

Nachtmerries en nachtelijke herbelevingen: twee onderscheiden fenomenen na psychotraumatische ervaringen

door J.N. Schreuder

Gepubliceerd in 1995, no. 4

Samenvatting

In dit artikel wordt een onderscheid gemaakt tussen nachtmerries en herbelevingen na psychotrauma. De psychotraumatische ervaring kan de droominhoud zodanig beïnvloeden dat er sprake is van een REM-angstdroom of REM-nachtmerrie. Daarnaast is er het verschijnsel van de posttraumatische nachtelijke herbeleving waarbij een volledige of gedeeltelijke replicatie van de traumatische ervaring optreedt. Uit slaapfysiologisch onderzoek blijkt dat dit laatste verschijnsel veel overeenkomsten vertoont met parasomnia die berusten op zowel dissociatie van circadiane ritmen alsook dissociatie van activering van cerebrale functies in verschillende slaapstadia. Voorbeelden hiervan zijn de incubus, de slaappaniekstoornis en de REM-slaapgedragsstoornis. Ook het verslag van de droominhoud verschilt bij de twee fenomenen.

Het gemaakte onderscheid vormt een verklaring voor de uiteenlopende slaapfysiologische bevindingen. Ten slotte wordt stilgestaan bij consequenties voor diagnostiek, behandeling en wetenschappelijk onderzoek.

Inleiding

Indringende nachtelijke herbelevingen komen frequent voor na uiteenlopende psychotraumatische ervaringen, zowel bij kinderen als bij volwassenen. Ze worden veelal nachtmerries genoemd zonder ze nader te differentiëren. Ze zijn bekend bij Vietnamveteranen (Kramer e.a. 1987; Van der Kolk e.a. 1984) en mensen die lijden aan een kampsyndroom (Rosen e.a. 1991), maar ze komen bijvoorbeeld ook voor na kidnapping (Terr 1981 en 1983) en seksueel misbruik (Draijer 1990). Niet alleen in de periode direct na de traumatische ervaring, maar ook vele jaren later kunnen ze nog aanwezig zijn of opnieuw de kop opsteken. In een door Holen gedurende vijf jaar na een ramp met een olieplatform onderzochte populatie hadden van de 71 overlevenden 49 (69%) posttraumatische nachtmerries. Na drie jaar rapporteerden nog tien personen (14%) frequent posttraumatische nachtmerries (Holen 1990). Uit de behandelingen van holocaust-slachtoffers en slachtoffers van de vervolging door de Japanners blijkt dat deze meer dan veertig jaar na dato nog steeds last hebben van herbelevingsverschijnselen.

Onder het B-criterium van de 'posttraumatische stress-stoornis' in de DSM-III-R (APA 1987) vinden we vier vormen van herbeleving beschreven: terugkerende en opdringerige onaangename herinneringen; herhaaldelijk akelig dromen; plotseling handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt; en intens psychisch lijden bij blootstelling aan gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

Door de patiënt worden de nachtelijke herbelevingen vaak samengevat onder de term 'nachtmerrie'. Ook in het vakjargon worden nachtelijke herbelevingen vaak 'posttraumatische nachtmerries' genoemd. In dit artikel wil ik duidelijk maken dat er twee verschillende vormen zijn waarin doorgemaakte psychotraumatische ervaringen zich manifesteren in nachtelijke mentale activiteit: als

nachtmerrie (REM-angstdroom) en als nachtelijke herbeleving.

Posttraumatische nachtmerries

Hartmann (1984) noemt de nachtmerrie een lange, angstaanjagende droom, waaruit de slaper ontwaakt. Nachtmerries kunnen gedurende de gehele nacht optreden, maar vooral in het tweede gedeelte. Ze doen zich uitsluitend voor tijdens REM-slaap.

Posttraumatische nachtmerries komen vaak voor. Het betreft dan dus REM-angstdromen waaruit men ontwaakt, waarbij de herinnering van de droominhoud verwijst naar de traumatische ervaring. Verslagen van de droominhoud van posttraumatische nachtmerries komen overeen met de verslagen van REM-slaap-(angst)dromen. Het scenario is gelijk aan de traumatische ervaring, maar personen, plaats en tijdsvolgorde van de gebeurtenissen zijn onderhevig aan condensering. Zo komen er bijvoorbeeld personen in voor uit het heden van de slaper. Er zijn dus wel ideationele en structurele overeenkomsten.

Posttraumatische nachtelijke herbelevingen

De klinische manifestatie van de posttraumatische nachtelijke *herbeleving* verschilt duidelijk van de hiervoor genoemde posttraumatische REM-angstdroom. Dit komt in de eerste plaats tot uiting in de beschrijving van de droominhoud. De voor de droom kenmerkende processen van condensering - waardoor de incongruenties in tijd, plaats en persoon ontstaan - ontbreken grotendeels of geheel. In de meest uitgesproken vorm is sprake van een exacte replicatie van wat zich tijdens de psychotraumatische ervaring heeft afgespeeld. De personen, de plaats en de volgorde van de gebeurtenissen van de droominhoud en van de traumatische ervaring komen precies overeen. Bovendien is het werkelijkheidsgehalte zo hoog dat van een herbeleving kan worden gesproken. Het is niet een film waarnaar de dromer kijkt, maar een waarin hij zelf acteur is.

Een goede beschrijving vinden we bij Póltawska (1967), die overigens spreekt van paroxysmale hypermnésie. Zij beschrijft de posttraumatische herbelevingen bij joodse kinderen, die op de leeftijd van zes tot twaalf jaar in Auschwitz waren en het concentratiekamp hebben overleefd:

‘Paroxysmale hypermnésie betekent een plotseling onstuimig op de voorgrond treden van herinneringen, die niet de vorm aannemen van gedachten, maar van voorstellingen, scènes, soms een opeenvolging van scènes die deze mensen hebben doorgemaakt. Hierbij treedt een reproductie in het geheugen op van tevoren gevoelde mentale indrukken, zoals de gehele atmosfeer van de scène die ze in het verleden hebben meegemaakt; de geluiden die ze toen hoorden; de geuren van toen en ook de tactiele sensaties. Deze herinneringen zijn zo realistisch dat de voormalige gevangene de indruk heeft dit alles opnieuw te beleven. Deze indruk gaat vergezeld van vegetatieve symptomen: plotseling bleek worden van het gelaat, tachycardie, beven, zweten. [...] De angst is soms zo sterk dat er lichamelijke activiteit optreedt in de vorm van opspringen, wegrennen, op en neer lopen in de kamer. De angst wordt niet minder indringend, ondanks het feit dat de realiteitstoetsing van de persoon die dit doormaakt intact is.’

Het hier gemaakte onderscheid tussen de posttraumatische REM-angstdroom (REM-nachtmerrie) en de posttraumatische nachtelijke herbeleving wordt nu getoetst aan publikaties van slaapfysiologisch onderzoek. Ik wijs er daarbij op dat in de gerefereerde onderzoeken gesproken wordt van ‘posttraumatische nachtmerries’ en dat het hiervoor beschreven onderscheid nog niet wordt gemaakt.

Slaapfysiologisch onderzoek

Schlosberg en Benjamin (1978) beschreven de slaappatronen van drie militairen die aansluitend aan gevechtsacties enkele nachten niet konden slapen en decompenseerden. Ze ontwikkelden terugkomende nachtmerries die optraden in slaapstadium 2. Er was tevens sprake van een sterke vermindering van REM-slaap en afwezigheid van stadium-4-slaap.

Van der Kolk e.a. (1984) vergeleken de posttraumatische nachtmerries van veteranen met gevechtservaringen met 'gewone' nachtmerries van veteranen zonder gevechtservaringen, die hun leven lang al last hadden van nachtmerries. De posttraumatische nachtmerries traden vroeger in de slaapcyclus op, waren veel vaker een exacte replica van de traumatische gebeurtenis en gingen vergezeld van heftige lichaamsbewegingen. Van der Kolk concludeert dat posttraumatische nachtmerries tijdens verschillende slaapfasen kunnen ontstaan en niet beperkt blijven tot alleen de REM-slaap. Het is waarschijnlijk dat de mate van herinnering van de posttraumatische nachtmerrie samenhangt met de slaapfase waaruit de dromer ontwaakt. Is de slaapfase de REM-slaap, dan is de herinnering het meest uitgebreid. De nachtmerries van degenen die hun leven lang al last hadden van nachtmerries, hadden de kenmerken van een typische REM-angstdroom: een optreden laat in de nacht, zelden repeterend, droomachtige inhoud en niet vergezeld van heftige lichaamsbewegingen.

Hefez e.a. (1987) onderzochten elf getraumatiseerde patiënten polysomnografisch in het laboratorium. Vier van de elf hadden laboratorium-gedocumenteerde posttraumatische nachtmerries. Bij twee personen gingen de nachtmerries gepaard met aan de REM-slaap verbonden complexe lichamelijke activiteit en geschreeuw. Dit is opmerkelijk, omdat er gewoonlijk tijdens REM-slaap atonie van de spieren bestaat. Bij twee andere mensen werden zowel in non-REM-slaap als in REM-slaap posttraumatische nachtmerries gevonden. Hefez e.a. concluderen dat aan REM-slaap gerelateerde posttraumatische nachtmerries, het gelijktijdig optreden van motorische activiteit en de fragmentatie van REM-slaap door veelvuldig wakker worden, kenmerken zijn van de onmiddellijke respons op een traumatische gebeurtenis. Op de lange duur kan dit zich op twee manieren ontwikkelen: óf er treedt een volledige onderdrukking van de droomherinnering op, samengaan met verkorting van de totale REM-slaap en verlenging van de REM-latentie, óf er ontstaan persisterende posttraumatische nachtmerries, zowel tijdens REM-slaap als tijdens non-REM-slaap.

De Groen e.a. (1988) onderzochten een Nederlands oud-verzetsman (die drie jaar concentratiekamp overleefde) ambulant polysomnografisch. Over de geregistreerde periode van 14.00 uur 's middags tot 10.00 uur de volgende ochtend gaf de onderzochte drie angstdromen aan; volgens de registratie één maal vanuit diepe non-REM-slaap, één maal vanuit REM-slaap en één maal vanuit lichte non-REM-slaap. Bij de patiënt werd een slaap-apnoesyndroom geconstateerd en tevens een verstoring van de faserelatie van de circadiane ritmen van diepe non-REM-slaap, REM-slaap, hartfrequentie en lichaamstemperatuur. Zowel het slaap-apnoesyndroom als interne dissociatie van circadiane ritmen komt meer voor op hogere leeftijd en vormt mogelijk een verklaring voor het late optreden van posttraumatische nachtmerries.

Ross e.a. (1989) veronderstellen dat verstoorde REM-slaapmechanismen een verklaring vormen voor het optreden van posttraumatische angstdromen en nachtmerries. Ook andere symptomen van de posttraumatische stress-stoornis, vooral de herbelevingssymptomen, zouden met verstoorde REM-slaapmechanismen samenhangen.

Zij onderscheiden in de resultaten van de verschillende polysomnografische studies twee categorieën. Aan de ene kant is er een verhoogde neiging om in REM-slaap te geraken en aan de andere kant bestaat er juist een vermindering van de 'druk' om in REM-slaap te komen. Overeenkomstig de eerste categorie zouden flashbacks overdag ook wijzen op een aanzet om in een toestand van REM-slaap te geraken.

Het is duidelijk dat wat in verschillende onderzoeken 'posttraumatische nachtmerries' worden genoemd, slaapfysiologisch niet gemakkelijk onder één noemer kan worden gebracht. Met name is er het optreden van 'nachtmerries' tijdens non-REM-slaap: dit komt niet overeen met het feit dat nachtmerries uitsluitend tijdens REM-slaap voorkomen. Tevens wordt het optreden van complexe motorische activiteit tijdens REM-slaap geconstateerd. Dit correspondeert niet met de nachtmerrie, waarin juist de motorische activiteit ontbreekt door de voor de REM-slaap gebruikelijke atonie van de spieren. Het optreden van complexe motorische activiteit tijdens REM-slaap wijst op een verstoring van de faserelatie tussen verschillende cerebrale activeringen - een verschijnsel dat dissociatie wordt genoemd. De bevindingen van het slaapfysiologisch onderzoek corresponderen veel beter met de veronderstelling dat er behalve de 'gewone' REM-angstdromen (REM-nachtmerries) nog andere vormen van mentale activiteit zijn waarin de psychotraumatische ervaring wordt herbeleefd.

Aan de hand van de symptomatologie, waaronder het moment van optreden tijdens de slaapcyclus, en de rapportage van de droominhoud worden de posttraumatische nachtelijke herbelevingen nu vergeleken met verwante verschijnselen.

Verwante verschijnselen

Er zijn enkele slaapverschijnselen c.q. -stoornissen die klinisch gelijkenis vertonen met de posttraumatische herbeleving, zoals de *night terror*, de nachtelijke paniekstoornis en de REM-slaap-gedragsstoornis.

Het klassieke beeld van de *night terror* (incubus genoemd bij volwassenen en pavor nocturnus bij kinderen) is een plotseling ontwaken, ingeluid door een luide gil en gevolgd door verwardheid, desoriëntatie en automatisch handelen, slaapwandelen en motorische activiteit gedurende enkele minuten tot een half uur. Naast de *arousal*-reactie is er een autonome reactie, die bestaat uit een enorme verhoging van de hartfrequentie, een toename van de respiratoire amplitude en een verlaging van de huidweerstand. Het ontwaken vindt plaats tijdens non-REM-slaapstadium 3 of 4, meestal vroeg in de nacht, 60-90 minuten na het begin van de slaap. In tegenstelling tot de incubus bij volwassenen is de pavor nocturnus bij kinderen meestal van langere duur en vrijwel altijd met een volledige amnesie. De pavor nocturnus wordt eerder als een rijpingsfenomeen opgevat, terwijl bij de incubus eerder aan pathologie wordt gedacht. Pathofysiologisch wordt de *night terror* thans beschouwd als een gedissocieerde activering van autonome en motorische systemen tijdens non-REM-slaap, waarbij geen psychologisch/cognitief corticaal ontwaken optreedt (Van Sweden e.a. 1993). De *night terror* is nauw verwant aan enuresis nocturna, somnambulisme en somniloquie, welke te zamen als *arousal*stoornissen uit Slow Wave Sleep (SWS) worden opgevat (Broughton 1968). Ze komen vaak in combinatie voor (Imanse 1994). Tot deze zogenoemde autonome parasomnia worden ook vaak de nachtmerries gerekend. Dit lijkt me thans achterhaald. Het verschil tussen de *night terror* en de REM-angstdroom is dat bij de laatste de autonome reactie, de *arousal*-reactie, motorische activiteit en desoriëntatie bij het wakker worden ontbreken of in elk geval in veel mindere mate aanwezig zijn (Kales e.a. 1980; Carlson e.a. 1982).

De aanvankelijke bevinding van Broughton (1968) dat er meestal een amnesie bestaat voor de mogelijke droominhoud direct voorafgaande aan, tijdens of direct na de incubus, heeft gezorgd voor verwarring. Nog steeds komt men dit misverstand tegen (bijvoorbeeld Carlson e.a. 1982), terwijl Fisher e.a. (1973) en Kahn e.a. (1978) hebben aangetoond dat in het merendeel (58%: 12 subjects en 245 geregistreerde nachten) van de door hen bestudeerde gevallen van ontwaken door incubus er een redelijke tot excellente herinnering was aan de droominhoud. Opmerkelijk is de levendigheid van de herinneringen, die meestal kort zijn en zeer helder worden beschreven.

Het moge duidelijk zijn dat er tussen de incubus en de posttraumatische nachtelijke herbelevingen die in stadium 3 en 4 van de non-REM-slaap optreden klinisch grote overeenkomst bestaat. Enig verschil is er wel met betrekking tot het droomverslag. Dit lijkt bij de incubus aanmerkelijk korter.

De klinische indruk die een slaap-paniekaanval wekt, lijkt op die van de incubus. Er is een goede herinnering aan de droominhoud, wat dus niet in tegenspraak hoeft te zijn met de incubus, maar de persoon is direct goed aanspreekbaar (Parkes 1986). Er is geen sprake van een aansluitende verwarring, zoals die er wel is bij de incubus. De slaappaniekaanvallen treden op tijdens non-REM-slaap, stadium 2, vooral tijdens de overgang naar vroege deltaslaap, dat wil zeggen: tijdens een fase van afnemende *arousal* (Mellman 1989). Er is een gelijkenis met paniekaanvallen bij agorafobie; toch komen paniekaanvallen tijdens dag én nacht zelden bij één persoon voor.

Bij de REM-slaap-gedragsstoornis (Schenck e.a. 1986) gaat het om het uitleven van dromen in motorische actie. Complexe motorische activiteit - soms schadelijk voor de persoon of voor zijn/haar partner - werd geregistreerd met een videocamera, terwijl tegelijkertijd EEG-registratie plaatsvond. De aldus onderzochte vijf personen vertoonden geen psychiatrische symptomen, maar daarentegen wel ernstige neurologische stoornissen. De klinische beschrijving van deze patiënten komt overeen met verschillende beschrijvingen van posttraumatische nachtelijke herbelevingen die ikzelf van patiënten en hun partners hoorde. Dit type werd door Hefez e.a. (1987) beschreven en gezien als de onmiddellijke respons op een traumatische gebeurtenis.

Opvallend is dat posttraumatische nachtelijke herbelevingen, met uitzondering van de droominhoud, eigenlijk opmerkelijk weinig lijken op 'gewone' REM-nachtmerries en angstdromen, maar des te meer verwant lijken te zijn met verschijnselen als de *night terror*, de slaappaniekstoornis en de REM-slaap-gedragsstoornis (zie tabel 1).

Tabel 1: Vergelijking van verschillende parasomnias met posttraumatische nachtelijke herbelevingen (PNH) naar symptomatologie, moment van optreden in de slaapcyclus en het al of niet hebben van een droomherinnering

	Arrestal- reactie	Autonome reactie	Complexe motorische activiteit	Desoriëntatie en verwardheid	Optreden in slaap- stadium	Droom- herinne- ring
PNH	+	+	+	-	non-REM 2, 3, 4 en REM	+
Incubus	+	+	+	±	non-REM 3 en 4	±
Pavor nocturnus	+	+	+	+	non-REM 3 en 4	-
Slaappanickaaval	-	+	+	-	non- REM 2	+
REM-slaapgedragstoornis	-	-	+	-	REM	+
Nachtmerrie	-	-	-	-	REM	+
REM-angstdroom	-	-	-	-	REM	+
Hypnagoge nachtmerrie	-	-	-	-	non- REM 1	+

+ = aanwezig

- = afwezig

± = nu en dan aanwezig

Droomverslag van verschillende slaapstadia

De posttraumatische nachtelijke herbeleving wordt gedefinieerd op grond van de inhoudelijke verwijzing naar de traumatische ervaring.

Nu vertoont de mentale activiteit in verschillende slaapstadia kwalitatieve verschillen, die waarschijnlijk berusten op andere onderliggende mentale processen (Foulkes 1962; De Jong 1991). In de REM-slaap gaat het vooral om perceptuele functies, terwijl in de non-REM-slaap denkprocessen in ruimere zin een rol spelen (De Jong 1991). In vergelijking tot REM-slaapdromen zijn dromen in non-REM-slaap meer eidetisch van karakter, minder beïnvloed door informatie van de voorgaande dag of andere recente informatie, minder levendig, meer begripsmatig, onder grotere wilsccontrole en minder emotioneel. (o.a. De Jong 1991). Het bijzondere van de REM-slaap zit hem in de levendigheid van de visuele voorstelling en de dwingender kwaliteit (Empson 1993).

Het is duidelijk dat de posttraumatische REM-angstdroom of REM-nachtmerrie de kenmerken vertoont van de mentale activiteit tijdens REM-slaap. Voor de posttraumatische nachtelijke herbeleving die niet in REM-slaap maar tijdens non-REM-slaap optreedt, ligt dit gecompliceerder.

Enerzijds is er mentale activiteit die kenmerken vertoont van de REM-slaap: het sterk op de voorgrond staan van perceptuele ervaringen, het levendig en emotioneel zijn. Anderzijds is er mentale activiteit die meer kenmerken vertoont van non-REM-slaap: de logische volgorde van de gebeurtenissen en het ontbreken van condensering lijken meer op het gewone denkproces. Ook hier zou dus sprake kunnen zijn van dissociatie. Het betreft dan dissociatie van cognitief-cerebrale functies

(perceptie en geheugen?) die bepalend zijn voor de mentale activiteit tijdens slaap.

Conclusies en discussie

1. In dit artikel wordt een onderscheid gemaakt tussen posttraumatische angstdromen en nachtmerries (PTAD/PTNM) enerzijds en posttraumatische nachtelijke herbelevingen (PNH) anderzijds (zie tabel 2). Gesteld wordt dat dit klinische onderscheid een verklaring vormt voor de uiteenlopende bevindingen van vooral slaapfysiologisch onderzoek. Verwacht mag worden dat dit tevens een aanwijzing is voor verschil in onderliggende pathogenese en pathofysiologie. PTAD/PTNM zijn REM-angstdromen en nachtmerries, terwijl PNH dissociatieverschijnselen zijn die - afhankelijk van het slaapstadium waarin ze optreden - een grote gelijkenis vertonen met parasomnia, zoals de incubus, de slaappaniekaanval en de REM-slaapgedragsstoornis.

Met de term 'dissociatieverschijnsel' wordt hier overigens bedoeld: het in de tijd uit de pas lopen van verschillende circadiane ritmen van bepaalde cerebrale functies. De term die in de slaapfysiologische literatuur gebruikt wordt, wekt gemakkelijk verwarring met het gebruik van dezelfde term in de psychiatrie.

Tabel 2: Onderscheid tussen de posttraumatische angstdroom/nachtmerrie (PTAD-PTNM) en de posttraumatische nachtelijke herbeleving (PNH).

	<i>PTAD/PTNM</i>	<i>PNH</i>
EEG	REM	non-REM stadium 2 t/m 4; REM
<i>Arousal-reactie</i>	Afwezig tot matig	Sterk tot zeer sterk
<i>Autonome reactie</i>	Afwezig	Sterk tot zeer sterk
<i>Motoriek</i>	Afwezig	Complexe activiteit
<i>Desoriëntatie en verwardheid</i>	Afwezig	Meestal afwezig
<i>Droominhoud</i>	Oneirisch; symbolisch	Eidetisch; replicatief
<i>Herhaling</i>	Minimaal	Vaak
<i>Vergelijkbare slaapfenomenen</i>	REM-angstdroom/ nachtmerrie	Incubus; Slaappaniekaanval; REM-slaapgedragsstoornis

2. In de klinische praktijk zijn de twee fenomenen redelijk tot goed te differentiëren. Een goede anamnese, indien mogelijk aangevuld met een heteroanamnese, kan al veel opheldering verschaffen. Daarbij zij opgemerkt dat PTAD/PTNM weinig als klachten worden gepresenteerd, terwijl daarentegen PNH door de patiënt vaak 'nachtmerries' worden genoemd. Ook de angst om te gaan slapen wijst eerder in de richting van PNH. Vragen naar de droominhoud differentieert eveneens. In het verslag van de REM-angstdroom vinden we de gebruikelijke incongruenties en condenseringen, terwijl bij de herbeleving een complete ervaring optreedt waarbij alle perceptuele functies betrokken zijn, er complexe motorische activiteit is, en de gebeurtenissen zich in logische volgorde volgens het scenario van de psychotraumatische ervaring voltrekken. Enkele van deze aspecten kunnen dramatisch in het verslag van de partner naar voren komen. Ten slotte geeft polysomnografisch onderzoek, bij voorkeur ambulant, natuurlijk de meeste helderheid.

3. Vooropgesteld dat de herbelevingsverschijnselen in samenhang met andere klachten en symptomen zullen worden beoordeeld, staan we hier kort stil bij de therapeutische consequenties van het gemaakte onderscheid.

Afhankelijk van het gehanteerde referentiekader worden herbelevingsverschijnselen gezien als een belemmering van dan wel een noodzakelijke voorwaarde voor een psychotherapie (Schreuder 1994). Belemmerend, omdat de integratieve en synthetische ik-functies worden ontwricht door het bij herhaling ongecontroleerde en infiltrerende optreden van PNH en PTNM. Leertheoretisch worden herbelevingen opgevat als een geconditioneerde angstrespons dan wel een gevolg van het mislukken van uitdoving of extinctie.

Herbelevingsverschijnselen zijn daarentegen een noodzakelijke voorwaarde als men er volgens de psychoanalytische opvatting van uitgaat dat ze op zichzelf een uiting van verwerking en een poging tot integratie van de psychotraumatische ervaringen in de eigen ervaringswereld zijn.

Steeds meer lijkt de eerste opvatting terrein te winnen. Dit leidt er meestal toe dat - alvorens met een op inzicht en integratie gerichte psychotherapie begonnen wordt - getracht wordt de 'belemmerende' herbelevingsverschijnselen met medicijnen (zie 4) dan wel gedragstherapie (desensitisatie, *imaginal flooding*) te beïnvloeden. Zie hiervoor bijvoorbeeld Shalev (1994). Mijn ervaring is dat dit veel beter lukt als het PTNM betreft dan wanneer het om PNH gaat. De belangrijkste maatregel die dan rest is om de anticipatieangst te reduceren. In tegenstelling tot patiënten met andere slaapstoornissen hoor ik van deze patiënten nogal eens de verzuchting: 'De nacht kan niet kort genoeg zijn.'

Directieve interventies - gericht op het gecontroleerd laten herbeleven, dus niet op integratie van de ervaringen - kunnen de anticipatieangst reduceren. Het is van niet geringe waarde daarbij de partner, zo die er is, te betrekken. Naar analogie van andere parasomnia bepaalt het directe gevaar of de directe schade hoe er moet worden gehandeld. Zo snel mogelijk wakker maken en vervolgens geruststellen, luidt het parool.

Wanneer tijdens een lopende behandeling herbelevingsverschijnselen optreden, blijken de PNH veel verstorender te zijn dan de PTNM. Ook dan zijn de hiervoor beschreven interventies aangewezen.

Thans wordt algemeen aangenomen dat herbelevingsverschijnselen de eerste weken tot maanden na een doorgemaakte traumatische ervaring als normaal mogen worden beschouwd. Wanneer ze echter blijven bestaan, lijkt de verwerking onvolledig of is er sprake van een psychobiologische resttoestand. PTAD/PTNM zijn droomfenomenen in de gebruikelijke zin en kunnen een rol spelen in het verwerkingsproces of in psychotherapie die op verwerking gericht is. PTNM/PTAD zullen echter zelden therapeutisch een doel op zichzelf vormen. Bij PNH lijkt de pathogenese eerder biologisch-gedragsmatig bepaald. Hierbij zal men dan ook kiezen voor directieve, gedragstherapeutische en psychofarmacologische interventies.

4. MAO-remmers, tricyclische antidepressiva, lithiumcarbonaat en clonidine onderdrukken PTNM/PTAD doordat ze de hoeveelheid REM-slaap evident doen afnemen (Ross e.a. 1989). Met name het effect van MAO-remmers is door verschillende auteurs beschreven (Hogben 1981; Ross e.a. 1989; Friedman 1991; Davidson 1992). Ook minder succesvolle effecten worden vermeld (Van der Kolk 1983). Bij de TAD wordt getwijfeld aan het effect op de lange duur. De differentiatie tussen nachtmerries en herbelevingen zou het therapeutisch effect van verschillende farmaca kunnen specificeren. Zo kan bij MAO-remmers bijvoorbeeld eerder gedacht worden aan een effect op posttraumatische nachtmerries, die berusten op REM-slaap-mentale activiteit - terwijl lithiumcarbonaat, dat behalve afname van REM-slaap de synchronisatie van EEG-ritmen doet toenemen en de corticale *arousal* vermindert (Van Sweden 1993), wellicht eerder een gunstig effect heeft op de PNH die het gevolg zijn van dissociatie van cerebrale activiteit. Het loont de moeite dit

verder te onderzoeken.

5. De invloed van desynchronisatie op verschillende (post)traumatische processen vraagt nader onderzoek. Als voorbeeld noem ik het optreden van dissociatie (in psychiatrische zin) tijdens en na psychotraumatische ervaringen; en de overeenkomst tussen PNH en flashbacks overdag en de rol van circadiane ritmen (van bijvoorbeeld de REM-slaap) daarin.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *DSM-III-R*

. APA, Washington.

Broughton, R.J. (1968), Sleep disorders: Disorders of Arousal? *Science*, 159, p. 1070-1078.

Carlson, C.R., D.K. White en I.D. Turkat (1982), Night terrors: A clinical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 2, p. 455-468.

Davidson, J. (1992), Drug therapy of PTSD. *British Journal of Psychiatry*, 160, 309-314.

Draijer, N. (1990), *Seksuele traumatisering in de jeugd*. Academisch proefschrift. Universiteit Amsterdam.

Epsom, J. (1993), *Sleep and Dreaming*. Harvester Wheatsheaf, New York, p. 68-70 en 86 e.v.

Fisher, C., E. Kahn, E. Edwards e.a. (1973), A psychophysiological study of nightmares and night terrors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, p. 75-98.

Foulkes, W.D. (1962), Dream reports from different stages of sleep. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, p. 14-25.

Friedman, M.J. (1991), Biological approaches to the diagnosis and treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 4, p. 67-91.

Groen, J.H.M. de, P.P.E. Bergs en V.C.P.J. van Ammers (1988), Ambulante slaapwaakpolygrafie bij een patiënt met PTSS. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, p. 327-337.

Hartman, E. (1984), *The Nightmare. The psychology and biology of terrifying dreams*. Basic Books, New York.

Hefez, A., L. Metz en P. Lavie (1987), Long-term effects of extreme situational stress on sleep and dreaming. *American Journal of Psychiatry*, 144, p. 344-347.

Hogben, G.L., en R.B. Cornfield (1981), Treatment of traumatic war neurosis with phenelzine. *Archives of General Psychiatry*, 38, p. 440-445.

Holen, A. (1989), *A long-term outcome study of survivors from a disaster. The Alexander Kielland disaster in perspective*. University of Oslo, Oslo.

Imanse, J.G., F. Visscher en M.J.B. Taphoorn (1994), Slaapwandelen bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 138, p. 497-499.

Jong, M. de (1991), *Sprekend nog met de nacht. Over dromen en droomonderzoek*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Kahn, E., C. Fisher, en A. Edwards (1978), Night terrors and anxiety dreams. In: A.M. Arkin, J.S. Antrobus en S.J. Ellman (eds.), *The mind in sleep: Psychology and psychophysiology*. Lawrence Erlbaum associates, New Jersey.

Kales, J.D., A. Kales, C.R. Soldatos e.a. (1980), Night terrors. Clinical characteristics and personality patterns. *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 1413-1417.

Kolk, B. van der (1983), Psychopharmacological issues in PTSD. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, p. 683-691.

Kolk, B. van der, R. Blitz, W. Burr e.a. (1984), Nightmares and trauma: A comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *American Journal of Psychiatry*, 141, p. 187-190.

Kramer, M., L.S. Schoen en L. Kinney (1978), Nightmares in Vietnam veterans. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15, p. 67-81.

Mellman, T.A., en T.W. Uhde (1989), Sleep panic attacks: New clinical findings and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry*, 146, p. 1204-1207.

Parkes, J.D. (1986), The Parasomnias. *The Lancet*, p. 1021-1025.

Póltawska, W. (1967), States of Paroxysmal Hypermnesia. *Przegląd Lekarski*, 1, p. 190-218.

Rosen, J., C.F. Reynolds, A.L. Yeager e.a. (1991), Sleep disturbances in survivors of the Nazi Holocaust. *American Journal of Psychiatry*, 148, p. 62-66.

Ross, R.J., W.A. Ball, K.A. Sullivan e.a. (1989), Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, p. 697-707.

Schenck, C.H., S.R. Bundlie, M.G. Ettinger e.a. (1986), Chronic behavioral disorders of human REM sleep: A new category of parasomnia. *Sleep*, 9, p. 293-308.

Schlossberg, A., en M. Benjamin (1978), Sleep patterns in three acute combat fatigue cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, p. 546-549.

Schreuder, J.N. (1994), Vergeten of weten wat wij niet weten? In: *Centrum '45, Vier wijzen van omzien. Hulpverlening voor oorlogsgetroffenen in perspectief*. Van Gorcum, Assen.

Shalev, A.Y., T. Galai en S. Eth (1993) Levels of trauma: A multidimensional approach to the treatment of PTSD. *Psychiatry*, 56, p. 166-177.

Sweden, B. van, J. Bollen, B. Leroy e.a. (1993), Incubus. *Acta Neuropsychiatrica*, 5, p. 88-91.

Terr L.C. (1983), Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, p. 1543-1550.

Terr L.C. (1991), Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, p. 10-20.

Summary: Nightmares and nocturnal re-experiences: Two distinct phenomena in the wake of psychotraumatic experiences

In this article a differentiation is made between nightmares and reexperiences after psychotrauma. The psychotraumatic experience can influence the dream contents in such a way that REM-anxiety dreams or REM-nightmares develop. Besides, there is the symptom of the nocturnal reexperiencing in which a complete or partial replication of the psychotraumatic event takes place.

From sleep-physiological research it appears that the latter has similarities with parasomnia, originating in dissociation of circadian rhythms as well as dissociation of activation of cerebral functions in different sleep phases. Examples are incubus, sleep panic disorder or REM-sleep behaviour disorder. Also, the report of the dream contents differs in these two phenomena.

The differentiation between posttraumatic nightmares and posttraumatic reexperiencing forms an explanation of the diverging sleep-physiological findings.

Last, some consequences for diagnosis, treatment and research are outlined.

De auteur dankt prof. dr. H.G.M. Rooymans, Prof. dr. O.J.S. Buruma en prof. dr. H.A.C. Kamphuisen voor hun stimulerende commentaar.

J.N. Schreuder, psychiater en psychoanalyticus, is algemeen directeur van de Stichting Centrum '45 te Oegstgeest en universitair docent bij de Vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Leiden.
Correspondentieadres: Centrum '45, Rijnzichtweg 35, 2342 AX Oegstgeest.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 26-8-1994.