



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Schizofrenie en posttraumatische stress-stoornis

Mark van der Gaag\*

---

## Samenvatting

Schizofrenie en posttraumatische stress-stoornis (PTSS) komen vaak samen voor. Onderzoeken tonen dat zo'n veertig procent van de patiënten met een psychose eveneens voldoet aan de diagnose PTSS. Een van de redenen is een overlap in symptomen. Een psychoserecidive en een traumatische herbeleving kunnen zich beide kenmerken door hallucinaties. Negatieve symptomen tonen overeenkomst met de afgestomptheid van de gevoelens bij een chronische PTSS. Oorzaak en gevolg zijn hier moeilijk te onderscheiden. Een secundaire PTSS na een psychotische episode bij schizofrenie kan optreden door zowel de verschrikkingen van de psychose, als door de onbegrepen gewelddadige bejegening door politie, hulpverleners of anderen. Een chronisch psychotisch beeld kan ook secundair zijn aan een ernstige traumatisering. Ten slotte zien we vaak dat beide aandoeningen tegelijk voorkomen. Mensen met de kwetsbaarheid voor psychotische ontregelingen zijn eveneens kwetsbaar in de sociale omgang. Zowel voor, tijdens, als na een psychose zijn deze mensen vaker het slachtoffer van geweld en misbruik. Er ontstaat een vorm van circulaire causaliteit waarbij psychose en PTSS elkaar versterken. Voor de hulpverlening betekent dit dat zij nauwgezet moet diagnosticeren en behandeling van schizofrenie en PTSS moet overwegen. Als een alternatief voor dwang en opsluiting ontbreekt, moet een zorgvuldige begeleiding en uitleg steeds plaatsvinden.

## Inleiding

Sommige patiënten met schizofrenie lijken bevreesd om na een psychose het leven van alledag weer op te nemen. Zij zijn uitermate bang om te veel hooi op de vork te nemen en een psychotische terugval door te maken. Vooral opname in een ziekenhuis willen ze vermijden. Herinneringen aan de psychose, dwang tijdens de opname en de isoleercel doen patiënten regelmatig opschrikken. De vrees voor herhaling leidt tot traumatische vermijding. Succesvolle behandeling van de psychotische symptomen kan daardoor niet worden gevolgd door een stapsgewijze rehabilitatie, gericht op het herwinnen van gewaardeerd maatschappelijke rollen. Behandeling van de PTSS, opgelopen door de psychose, is allereerst nodig.

---

*Hans is 23 jaar en heeft vorig jaar een eerste psychotische episode meegemaakt. Al enige jaren had hij de gedachte een bijzonder mens te zijn, iemand als Jezus. Vorig jaar liep dit uit de hand, omdat hij op straat mensen probeerde te bekeren en de angstige en onverschillige reacties van het publiek maakten hem steeds agressiever. Bij opname reageerde hij extreem achterdochtig en was hij bang gekruisigd te gaan worden door zijn behandelend arts. Medicatie sloeg niet aan. Door zijn grote vijandige opwindning kwam Hans in de isoleercel terecht en*

---

\* DR. M. VAN DER GAAG is afdelingshoofd behandeling van het transmuraal zorgteam Zuid 1 en coördinator wetenschappelijk onderzoek van het psychosecircuit van Parnassia, Den Haag. Hij is tevens universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Leiden. Correspondentieadres: Parnassia, Het Spectrum, Albarstraat 100, 2555 VZ Den Haag.

*zou daar nog vier maanden verblijven. Verschillende antipsychotica kalmeerden hem nauwelijks en beïnvloedden de psychose niet. Hans dacht te maken te hebben met beulen die hem injecties gaven, waaraan hij uiteindelijk zou gaan overlijden. Elke injectie was een worsteling tussen hem en zes verpleegkundigen. Uiteindelijk reageerde hij gunstig op clozapine en snel daarna kon hij de isoleercel verlaten. Inmiddels gaat het alweer bijna een jaar goed met Hans. De psychotische overtuigingen heeft hij afgelegd. Hij heeft geen negatieve symptomen en nauwelijks bijwerkingen, maar met ontslag uit het ziekenhuis gaan durft hij niet en ook de weekendverloven houdt hij beperkt. Het is moeilijk en pijnlijk om de mensen tegenover wie hij Jezus is geweest weer tegemoet te treden. Toch maakt hij afspraken en spreekt de belevingen tijdens de psychose met anderen door. Zijn allergrootste vrees is weer psychotisch te worden; weer in de isoleercel te komen en dan weer te denken dat de hulpverleners hem willen doden. Deze vrees speelt dagelijks in zijn gedachten en soms wordt hij wakker uit een nachtmerrie.*

In 1977 maakt Jeffries als eerste melding van de combinatie schizofrenie en PTSS. Hij veronderstelt dat chronische schizofrenie geen neurochemische, maar een neurotische reactie is op de acute schizofrene fase, in de vorm van een traumatische neurose. Hij stelt voor om met een psychologische interventie deze traumatische neurose te behandelen. Het wordt daarna weer even stil tot in 1989 Shaner en Eth opmerken dat stress en angst in vele theorieën over schizofrenie als predisponerende factoren genoemd worden en als risicofactoren voor terugval. De invloed van angstaanjagende psychotische ervaringen als oorzaak van een posttraumatisch stress-syndroom wordt echter nooit genoemd (Shaner & Eth, 1989). Zij illustreren aan de hand van een casus hoe de psychotische symptomen een traumatische gebeurtenis vormen en hoe de traumatische gebeurtenis steeds wordt herbeleefd:

---

*Mr B. is 32 jaar en in zijn vierde psychose denkt hij dat zijn neef het gerucht verspreidt dat hij zich verliest in perverse seksuele handelingen en dat hij om deze reden gemarteld en gedood moet worden. Alhoewel de psychose nu al weer enige jaren onder controle is en hij niet langer gelooft dat zijn neef de geruchten verspreidt, blijft hij getraumatiseerd. Hij moet vaak terugdenken aan wat hem overkomen is. Hij is bang dat het allemaal weer terugkomt en heeft nachtmerries waarin de geruchten, marteling en vernedering terugkeren. Hij vermijdt plaatsen en personen die aan het trauma herinneren. Hij wordt angstig als hij zijn neef weer ontmoet.*

Hoe zit het met trauma, psychose, PTSS en negatieve symptomen? Dit artikel gaat allereerst na wat de comorbiditeit van schizofrenie en PTSS is. Hoe vaak treden de beide stoornissen tegelijkertijd op? Bij een hoge comorbiditeit zullen beide syndromen gedeeltelijk onontwaarbaar zijn. De definities zullen dan overlappend zijn. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen chronische PTSS en chronische schizofrenie? Is er iets te zeggen over de etiologie van de PTSS? Is de psychose traumatiserend of de onbegrepen dwang bij opname en behandeling? Betekent dit dat een comorbide PTSS te voorkomen is? Een geheel andere mogelijkheid is dat de PTSS ten gevolge van traumatische gebeurtenissen leidt tot *overarousal* en luxatie van de psychose. Eerst komt de comorbiditeit aan de orde.

## Comorbiditeit van PTSS en schizofrenie

Hoe vaak komt de combinatie voor? Patiënten die herstellen van een psychose bij een schizofrenie maken vaak angst en depressie door. Zesendertig patiënten met een ziektegeschiedenis korter dan drie jaar werden gevolgd na het herstel van een psychotische episode (McGorry et al., 1991). De prevalentie van PTSS was 46 procent na vier maanden en 35 procent na elf maanden. Ook onderzochten de auteurs de samenhang van de verschillende symptomen. Zij vonden geen samenhang van PTSS-symptomen met negatieve symptomen, maar wel met depressieve symptomen.

Een andere studie beschrijft het onderzoek bij 45 patiënten die herstellen na een opname voor een psychotische episode (Shaw, McFarlane, & Bookless, 1997). Van de onderzochte patiënten voldeed 52 procent aan de diagnose PTSS. De ziekenhuisopname en de behandeling werden over het algemeen als bijzonder stresserend ervaren. Vooral het verlies van controle over bewegingsvrijheid en handelen werd als bedreigend ervaren.

Ongeveer de helft van de patiënten die ikzelf behandeld heb en die isoleerervaring hebben, waren daardoor getraumatiseerd. Eén patiënt probeert om die reden een opname te voorkomen, ook als hij weet dat hij meer behandeling nodig heeft. Hij heeft een grote angst wederom opgesloten te worden. Een andere patiënt is paniekerig bij de gedachte dat niemand in de buitenwereld van zijn opsluiting weet en dat ze hem kunnen vermoorden en laten verdwijnen, zonder dat iemand dat ooit te weten komt.

Een grote groep van 275 patiënten met ernstige psychische stoornissen (bijvoorbeeld schizofrenie en bipolaire stoornis) is onderzocht op het voorkomen van traumatische gebeurtenissen en de aanwezigheid van PTSS (Mueser et al., 1998). Het aantal patiënten dat naast de eerste diagnose ook voldeed aan PTSS was 43 procent, hetgeen hoog genoemd kan worden. Van de patiënten voldeden 119 aan de criteria voor PTSS, maar slechts bij drie van hen werd dit ook daadwerkelijk in de status gedocumenteerd. Het is dus een grotendeels ondergediagnosticeerd en onderbehandeld probleem bij psychiatrische aandoeningen.

Verdere bevestiging van deze statistieken komt van Goodman et al. (1999). Van de groep van vijftig patiënten lijdt 64 procent aan schizofrenie en 36 procent aan een bipolaire stoornis. Van deze groep patiënten voldeed 38 procent aan de diagnose PTSS, gesteld met behulp van een checklist (33 procent van de mannen en 41 procent van de vrouwen). In deze studie wordt ook gekeken naar de betrouwbaarheid van de rapportage door psychotische patiënten. Dit is soms aangevoerd als kritiek op andere studies, namelijk dat psychotische patiënten onbetrouwbaar rapporteren over voorvallen in hun voorgeschiedenis. Door na acht weken te hertesten, komen de auteurs tot de bevinding dat patiënten betrouwbaar over trauma's kunnen rapporteren.

In het Finse Turku City Hospital zijn 46 patiënten met schizofrenie onderzocht (Meyer, Taiminen, Vuori, Aijala, & Helenius, 1999). Zesenvijftig procent was onvrijwillig opgenomen. Bij deze studie voldeed slechts 11 procent aan de diagnose PTSS. De lage prevalentie schrijven de auteurs toe aan het niet betrekken van patiënten met een affectieve stoornis in de studie; het expliciete beleid van het ziekenhuis om onvrijwillige opnamen te voorkomen en het gebruik van dwang te verminderen.

Een overzicht van de gevonden prevalenties comorbiditeit staat in tabel 1. Gemiddeld 40 procent van de patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening, waaronder in meerderheid patiënten met schizofrenie, lijdt tegelijkertijd aan PTSS.

**Tabel 1** percentages van patiënten met een psychose die tevens een ptss hebben.

Studie	N	Doelgroep	% PTSS
Goodman et al., 1999	50	Psychose	38
McGorry et al., 1991	36	Psychose	46
Meyer et al., 1999	46	Schizofrenie	11
Mueser et al., 1998	275	Psychose	43
Shaw et al., 1997	45	Psychose	52
Totaal	452		40

\*in vergelijking met poliklinisch psychiatrische patiënten

## Overeenkomstige symptomen van schizofrenie en posttraumatische stress

Een vergelijkende studie tussen veertig mensen met chronische PTSS en veertig mensen met chronische schizofrenie leert dat de scores op de *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS) elkaar weinig ontlopen (Williams-Keeler, Milliken, & Jones, 1994). Patiënten met schizofrenie hebben een enigszins hogere PANSS-totaalscore. De positieve symptomen als wanen, hallucinaties en verwardheid zijn matig tot ernstig in beide groepen. Ook negatieve symptomen als initiatiefverlies, teruggetrokkenheid en spraakmoede, en algemene psychopathologie als angst, depressie en somatische bezorgdheid zijn gelijk in beide groepen. Hallucinaties zijn in beide groepen even ernstig, maar patiënten met schizofrenie hadden in lichte mate iets meer wanen en desorganisatie (Hamner et al., 2000). De auteurs concluderen dat beide groepen opmerkelijke gelijkenis vertonen, op positieve symptomen én negatieve symptomen.

Posttraumatische stress gaat bij oorlogsveteranen vaak gepaard met chronisch-psychotische symptomen. Veel van deze veteranen worden gediagnosticeerd als schizofrenie. De vraag is of dit terecht is en of de scheidslijn wel duidelijk te trekken is. Er is grote overeenkomst in de psychotische verschijnselen van getraumatiseerden door geweld en de psychose bij schizofrenie. Het angstaanjagende karakter is in beide aandoeningen vaak gelijk. Traumatische hyperarousal is moeilijk te onderscheiden van agitatie bij psychose. Psychotische hallucinaties, dissociatieve hallucinaties en opdringende herinneringen zijn ook vergelijkbare verschijnselen. Er is dus nogal wat overlap in positieve symptomen bij mensen met schizofrenie en bijvoorbeeld oorlogsveteranen met een chronische PTSS met psychotische symptomen.

Ook bij mensen die seksueel geweld hebben ondergaan, kan psychose en traumatische herbeleving in elkaar overlopen. Een jonge vrouw met paranoïde wanen over een groot complot om haar uiteindelijk te vernietigen, hoort eveneens stemmen van familieleden en duivels. Zij ligt bij het binnentreden van de isoleer naakt en wijdsbeens op de grond. Zij schreeuwt dat de verkrachters maar gelijk moeten beginnen. Dit is een voorbeeld van persoonsverwisseling. Zij ziet haar vader en twee broers in plaats van de dokter en twee verpleegkundigen. In haar verwarde verhalen beschuldigt zij nog meer familieleden en kennissen van misbruik en vernedering. Vanwege de stemmen en

paranoïde symptomen werd zij als schizofrenie gediagnosticeerd. Deze belevenissen wijzen meer in de richting van een dissociatieve herbeleving van een seksueel trauma.

De negatieve symptomen van schizofrenie komen gedeeltelijk overeen met vermijding en emotionele afgestomptheid bij chronische posttraumatische stress. Stampfer (1990) noemt als overeenkomsten:

- persoonlijkheidsverandering;
- sociale terugtrekking;
- beperkt en vervlakt affect;
- gevoelens van onthechting en vervreemding van anderen;
- verlies van initiatief, interesse en energie;
- anhedonie;
- stoornissen in geheugen en aandacht;
- verval van premorbide niveau van functioneren;
- hypochondrische overwaardige ideeën bij PTSS en wanen bij schizofrenie;
- inefficiënt en verarmd denken;
- atypische angst en depressie die therapieresistent zijn voor anxiolytica en antidepressiva;
- impulsief handelen, zoals plotseling verhuizen;
- chronische duur;
- matige respons op behandeling.

Stampfer veronderstelt dat negatieve symptomen bij schizofrenie en symptomen van een chronische PTSS beide manifestaties zijn van een 'biologische' reactie op overweldigende trauma's. Beide reflecteren ook disfuncties in de prefrontale cortex.

Waarin verschilt nu de posttraumatische stress-stoornis met psychose van schizofrenie? In een onderzoek zijn twintig oorlogsveteranen met PTSS vergeleken met achttien oorlogsveteranen zonder PTSS (Butler, Mueser, Sprock, & Braff, 1996). De groep veteranen met PTSS vertoonde meer depressie, angst, agitatie, anhedonie en positieve symptomen van psychose. Deze groep had meer hallucinaties, wanen en bizar gedrag. Sommige van deze positieve symptomen waren niet geassocieerd met herbeleving van het trauma. De auteurs suggereren om bij wanen en hallucinaties in afwezigheid van desorganisatie de diagnose PTSS te overwegen.

Wat veroorzaakt nu de posttraumatische stress-stoornis bij de psychotische patiënten? Gaat het om traumatisering door de angstaanjagende inhoud van de psychose? Speelt onvrijwillige opname en opsluiting een rol? Is het ziekenhuismilieu met ernstig psychotische patiënten, bijeengebracht in kleine ruimten, vol traumatische ervaringen?

## Oorzaak of gevolg

Is het mogelijk dat een angstaanjagende psychose resulteert in een posttraumatische stress-stoornis? Een casusverslag beschrijft hoe een patiënt na een psychotische episode wordt achtervolgd door herbelevingen van de verschrikkingen uit de psychose (Lundy, 1992). Alhoewel er overlap is in de symptomen van schizofrenie en posttraumatische stress, is bij deze casus een secundaire PTSS overduidelijk aanwezig. In een ander casusverslag wijzen Shaner en Eth (1989) erop dat het herbeleven van een psychose bij een posttraumatische stress-stoornis iets anders is dan een psychotische terugval.

In het eerste geval zal een hogere dosis antipsychoticum geen uitkomst bieden. PTSS kan een aantal symptomen van schizofrenie doen voortduren, zoals sociale isolatie, handicaps bij het functioneren in een rol, vervlakt affect, betrekkingsideeën en gebrek aan interesse. Ook symptomen die een posttraumatische stress-stoornis kenmerken als slaapproblemen, nachtmerries, geïrriteerdheid, concentratieproblemen en verhoogde waakzaamheid kunnen schizofrenie compliceren. De angst die gepaard gaat met het herbeleven van een trauma, kan zo'n grote stressor zijn dat dit een psychotische episode kan ontlokken. Ook kan het aanzetten tot het gebruik van alcohol en drugs met als bedoeling de angst te dempen: kip of ei. Er is sprake van een circulaire causaliteit waarin gevolgen ook weer oorzaak zijn van een verdere verergering van de pathologie.

De studie van Meyer et al. (1999) relateert de posttraumatische stress-symptomen aan de psychose, of aan de opname en de bejegening. De posttraumatische stress-symptomen zijn gecategoriseerd in psychose en opname-gerelateerde symptomen. Van alle posttraumatische stress-symptomen was 69 procent gerelateerd aan de psychose en 24 procent aan de opname. Onvrijwillige opnamen waren niet gerelateerd aan PTSS, maar wel een eerste onvrijwillige opname en het gebruik van isoleren. In deze studie blijkt voorts dat de inhoud van de psychose en de metacognities over de psychose bepalend zijn of traumatisering optreedt. De metacognities, ofwel de gedachten over de stemmen, bepalen in een studie van Van der Gaag et al. de mate van angst en depressie (publicatie in voorbereiding). Aardige of onaardige bewoordingen zijn niet van invloed op de stemming. De metagedachte of de stemmen goedaardige dan wel kwaadaardige bedoelingen hebben, bepaalt wel de mate van angst en depressie bij de patiënt.

In de studie van Shaw et al. (1997) bleek dat niet alleen de perceptie van de patiënt van belang is, maar ook alle onveilige gebeurtenissen op een afdeling. De perceptie is er een van controleverlies en overgeleverd zijn aan anderen. Niet alleen dokters en andere hulpverleners worden gewantrouwd, ook medepatiënten zijn vaak onbegrijpelijk. De patiënt staat voor de zware taak zijn psychotische werkelijkheid te combineren met de bizarre chaos die meestal op een opnameafdeling heerst. Naast deze perceptie is een ziekenhuis in werkelijkheid ook niet veilig. Veel patiënten (67 procent) werden lastig gevallen door medepatiënten om sigaretten en geld. Een kwart is getuige van geweld en heeft seksuele intimidatie en scheldpartijen van medepatiënten ondergaan. Lichamelijke mishandeling door medepatiënten overkwam 15 procent van de patiënten. Vier patiënten meldden seksueel misbruik door verpleegkundigen. Dus ook de bejegening van anderen in de psychose is niet altijd even vriendelijk. Vooral patiënten die isoleerverpleging hebben ondergaan met een paranoïde toestandsbeeld, vertellen nogal eens dat zij dachten nooit meer levend uit de isoleercel te komen; dat het eten vergiftigd was; en dat niemand in de buitenwereld van hun opsluiting afwist.

Beginnen de gebeurtenissen als traumatisch geïnterpreteerd te worden als de patiënt psychotisch wordt of is de groep het hele leven al kwetsbaar en wordt zij voortdurend door anderen in de gemeenschap overweldigd?

De gerapporteerde victimisatie is hoog in de hiervoor beschreven studie van Goodman et al. (1999). In het afgelopen jaar meldt van de vrouwen 59 procent mishandeling te hebben ondergaan; 45 procent meldt seksuele dwang; en 3 procent meldt verwond te zijn. Van de mannen rapporteert 52 procent mishandeling; 26 procent seksuele dwang; en 43 procent verwonding. Deze cijfers zijn erg hoog. Voor vergelijkbaarheid met andere

studies is ook gekeken naar het meemaken van mishandeling, seksuele dwang en verwonding over het volwassen leven vanaf zestien jaar. In dat geval rapporteert 91 procent van de vrouwen mishandeld te zijn; 83 procent meldt seksuele dwang; 74 procent ooit door een ander verwond te zijn. De mannen melden in 74 procent gevallen mishandeld te zijn; 34 procent meldt seksuele dwang; 68 procent rapporteert verwonding door anderen. Uit deze cijfers blijkt dat bijna alle patiënten potentieel traumatiserende gebeurtenissen hebben meegemaakt.

Het beeld wordt nog ernstiger als men informeert naar potentieel traumatiserende gebeurtenissen voor het zestiende levensjaar. Dit gaat dan om traumatisering, terwijl een psychose in het geheel nog niet bestaat. Zevenenzeventig procent van de vrouwen meldt seksueel misbruik en bij mannen is 45 procent in de jeugd misbruikt. De cijfers zijn buitengewoon hoog en tonen dat de groep altijd al kwetsbaar is geweest in de sociale omgang en veelvuldig het slachtoffer is geweest van geweld en seksueel misbruik door anderen.

Ook Mueser et al. (1998) vinden een hoge traumatiseringgraad. Het vóórkomen van traumatische gebeurtenissen in deze groep is erg hoog: 98 procent van de groep rapporteert minstens eenmaal een traumatische gebeurtenis te hebben meegemaakt. Onder de algemene bevolking is dit cijfer lager: het vóórkomen van minimaal één traumatische gebeurtenis bedraagt 39 tot 56 procent (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). De vraag is of deze traumatiseringen de oorzaak waren van de schizofrenie. De oorzaak van schizofrenie is nog altijd onbekend, maar er zijn duidelijke aanwijzingen van een erfelijke component en een verworven component in de vroege ontwikkeling in de uterus en perinataal. In het licht van die evidentie is het waarschijnlijker dat het een aangeboren kwetsbaarheid betreft in interactie met meer traumatisering en sociaal onrecht tijdens de ontwikkeling. Deze gebeurtenissen verhogen op hun beurt het arousalniveau en brengen een psychotische decompensatie naderbij.

De verdeling van PTSS als comorbide stoornis in de studie van Mueser et al. (1998) is bij andere diagnoses: 58 procent bij depressie; 54 procent bij borderline persoonlijkheidsstoornis; 40 procent bij bipolaire stoornis; 40 procent bij andere persoonlijkheidsstoornissen; 37 procent bij schizo-affectieve stoornis; en 28 procent bij schizofrenie. Alhoewel schizofrenie hierbij het laagste scoort, is dit toch nog steeds aanzienlijk hoger dan de prevalentie van PTSS onder de algemene bevolking waarbij de schatting 8 á 9 procent is (Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1995).

## Conclusies en suggesties voor behandeling

Wat de bovenbesproken studies tonen is dat er een overlap is tussen schizofrenie en de posttraumatische stress-stoornis. Agitatie bij een schizofrene psychose vertoont overeenkomsten met de hyperarousal van PTSS-patiënten. De hallucinaties bij schizofrenie lijken op de herbelevingen bij posttraumatische stress en het is niet gemakkelijk om te besluiten tot schizofrenie, PTSS of een combinatie van beide diagnoses. Ook negatieve symptomen als sociale terugtrekking, vervlakt affect en gevoel van vervreemding komen bij beide stoornissen voor. Als de strikte criteria worden aangelegd, voldoet veertig procent van de psychotische patiënten, waaronder vele schizofrenie patiënten, eveneens aan de diagnose PTSS. Het feit dat dit in de



klinische praktijk nauwelijks wordt onderkend, vraagt om nadrukkelijke aandacht hiervoor en aanpassing van de behandelprotocollen. Ik denk dat ik vele malen een posttraumatische stress-stoornis bij een psychotische patiënt niet adequaat heb onderkend. Ik herinner mij de psychotische vrouw die meerdere malen 's nachts van een laag dak sprong en daarbij haar enkels verzwikte. 's Ochtends was zij dit weer vergeten. Dat vond ik vreemd. Patiënten met schizofrenie vergeten nooit gebeurtenissen. Was het dissociatie? Door de wat knullige sprong van een laag dak werd de hele zaak door het behandelend team als theateraal en ergerniswekkende aandachtstrekkend gezien. En theateraal gedrag doof je uit door het te negeren. Achteraf denk ik dat het gewelddadige huwelijk dat zij achter de rug had, mogelijk een rol heeft gespeeld bij haar nachtelijke ontsnappingen door een sprong van het dak.

De kans op een posttraumatische stress-stoornis wordt door meerdere factoren vergroot bij deze kwetsbare groep. Sociaal-communicatieve beperkingen, die al premorbide aanwezig zijn, maken dat kandidaat-schizofreniepatiënten al in hun jeugd vaker dan gewoon het slachtoffer zijn van pesterijen, geweld en seksueel misbruik. Ook als patiënt lopen zij een verhoogd risico. Daarnaast kunnen psychotische fenomenen een traumatische gebeurtenis vormen. De metacognities over de stemmen en over de vermeende bedoelingen en opzet van anderen spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast kan een onvrijwillige opname met dwang en isolatie traumatisch zijn, maar ook het verblijf op een afdeling tussen andere dwingende, vragende en grensoverschrijdende patiënten. De veiligheid op afdelingen kan door de staf maar beperkt worden gegarandeerd.

Wat zijn de gevolgen voor de behandeling? Allereerst zal er meer diagnostische aandacht moeten komen voor de posttraumatische stress-stoornis. Het lijkt een goede zaak om niet alleen de diagnose schizofrenie te stellen aan de hand van de DSM-IV, maar tegelijkertijd de diagnoses depressie, PTSS en algemene angststoornis goed te verifiëren of uit te sluiten.

Bij niet-reageren op behandeling met antipsychotische, anxiolytische, antidepressieve medicatie of een combinatie ervan, zou een posttraumatische stress-stoornis als mogelijk comorbide diagnose overwogen kunnen worden. Cognitieve therapie, gericht op het voorkomen van secundaire stoornissen als PTSS, en het bevorderen van de aanpassing aan de psychose en de beperkingen kunnen zelfbeeld, identiteitsontwikkeling en zelfwaardering gunstig beïnvloeden. Adequate behandeling in de allereerste fase van de psychose kan bij een eerste episode mogelijk sociaal-maatschappelijk verval en secundaire syndromen, zoals depressie en PTSS, voorkomen (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998).

Opname op een afdeling in het ziekenhuis kan mogelijk worden voorkomen door goede deeltijdbehandeling. Bij opname moet men goed met de patiënt en zijn familie overleggen over de gang van zaken en de reden van handelingen en maatregelen. Natuurlijk zou de wereld er beter uitzien als er geen opsluiting meer zou worden toegepast in de psychiatrie. Maar bij grote opwinding en het onvermogen in redelijkheid te overleggen, is isoleren toch nodig. Wel kan isoleren vergezeld gaan van een adequaat begeleidingsprotocol, waarbij men steeds informatie geeft over de bedoeling van de isoleerverpleging en wie van de behandeling weten. Bespreking achteraf voorkomt traumatisering en misvattingen over de handelwijze van hulpverleners, die dan ook tussentijds kan worden aangepast.

Het blijft zorgelijk dat de maatschappij patiënten als onberekenbaar en gevaarlijk blijft zien. Ondanks het feit dat behandelde patiënten met schizofrenie niet gevaarlijker zijn dan de rest van de bevolking, blijft dit beeld in de media maar herhaald worden. Terwijl hooguit drie procent wel eens gevaarlijk is, is de reden van aandacht van de media voor patiënten met schizofrenie in 77 procent van de gevallen gevaar of geweld door de patiënt (Dubin & Fink, 1992). Dit lijkt geheel de aandacht weg te nemen van het slachtofferschap van de groep. En dat terwijl de kwetsbaarheid alomvattend is. Voor en na het uitbreken van de psychose is de groep al vaker het slachtoffer van geweld. Een psychose waarin een vijandige stem binnendringt en de gedachte vaak is dat deze alwetend en almachtig is, kan zo traumatiserend zijn dat een posttraumatische stress-stoornis het gevolg is. In het psychiatrisch ziekenhuis maken patiënten slachtoffers onder elkaar, maar ook dwang en opsluiting door de behandelende staf kan onbegrijpelijk en traumatiserend zijn en soms zelfs doodsnood oproepen bij patiënten. Het voortschrijdend inzicht in deze vraagt van de behandelaars aandacht voor een mogelijke depressie of posttraumatische stress-stoornis bij elke psychotische patiënt. Indien een medicamenteuze strategie ontoereikend is, zal men zeker cognitieve-gedragstherapie of imaginaire exposure moeten proberen. Beide behandelvormen kunnen bogen op gedocumenteerde resultaten bij posttraumatische stress-stoornis.

---

### **Abstract**

*Schizophrenia and posttraumatic stress disorder often go hand in hand. About 40 percent of the patients with psychosis also have a PTSD. One of the reasons is an overlap in symptoms. For instance, a psychotic relapse and reliving a trauma can both be characterized by hallucinations. Negative symptoms show overlap with numbing in chronic PTSD. Cause and consequence are hard to separate. A secondary PTSD in a patient with schizophrenia can be the result of the terrors of psychosis as well as the lack of understanding force by police or professional caretakers. Chronic psychosis can also be a secondary phenomenon of PTSD. Finally, we often see a comorbidity of psychosis and PTSD. People with vulnerability for psychotic episodes are also quite vulnerable in social situations. Before, during and after a psychotic episode these people are more often the victim of violence and sexual abuse. Thus, there is a circular causality in which psychosis and PTSD reinforce each other. Mental health workers should be more aware of PTSD in psychosis and scrutinize the options for treatment. When an alternative for force and seclusion is lacking, careful explanations and guidance are requested.*

### **Referenties**

- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry, Supplement*, 172(33), 53-9.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-22.
- Butler, R.W., Mueser, K.T., Sprock, J., & Braff, D.L. (1996). Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 39(10), 839-44.
- Dubin, W., & Fink, P. (1992). Effects of stigma on psychiatric treatment. In P. Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Goodman, L.A., Thompson, K.M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K.T., & Rosenberg, S.D. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Trauma and Stress, 12*(4), 587-99.
- Hamner, M.B., Frueh, B.C., Ulmer, H.G., Huber, M.G., Twomey, T.J., Tyson, C., & Arana, G.W. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(4), 217-21.
- Jeffries, J.J. (1977). The trauma of being psychotic: a neglected element in the management of chronic schizophrenia? *Canadian Psychiatric Association Journal, 22*(5), 199-206.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-60.
- Lundy, M. (1992). Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy, XLVI* (3), 485-91.
- McGorry, P.D., Chanen, A., McCarthy, E., Riel, R. van, McKenzie, D., & Singh, B.S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome [see comments]. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(5), 253-8.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Aijala, A., & Helenius, H. (1999). Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(6), 343-52.
- Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher F.C., Vidaver, R., Auciello, P., & Foy, D.W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 493-9.
- Shaner, A., & Eth, S. (1989). Can schizophrenia cause posttraumatic stress disorder? *American Journal of Psychotherapy, XLIII* (4), 588-97.
- Shaw, K., McFarlane, A., & Bookless, C. (1997). The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(7), 434-41.
- Stampfer, H.G. (1990). 'Negative symptoms': a cumulative trauma stress disorder? [see comments]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 24*(4), 516-28.
- Williams-Keeler, L., Milliken, H., & Jones, B. (1994). Psychosis as precipitating trauma for PTSD: a treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(3), 493-8.