

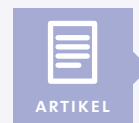
Het incubusfenomeen: een slaapgerelateerde stoornis, niet te verwarren met psychose

J.D. BLOM, H. EKER

- ACHTERGROND** Het incubusfenomeen is een paroxismaal verschijnsel dat wordt gekenmerkt door een slaapparalyse met sensed presence en de angstaanjagende beleving dat een wezen op de thorax drukt.
- DOEL** Een overzicht bieden van de literatuur over het incubusfenomeen en praktische adviezen formuleren voor diagnostiek en behandeling.
- METHODE** Literatuurstudie via PubMed en de historische literatuur.
- RESULTATEN** Het incubusfenomeen is een relatief onbekende parasomnie die in de algemene bevolking wereldwijd een lifetimeprevalentie heeft van rond de 30% en die nog hogere prevalentiecijfers kent onder studenten, psychiatrisch patiënten en patiënten met narcolepsie. Het verschijnsel wordt toegedicht aan een dissociatie van de remslaapfase, met daarbij intrusie van endogeen gemedieerde percepten. Het behoeft zelden behandeling, daar het self-limiting is en het meestal eenmalig optreedt. Bij recidiverende aanvallen kan evenwel nadere diagnostiek zijn aangewezen met polysomnografie en kan behandeling wenselijk zijn met anxiolytica, antidepressiva, anticholinergica of anti-epileptica.
- CONCLUSIE** Het incubusfenomeen is een indringend, maar - voor zover bekend - benigne verschijnsel. Desalniettemin is het belangrijk om het te herkennen, het niet te verwarren met een psychose of andere ernstige psychiatrische stoornissen en het desgewenst lege artis te behandelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)1, 16-24

TREFWOORDEN incubus, klassieke nachtmerrie, parasomnie, remslaap, slaapparalyse, succubus



ARTIKEL



Het incubusfenomeen is een paroxismaal verschijnsel uit de groep van parasomnieën waarbij de slapende persoon de ervaring heeft wakker te zijn, een wezen op zich te voelen drukken en zich niet te kunnen bewegen. Het wezen kan daarbij zichtbaar zijn in de vorm van een schim, dier, mens of demon, zittend of liggend op de thorax (zie **FIGUUR 1**). De aanval kan beginnen met een schreeuw, maar daarna is het slachtoffer doorgaans mutistisch. Aanvullende symptomen zijn een gevoel van aanwezigheid (*sensed presence*) en vegetatieve verschijnselen zoals pilo-erectie, angstzweeten, een tachycardie, hypertensie, een gevoel van verstikking en soms ook seksuele opwindning. De duur van

de aanval is meestal in de orde van enkele minuten en de aanval pleegt te eindigen met de angst te zullen sterven. Op dat moment wordt de slaapparalyse gewoonlijk abrupt opgeheven en lijkt het gehallucineerde wezen van de thorax te glijden of vallen. Het symptoomcluster pleegt een hoog realiteitsgehalte te hebben en gepaard te gaan met een angst die zo hevig is dat hij wordt aangeduid als 'off the scale' (Girard 2013), zoals ook de Amerikaanse psychofarmacoloog Ronald K. Siegel uit eigen ervaring weet (Siegel 1992). Achteraf is het slachtoffer doorgaans uitgeput en angstig voor herhaling (Hurd 2011). Het incubusfenomeen werd reeds in de oudheid beschre-

ven, maar het bijbehorende verklaringmodel is na meer dan twee millennia verschoven van een overwegend metafysisch naar een neurobiologisch. Vooral door het werk van de Canadese psycholoog en slaaponderzoeker Allan Cheyne (2001; 2002; 2003; 2005; 2012) bestaan tegenwoordig omvangrijke datasets en gedetailleerde hypothesen over de pathogenese van de stoornis. Door het indringende karakter van de ervaring schrijven veel slachtoffers het incubusfenomeen echter nog altijd toe aan een metafysische entiteit, zowel in westerse als niet-westerse culturen (De Jong 2005). In de algemene bevolking varieert de *lifetime*prevalentie van de slaapparalyse (al dan niet gepaard gaand met een incubusfenomeen) van 5% in Duitsland (Sturzenegger & Bassetti 2004) tot 62% in Canada (Ness 1978). Onder studenten, psychiatrische patiënten en patiënten met narcolepsie worden vaak hoge prevalenties gemeld (Sharpless & Barber 2011).

Wij komen het fenomeen regelmatig tegen in de klinische praktijk bij patiënten met een psychotische stoornis. Vanwege de relatieve onbekendheid ervan wordt de diagnose evenwel vaak gemist. Daarbij speelt waarschijnlijk een rol de terughoudendheid van patiënten om hun ervaringen te delen, zeker wanneer deze een metafysische of seksuele connotatie hebben. Een andere oorzaak lijkt te zijn dat veel slachtoffers het incubusfenomeen niet als een medisch probleem ervaren en het daarom niet bespreken met hulpverleners (Hufford 1982). In dit artikel bieden wij een overzicht van de literatuur over het incubusfenomeen en formuleren wij adviezen voor diagnostiek en behandeling.

AUTEURS

JAN DIRK BLOM, psychiater en plaatsvervangend opleider psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag; tevens universitair docent, vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

HAFIZE EKER, psychiater, PsyQ, Parnassia Groep, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.D. Blom, Parnassia Academie, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.

E-mail: jd.blom@parnassia.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-5-2014.

METHODE

Voor dit artikel voerden wij een literatuurstudie uit in PubMed (tot maart 2014) en de historische literatuur, met gebruikmaking van de zoektermen 'incubus' en 'slaapparalyse'. Waar nodig werden de kruisreferenties nagetrokken.

RESULTATEN

De zoekterm 'incubus' leverde in PubMed 13 treffers op, waarvan er 7 betrekking hadden op het onderwerp van studie (Broughton 1970; Cheyne e.a. 1999; Jarcho 1980; Pande 1981; Pestronk 1989; Petrikis e.a. 2003; Raschka 1979). Via kruisreferenties werden nog eens 25 artikelen

FIGUUR 1 *The Nightmare*. Olieverfschilderij door Henry Fuseli (1741-1825)



TABEL 1 Driefactorenstructuur van het incubusfenomeen (naar Cheyne e.a. 1999)

Symptoomcluster	Kenmerkende verschijnselen
1. Indringer	Gevoel van aanwezigheid (<i>sensed presence</i>) Angst Akoestische hallucinaties Visuele hallucinaties
2. Ongebruikelijke lichamelijke ervaringen (vestibulair-motorisch)	Gevoel te zweven Uittreding (<i>out-of-body experience</i>)
3. Incubus	Drukkend gevoel op de borst Ademhalingsproblemen Pijn

gevonden. De meeste daarvan kwamen uit de omvangrijke literatuur over de slaapparalyse. De zoekterm 'slaapparalyse' leverde 915 treffers op. Uit dit grote aantal werden middels de sneeuwbal methode nog eens 14 relevante artikelen geselecteerd. Ten slotte werden 14 boeken gevonden waarin een of meer hoofdstukken aandacht besteden aan het onderwerp.

Nomenclatuur

'Incubus' betekent 'nachtmerrie' of 'boze geest die nachtmerrie veroorzaakt'. De term komt van het Latijnse '*incubare*' (liggen op) en verwijst hiermee naar de prototypische ervaring van de demon die op zijn slachtoffer zit. De naam 'succubus' (van '*succubare*', liggen onder) verwijst naar de vrouwelijke variant die eropuit is om semen te verzamelen. Als onderscheid met de 'gewone' nachtmerrie, waarmee zowel leken als professionals een angstwekkende droom plegen aan te duiden, wordt de term 'klassieke nachtmerrie' als synoniem gebruikt (Jones 1931). De slaapparalyse (Wilson 1928) wordt geconceptualiseerd als een tijdelijke immobiliteit die optreedt vlak voor het in slaap vallen of het ontwaken, die doorgaans enkele seconden of minuten duurt, maar soms ook meer dan een uur (Bowling & Richards 1961; Gangdev 2004). De naam 'incubusfenomeen' verwijst naar het nosologisch construct van een slaapperelateerde stoornis (parasomnie) met kenmerken zoals opgesomd in **TABEL 1**. De naam 'dagmerrie' wordt soms gebruikt voor een incubusfenomeen dat overdag optreedt, dat ontstaat vanuit een toestand van dagdromen en dat net als de klassieke nachtmerrie gepaard gaat met een atonie (Hartmann 1984; MacNish 1854).

Historisch perspectief

Nauwkeurige beschrijvingen van het incubusfenomeen komen reeds voor in geschriften uit de klassieke oudheid.

De Griekse arts Themison van Laodicea (123-43 v.Chr.) gebruikte de naam 'Pnigalion' om de incubus aan te duiden, maar ook vele andere namen werden gebruikt, zoals Pan, Ephialtes, Hpeialos, Epehes, Tiphus, Bphugnas, Inuus, Incubo en Faunus ficarius (Roscher 1972). Deze namen staan voor demonen, geesten of goden die een mens kunnen vergezellen of die anderszins met stervelingen kunnen interacteren. Het op de borst klimmen is daarbij een vaak terugkerend thema.

Augustinus (354-430) en andere kerkvaders uit de eerste eeuwen na Christus conceptualiseerden de incubus vooral als een gevallen engel die uit lustgevoelens seksueel contact zoekt met vrouwen en op hen gaat liggen (Robbins 1959). Ook de Romeinse arts Caelius Aurelianus uit de vijfde eeuw na Christus beschreef het karakteristieke drukkende gevoel op de borst, het verstikkende gevoel en de 'waanzinnige visioenen' optredend tijdens de slaap (Broughton 1980). Hoewel het geloof in de incubus als metafysische entiteit bleef voortbestaan tot aan het begin van de 19de eeuw, opperden artsen zoals Aëtius van Amida (midden vijfde tot midden zesde eeuw), Avicenna (980-1037) en Johannes Wier (±1515-1588) al dat het verschijnsel een natuurlijke oorzaak had.

Een beroemde 17de-eeuwse gevalsbeschrijving stamt van de Nederlandse arts Isbrand van Diemberbroeck (1609-1674), die het incubusfenomeen conceptualiseerde als een medische aandoening en die waarschuwde voor het gevaar van een apoplexie of coma (Kompanje 2008).

Een van de laatste artsen die het onderwerp in de 19de eeuw uitgebreid behandelde, was de Britse marinearts John Augustine Waller, die zelf regelmatig last had van het incubusfenomeen en die opmerkelijk genoeg beweerde het zowel 's nachts als overdag te kunnen oproepen door avocado's te eten (Waller 1816). In de loop van de 19de eeuw werd het onderwerp in medische kring door velen

als obsoleet beschouwd. Behalve de Britse neuroloog en psychoanalyticus Ernest Jones (1879-1958) besteedden weinigen er meer aandacht aan.

Het duurde tot de jaren 60 van de 20ste eeuw voor het fenomeen onder invloed van ontwikkelingen in de elektrografie hernieuwde belangstelling kreeg (Jarcho 1980; Jones 1931). Tegenwoordig wordt het incubusfenomeen geconceptualiseerd in zuiver neurobiologische termen - hoewel ook in het westen nog metafysische verklaringen worden gepubliceerd, zoals blijkt uit een recent werk van White (2014) waarin deze een christelijke visie op het onderwerp ontvouwt en praktische adviezen geeft voor gebeden en Bijbelteksten die ertegen werkzaam zouden zijn.

Fenomenologische karakteristieken

De idiopathische slaapparalyse ('kataplexie bij het ontwaken') wordt gekenmerkt door een tijdelijk onvermogen om willekeurige bewegingen te maken. Daarbij is de grove motoriek gestoord, maar kan de fijne motoriek (deels) intact zijn (Hishikawa & Kaneko 1965). De ogen kunnen in de helft van de gevallen worden geopend (Girard 2013). Spreken is onmogelijk tijdens een aanval, maar ooggetuigen melden dat het slachtoffer soms kan grommen of hoge piepgeluiden maken (Ness 1978). Hoewel enige onduidelijkheid bestaat of patiënten tijdens een aanval wakker zijn of slechts menen wakker te zijn (*false awakening*), kunnen zij achteraf meestal de ruimte waarin zij zich bevonden nauwkeurig beschrijven. In die ruimte voelen zij de aanwezigheid van een onbekende entiteit (*sensed presence*) en horen zij vaak geluiden die het naderen van deze entiteit suggereren.

De perceptuele karakteristieken van het incubusfenomeen kunnen betrekking hebben op alle sensorische modaliteiten. Doorgaans gaat het evenwel om tactiele percepten (aanraking, druk op de borst), visuele percepten (het zien van een wezen dat op de thorax plaatsneemt), akoestische percepten (het horen van stemmen, voetstappen, gegrom of gehijg), vestibulaire en kinesthetische percepten (beweging in het bed, subtiele veranderingen in de lichaamspositie, maar opvallend genoeg ook *out-of-body experiences* of het gevoel te zweven) en seksuele percepten (aanraking van de erogene zones, seksuele opwinding, penetratie, orgasmen).

Of deze percepten mogen worden aangemerkt als hallucinaties is in de literatuur onderwerp van discussie. Enerzijds, wanneer we ervan uitgaan dat slachtoffers van het incubusfenomeen een helder bewustzijn hebben, dat zij de ruimte waarin zij zich bevinden normaal waarnemen en dat zij in die ruimte een incubus 'projecteren', zouden de genoemde percepten zonder meer als hallucinaties zijn aan te merken. Een variant op deze hypothese stelt dat het

gaat om hypnopompe hallucinaties, dat wil zeggen droombeelden die worden vastgehouden in het ontwakend bewustzijn. Anderzijds, er wordt soms verondersteld dat slachtoffers van het incubusfenomeen helemaal niet wakker zijn en dat het dus gaat om droombeelden met een hoog realiteitskarakter. Vanwege deze conceptuele ambiguïteit worden de betreffende percepten ook wel aangeduid als hallucinoïde belevingen (Blom 2010; Cheyne 2001).

Driefactorenstructuur

Op basis van factoranalyse vallen de hallucinaties die kenmerkend zijn voor het incubusfenomeen uiteen in drie groepen van symptomen, door Cheyne e.a. (1999) aangeduid als indringer (*intruder*), ongebruikelijke lichamelijke ervaringen (vestibulair-motorisch) en incubus (zie **TABEL 1**). Chronologisch lijkt het incubusfenomeen te beginnen met *sensed presence* en andere sensaties kenmerkend voor de indringerfactor en daarna te worden gevolgd door druk op de borst en bijbehorende sensaties kenmerkend voor de incubusfactor. De tweede factor, die van motorisch-vestibulaire verschijnselen, wordt minder vaak gerapporteerd en lijkt los te staan van de beide andere factoren (Cheyne e.a. 1999).

Epidemiologie

De lifetimeprevalentie van het incubusfenomeen ligt tussen de 5 en 62% (Ness 1978; Sturzenegger & Bassetti 2004). De aanzienlijke spreiding van dit prevalentiecijfer hangt samen met verschillen in studieopzet en onderzochte populaties. In de studie van Sturzenegger & Bassetti had de prevalentie van 5% betrekking op een goed gescreende groep van 40 personen uit de algemene bevolking in Duitsland. Daarnaast vonden deze auteurs een prevalentie van 49% in een groep van 57 patiënten met narcolepsie. Ness (1978) daarentegen vond in een gezonde rurale populatie in Canada een prevalentie van 62%.

Een probleem bij veel studies is dat de auteurs ervan de prevalentie van de slaapparalyse weergeven zonder erbij te vermelden of dit met of zonder begeleidend incubusfenomeen is. Een meta-analyse van studies onder een totaal aantal personen van 36.533, laat bijvoorbeeld zien dat de lifetimeprevalentie van de slaapparalyse in de algemene bevolking ligt op 7,6%, onder studenten op 28,3% en onder psychiatrische patiënten op 34,6% (Sharpless & Barber 2011). Dit echter zonder expliciete vermelding van een eventueel incubusfenomeen. Voor de significant verhoogde prevalentie onder studenten en psychiatrisch patiënten bieden de auteurs overigens geen verklaring, maar zij suggereren een verband met slaapproblemen in beide groepen.

Een vergelijkende studie naar de slaapparalyse onder 223

Denen en 470 Egyptenaren in de algemene bevolking leverde voor de Denen een prevalentie op van 25% en voor de Egyptenaren van 44% (Jalal & Hinton 2013). In een studie onder 322 Mexicaanse adolescenten bleek 25,5% een slaapparalyse te hebben meegemaakt en 86% van hen (22% van de onderzochte adolescenten) een slaapparalyse plus incubusfenomeen (Jiménez-Genchi e.a. 2006; 2009). In sommige populaties lijkt een familiale belasting voor het incubusfenomeen voor te komen. Bij Chinezen uit Hong Kong, bijvoorbeeld werd in 20% van de gevallen een positieve familieanamnese gevonden (Wing e.a. 1994).

Transcultureel perspectief

Het incubusfenomeen wordt in vele culturen beschreven. De identiteit die wordt toegedicht aan het wezen op de borst wisselt evenwel per cultuur. Zo wordt op het Caribische eiland Saint Lucia gesproken van 'kokma', de geest van een overleden baby (Ness 1978), in Mexico van 'me subió el muerto' ('mij beklom de dode') (Jiménez-Genchi e.a. 2006) en in islamitische landen van 'djinn's', wezens door Allah geschapen uit rookloos vuur (Blom e.a. 2010; Jalal e.a. 2013). In Marokko wordt in het geval van een incubusfenomeen ook wel gesproken van 'borata'. In Turkije worden djinns aangeduid als 'cinler' en wordt het incubusfenomeen 'karabasan' genoemd. In Cambodja wordt de term 'khmaoch sângkât' gebruikt ('de geest drukt je neer') en wordt het fenomeen geassocieerd met de geest van iemand die in het tijdperk van de Rode Khmer is omgebracht (Hinton e.a. 2005b; 2005c). In Hong Kong wordt het woord 'yan' gebruikt (in Chinees schrift een samentrekking van de karakters voor 'druk' en 'geest'), terwijl het fenomeen zowel aan een geest als aan een ziekte kan worden toegeschreven (Wing e.a. 1994) - net als in Japan, waar het fenomeen 'kanashibari' heet ('gebonden door metaal') (Fukuda e.a. 1987).

De literatuur vermeldt vele aanvullende voorbeelden uit tal van landen en culturen. Ondanks de verschillen in attributie lijkt het evenwel steeds te gaan om een fenomenologisch - en mogelijk ook pathofysiologisch - vergelijkbaar fenomeen (Hinton e.a. 2005a). De ervaringsbronhypothese stelt dan ook dat de vele verhalen over de klassieke nachtmerrie niet louter metafysische allegorieën of metaforen zijn, maar door de cultuur beïnvloede pogingen om een gedeelde fysieke ervaring te verwoorden (Cheyne e.a. 1999).

Pathofysiologie

Vroege slaapstudies conceptualiseerden het incubusfenomeen als een *arousalfenomeen* optredend tijdens de droomloze tragegolfslaap (Broughton 1968; 1970). Tegenwoordig wordt het vooral gezien als een stoornis gebonden aan de remslaapfase ('rem' is de afkorting van *rapid eye*

movement) (Cheyne e.a. 1999). Tijdens deze slaapfase is op het elektro-encefalogram sprake van snelle, gedesyndroniseerde activiteit met een laag voltage en vindt activatie plaats van corticale en subcorticale structuren die een rol spelen bij (het integreren van) sensorische, motorische, vestibulaire en affectieve ervaringen. Bij het mediëren van de droominhoud spelen hippocampale structuren een belangrijke rol (Hobson e.a. 1998). Onder fysiologische omstandigheden is daarbij tevens sprake van een atonie van gestreept spierweefsel en van een suppressie van exogene stimuli. Op basis van de hypothese dat slachtoffers van het incubusfenomeen daadwerkelijk ontwaken, wordt verondersteld dat de atonie persisteert bij een helder bewustzijn. Deze dissociatie van de remslaapfase gaat vervolgens gepaard met een intrusie van endogeen gemiddelde percepten. Daarbij worden corticale en hippocampale netwerken verantwoordelijk geacht voor de inhoud van de karakteristieke hallucinoïde belevingen, het anteriore cingulum voor de affectieve component en de amygdala (geactiveerd door de hersenstam) voor de extreme angst, hypervigilantie en *sensed presence* (Cheyne e.a. 1999).

Omdat patiënten het incubusfenomeen meestal in rugligging ervaren, wordt ook wel gesuggereerd dat de cascade aan reacties in gang wordt gezet door luchtwegobstructie (Cheyne 2002). Andere bekende risicofactoren zijn insomnie en een onregelmatige nachtrust zoals bij wisselende diensten (Kotorii e.a. 2001). Het is echter zeer wel mogelijk dat ook andere factoren een rol spelen, zoals blijkt uit de associatie van het incubusfenomeen met stoornissen zoals narcolepsie (Sturzenegger & Bassetti 2004), alcoholintoxicatie (Golzari & Ghabili 2013), posttraumatische stressstoornis (Hinton e.a. 2005c), angststoornissen (Otto e.a. 2006), seksueel misbruik (McNally & Clancy 2005) en zeldzame syndromen zoals de folie à deux (Petrikis e.a. 2003) en het syndroom van Capgras (Pande 1981).

Diagnostiek en prognose

De diagnose incubusfenomeen staat of valt met een goede slaapanamnese. Hierbij is de centrale vraag of de patiënt ooit het gevoel heeft gehad dat 's nachts iets of iemand op de thorax drukte. Patiënten die dit hebben meegemaakt, herkennen het thema vaak onmiddellijk. De vraag is overigens ook relevant bij patiënten die zich melden met insomnie - of andere klachten - die zij toeschrijven aan een metafysisch wezen en bij hen die menen 's nachts seksueel te worden misbruikt of ontvoerd (McNally & Clancy 2005). Als aanvulling kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten zoals de *Waterloo Unusual Sleep Experiences Scale* (Cheyne e.a. 1999), de *Unusual Sleep Experiences Questionnaire* (USEQ) (Paradis e.a. 2009) en de *Questionnaire Relating to Sleep Paralysis* (Kotorii e.a. 2001). Bij recidiverende aan-

vallen en/of comorbide stoornissen kan observatie in een gespecialiseerd slaapcentrum aangewezen zijn, met gebruikmaking van polysomnografie (inclusief videoregistratie, registratie van de ademhaling, elektro-encefalografie (eeg), elektro-oculografie (EOG) en elektromyografie (emg)).

Meestal volstaat evenwel klinische diagnostiek zonder aanvullend onderzoek (Galimberti e.a. 2009). De prognose van het incubusfenomeen is over het algemeen goed. De aanvallen plegen van korte duur en self-limiting te zijn. Bovendien gaat het meestentijds om geïsoleerde aanvallen (Cheyne 2005).

Behandeling

In het laatste geval zijn uitleg en geruststelling doorgaans afdoende (Dahlitz & Parkes 1993). Voor het behandelen van recidiverende aanvallen bestaan geen *evidence-based* richtlijnen, maar wel *practice-based* adviezen. In de literatuur worden successen beschreven met anxiolytica, selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), tricyclische antidepressiva (TCA's), monoamine-oxidaseremmers (MAO-remmers, inclusief de lichte MAO-remmer yohimbine) en anticholinergica (Gangdev 2004; Koran & Raghavan 1993).

Zelf hebben wij enkele malen een succesvolle behandeling kunnen bieden met een lage dosis valproïnezuur. In hoeverre deze middelen een specifiek effect hebben op de remslaap of bijvoorbeeld meer in het algemeen op de stemming - en daarmee indirect op de remslaap - is niet bekend. Voor enig nut van antipsychotica vonden wij in de literatuur - en ook in de klinische praktijk - geen aanwijzingen. Methylfenidaat zou mogelijk zelfs aanvallen kunnen uitlokken (Conesa-Sevilla 2004).

Bij attributie van het fenomeen aan een metafysisch wezen kan dit thema worden aangegrepen voor een cultuursensitieve anamnese en voor onderzoek in hoeverre sprake is van een comorbide waanstoomnis, dan wel een verklaring die passend is binnen de eigen cultuur (Hinton e.a. 2005a). Daarbij kan de samenwerking met een geestelijke of hulpverlener uit de eigen cultuur zeker nuttig zijn. Een praktisch advies van slachtoffers van het incubusfenomeen is om niet op de rug te slapen. Een advies van ooggetuigen is om een aanval te couperen door het slachtoffer aan te raken, te bewegen of bij de naam te noemen (Ness 1978).

Ten slotte worden tal van methoden beschreven ter bevordering van de slaaphygiëne, zoals het laten staan van alcohol- en cafeïnehoudende dranken en het doen van ademhalingsoefeningen of andere ontspannende oefeningen (Hurd 2011).

DISCUSSIE

Het incubusfenomeen komt veel voor, maar is desondanks weinig bekend. Een belangrijke reden is waarschijnlijk dat het in hedendaagse classificaties van de parasomnieën vrijwel niet voorkomt. Wat in veel van deze classificaties wel voorkomt, is de slaapparalyse, die wordt geïsoleerd als een remparasomnie (Howell 2012). In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* wordt het incubusfenomeen evenmin genoemd. In de DSM-IV (APA 2000) is deze louter te diagnosticeren als een parasomnia NAO en in de DSM-5 (APA 2013) als een andere gespecificeerde slaap-waakstoornis.

In de klinische praktijk komen wij het fenomeen evenwel regelmatig tegen onder patiënten met een psychose én onder patiënten die worden doorverwezen onder vermoeden van een psychose, maar die bij nader inzien een geïsoleerd incubusfenomeen blijken te hebben. Ook atypische presentaties komen wij daarbij wel tegen, zoals een incubusfenomeen dat werd ervaren liggend op de buik (met een drukkend gevoel op de rug), een incubusfenomeen dat werd ervaren in een gehallucineerde martelkamer en een incubusfenomeen dat al jaren iedere nacht werd ervaren.

Herkenning van het incubusfenomeen is van belang wegens de angst die het oproept (met het daaruit voortvloeiende risico van een comorbide angststoornis, insomnie, waanstoomnis of andere psychiatrische aandoening), vanwege het risico op overbehandeling wanneer het fenomeen wordt verward met een psychose (Liddon 1970), vanwege de kans om te komen tot een cultuursensitieve anamnese en vanwege de associatie met narcolepsie en andere neurologische en psychiatrische aandoeningen.

Beperkingen

In dit artikel bieden wij een overzicht van de literatuur over het incubusfenomeen, geen systematische review. Inhoudelijk valt aan te tekenen dat vooral neurobiologische aspecten van het incubusfenomeen nog nader onderzoek behoeven en dat de literatuur over farmacotherapie beperkt is. Ten slotte dienen we aan te tekenen dat in de literatuur geen gevallen worden beschreven van personen die stierven na het ervaren van een incubusfenomeen, maar dat de mortaliteit nooit systematisch werd onderzocht. Jarcho (1980) adviseert daarom prospectief epidemiologisch onderzoek om zicht te krijgen op het incubusfenomeen als mogelijke risicofactor voor vroegtijdig overlijden.

CONCLUSIE

Het incubusfenomeen lijkt al meer dan twee millennia een nagenoeg onveranderde presentatie te hebben. Het is een indringend, maar – voor zover bekend – benigne verschijnsel dat wordt geconceptualiseerd in termen van een dissociatie van de remslaapfase met intrusie van endoegen

gemedieerde percepten. Het behoeft zelden aanvullende diagnostiek of behandeling. Desondanks is het van belang om het te herkennen, het niet te verwarren met een psychose of andere vormen van ernstige psychiatrische stoornissen en recidiverende vormen lege artis te behandelen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Blom JD. A dictionary of hallucinations. New York: Springer; 2010.
- Blom JD, Eker H, Basalan H, Aouaj Y, Hoek HW. Hallucinaties toegedicht aan djinns. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154: A973.
- Bowling G, Richards NG. Diagnosis and treatment of the narcolepsy syndrome. Analysis of seventy-five case records. Cleveland Clinical Quarterly 1961; 28: 38-45.
- Broughton RJ. Sleep disorders: Disorders of arousal? Science 1968; 159: 1070.
- Broughton RJ. The incubus attack. Int Psychiatry Clin 1970; 7: 188-92.
- Cheyne JA. The ominous numinous. Sensed presence and 'other' hallucinations. J Conscious Stud 2001; 8: 133-50.
- Cheyne JA. Situational factors affecting sleep paralysis and associated hallucinations: Position and timing effects. J Sleep Res 2002; 11: 169-77.
- Cheyne JA. Sleep paralysis and the structure of waking-nightmare hallucinations. Dreaming 2003; 13: 163-79.
- Cheyne JA. Sleep paralysis episode frequency and number, types, and structure of associated hallucinations. J Sleep Res 2005; 14: 319-24.
- Cheyne JA. Sensed presences. In: Blom JD, Sommer IEC, red. Hallucinations. Research and practice. New York: Springer; 2012, pp. 219-34.
- Cheyne JA, Newby-Clark IR, Rueffer SD. Relations among hypnagogic and hypnopompic experiences associated with sleep paralysis. J Sleep Res 1999; 8: 313-7.
- Cheyne JA, Rueffer SD, Newby-Clark IR. Hypnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis: Neurological and cultural construction of the night-mare. Conscious Cogn 1999; 8: 319-37.
- Conesa-Sevilla J. Wrestling with ghosts: A personal and scientific account of sleep paralysis. Philadelphia: Xlibris; 2004.
- Dahlitz M, Parkes J. Sleep paralysis. Lancet 1993; 341: 406-7.
- Fukuda K, Miyasati A, Inugami M, Ishihara K. High prevalence of isolated sleep paralysis: Kanashibari phenomenon in Japan. Sleep 1987; 10: 279-86.
- Galimberti CA, Ossola M, Colnaghi S, Arbasino C. Focal epileptic seizures mimicking sleep paralysis. Epilepsy Behav 2009; 14: 562-4.
- Gangdev P. Relevance of sleep paralysis and hypnic hallucinations to psychiatry. Australas Psychiatry 2004; 12: 77-80.
- Girard TA. The seahorse, the almond, and the night-mare: Elaborative encoding during sleep-paralysis hallucinations? Behav Brain Sci 2013; 36: 618-9.
- Golzari SE, Ghabili K. Alcohol-mediated sleep paralysis: The earliest known description. Sleep Med 2013; 14: 298.
- Hartmann E. The nightmare. The psychology and biology of terrifying dreams. New York: Basic Books; 1984.
- Hinton DE, Hufford DJ, Kirmayer LJ. Culture and sleep paralysis. Transcult Psychiatry 2005a; 42: 5-10.
- Hinton DE, Pich V, Chhean D, Pollack MH. 'The ghost pushes you down': Sleep paralysis-type panic attacks in a Khmer refugee population. Transcult Psychiatry 2005b; 42: 46-77.
- Hinton DE, Pich V, Chhean D, Pollack MH, McNally RJ. Sleep paralysis among Cambodian refugees: Association with PTSD diagnosis and severity. Depress Anxiety 2005c; 22: 47-51.
- Hishikawa Y, Kaneko Z. Electroencephalographic study on narcolepsy. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1965; 18: 249-59.
- Hobson JA, Stickgold R, Pace-Schott EF. The neurophysiology of REM sleep dreaming. NeuroReport 1998; 9: R1-R14.
- Howell MJ. Parasomnias: An updated review. Neurotherapeutics 2012; 9: 753-75.
- Jalal B, Hinton DE. Rates and characteristics of sleep paralysis in the general population of Denmark and Egypt. Cult Med Psychiatry 2013; 37: 534-48.
- Hufford DJ. The terror that comes in the night. An experience-centered study of supernatural assault traditions. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1982.

- Hurd R. Sleep paralysis. A guide to hypnagogic visions & visitors of the night. Los Altos: Hyena Press; 2011.
- Jalal B, Simons-Rudolph J, Jalal B, Hinton DE. Explanations of sleep paralysis among Egyptian college students and the general population in Egypt and Denmark. *Transcult Psychiatry* 2013; doi: 10.1177/1363461513503378.
- Jarcho S. Some lost, obsolete, or discontinued diseases: Serous apoplexy, incubus, and retrocedent ailments. *Trans Stud Coll Physicians Phila* 1980; 2: 241-66.
- Jiménez-Genchi A, Ávila-Rodríguez VM, Sánchez-Rojas F, Vargas Terrez BE, Nenclares-Portocarrero A. Sleep paralysis in adolescents: The 'a dead body climbed on top of me' phenomenon in Mexico. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 546-9.
- Jiménez-Genchi A, Hernández-Aragón, Sánchez-Rojas F. ¿Parálisis del sueño o se me subió el muerto? *Psiquiatría* 2006; 22: 37-40.
- Jones E. On the nightmare. Londen: Hogarth Press; 1931.
- Jong JTVM de. Cultural variation in the clinical presentation of sleep paralysis. *Transcult Psychiatry* 2005; 42: 78-92.
- Kompanje EJO. 'The devil lay upon her and held her down'. Hypnagogic hallucinations and sleep paralysis described by the Dutch physician Isbrand van Diemberbroeck (1609-1674) in 1664. *J Sleep Res* 2008; 17: 464-7.
- Koran LM, Raghavan S. Fluoxetine for isolated sleep paralysis. *Psychosomatics* 1993; 34: 184-7.
- Kotorii T, Kotorii T, Uchimura N, Hashizume Y, Shirakawa S, Satomura T, e.a. Questionnaire relating to sleep paralysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55: 265-6.
- Liddon SC. Sleep paralysis, psychosis and death. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 1027-31.
- MacNish R. Philosophy of sleep. Second edition. Hartford: Silas Andrus & Son; 1854.
- McNally RJ, Clancy SA. Sleep paralysis, sexual abuse, and space alien abduction. *Transcult Psychiatry* 2005; 42: 113-22.
- Melton JG, red. Encyclopedia of occultism and parapsychology. Volume 1. Fourth edition. Detroit: Gale Research; 1996.
- Munezawa T, Kaneita Y, Osaki Y, Kanda H, Ohtsu T, Suzuki H, e.a. Nightmare and sleep paralysis among Japanese adolescents: A nationwide representative survey. *Sleep Med* 2011; 12: 56-64.
- Ness RC. The old hag phenomenon as sleep paralysis: A biocultural interpretation. *Cult Med Psychiatry* 1978; 2: 15-39.
- Otto MW, Simon NM, Powers M, Hinton D, Zalta AK, Pollack MH. Rates of isolated sleep paralysis in outpatients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 687-93.
- Pande AC. Co-existence of incubus and Capgras syndromes. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 469-70.
- Paradis C, Friedman S, Hinton DE, McNally RJ, Solomon LZ, Lyons KA. The assessment of the phenomenology of sleep paralysis: the Unusual Sleep Experiences Questionnaire (USEQ). *CNS Neurosci Therapeut* 2009; 15: 220-6.
- Pestronk A. The first neurology book written in English (1650) by Robert Pemell. *De morbis capitis. Arch Neurol* 1989; 46: 215-20.
- Petrikis P, Andreou C, Garyfallos G, Karavatos A. Incubus syndrome and folie à deux: A case report. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 322.
- Raschka LB. The incubus syndrome. A variant of erotomania. *Can J Psychiatry* 1979; 24: 549-53.
- Robbins RH. The encyclopaedia of witchcraft and demonology. Londen: Peter Nevill; 1959.
- Roscher WH. Ephialtes. A pathological-mythological treatise on the nightmare in classical Antiquity. In: Pan and the nightmare. Hillman J, red. Dallas: Springfield; 1972, pp. 69-149.
- Sharpless BA, Barber JP. Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2011; 15: 311-5.
- Siegel RK. The succubus. In: Fire in the brain. Clinical tales of hallucination. New York: Dutton; 1992, pp. 83-90.
- Sturzenegger C, Bassetti CL. The clinical spectrum of narcolepsy with cataplexy: A reappraisal. *J Sleep Res* 2004; 13: 395-406.
- Waller J. A treatise on the incubus, or night-mare, disturbed sleep, terrific dreams, and nocturnal visions. Londen: E. Cox; 1816.
- White C. Sleep paralysis. What it is and how to stop it. Ducktown: CWM; 2014.
- Wilson SEL. The narcolepsies. *Brain* 1928; 21: 63-109.
- Wing Y-K, Lee ST, Chen C-N. Sleep paralysis in Chinese: Ghost oppression phenomenon in Hong Kong. *Sleep* 1994; 17: 609-13.

SUMMARY

The incubus phenomenon: A sleep-related condition, not to be confused with psychosis

J.D. BLOM, H. EKER

BACKGROUND The incubus phenomenon is a paroxysmal condition characterised by sleep paralysis coinciding with a sensed presence and the frightening sensation that something or somebody is exerting pressure on the thorax.

AIM To present an overview of the literature on the incubus phenomenon and to provide practical advice regarding diagnosis and treatment.

METHOD To obtain information for our paper we carried out a search in PubMed and the historical literature.

RESULTS The incubus phenomenon is a relatively unknown condition, even though, world-wide, it has a lifetime prevalence rate of 30% in the general population. The prevalence is even higher among students, psychiatric patients and patients with narcolepsy. It is attributed to a dissociation of the REM sleep phase and the subsequent intrusion of endogenously mediated percepts. The condition rarely requires treatment because it is self-limiting, and generally occurs only once in a lifetime. Repeated attacks, however, may warrant additional diagnostic testing with the aid of polysomnography and may require treatment with anxiolytics, antidepressants, anticholinergics or anti-epileptics.

CONCLUSION The incubus phenomenon is an intrusive condition, but, as far as we currently know, it is benign. Nevertheless, it is important that the condition is recognised and not confused with a psychotic disorder or any other type of severe mental illness. When necessary, it should be treated *lege artis*.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)1, 16-24

KEY WORDS classical nightmare, incubus, parasomnia, REM sleep, sleep paralysis, succubus