

Psychose, trauma en traumagerelateerde psychopathologie

M. VAN GERVEN, O. VAN DER HART, E.R.S. NIJENHUIS, T. KUIPERS

ACHTERGROND Schokkende gebeurtenissen vormden een risicofactor voor de voormalige diagnose 'hysterische psychose'. Tegenwoordig worden psychosen zelden met trauma in verband gebracht. Toch wijst onderzoek op een samenhang tussen psychosen en gerapporteerd trauma.

DOEL Bespreken van onderzoek naar trauma, posttraumatische stress-symptomen en dissociatieve symptomen bij psychosen.

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van Medline in de periode vanaf 1990, met als zoekwoorden 'psychosis and dissociation', 'psychosis and PTSD', 'dissociative psychosis', 'hysterical psychosis', en 'schizophrenia and dissociation'. Ook is gebruikgemaakt van uitgebreide documentatie van de auteurs.

RESULTATEN De prevalentie van trauma en posttraumatische stress-stoornis bij psychotische patiënten is hoog en die van dissociatie is aanzienlijk. Traumatische ervaringen kunnen direct voorafgaan aan een psychose en het beloop compliceren. Het doormaken van een psychose kan een aanleiding zijn tot posttraumatische stress-stoornis. Wanen en hallucinaties komen meer voor bij psychotische patiënten die trauma rapporteren dan bij psychotische patiënten die dat niet doen.

CONCLUSIE Onderzoek naar relaties tussen trauma, traumagerelateerde psychopathologie en psychose dient de theorievorming over psychotische stoornissen, alsook de diagnostiek en behandeling. Dissociatieve en posttraumatische stress-symptomen zijn moeilijk te onderscheiden van psychotische symptomen. Onderzoek is aangewezen naar de voorgestelde diagnostische categorie 'reactieve dissociatieve psychose'.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 8, 533-540]

TREFWOORDEN dissociatie, posttraumatische stress-stoornis, psychose, trauma

Psychisch trauma als medebepalende factor van psychotische stoornissen verdient meer aandacht. Sinds meer dan een eeuw zijn er gevalsbeschrijvingen gepubliceerd over hysterische of reactieve psychosen, met als kerngedachte dat schokkende gebeurtenissen mede ten grondslag liggen aan het uitbreken van een dergelijke psychose (Van der Hart e.a. 1993). Ondanks het feit dat veel klinici in het voetspoor van deze traditie ervan overtuigd zijn dat er een samenhang bestaat tussen het doormaken van ingrijpende

gebeurtenissen en het uitbreken van een psychose, zijn hysterische of reactieve psychosen uit de vigerende classificatiesystemen verdwenen. Redenen hiervoor zijn het ontbreken van een duidelijk omschreven klinisch beeld (Libbrecht 1992) en de indruk dat de hysterische psychose zeldzaam zou zijn (Sigmund 1997).

Het bleek echter dat 30% van alle psychosen die leiden tot opname op een psychiatrische afdeling, reactief van aard is (Strömngren 1989). Ook andere onderzoeksgegevens hebben op een ver-

band tussen psychisch trauma en psychotische stoornissen geweest. Zo stelden Mueser e.a. (1998) vast dat 98% van de door hen onderzochte opgenomen psychotische patiënten traumatische ervaringen rapporteerde. In diverse onderzoeken rapporteerde 60% tot 92% van de psychotische patiënten traumatisering in de kindertijd (Read & Argyle 1999). Hiernaast waren het doormaken van een psychose en opname op een psychiatrische afdeling bij meer dan 40% van psychotische patiënten (mede) de aanleiding tot een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) (Shaw e.a. 1997; David e.a. 1999). Helaas is bij de laatstgenoemde onderzoeken niet nagegaan in hoeverre de PTSS ook in relatie stond tot eerdere traumatisering van deze patiënten. De hoge prevalentie van traumarapportage en de aanzienlijke comorbiditeit van PTSS bij psychosen geven aan dat het belangrijk is om, net als inmiddels gebruikelijk bij veel andere psychische stoornissen, ook bij psychosen aandacht te besteden aan de diagnostiek en behandeling van traumagerelateerde psychopathologie. Clinici blijken echter bij psychotische patiënten traumatische ervaringen onvoldoende op te merken. Indien ze hier wel op letten, blijkt dat doorgaans weinig consequenties voor de behandeling te hebben (Mueser e.a. 1998). Meestal volstaan zij met een medicamenteuze en niet-specifieke steunende behandeling, waardoor de traumatische aspecten van de psychose waarschijnlijk niet worden opgelost.

In dit artikel geven wij een overzicht van recent onderzoek naar de prevalentie van trauma, PTSS en dissociatieve symptomen bij psychosen. Tevens gaan wij na in hoeverre het klinische beeld van psychotische patiënten die bij navraag trauma rapporteren, verschilt van de presentatie van psychotische patiënten die dit niet doen. We sluiten af met enkele aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek.

METHODE

Met literatuuronderzoek met behulp van *Medline*, teruggaand tot 1990, met de zoekwoor-

den 'psychosis and dissociation', 'psychosis and PTSD', 'dissociative psychosis', 'hysterical psychosis' en 'schizophrenia and dissociation' werden 79 artikelen gevonden. Aanvulling hierop vond plaats met behulp van uitgebreide documentatie van de auteurs. Hierdoor ontstond een vrij compleet overzicht van de actuele literatuur. Er werden weinig empirische artikelen gevonden, waardoor geen selectie heeft plaatsgevonden ten aanzien van de kwaliteit van het onderzoek. Een uitvoerige literatuurlijst is op aanvraag verkrijgbaar bij de eerste auteur.

RESULTATEN

Traumarapportage door psychotische patiënten Nagenoeg alle psychotische patiënten rapporteren traumatische ervaringen (98%, Mueser e.a. 1998). Dit percentage is aanzienlijk hoger dan de percentages mannen (61%) en vrouwen (51%) in de algemene bevolking van de Verenigde Staten (Kessler e.a. 1995) die trauma rapporteren. De mate waarin psychotische patiënten kindermishandeling rapporteren is bijna even hoog: 60%-92% (Read & Argyle 1999). Deze percentages komen overeen met de mate van rapportage van kindermishandeling door patiënten met psychische stoornissen die vaak met traumatisering in verband worden gebracht, zoals boulimie met afhankelijkheid van middelen (Deep e.a. 1999), borderline persoonlijkheidsstoornis (Brodsky e.a. 1995) en dissociatieve stoornissen (Boon & Draijer 1993; Nijenhuis e.a. 1998). De ernst van de gerapporteerde traumatisering door psychotische patiënten is nog onvoldoende in kaart gebracht. Verschillen in de manier waarop 'ernst' werd geoperationaliseerd, staan een zinvolle vergelijking van de schaarse onderzoeksgegevens in de weg.

De traumarapportage van opgenomen psychotische patiënten blijkt niet minder betrouwbaar te zijn dan die van opgenomen niet-psychotische depressieve patiënten (Goodman e.a. 1999) of van de algemene populatie (Darves-Bornoz e.a. 1995). Sommige auteurs

(Byrne e.a. 1990) hebben geopperd dat psychotische patiënten traumatische ervaringen overrapportereren, maar onderzoek gaf hier geen aanwijzingen voor (Darves-Bornoz e.a. 1995; Goodman e.a. 1999). De tendens was veeleer onderrapportage, die mede veroorzaakt kan zijn door amnesie in het kader van negatieve dissociatie, of organisch bepaald kan zijn ten gevolge van schizofrenie of door negatieve effecten van medicatie en middelenmisbruik.

PTSS bij psychosen De prevalentie van PTSS bij opgenomen psychotische patiënten is 43-67% (Frame & Morrison 2001). Dat is veel hoger dan die bij de algemene bevolking in de Verenigde Staten: 8-9% (Breslau e.a. 1998). Ter vergelijking: de comorbiditeit van PTSS en andere psychische stoornissen die zich onder de algemene bevolking het meest frequent in combinatie met PTSS voordeden, was bij depressie in engere zin 48%; bij sociale fobie 28%; bij alcoholisme 28% (vrouwen) en 52% (mannen); en bij gedragsstoornissen 15% (vrouwen) en 52% (mannen) (Kessler e.a. 1995). Bij psychiatrische patiënten was de comorbiditeit van PTSS bij depressie 58%, bij borderline persoonlijkheidsstoornis 54% en bij bipolaire stoornis 40% (Mueser e.a. 1998).

Mueser e.a. (1998) stelden met behulp van een gestructureerd interview vast dat 43% van een groep opgenomen psychotische patiënten PTSS had, terwijl dat maar in 2% van de gevallen in de status was vermeld. Oorzaken van deze discrepantie kunnen worden gevonden in een overlap van symptomen van PTSS en een psychotische stoornis en in het geringe belang dat klinici toekennen aan traumatische ervaringen bij een psychose. Hier staat tegenover dat wanneer persoonlijkheidskenmerken uit het cluster B, of duidelijke traumatische thema's in de psychose herkenbaar zijn, veel klinici niet spreken van een psychose, maar van pseudo-psychotische verschijnselen of van niet-psychotische hallucinaties (Van der Zwaard & Polak 2001). In de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4de editie; American Psychiatric Associ-

ation 1994) wordt een dergelijk onderscheid niet gemaakt: daar is de meest nauwe definitie van een psychose het voorkomen van hallucinaties of wanen zonder ziekte-inzicht. Voorlopig is het moeilijk om onderscheid te maken tussen psychotische verschijnselen – al dan niet in combinatie met een gestoorde realiteitstoetsing – en herbelevingen in het kader van een traumatisch verleden. De literatuur over hysterische psychosen suggereert echter dat het van belang is om na te gaan of de inhoud van wanen en hallucinaties van getraumatiseerde en niet-getraumatiseerde patiënten wellicht verschilt.

Herbelevingen van traumatische ervaringen en positieve symptomen van hun psychose kunnen veel angst oproepen. Williams-Keeler e.a. (1994) vergeleken de intensiteit van de angst die psychotische ervaringen oproepen zelfs met die van de angst van soldaten op het slagveld. Vooral paranoïde wanen, passieve beïnvloedingservaringen, visuele hallucinaties, onvrijwillige opname en dwangmedicatie bleken ontwrichtend te zijn; en wel zodanig dat Lundy (1992) stelde dat ook het doormaken van een psychose behoort tot het domein van het A-criterium (stressor) van de PTSS.

Psychotische symptomen bij PTSS Er bestaat een grote mate van overlap tussen negatieve symptomen bij psychosen, vermijdingssymptomen bij PTSS en de symptomen van een depressie bij beide diagnostische categorieën (Kuipers 1992). De mate van positieve symptomen zoals gemeten met de PANSS-schaal (Positive And Negative Syndrome Scale; Kay e.a. 1987) bij chronische PTSS-patiënten en schizofrene patiënten blijkt evenmin te verschillen (Hamner e.a. 2000). Hamner e.a. (2000) stelden dan ook dat er hooguit een gradueel onderscheid kan worden gemaakt tussen de ernst van positieve symptomen bij schizofrenie en bij PTSS, wat aanleiding kan geven tot een differentieel-diagnostisch probleem. Hun onderzoek wees uit dat schizofrenie vergeleken met chronische PTSS gekenmerkt wordt door meer bizarre wanen, conceptuele des-

organisatie en negatieve symptomen.

Ook David e.a. (1999) stelden vast dat sommige patiënten met chronische PTSS na gevechtshandelingen veel psychotische symptomen hebben. Volgens deze onderzoekers hebben deze patiënten een ernstige vorm van chronische PTSS, die tot uitdrukking komt in ernstige cognitieve, emotionele en gedragsstoornissen. In ander onderzoek (Sautter e.a. 1999) kon deze ernstige vorm niet worden teruggevoerd op een grotere mate van blootstelling aan gevechtshandelingen.

Het voorkomen van wanen en hallucinaties bij een overwegend intacte realiteitstoetsing duidt over het algemeen op een traumagerelateerde achtergrond van de positieve symptomen (Hamner e.a. 2000; Van der Zwaard e.a. 2000). Voor deze opvatting is echter vooralsnog nauwelijks empirische onderbouwing beschikbaar (Van der Zwaard & Polak 2001). Dat de realiteitstoetsing van PTSS-patiënten met psychosen doorgaans intact is, betekent overigens niet zonder meer dat dit ook het geval is tijdens het herbeleven van traumatische ervaringen.

Er bestaat geen consensus onder klinici over de voorkeursbehandeling van patiënten met zowel PTSS als psychotische symptomen. Deering e.a. (1996) gaan ervan uit dat de psychotische symptomen in feite dissociatieve en aan PTSS gerelateerde symptomen zijn en zij menen daarom dat een psychotherapeutische behandeling van de positieve symptomen de voorkeur verdient. Hamner e.a. (1999) postuleren een disregulatie van de centrale norepinefrinehuishouding (die zij niet als een manifestatie van schizofrenie zien), die verantwoordelijk zou zijn voor de psychotische verschijnselen. Volgens deze onderzoekers is dus medicamenteuze behandeling aan de orde. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of psychotherapie een belangrijk onderdeel moet zijn van de behandeling van psychotische symptomen bij het in combinatie voorkomen van psychose en PTSS.

Dissociatieve symptomen en stoornissen bij psychosen In de DSM-IV vormen psychotische stoornissen en dissociatieve stoornissen strikt gescheiden categorieën en wordt niet aangegeven dat zich bij psychosen dissociatieve symptomen kunnen voordoen. In lijn hiermee rapporteerden onderzoekers bij patiënten met schizofrenie over het algemeen weinig dissociatieve symptomen. Een opmerkelijke uitzondering hierop is het onderzoek van Haugen & Castillo (1999). Zij gebruikten het gestructureerde interview voor dissociatieve stoornissen volgens de DSM-IV-criteria, de SCID-D (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Dissociative Disorders; Steinberg 1994). Met behulp van dit interview stelden zij bij driekwart van de patiënten met een paranoïde of een ongedifferentieerde vorm van schizofrenie *lifetijde* dissociatieve stoornissen vast. Vooral ernstige amnesie, depersonalisatieverschijnselen en fragmentering van de identiteit waren sterk vertegenwoordigd. Bij patiënten met een schizo-affectieve stoornis was de prevalentie van dissociatieve stoornissen weliswaar lager, maar toch aanzienlijk: 30%.

In het onderzoek met de DES (Dissociative Experiences Scale; Bernstein & Putnam 1986) was de gemiddelde score van schizofrene patiënten 12 (nader onderzoek naar een dissociatieve stoornis wordt pas aanbevolen bij een score van meer dan 25). In ditzelfde onderzoek was de gemiddelde score van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis 23,5 en die van patiënten met dissociatieve symptomen 48,6.

Het blijft vooralsnog een vraag of de meestal lage prevalentie van dissociatieve symptomen bij schizofrenie tevens berust op methodologische problemen, zoals de keuze tussen zelfrapportage of een gestructureerd interview, en onderrapportage van dissociatieve symptomen (uit angst van de patiënt voor 'gek' te worden versleten door de onderzoeker). Bij het afnemen van een gestructureerd klinisch interview naar traumatische ervaringen bij opgenomen psychiatrische patiënten, (onder wie patiënten met een psychotische stoornis) bleek dat de DES-scores bij vrouwen die mul-

tipele traumata rapporteerden 1,5 standaarddeviatie hoger waren dan bij vrouwen die zeiden één enkel trauma te hebben meegemaakt. Psychotische patiënten worden veel vaker dan andere patiënten door hun behandelaren niet in staat geacht aan het onderzoek deel te nemen, waardoor deze groep ondervertegenwoordigd was in dit onderzoek (Draijer & Langeland 1999). Een van de redenen van het niet herkennen van dissociatieve symptomen en stoornissen bij patiënten die als psychotisch worden geclassificeerd is dat onvoldoende wordt overwogen dat positieve symptomen dissociatieve fenomenen kunnen zijn (Kluft 1987; Ellason & Ross 1995). Deze mogelijkheid werd ondersteund door Spitzer e.a. (1997), die op grond van hun onderzoek concludeerden dat het voorkomen van wanen en hallucinaties niet discrimineert tussen schizofrenie en een dissociatieve stoornis.

Het is de vraag of psychotische en dissociatieve stoornissen op grond van kwalitatieve aspecten onderscheiden kunnen worden. In tegenstelling tot wat de literatuur over de dissociatieve identiteitsstoornis hierover naar voren brengt (bv. Kluft 1987), geven de inhoud van de hallucinaties en de wijze van horen van stemmen (in of buiten het hoofd) onvoldoende houvast om schizofrene hallucinaties en positieve dissociatieve symptomen van elkaar te onderscheiden (Bracha e.a. 1989). Zo horen sommige schizofrene patiënten, net als veel dissociatieve patiënten, stemmen in het hoofd, en kan de realiteitstoetsing bij dissociatieve patiënten ook voor langere tijd verstoord zijn.

Uit de hierboven beschreven onderzoeken blijkt dat op grond van de aanwezigheid van vooral wanen en hallucinaties niet klakkeloos mag worden aangenomen dat er in die gevallen sprake is van een psychotische stoornis. Deze onderzoeken geven aan dat bij een traumatische thematiek van de psychotische symptomen tevens een dissociatieve stoornis moet worden overwogen. Patiënten met dergelijke positieve symptomen worden daarom bij voorkeur met behulp van de SCID-D onderzocht op het voor-

komen van een dissociatieve stoornis.

Reactieve dissociatieve psychose De tot dusver besproken onderzoeksbevindingen suggereren dat er een groep psychotische patiënten bestaat die trauma rapporteert, posttraumatische stress-symptomen en dissociatieve symptomen heeft, waaronder herbelevingen van traumatische ervaringen, en die neigt tot een vrij spoedig herstel van het acuut psychotische beeld. Er is enige casuïstiek die aangeeft dat deze patiënten over het algemeen niet of nauwelijks reageren op medicatie en meer baat lijken te hebben bij psychotherapie (Van der Hart e.a. 1993). Waarschijnlijk is bij deze groep patiënten sprake van een stoornis die vroeger te boek stond als 'hysterische psychose' en waarvoor de term '(reactieve) dissociatieve psychose' is voorgesteld (Van der Hart e.a. 1993).

Van der Hart e.a. (1993) wezen op een aantal reeds door Janet onderscheiden dissociatieve criteria voor deze psychose: (1) in de psychose zijn dissociatieve fenomenen als wisselingen in bewustzijnstoestand, amnesie, anesthesie, onverklaarde pijnklachten of functieverlies, of regressief gedrag aanwezig; (2) de psychose kan opgevat worden als een dissociatieve toestand, waarin traumatisch materiaal in de vorm van herbelevingen herkenbaar is; (3) er treedt een splitsing op in twee of meer dissociatieve 'systemen van ideeën en functies' die tezamen de persoonlijkheid vormen; en (4) er zijn betekenisvolle handelingen waarover de patiënt op het moment van uitvoeren geen controle heeft. Deze reactieve dissociatieve psychose kan niet alleen worden uitgelokt door een traumatische ervaring, maar ook door een gebeurtenis die vroegere trauma's reactiveert.

CONCLUSIE

Bij systematisch klinisch of wetenschappelijk onderzoek rapporteren veel psychotische patiënten trauma en traumagerelateerde psychopathologie. Alleen al omdat deze problema-

tiel een ongunstige invloed kan hebben op het beloop van de psychose, is inventarisatie en behandeling hiervan evenzeer aangewezen bij psychosen als bij andere psychiatrische stoornissen.

Aangetekend moet worden dat in het schaarse empirische onderzoek naar relaties tussen psychose, trauma en traumagerelateerde psychopathologie, trauma niet eenduidig is gedefinieerd en dat mogelijke verbanden tussen psychose en emotionele verwaarlozing nog niet zijn bestudeerd. Bovendien is in dergelijk onderzoek onvoldoende gebruikgemaakt van gestructureerde trauma-interviews en is de validiteit van de gerapporteerde traumatische ervaringen niet vastgesteld. Evenmin is onderzocht wat de invloed is van de ernst, duur en leeftijd bij aanvang van deze ervaringen.

Het doormaken van een psychose is dikwijls een zeer stresserende ervaring die aanleiding kan geven tot een posttraumatische stress-stoornis. Het valt dus te overwegen om ernstige aantasting van de psychische integriteit toe te voegen aan het stressorcriterium A van de PTSS in de volgende versie van de DSM.

Psychotische verschijnselen zijn dikwijls moeilijk te onderscheiden van posttraumatische stress-symptomen en dissociatieve symptomen, met als gevolg diagnostische verwarring en mogelijk inadequate behandeling. Afname van een gestructureerd interview om PTSS en dissociatieve stoornissen op te sporen, lijkt echter een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan de differentiële diagnostiek. In verder onderzoek moet worden nagegaan in hoeverre een verschil te maken valt tussen positieve symptomen van een psychose en dissociatieve verschijnselen.

Er zijn aanwijzingen dat de overlap tussen psychotische en dissociatieve symptomen vooral sterk is bij patiënten die bij navraag kindermishandeling door verwanten rapporteren. Empirisch onderzoek moet uitwijzen of deze sterke verwevenheid van symptomen een aparte diagnostische categorie 'reactieve dissociatieve psychose' rechtvaardigt.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de druk). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands: a study on the reliability and validity of the diagnosis*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bracha, H.S., Wolkowitz, O.M., Lohr, J.B., e.a. (1989). High prevalence of visual hallucinations in research subjects with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 146, 526-528.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., e.a. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brodsky, B.S., Cloitre, M., & Dulit, R.A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792.
- Byrne, C.P., Velamoor, V.R., Cernovskym, Z.Z., e.a. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 590-595.
- Darves-Bornoz, J.M., Lempérière, T., Degiovanni, e.a. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78-84.
- David, D., Kutcher, G.S., Jackson, E.L., e.a. (1999). Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 29-32.
- Deep, A.L., Lilienfeld, L.R., Plotnicov, e.a. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 25, 1-10.
- Deering, C.G., Glover, S.G., Ready, D., e.a. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 5, 336-346.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Ellason, J.W., & Ross, C.A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a compar-

- tive analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 236-241.
- Frame, L., & Morrison, A.P. (2001). Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Archives of General Psychiatry*, 58, 305-306.
- Goodman, L.A., Thompson, K.T., Weinfurt, K., e.a. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 587-599.
- Hamner, M.B., Frueh, B.C., Ulmer, H.G., e.a. (1999). Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 846-852.
- Hamner, M.B., Frueh, B.C., Ulmer, H.G., e.a. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 217-221.
- Hart, O. van der, Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 43-63.
- Haugen, M.C., & Castillo, R.J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 751-754.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., e.a. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kluft, R.P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.
- Kuipers, T. (1992). *Stille waters...over de meting en beoordeling van negatieve symptomen*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Libbrecht, K. (1992). *De geschiedenis van de hysterische psychose*. (Psychoanalytische Perspectieven, 7). Gent: Idesca.
- Lundy, M.S. (1992). Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 3, 485-491.
- Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., e.a. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consultative and Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., e.a. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Read, J., & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, 50, 1467-1472.
- Sautter, F.J., Brailey, K., Uddo, M.M., e.a. (1999). PTSD and comorbid psychotic disorder: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 73-88.
- Shaw, K., McFarlane, A., & Bookless, C. (1997). The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 434-441.
- Sigmund, D. (1997). Phänomenologie der hysterischen Pseudopsychosen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 65, 387-395.
- Spitzer, C., Haug, H.J., & Freyberger, H.J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30, 67-75.
- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)* (Herziene druk). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Strömberg, E. (1989). The development of the concept of reactive psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 154 (Suppl. 4), 47-50.
- Williams-Keeler, L., Milliken, H., & Jones, B. (1994). Psychosis as precipitating trauma for PTSD: a treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 493-495.
- Zwaard, R. van der, Feijen, R.A.M., & van der Post, L.F. (2000). Waarnemingsstoornissen bij een Turkse vrouw: hallucinaties of pseudohallucinaties? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 729-732.
- Zwaard, R. van der, & Polak, M. (2001). Pseudohallucinations: a pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 42-50.

AUTEURS

M. VAN GERVEN is psychiater-onderzoeker aan het Cats-Polm Instituut (CPI) te Zeist en werkzaam bij de Robert Fleury Stichting te Gouda.

O. VAN DER HART is psycholoog en hoofd onderzoek van het CPI en als bijzonder hoogleraar verbonden aan de Capaciteitsgroep klinische psychologie van de Universiteit Utrecht.

E. NIJENHUIS is psycholoog en werkzaam als psychotherapeut-onderzoeker bij het CPI en ook als psychotherapeut bij GGZ-Drenthe.

T. KUIPERS is psychiater-onderzoeker bij het Veldwijk Research Institute en is opleider bij Meerkanten te Ermelo.

Correspondentieadres: M. van Gerven, CPI, Homeruslaan 56, 3707 GV Zeist.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-12-2001.

SUMMARY

Psychosis, trauma, and trauma related psychopathology – M. van Gerven, O. van der Hart, E.R.S. Nijenhuis, T. Kuipers –

BACKGROUND Traumatic events were a risk factor for the former diagnosis ‘hysterical psychosis’. Nowadays psychoses are rarely associated with trauma. Nonetheless research shows a relationship between psychoses and reported trauma.

AIM To discuss research of trauma, posttraumatic stress symptoms and dissociative symptoms in combination with psychoses.

METHOD Literature study by means of a Medline search, using as keywords ‘psychosis and dissociation’, ‘psychosis and PTSD’, ‘dissociative psychosis’, ‘hysterical psychosis’ and ‘schizophrenia and dissociation’.

RESULTS The prevalence of trauma and posttraumatic stress disorder is high among psychotic patients and the prevalence of dissociation is substantial. Traumatic experiences can immediately precede a psychosis and complicate its course. Experiencing a psychosis can lead to posttraumatic stress disorder. Delusions and hallucinations occur more often in psychotic patients who report trauma than in psychotic patients who don’t.

CONCLUSION Research into the relationship between trauma, trauma-related psychopathology and psychosis serves the development of theories on psychotic disorders as well as the diagnosis and treatment. Dissociative and posttraumatic stress symptoms are difficult to distinguish from psychotic symptoms. More research is indicated for the proposed diagnostic category ‘reactive dissociative psychosis’.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 8, 533-540]

KEYWORDS dissociation, posttraumatic stress disorder, trauma