

Auditieve hallucinaties bij patiënten en niet-patiënten

door M.H.A. Pennings, M.A.J. Romme en A.A.J.G.M. Buiks

Gepubliceerd in 1996, no. 9

Samenvatting

Het horen van stemmen, met kenmerken van akoestische hallucinaties, werd onderzocht bij drie groepen mensen. Het betrof twee patiëntengroepen met respectievelijk de diagnose schizofrenie en een dissociatieve stoornis en één groep mensen met akoestische hallucinaties, die daarvoor nooit hulp gezocht en daaraan ook geen behoefte hadden. Bij de mensen uit de drie groepen kwamen de kenmerken van de hallucinatoire beleving met elkaar overeen. Hieruit en uit de gerefereerde literatuur die dit resultaat ondersteunt, concluderen wij dat akoestische hallucinaties op zich geen teken van psychopathologie hoeven te zijn. Bovendien bleek dat er geen specificiteit was van de kenmerken wijzend op een bepaalde ziekte, zodat een diagnose alleen gesteld kan worden op grond van de aanwezigheid van andere symptomen. Verschillen tussen de patiëntengroepen en de niet-patiëntengroep bestonden vooral daarin dat de stemmen door de patiënten als overwegend negatief werden ervaren, dat zij bang waren voor de stemmen, dat de stemmen hen van streek maakten en stoorden in hun dagelijks functioneren, terwijl dit niet het geval was bij de niet-patiënten. Deze verschillen kunnen op zichzelf al verklaren waarom de één patiënt wordt en de ander niet.

Inleiding

‘Stemmen horen’ zonder een voor andere mensen waarneembare bron in de buitenwereld is een intense ervaring waarmee een aantal mensen die deze ervaring regelmatig meemaken, grote moeite heeft. In de psychiatrie staat het verschijnsel bekend als een auditieve hallucinatie, wordt het opgevat als een symptoom van een psychiatrische ziekte en wordt het voornamelijk behandeld met neuroleptica.

Over de diagnostische waarde van (auditieve) hallucinaties wordt in de psychiatrische handboeken verschillend geschreven. In Bleuler (1983) worden hallucinaties als symptoom van schizofrenie gezien. In het *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Kaplan en Sadock 1995) wordt gedifferentieerd en wordt gesteld dat een exacte diagnose niet alleen gemaakt kan worden op basis van het type of patroon van hallucinaties. In het *Oxford Textbook of Psychiatry* staat: ‘hallucinations are not restricted to the mentally ill’ (Gelder 1991).

Een ander probleem rond hallucinaties is de vraag of mensen die hallucinaties ervaren, hierover kunnen vertellen. Bleuler zegt hierover: ‘Auch Patienten die fast beständig mit ihren Halluzinationen beschäftigt und von ihnen beeinflusst sind, können mit dem besten Willen gar nichts über sie aussagen, sobald sie darüber befragt werden’ (Bleuler 1983: 422-423). Een dergelijke opvatting is niet stimulerend om in te gaan op de stemmen, en mogelijk mede onder invloed daarvan blijft de behandeling voornamelijk beperkt tot het voorschrijven van medicatie.

Uit de literatuur is bekend dat de reactie op de medicijnen zeer wisselend is. Bij sommigen verdwijnt het verschijnsel, bij anderen hebben medicijnen geen enkele invloed, en bij een derde groep wordt de angst voor de stemmen geringer en lijken de stemmen wat meer op afstand te geraken. Bij de ziekte schizofrenie heeft medicatie bij ongeveer 40% (Falloon en Talbot 1981) geen invloed op de stemmen. Falloon en Talbot (1981) zeggen daarover: 'For such patients to adapt to community living, they must learn to cope effectively with their symptoms'. Fowler e.a. (1995) noemen op basis van recente onderzoeken dat een kwart tot de helft van de mensen met de diagnose schizofrenie nog last heeft van positieve symptomen ondanks het gebruik van neuroleptica. Er is dus duidelijke behoefte aan een alternatief naast medicamenteuze beïnvloeding.

Het gebrek aan effect van medicatie was voor een van ons (Romme) reden andere mogelijkheden uit te proberen bij een van zijn patiënten, die nogal ernstig leed onder de stemmen en zich door de stemmen sociaal liet isoleren. De stemmen waren voor deze patiënte een heel indringende en vaak ook angstwekkende beleving, waarbij zij steeds minder de baas werd over haar doen en laten. Omdat een dergelijke ervaring voor een psychiater toch vreemd bleef en deze patiënte duidelijk behoefte had aan meer begrip, bracht hij haar in contact met andere stemmen-hoorders. Mogelijk konden zij bij elkaar meer begrip vinden door over hun ervaringen met het horen van stemmen te praten. De wederzijdse herkenning overtuigde Romme van de echtheid van de beleving. Het onderlinge contact gaf wel enig support, maar daarmee wist deze patiënte nog geen raad met de stemmen.

Aangezien niemand van de bekende patiënten raad wist met de invloed van de stemmen, is er in Nederland via een oproep op de tv gezocht naar mensen die er wel raad mee wisten. De oproep bracht het team 'Stemmen horen' in contact met mensen die stemmen hoorden, maar nooit patiënt geweest waren. Mensen die in het dagelijks leven goed functioneerden en bovendien geen behoefte voelden om van de stemmen af te komen. Ze hadden de stemmen geaccepteerd en konden ermee omgaan. Het was voor het team aanvankelijk wel een schokkende ervaring gezonde mensen te ontmoeten die vertelden dat ze stemmen horen (Romme en Escher 1989, 1992, 1993). Deze ervaring bracht echter ook consequenties met zich mee.

Het apriori dat akoestische hallucinaties een symptoom zijn van een psychiatrische stoornis en veelal pathognomonisch voor de ziekte schizofrenie, moest van een vraagteken worden voorzien. Het stellen van de volgende drie onderzoeksvragen was een min of meer logische consequentie van dit vraagteken:

1. Is stemmen horen op zichzelf een teken van psychiatrisch ziek zijn?
2. Hoort stemmen horen bij een specifieke psychiatrische ziekte?
3. Geven bepaalde kenmerken van het stemmen horen aanwijzingen voor de aanwezigheid van een bepaalde ziekte? 1

De drie onderzoeksvragen

1. *Is stemmen horen op zichzelf een teken van psychiatrisch ziek zijn?*

Epidemiologische studies in algemene populaties kunnen een antwoord geven op de vraag of het horen van stemmen verwijst naar een psychiatrische stoornis. Er is in de loop der jaren een aantal onderzoeken verricht naar het verschijnsel stemmen horen in algemene populaties.

Tien (1991) analyseerde gegevens over hallucinaties die verzameld waren bij een grootschalig bevolkingsonderzoek (n = 15.000). Hij vond 10 tot 15% hallucinatoire ervaringen, waarvan 2,3% auditieve hallucinaties. Slechts een derde van de mensen met auditieve hallucinaties ondervond

zodanige hinder, dat zij daar hulp voor zochten. Tien vergeleek zijn studie met de studie van Sidgewick (1894), die in de vorige eeuw ook gekeken heeft naar het voorkomen van auditieve hallucinaties in een algemene populatie. Sidgewick vond dat zo'n 2% van de 17.000 mensen niet slaapgerelateerde auditieve hallucinaties rapporteerde.

Andere onderzoekers zoals Posey en Losch (1983) hebben bij 375 studenten onderzocht welke ervaringen zij hadden met auditieve hallucinaties. De meest voorkomende ervaringen binnen deze populatie waren het horen van een stem die iemands naam hardop riep (36%) en het hardop horen van de eigen gedachten (39%). Dit onderzoek werd bevestigd door Barret en Etheridge in 1992 (Barret en Etheridge 1992). Zij vonden dezelfde cijfers als Posey en Losch, namelijk dat een grote minderheid (30 tot 40%) auditieve hallucinaties rapporteerde en dat ongeveer de helft daarvan (45%) deze ervaringen dagelijks tot maandelijks had. Zij onderzochten tevens of er sprake was van psychopathologie met behulp van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Er werden geen verschillen gevonden tussen de hallucinerende en de niet-hallucinerende studenten. Zij concludeerden hieruit dat de gerapporteerde stemmen niet verbonden zijn met psychopathologie.

Deze auteurs komen tot de conclusie dat er mensen zijn die stemmen horen waarbij geen sprake is van psychopathologie, en dit lijkt ons voldoende aanwijzing om zorgvuldig te zijn bij het diagnostiseren, en niet alleen op grond van het stemmen horen een diagnose te stellen. Dit zal theoretisch niemand verwonderen, maar in de praktijk gebeurt het echter nog wel eens. Lewinsohn (1968) vond bij een studie naar hallucinaties bij opgenomen schizofreniepatiënten dat 30% aangaf hallucinaties te ervaren, terwijl omgekeerd de kans om als schizofreen gediagnostiseerd te worden als er hallucinaties aanwezig zijn, 84% was.

2. *Hoort stemmen horen bij een specifieke psychiatrische ziekte?* Bij de Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG Maastricht is geïnventariseerd wie er van de in behandeling zijnde patiëntenpopulatie stemmen hoorden. Dit gebeurde via een aparte enquête, omdat niet altijd bij de hulpverlener bekend was of iemand stemmen hoorde. In 1992 gaven van de 288 cliënten 81 (28%) aan stemmen te horen of gehoord te hebben. In tabel 1 is de verdeling van akoestische hallucinaties naar hoofddiagnose opgenomen.

Tabel 1: De verdeling van akoestische hallucinaties naar hoofddiagnose

Totale onderzochte populatie		akoestische hallucinaties	
	n = 288	n = 81	(28%)
Stoornis	Hallucinaties	Percentage	Totaal
Schizofrenie	n = 33	53%	n = 62
Dissociatieve stoornis	n = 4	80%	n = 5
Depressie	n = 25	28%	n = 90
Psychotische stoornis	n = 7	41%	n = 17
Persoonlijkheidsstoornis	n = 6	13%	n = 48
Overige (vooral angst)	n = 6	9%	n = 66

Zoals uit de tabel naar voren komt, hoorden 81 van de 288 mensen stemmen. Dit betekent dat bij deze populatie meer dan één op de vier mensen stemmen horen. Het resultaat laat ook zien dat stemmen horen bij verschillende diagnoses voorkomt en niet alleen bij schizofrenie. Dit is dus een tweede argument voor zorgvuldige diagnostiek.

3. Geven bepaalde kenmerken van het stemmen horen aanwijzingen voor de aanwezigheid van een bepaalde ziekte?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de twee grootste diagnostische groepen uit de inventarisatie bij de SPD, te weten de mensen met de diagnose schizofrenie en met een affectieve stoornis, met elkaar vergeleken wat betreft enkele formele kenmerken van het stemmen horen. Deze formele kenmerken worden in de psychiatrische literatuur gebruikt om te differentiëren tussen ziektebeelden. In tabel 2 zijn enkele formele kenmerken van de stemmen bij schizofrenie en affectieve stoornissen opgenomen.

Tabel 2: Enkele formele kenmerken van de stemmen

Stemmen	Schizofrenie	Affectieve stoornissen
Via de oren	80%	70%
In het hoofd	63%	65%
In het lichaam	11%	04%
Buiten het hoofd	52%	39%
Dialogoog te voeren	47%	36%
Uit zichzelf	24%	17%
Van buiten zichzelf	93%	78%

Uit de tabel wordt duidelijk dat deze formele kenmerken niet gehanteerd kunnen worden om op grond daarvan een diagnose te stellen, en dus is het ook onjuist om op grond van deze kenmerken van het stemmen horen de diagnose schizofrenie te stellen.

Conclusie

Uit het literatuuronderzoek en de bovengenoemde enquête kan het volgende worden geconcludeerd:

1. dat er mensen zijn die stemmen horen en geen patiënt zijn,
2. dat stemmen horen bij verscheidene categorieën van psychiatrische stoornissen voorkomt,
3. dat de kenmerken van het stemmen horen niet wijzen op het bestaan van een bepaalde stoornis.

Dit betekent voor ons dat men bij stemmen horen alleen op grond van verdere verschijnselen mag besluiten dat er sprake is van een bepaalde psychiatrische stoornis.

Onderzoek bij drie groepen stemmenhoorders

Methode van onderzoek

De bovengenoemde conclusie was voor het project aanleiding om patiënten die stemmen horen te vergelijken met mensen die stemmen horen maar geen patiënt werden. De volgende drie groepen werden gekozen:

- een groep schizofreniepatiënten die stemmen horen,
- een groep dissociatieve patiënten die stemmen horen,
- een groep 'niet-patiënten', mensen die stemmen horen, maar daarvoor geen professionele hulp gezocht hebben en die ook geen
- psychiatrisch patiënt zijn geworden.

Er zijn van elke groep ongeveer 15 mensen bij het onderzoek betrokken.

Ten behoeve van het onderzoek werden twee psychiatrische diagnostiekinstrumenten en een binnen het project ontwikkeld gestructureerd stemmeninterview gebruikt. De diagnostische instrumenten waren:

- Composed International Diagnostic Interview
- CIDI (Robins e.a. 1988; Wittchen e.a. 1991)
- Dissociatieve Ervaringen Schaal
- DES (Bernstein en Putman 1986)

De diagnostiek werd verricht door twee onafhankelijke psychiaters. Tot de schizofreniegroep werden die patiënten gerekend die deze diagnose kregen op de CIDI, en tot de dissociatieve groep werden gerekend degenen die 30 of meer scoorden op de DES en geen diagnose schizofrenie kregen op de CIDI. De CIDI had dus prioriteit boven een score van meer dan 30 op de DES.

Ook de niet-patiënten werden onderworpen aan de CIDI en de DES. Geen van deze mensen scoorde hoger dan 30 op de DES en zij kregen de volgende diagnoses volgens de CIDI: zeven personen hadden geen enkele life-time-diagnose, vijf personen hadden meer dan een jaar geleden ooit een stemmings- of angststoornis gehad en één persoon kreeg de diagnose schizofrenie, met de kanttekening erbij dat de symptomen al meer dan een jaar niet meer actueel waren. Eén persoon kreeg de diagnose schizofrenie, die nog actueel was, en één persoon kreeg de diagnoses agorafobie en somatoforme pijnstoornis. Dertien van de vijftien niet-patiënten hadden op het moment van het onderzoek dus geen psychiatrische diagnose. Er zijn dus mensen die stemmen horen en die volgens psychiatrische instrumenten geen psychopathologie vertonen.

De patiëntengroepen werden benaderd via de Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG Maastricht en de niet-patiënten werden geworven via regionale dag- en weekbladen. Uiteindelijk werden alleen die mensen geselecteerd om aan het onderzoek deel te nemen bij wie de ervaring van het stemmen horen de kenmerken vertoonde van wat in de psychiatrie een auditieve hallucinatie genoemd wordt, dat wil zeggen stemmen die anderen niet kunnen horen en die ik-vreemd zijn.

We ontworpen een interview om meer inzicht te krijgen in de auditieve ervaringen zelf, de invloed van de stemmen op de persoon en in de relatie van deze belevingen met de levensgeschiedenis. Dit stemmeninterview omvatte de volgende onderwerpen:

- Aard van de beleving
- Geschiedenis van het stemmen horen

- Omstandigheden bij het begin
- Triggers - nu
- Kwaliteit van de stemmen
- Organisatie van de stemmen
- Interpretatie
- Coping
- Sociale netwerk
- Ervaringen in de kindertijd

Dit interview werd bij 18 patiënten met de diagnose schizofrenie, bij 15 patiënten met een dissociatieve stoornis en bij 15 niet-patiënt stemmenhoorders afgenomen. Een aantal bevindingen hieruit wordt onderstaand beschreven.

Resultaten van het onderzoek

1. *Kenmerken van de beleving van het stemmen horen* - Een deel van de vragen in het onderzoek ging over de kenmerken van het stemmen horen om te kunnen vaststellen of bepaalde kenmerken van het stemmen horen vooral voorkomen bij bepaalde ziekten. Tabel 3 laat een paar kenmerken zien van het stemmen horen, zoals ervaren door de drie groepen stemmenhoorders. Uit deze cijfers komt naar voren dat deze kenmerken geen onderscheid laten zien tussen de drie groepen. Bij alle drie zijn er mensen die de stemmen via de oren en/of in het hoofd horen, er wel of niet mee kunnen praten en soms uiteindelijk toch vinden dat het uit hen zelf komt. Meestal echter niet, bijna alle deelnemers aan het onderzoek horen ook stemmen die als ik-vreemd worden ervaren.

Tabel 3: Kenmerken van het stemmen horen

	Schizofreen n = 18	Dissociatief n = 15	Niet-patiënt n = 15
Hoort stemmen via de oren ¹	13 (72%)	9 (60%)	7 (50%) ²
Hoort stemmen in het hoofd	9 (50%)	11 (73%)	10 (67%)
Kan praten met de stem	12 (67%)	5 (33%)	10 (67%)
Kan niet praten met de stem	6 (33%)	10 (67%)	5 (33%)
Komt uit zichzelf ¹	2 (11%)	1 (7%)	3 (20%)
Komt niet uit zichzelf	18 (100%)	14 (93%)	14 (93%)

1. De kenmerken kunnen verschillen per stem

2. n = 14, 1 missing

Het grootste verschil ligt in het kunnen praten met de stemmen. Dissociatieve patiënten geven in twee derde van de gevallen aan niet met de stemmen te kunnen praten, de niet-patiënt stemmenhoorders en de schizofreniepatiënten vertellen het omgekeerde en geven aan in twee derde van de gevallen wel met de stemmen te kunnen praten. Onze bevindingen zijn dus eigenlijk precies tegengesteld aan wat

psychiatrisch gezien verwacht werd.

Uit het onderzoek is gebleken dat er geen formele kenmerken van het stemmen horen zijn die specifiek wijzen op patiënt zijn of niet-patiënt zijn. Waar liggen de verschillen dan wel? Zoals uit de verdere resultaten naar voren kwam, liggen de verschillen in de invloed die de stemmen hebben op de persoon die ze hoort en de daarmee samenhangende omgang van de persoon met de stemmen en de levensomstandigheden waarin men verkeert.

2. *Invloed van de stemmen op de stemmenhoorder* - Tabel 4 laat zien waaruit die invloed van de stemmen op de stemmenhoorder bestaat en wat de verschillen zijn tussen de drie groepen. De verschillen bestaan vooral tussen de patiëntengroepen en de groep niet-patiënten. Er zijn eigenlijk nauwelijks of geen verschillen tussen de patiëntengroepen onderling. Deze tabel begint met een overeenkomst tussen alle drie de groepen. Zowel de patiëntengroepen als de niet-patiëntengroep stemmenhoorders hebben zowel positieve als negatieve stemmen.

Tabel 4: Invloed van de stemmen

	Schizofreen n = 18	Dissociatief n = 15	Niet-patiënt n = 15
Positieve stemmen	15 (83%)	10 (67%)	14 (93%) ¹
Negatieve stemmen	18 (100%)	14 (93%)	10 (67%)
Overwegend positief	2 (11%)	2 (13%)	11 (79%) ¹
Neutraal	4 (22%)	3 (20%)	3 (21%) ¹
Overwegend negatief	12 (67%)	10 (67%)	niemand ¹
Bang voor de stemmen	14 (78%)	11 (85%) ²	niemand ¹
Stemmen maken van streek	16 (89%)	13 (100%) ²	4 (27%)
Stemmen storen	18 (100%)	14 (100%) ¹	5 (33%)

1. n = 14, 1 missing

2. n = 13, 2 missings

Maar het grote verschil tussen de patiënten en de niet-patiënten is dat de meeste niet-patiënten de stemmen als overwegend positief ervaren, terwijl dit niet het geval is bij de patiënten. Het merendeel van de patiënten beleeft de stemmen als overwegend negatief, terwijl dit bij geen van de niet-patiënten het geval is. De negatieve beleving van de stemmen houdt vooral in dat de stemmen bang maken en het dagelijks leven verstoren. De meeste patiënten zijn bang voor de stemmen, terwijl geen van de niet-patiënt stemmenhoorders bang is voor de stemmen. De stemmen maken de patiënten vrijwel allemaal van streek en storen alle patiënten in hun dagelijks doen en laten, terwijl dit veel minder frequent voorkomt bij de niet-patiënten die stemmen horen. Het verschil tussen niet-patiënten en patiënten ligt dus vooral in de mate van negativiteit van de stemmen. De negatieve stemmen maken hen dus bang, van streek en storen hen in het dagelijks functioneren.

3. *Invloed van de stemmenhoorder op de stemmen* - De negativiteit van de stemmen, zoals de patiënten dit beleven, is omgekeerd evenredig met de invloed die patiënten aangeven te hebben op de stemmen. Tabel 5 laat dit zien.

Tabel 5: Invloed van de stemmenhoorder op de stemmen

	Schizofreen n = 18	Dissociatief n = 15	Niet-patiënt n = 15
Baas over de stemmen	3 (17%)	1 (7%)	13 (87%)
Stemmen zijn de baas	15 (83%)	14 (93%)	2 (13%)
Stemmen maken machteloos	3 (72%)	10 (71%) ¹	2 (13%)
Kan opdrachten weigeren	16 (89%)	10 (67%)	15 (100%)

1. n = 14, 1 missing

Hierbij zien we dus dat het nogal verschilt hoe stemmenhoorders het eigen baas zijn beleven. Bijna alle niet-patiënten voelen zich ondanks de stemmen toch baas over de stemmen. Dat is helaas niet het geval bij de beide patiëntengroepen. Het verschil tussen de beide patiëntengroepen en de niet-patiënten zit sterk in de invloed die men op de stemmen heeft. De beide patiëntengroepen voelen zich machteloos ten opzichte van de stemmen, terwijl de niet-patiëntengroep zich wel 'opgewassen' voelt tegenover de stemmen. Het gevoel van machteloosheid wordt bij de patiënten niet veroorzaakt door de mogelijkheid opdrachten te weigeren. Alle drie de groepen kunnen in redelijk tot hoge frequentie de opdrachten van de stemmen weigeren. Het gevoel van machteloosheid hangt bij de patiënten waarschijnlijk samen met de levensgeschiedenis en wat men daarin heeft meegemaakt. Ze hebben een gevoel van machteloosheid ten aanzien van gebeurtenissen en/of omstandigheden in hun leven en ervaren ditzelfde gevoel naar de stemmen toe. Ze hebben het gevoel geen invloed te hebben op de stemmen, en dat lijkt samen te gaan met een negatief beleven van de invloed van de stemmen.

4. *De relatie van het stemmen horen met de levensgeschiedenis* - Deze relatie wordt op groepsniveau beschreven en vervolgens wordt met behulp van enkele voorbeelden duidelijk gemaakt wat de samenhang is.

Het gaat in de volgende tabel om de externe omstandigheden waarmee het begin van het stemmen horen verbonden is volgens stemmenhoorders. In vele gevallen gaat het, vooral bij de patiënten, om duidelijke gebeurtenissen met een negatieve invloed of lading. Tabel 6 laat zien dat dit voor 77% tot 100% het geval is bij de patiënten en voor ongeveer 50% bij de niet-patiënten.

Tabel 6: Aanwezigheid van een omstandigheid/gebeurtenis bij begin

	Schizofreen n = 18	Dissociatief n = 15	Niet-patiënt n = 15
Duidelijke omstandigheden	13 (77%)	15 (100%)	8 (53%)
De omstandigheden of gebeurtenissen die genoemd werden:			
- Overlijden dierbare (d.m.v. suïcide)			
- Alleen gaan wonen			
- Verbreken relatie			
- Ernstige spanningen binnen het gezin			
- Begin of einde opleiding/baan			
- Fysieke mishandeling			
- Seksuele mishandeling			
- Ernstige ziekte			

Deze gegevens krijgen pas betekenis in de individuele levensgeschiedenis.

Het verloop van een traumatische gebeurtenis kan een belangrijke invloed hebben op de verdere levensgeschiedenis, maar hoeft dat niet te hebben. De macht of machteloosheid die daarbij ervaren wordt, maakt begrijpelijk welke invloed de stemmen kunnen hebben en hoe de stemmenhoorder daarop zal reageren. Wie machteloos achterblijft is ook machteloos tegenover de stemmen, en wie er gezond weer uit komt is ook positief ten aanzien van de stemmen.

Met behulp van twee voorbeelden wordt gepoogd duidelijk te maken dat de invloed van een trauma op iemands leven heel verschillend kan zijn. Daarom kan ook de invloed van de stemmen die met het trauma samenhangen, heel verschillend zijn. Bij beide voorbeelden gaat het om het bedreigd worden met de dood. Dit is geen zeldzaamheid bij het stemmen horen.

Bij het eerste voorbeeld gaat het om een patiënte die bij ons in behandeling kwam toen ze halverwege de 20 was. In haar leven is het stemmen horen verbonden met een gebeurtenis die op 8-jarige leeftijd plaatsvond. Ze speelde toen met haar broertje toneel op zolder. Zij had haar gezicht ingepakt met een nylon sjaal en een kaars aangestoken. Het nylon vatte vlam en in paniek rende zij naar beneden de trap af, waardoor de vlammen eerder meer dan minder werden. Behalve de doodsangst van dat moment en de nare ziekteperiode, waarbij maar gedeeltelijk herstel optrad, bleef het litteken een buitengewoon storende invloed op haar zelfgevoel hebben. De slechte afloop is overigens één uit een reeks van gecompliceerde levenssituaties met meestal negatief resultaat. Haar stemmen hebben haar vele jaren lang achtervolgd met rampspoed en bedreiging.

Het tweede voorbeeld is dat van een niet-patiënt, een wat oudere man, bij wie het stemmen horen begon op zijn elfde levensjaar. Het was oorlog en hij kreeg buikvliesontsteking, hetgeen zonder medicijnen een gevaarlijke ziekte is. Aangezien hij deze ziekte in de oorlog kreeg en er dus geen penicilline beschikbaar was, was de doodsdreiging reëel. In de tijd dat hij verpleegd werd, lag hij bovendien op een zaal met andere mannen, van wie er velen stierven. Hij hoorde in die periode een stem die hem advies gaf, en niet lang daarna trad genezing in. Dit liep dus goed af, en zijn hele leven lang heeft de stem hem geadviseerd in moeilijke keuzesituaties.

De levensgeschiedenissen van beide personen zijn echter veel gevarieerder en interessanter dan in dit bestek kan worden weergegeven. In een volgend artikel hopen wij meer gedetailleerd verslag te doen van de inhoud van de stemmen, de reactie daarop en de levensgeschiedenis van de persoon die stemmen hoort. **Conclusie**

Het team Stemmen Horen is, naar aanleiding van de onderzoeksresultaten en door veelvuldige contacten met mensen die stemmen horen, van mening dat het stemmen horen een relatie heeft met de levensgeschiedenis. Het grote verschil tussen de patiëntengroepen en de groep niet-patiënten was vooral de overwegend negatieve invloed van de stemmen op de patiënten en hun angst voor de stemmen, waardoor de stemmen hun dagelijkse leven meer verstoorden.

Bij de niet-patiënten kwam naar voren dat ze overwegend positieve stemmen ervoeren, niet bang waren voor de stemmen, en door de stemmen weinig gestoord werden in hun dagelijkse leven.

Het grote verschil in de levensgeschiedenissen laat zien dat voor de patiënten gebeurtenissen en ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die hen machteloos hebben gemaakt, terwijl bij de niet-patiënten die stemmen horen dit niet het geval is.

Stemmen horen is wezenlijk verbonden met de levensgeschiedenis, en daarom is het belangrijk voor de hulpverlening om daarop in te gaan en het stemmen horen niet te reduceren tot een onbegrepen symptoom van een onbegrepen ziekte. Bovendien geven stemmenhoorders aan daarmee onvoldoende geholpen te worden.

Ingaan op de stemmen en mensen ermee helpen daarmee anders om te gaan en samen te zoeken naar de betekenis van de stemmen is belangrijk. We hebben in de loop der jaren vele malen ervaren dat het mogelijk is om anders met het horen van stemmen om te gaan. Mensen werden daardoor van patiënt tot niet-patiënt. Het accepteren van de stemmen als persoonlijke ervaring is daarbij wezenlijk.

De literatuurlijst is op aanvraag verkrijgbaar.

Noot

1. Het in dit artikel beschreven vergelijkend onderzoek werd uitgevoerd door een team onder leiding van prof. dr. M. Romme. Hieraan werkten mee: drs. A. Buiks, drs. D. Corstens, dr. B. Ensink, dr. A. Honig, A. Escher, drs. M. Pennings.

Summary: Patients and non-patients experiencing auditory hallucinations

A study is presented of auditory hallucinations in two groups of psychiatric patients, diagnosed as schizophrenia or dissociative disorder, and other people who despite the experiences live normal and satisfactory lives within society and never became psychiatric patients. No differences were found in the formal characteristics of voices, which distinguish different diagnostic groups from each other or from the group who were not patients. Evidence is presented that implies that hearing voices is related to traumatic events but one only becomes a patient if the subsequent consequences are negative.

De auteurs zijn respectievelijk gezondheidswetenschapper, werkzaam als onderzoeks- en preventiemedewerker binnen het Project Stemmen Horen, psychiater, hoogleraar Sociale Psychiatrie, aan de Rijksuniversiteit Limburg, en geestelijke-gezondheidskundige, verbonden als onderzoeksmedewerker aan het Project Stemmen Horen. Correspondentieadres: Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, sectie Sociale Psychiatrie en Psychiatrische Epidemiologie, t.a.v. Project Stemmen Horen, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-2-1996.