters en kleuters zien we meestal juist 'overactief gedrag', impulsiviteit en motorische overbeweeglijkheid wat vaak verward wordt met ADHD. In het spel zie je dit terug in van het een naar het ander gaan, korte spanningsboog, weinig fantasiespel. Langdurige slaapproblemen kunnen leiden tot overgewicht, diabetes, angst en/of depressie, gedragsproblemen (agressie) op latere leeftijd. Bij ouders zorgt het voor oververmoeidheid en een negatieve ouder-kind interactie, maar ook depressie en/of relatieproblemen.

Er is sprake van een slaapprobleem als een kind langer dan drie maanden, minimaal drie van de zeven nachten moeite heeft met in slaap vallen (duurt langer dan dertig minuten) en/of vaker dan drie keer per nacht langer dan vijftien minuten wakker is, te vroeg wakker wordt en/of juist nog erg moe is bij het opstaan. Daarnaast voelt een kind zich overdag niet fit of is juist overactief, is prikkelbaar (huilt snel) of is snel boos. Jonge kinderen vertonen vaak nauwelijks symptomen van slaapttekort overdag. Echter, geven ouders aan oververmoeid te zijn geraakt door de gebroken nachten.

Diagnostiek

De anamnese bij de ouders en het kind is zeer belangrijk samen met door ouders ingevulde slaap-waak dagboeken. Ouders kunnen daarnaast de slaapproblemen schaal voor kinderen (SDSC) en de slaapgewoontenvragenlijst (CSHQ) invullen. Kinderen vanaf twaalf jaar kunnen zelf de HSDQ (Holland Sleep Diagnosis Questionnaire) invullen. Als uit deze diagnostiek blijkt dat een kind snurkt, is het van belang door te verwijzen naar een KNO-arts/kinderarts. Indien er signalen van onrustige benen, overmatige bewegingen en/of nachtmerries/nachtangsten/hevig slaapwandelen zijn, is het aan te raden om door te verwijzen naar een gespecialiseerd Slaapcentrum voor slaaponderzoeken met een Actiwatch (bewegingsregistratie) en een Ambulante Polysomnografie (Slaap EEG met o.a. registratie van slaapfasen, hartslag, ademhaling, snurken, beenbewegingen, video). De neuroloog is dan de behandelend arts. Het is tevens aan te raden om naar een Slaapcentrum te verwijzen indien gedragsmatige interventies geen verbetering geven binnen zes weken bijvoorbeeld en er klachten overdag blijven bestaan.

Meest voorkomende slaapproblemen bij kinderen

Bij kinderen tot tien jaar is de meest voorkomende slaapprobleem de chronische insomnie/behavioural insomnia of childhood, oftewel de gedragsmatige insomnie. Tot vijf jaar worden twee subtypes onderscheiden:

1. Sleep onset association disorder, waarbij de gewoonte is ontstaan dat een kind alleen onder bepaalde omstandigheden in slaap kan vallen. Dit kan in aanwezigheid van een ouder zijn, al wiegend, of bijvoorbeeld na borstvoeding/flesvoeding. Gebeurt dit niet, dan blijft een kind langdurig huilen of ontwaakt meerdere keren in de nacht waarna het zal blijven huilen totdat de ouder er weer is of er voeding gegeven wordt.

2. Limit setting disorder komt vooral bij peuters en kleuters voor: het kind wil niet naar bed, wil blijven spelen en komt telkens uit bed met 'ik moet plassen' of 'ik heb dorst', maar ook vaak spelen angsten voor monsters, donker en niet alleen willen zijn hierbij een rol.

Bij basisschoolkinderen uit de chronische insomnie zich vooral in piekeren/angst (bijvoorbeeld toetsen voor school of sociale problemen) of niet kunnen stoppen met telefoon/gamen. Vanaf twaalf jaar speelt de verandering van de biologische klok door puberteitsveranderingen een grote rol in het later in slaap vallen en moeite met vroeg opstaan voor school.

De (non)-REM-slaap-parasomnieën (slaapwandelen, pavor nocturnus/nachtangsten, nachtmerries, tandenknarsen) komen ook veel voor (40% van de kinderen van leeftijd anderhalf jaar, Petit et al. 2015) en zijn in principe onschuldig van aard. De meeste kinderen groeien hier overheen. Pavor nocturnus/nachtangsten kunnen verward worden met nachtmerries, maar ook geven ouders vaak aan dat het lijkt alsof een kind pijn heeft bijvoorbeeld. Pavor nocturnus begint echter vaak aan het begin van de nacht met wat zeurend huilen of juist met een harde schreeuw. Het kind kan dan in paniek lijken, heeft zelfs de ogen open, maar is ontroostbaar en weert vaak de ouder af als deze het kind wil gaan troosten. Kinderen kunnen gaan trillen en zweten en een episode kan wel vijftien tot twintig minuten duren! Achteraf weten ze hier niks meer van. Ik heb weleens gehoord dat ouders hier zo van schrokken dat ze naar de EHBO zijn gegaan. Daar bleek het kind volkomen gezond te zijn. Nachtmerries komen vooral in het tweede deel van de nacht voor, tegen de ochtend en hier schrikken kinderen van wakker, waarna ze tot op de details de droom kunnen navertellen. Nachtmerries komen vaak voor na een trauma, waarbij er herbelevingen zijn. Het kan echter ook ontstaan na een grote verandering zoals bijvoorbeeld de overgang

naar de basisschool. Bij jonge kinderen die nog niet kunnen praten, is het onderscheid vaak moeilijk te maken. Hier kan een video-opname vaak helpen om de diagnose helder te krijgen of overleg met een somnoloog of kinderneuroloog.

Behandeling chronische insomnie

In het doorbreken van de vicieuze cirkel waar het hele gezin in zit worden er interventies geboden vanuit de cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I). Deze interventies zijn helaas nog niet uitvoerig onderzocht, maar in de praktijk zijn enkelen zeer effectief gebleken. Een aantal jaren geleden heb ik meegewerkt aan de ontwikkeling van richtlijnen voor de Jeugdgezondheidszorg voor diagnostiek en behandeling van slaapproblemen bij kinderen. Deze zijn terug te vinden via de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Het kan een combinatie zijn van verbeteren slaaphygiëne, positief bedritueel, positive parenting, ontspanningsoefeningen voor ouder en kind, tijd in bed inkorten om zo slaapdruk op te bouwen en geleidelijke afbouw van aanwezigheid van de ouder bij het gaan slapen in combinatie met een sticker beloningssysteem. Maatwerk is hier essentieel en het inschatten van draagkracht van ouders nog belangrijker: als gedragstherapie wisselend wordt toegepast kan negatief gedrag zelfs (onbedoeld) bekrachtigd worden en de slaapproblemen verergeren!



Tot slot

Hoe is het dan toch afgelopen met de vierjarige Jesse, die nog geen enkele nacht had doorgeslapen? Na het intakegesprek, bestudering van de slaapdagboeken en vragenlijsten met aanvullend een video-opname werd duidelijk dat het ging om een combinatie van pavor nocturnus/nachtangsten en chronische insomnie. Vader zei dat hij als kind ook altijd onrustig sliep, niet wilde slapen en soms slaapwandelde. Wat bleek: ouders haalden Jesse snel uit bed (zodra hij begon met huilen), omdat ze anders bang waren dat de burens zouden gaan klagen. Ze wisten niet dat hij eigenlijk nog aan het slapen was, als hij wat kreunend begon te huilen. Eenmaal uit bed, was Jesse klaarwakker en wilde hij vervolgens niet meer terug naar bed. Verder bleek hij juist meer een avondmens te zijn en legden ouders hem al om 19.00 uur in bed. Ouders moesten beiden vroeg opstaan voor werk (6.00 uur) en maakten Jesse dan wakker, wat moeizaam ging. In de weekenden sliep hij makkelijk tot 8.00 uur door. Voor school moest hij eigenlijk pas om 7.30 uur opstaan. De behandeling bestond eerst uit geruststelling van ouders: 'pavor nocturnus komt veel voor en kinderen groeien er overheen'. Ik zei dat ze hem niet meer moesten wakker maken en dat het huilen zo vanzelf minder zou gaan worden ('uitdoven') en hij verder zou gaan slapen. Tot slot zijn de werktijden van moeder aangepast waardoor zij en Jesse om 7.30 uur konden opstaan in plaats van 6.00 uur. In de avond ging hij een uurtje later naar bed en was er voldoende rust en ontspanning voor het bedritueel. Voorheen verliep dit gehaast en voelde Jesse de spanning bij zijn ouders voor de 'onderbroken nacht', waarbij hij verzet ging vertonen. Na ongeveer drie à vier weken merkten ouders dat de nachten rustiger werden en het naar bed gaan plezieriger verliep voor het hele gezin. Jesse leerde tijdens de behandeling om zonder verzet naar bed te gaan en liet bij het laatste consult trots zijn volgeplakte stickervel zien met de naam: 'Slaapdiploma'. <<

Literatuur

- > American Academy of Sleep Medicine (2014) International Classification of sleep disorders, Third Edition (ICSD-3). Darien: American Academy of Sleep Medicine
- > Bell, B.G., & Belsky, J. (2010). Parents, parenting and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. *British journal of developmental psychology*, 26, 579-593
- > Hendriks, D. & De Bruin, E.J. (2020). Slaapproblemen bij kinderen tot 12 jaar: assessment en protocolaire behandeling. In Breat & Bögels. Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten, deel 3, Boom, Amsterdam

Meer weten over slaap bij kinderen:

- > **Gratis e-learning UMC:** Slaap bij kinderen (azureedge.net)
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid | Startpagina richtlijn: Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen (2017) (jgzrichtlijnen.nl).

Slaapcentra voor kinderen:

- > SEIN Expertisecentrum voor slaap- en waakstoornissen: Informatie over en hulp bij slaapproblemen | SEIN
- > HMC Westeinde ziekenhuis: Slaapcentrum afdeling - Zorg is aandacht | HMC (haaglandenmc.nl)
- > ZGT Kinderslaapcentrum (zgt.nl)
- > Multidisciplinaire beroepsvereniging voor artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen en andere professionals op gebied van slaapgeneeskunde: www.kindenslaap.com

Dit artikel is verschenen in:

Spelenderwijs

Vakblad voor speltherapie
Winter 2023/2 Jaargang 28
Oplage: ca. 1000 ex.

Copyright

© Spelenderwijs Vakblad
voor speltherapie 2023

Onder de volgende voorwaarden bent u vrij om materiaal uit Spelenderwijs Vakblad voor Speltherapie te delen met (toekomstige) vakgenoten en andere professionals in het kader van kennisdeling:

- Het materiaal is niet bewerkt.
- Er is geen sprake van een commercieel oogmerk.
- Vermelding van:
 - Spelenderwijs Vakblad voor speltherapie als bron;
 - de betreffende auteur(s);
 - de titel van het betreffende artikel;
 - de betreffende editie, jaargang en paginanummers.

In alle andere gevallen is voorafgaand toestemming van de redactie nodig.

Missie

Spelenderwijs Vakblad voor speltherapie is bedoeld voor speltherapeuten en andere professionals die met speltherapie te maken hebben. Spelenderwijs Vakblad voor speltherapie publiceert artikelen over de praktijk, theorie en onderzoek op het gebied van speltherapie.

Daarnaast biedt het vakblad ruimte voor artikelen over de inhoud en positie van de vaktherapeutische beroepen, opleidingen, buitenlandse ontwikkelingen en recent verschenen literatuur.

Uitgever

Spelenderwijs Vakblad voor speltherapie is een uitgave van de NVVS (Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten).

Ontwerp

Enbloc reclamewerk, Amsterdam

(Hoofd)Redactie

Ada Vermeulen, Manon Peters,
Marjolein van der Most,
Mirjam Reinders, Rianne Koelewijn

Abonnement / losse nummers

Leden van de Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten ontvangen het vakblad als onderdeel van hun lidmaatschap. Geïnteresseerden kunnen zich abonneren of losse nummers aanvragen (onder vermelding van jaargang en nummer) via: info@vaktherapie.nl.

Redactieadres

FVB
T.a.v. Redactie Spelenderwijs
Fiveringlo 253, 3524 BN Utrecht
redactie@speltherapie.net

Kopij

Richtlijnen voor kopij kunnen worden opgevraagd bij de redactie. Kopij of een idee voor een bijdrage kunt u mailen aan: redactiespelenderwijs@speltherapie.net

De redactie doet haar uiterste best artikelen op kwaliteit, verantwoording en bruikbaarheid te toetsen. Zij is echter niet aansprakelijk op de inhoud.