

Pseudohallucinaties

Een literatuuronderzoek naar de waarde van het concept en de relaties met aanverwante symptomatologie

R. VAN DER ZWAARD, M.A. POLAK

SAMENVATTING Het begrip pseudohallucinatie wordt gebruikt bij het in kaart brengen van niet-psychootische waarnemingsstoornissen. In dit artikel is door middel van een literatuuronderzoek nagegaan hoe het begrip ontstaan is, en of pseudohallucinaties te differentiëren zijn van andere psychopathologische symptomen zoals hallucinaties, herbelevingen en dissociatieve fenomenen. Geconcludeerd wordt dat de validiteit van het begrip, maar ook van aanverwante symptomatologie, gering lijkt; het zijn klinisch weinig eenduidige concepten. Waarschijnlijk is er sprake van een continuüm, waarin waarnemingsstoornissen, herbelevingen, (dissociatieve) voorstellingen en normale denk- en geheugenprocessen opgenomen zijn, en waarbij de verschillende concepten elkaar deels overlappen. Er worden aanbevelingen gedaan welke elementen gespecificeerd kunnen worden in de beschrijving van dit continuüm. De term niet-psychootische hallucinatie verdient de voorkeur boven de term pseudohallucinatie. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 1, 25-35]

TREFWOORDEN hallucinaties, literatuuroverzicht, pseudohallucinaties, psychiatrisch onderzoek, waarnemingsstoornissen

Het begrip pseudohallucinatie wordt als descriptieve entiteit gebruikt in de klinische praktijk en als onderdeel van het psychiatrisch onderzoek. Uit een onderzoek van Dening & Berrios (1996) bleek dat de meerderheid van de ondervraagde psychiaters de term verwarrend vond en moeilijk klinisch bruikbaar, omdat men het begrip dermate slecht gedefinieerd achtte dat het niet of nauwelijks consequenties had voor diagnostiek en behandeling. De psychiaters die het concept wel hanteerden, deden dit overwegend inconsistent. Doel van dit artikel is om na te gaan of het begrip pseudohallucinatie geoperationaliseerd kan worden en als zodanig kan bijdragen aan de systematiek van het psychiatrisch onderzoek, opdat de volledigheid, de

uitwisselbaarheid en de betrouwbaarheid van psychiatrische gegevens kunnen worden verhoogd (Hengeveld & Schudel 1997). Dat de term pseudohallucinatie een contradictio in terminis is (namelijk een schijnbare waarnemingsvervalsing), verklaart misschien al een deel van de verwarring die er rond het begrip heerst. In de literatuur zijn pseudohallucinaties onder andere beschreven als: waarnemingsstoornissen waarbij de zintuiglijke levendigheid ontbreekt (Boza & Ligett 1981), als hallucinaties met intacte realiteitstoetsing, met inzicht¹ (Taylor 1981), en als geïsoleerde hallucinaties zonder verdere psychopathologie die niet in een andere diagnostische categorie passen (Bacon 1991). Ook is niet duidelijk

of het een (dis)continuïteit met hallucinaties betreft, en/of een vorm van (normale) verbeelding, van voorstellen (en dus geen waarnemingsstoornis), eventueel onderhevig aan de wil (Jaspers 1963).

In dit artikel zullen we aan de hand van literatuuronderzoek de ontstaansgeschiedenis van het concept beschrijven, en de discriminante validiteit inventariseren door na te gaan of pseudohallucinaties op fenomenologische en descriptieve gronden te differentiëren zijn van andere 'gewaarwordingen' waarbij een adequate, actuele stimulus in de buitenwereld ontbreekt, zoals hallucinaties, verbeelding, obsessies, herbelevingen en dissociatieve fenomenen. We zullen de consequenties hiervan voor het bestaansrecht en het gebruik van het begrip pseudohallucinatie aangeven. De etiologische en pathogenetische verklaringsmodellen van pseudohallucinaties en aanverwante symptomatologie, zoals de psychodynamiek, de neurobiologie en de informatieverwerkingstheorieën, vallen buiten het bestek van dit artikel.

METHODE

Een search in Medline vanaf 1986 met als trefwoord 'pseudohallucinations' leverde twaalf artikelen op. Dit trefwoord komt niet voor in ClinPsych. Verder werden beide genoemde databases vanaf 1986 afgezocht op een combinatie van het trefwoord 'hallucinations' met achtereenvolgens 'dissociation', 'obsessions', 'imagery', 'PTSD', 'reexperiences', 'memory', 'self-talk' en 'borderline personality disorder'. Daarnaast werden literatuurreferenties uit aldus verkregen relevante artikelen opgezocht. Fenomenologische descriptieve standaardwerken (Bleuler, Kraepelin, Jaspers en van veel later datum: Kaplan & Sadock en DSM-IV) werden ook gescreend op genoemde trefwoorden. Op enkele uitzonderingen na betrof het conceptuele, descriptieve literatuur. Er bestaat slechts één empirische studie naar pseudohallucinaties (Sedman 1966a).

ONTSTAANSGESCHIEDENIS VAN HET CONCEPT

De term pseudohallucinatie werd door de Duitser Hagen (1868) geïntroduceerd in *Zur Theorie der Halluzinationen*, en verder uitgewerkt door Kandinsky (1885), omdat de behoefte gevoeld werd om waarnemingsstoornissen bij verschillende ziektebeelden (psychotische versus andere stoornissen) van elkaar te onderscheiden. Voor de betekenis van het concept leunden zij op de discussie over hallucinaties die in de eerste helft van de negentiende eeuw in Frankrijk was gevoerd, met als uitkomst dat er 'psychische/-fysiologische/mystieke' hallucinaties onderscheiden konden worden van meer pathologische hallucinaties. De afwezigheid van inzicht (gestoorde realiteitstoetsing) en de externe lokalisatie van het gehallucineerde droegen bij aan het pathologische karakter van hallucinaties, zoals die gezien werden bij 'primäre Verrücktheit' (schizofrenie). In het begin van deze eeuw wordt de discussie verder vormgegeven door Goldstein en Jaspers. Goldstein (1908) betoogt dat er sprake is van pseudohallucinaties, als er 'kein falsches Urteil gefällt wird', kortom: als het inzicht intact is, en er twijfel is aan de werkelijkheidsbeleving. Bleuler (1914, 1960) volgt Goldstein: 'Wahrnehmungen mit voller sinnlicher Deutlichkeit und normaler Lokalisation, deren Truch-character aber erkannt wird, werden als Pseudohallucinationen bezeichnet.' Jaspers (1963) bekritiseert Goldstein scherp, en meent dat het helemaal niet om de realiteitstoetsing gaat, want dat is volgens hem de beóórdeeling van een gewaarwording en niet een wezenlijk kenmerk van de gewaarwording zelf. Bij Jaspers draait het om de 'Sinnlichkeit' (de zintuiglijke levendigheid, de 'frisheid') en het onvertaaltbare 'Leibhaftigkeit', waarmee een letterlijke vorm van tastbaarheid ('corporeality') bedoeld wordt: 'Indem wir von den normalen Vorstellungen ausgehen und ihnen immer mehr Eigenschaften der Wahrnehmung, wie Unabhängigkeit vom Willen, Detailliertheit,

Deutlichkeit, aber nicht die Leibhaftigkeit der Wahrnehmungen beilegen, kommen wir zu den Pseudohalluzinationen.' Jaspers deelt de pseudohallucinaties in bij de verbeelding, de voorstellingen, de denkstoornissen, die 'durch eine Abgrund getrennt' zijn van de waarnemingsstoornissen. Daarbij zouden deze voorstellingen een spontane kwaliteit hebben, dat wil zeggen dat ze niet onder invloed van de wil opgeroepen of veranderd kunnen worden. Latere auteurs volgen de concepten van of Goldstein of Jaspers of combineren deze zoals Taylor (1981), die postuleert dat er twee typen pseudohallucinaties bestaan: 'perceived' (hallucinaties met inzicht) en 'imaged' (levendige interne verbeelding). In de enige empirische studie over pseudohallucinaties onderzocht Sedman (1966a) 72 patiënten en vond dat zowel verbeelding (intern gelokaliseerd, met geringe zintuiglijke levendigheid) als pseudohallucinaties (zintuiglijk waargenomen, maar met intact inzicht) een grotere correlatie hadden met 'instabiele persoonlijkheden' dan met psychotische stoornissen. In de Present State Examination (PSE) werden pseudohallucinaties gedefinieerd als stemmen die in het hoofd gehoord worden en niet van buiten lijken te komen (Wing, Cooper & Sartorius 1974). Deze definitie wordt nergens in de literatuur zo expliciet geformuleerd, hoewel het mogelijk gebaseerd is op het eerder genoemde werk van Sedman (1966a en b). Het begrip pseudohallucinatie wordt in de opvolger van de PSE, de SCAN (1996), enigszins genuanceerd: 'Inwendige hallucinaties (die ook wel pseudohallucinaties genoemd worden, hoewel deze term ook anders gebruikt kan worden) zijn innerlijke stemmen of beelden, die even levendig en concreet zijn als hallucinaties. Zij worden binnen de geest ervaren (d.w.z. in het hoofd), kunnen niet zelf opgeroepen of veranderd worden en inzicht kan al dan niet aanwezig zijn. De veronderstelling van een duidelijk onderscheid tussen de types (intern of extern) is enigszins kunstmatig.' In de CIDI komt het concept niet voor (WHO 1989). De PSE-definitie lijkt een hele generatie

psychiaters (tot op heden) te beïnvloeden in hun visie op pseudohallucinaties.

Kaplan & Sadock (1995) delen het begrip in bij de waarnemingsstoornissen: 'perceptions experienced as coming from within the mind', naast 'hallucinations whose validity the patient doubts', waarvoor ze de term partiële hallucinaties aanbevelen, conform de term partiële wanen (d.w.z. waanachtige overtuigingen).

Met uitzondering van drie overzichtsartikelen (Spitzer 1987; Dening & Berrios 1996; Berrios & Dening 1996) worden pseudohallucinaties vanaf 1986 in negen artikelen genoemd, in zeer verschillende betekenissen. Toenemend in de belangstelling staan de (pseudo)hallucinaties ten gevolge van (partiële) sensorische deprivatie (bijvoorbeeld verminderde visus of gehoor) of ten gevolge van neurologische afwijkingen (zoals epilepsie en migraine). Afwijkingen in de perifere sensorische systemen leveren in het algemeen weinig vormvaste, eenvoudige waarnemingen op (fotopsieën: streepjes, sterretjes, kleuren).

In de Verenigde Staten lijkt het begrip pseudohallucinatie weinig gebruikt te worden en heeft het soms een geheel andere betekenis (Spitzer 1987). Men gebruikt het voor drugsgeïnduceerde psychoses, of voor het zeldzame verschijnsel dat iemand werkelijk etherfrequenties kan ontvangen door gebitsvullingen of door granaatsplinters in de schedel (Boza & Ligett 1981).

DIFFERENTIATIE VAN ANDERE PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMEN

Voorzover er consensus over de term pseudohallucinaties bestaat, lijkt die zich toe te spitsen op twee karakteristieken: pseudohallucinaties zijn waarnemingen die in de geest (in het hoofd) beleefd worden (al dan niet met zintuiglijke levendigheid), en/of worden beschouwd als hallucinaties met intacte realiteitstoetsing. Onderscheiden genoemde karakteristieken de pseudohallucinatie van andere psychopathologische symptomen? Met andere woorden: is er sprake van discriminante validiteit?

Differentiatie van hallucinaties

Pseudohallucinaties worden vaak negatief gedefinieerd, namelijk als ervaringen die op hallucinaties lijken, maar het niet zijn (Dening & Berrios 1996), en waarbij de definitie dus afhankelijk is van de validiteit en betrouwbaarheid van het 'moederbegrip'. In het algemeen kan gesteld worden dat hallucinaties waarnemingen zijn die (1) optreden bij afwezigheid van corresponderende sensorische stimuli, (2) niet onderhevig zijn aan de wil en (3) door het individu als reëel opgevat worden. Fenomenologisch zijn hallucinaties niet te onderscheiden van gewone waarnemingen, dat wil zeggen dat de karakteristieken van 'echte' waarnemingen en hallucinaties identiek kunnen zijn (Asaad 1986). Deze karakteristieken zijn: levendigheid, complexiteit, onafhankelijkheid van de wil, continuïteit en externe lokalisatie. Van de algemene bevolking heeft 10 tot 25% ooit hallucinaties ervaren, meestal visueel of akoestisch van aard. Bekend zijn de hypnagoge/-pompe hallucinaties en de akoestische hallucinaties tijdens normale rouw (Grimby 1993). Hallucinaties zijn dus niet per se een teken van psychopathologie en zijn relatief non-specifiek. Weliswaar komen bepaalde vormen van hallucinaties vaker voor in bepaalde condities (bijvoorbeeld ten gevolge van alcohol of drugs), maar pathognomonisch zijn deze vormen zeker niet (Asaad 1986). Het meeste hallucinatieonderzoek is gedaan bij schizofrenie. Van de schizofrene patiënten maakt 75% ooit tijdens de ziekte hallucinaties mee (Silbersweig & Stern 1996). Deze zijn meestal akoestisch van aard en nemen gewoonlijk de vorm van stemmen aan, die met, tegen of over de patiënt spreken, vaak op devaluerende, becommentariërende of bevelende wijze. De stemmen zijn vaak bij de patiënt bekend, kunnen in aantal variëren, kunnen mannelijk of vrouwelijk zijn, en kunnen zowel binnen als buiten het hoofd gelokaliseerd worden. Zij kunnen interfereren met de verwerking van andere akoestische stimuli. De stemmen zijn egodystoon, vaak angstgenererend en kunnen leiden tot secundaire

waanvorming. Stress en angst doen de hallucinaties toenemen (Schneider 1959). De inhoud van de hallucinaties is vaak affectief gekleurd.

Zowel op neuropsychologisch, neurochemisch als neuroanatomisch gebied is de laatste tien jaar veel vooruitgang geboekt in de pogingen het ontstaan van hallucinaties te begrijpen. Hypothesevorming die samenhang aanbrengt tussen bevindingen in de drie onderzoeksgebieden is echter nog zeer speculatief (Frith 1993; McGuire 1995; Silbersweig & Stern 1996). De bespreking hiervan valt buiten het bestek van dit artikel.

Om de validiteit van de vermeende karakteristieken van pseudohallucinaties in beeld te brengen, zal getracht worden deze te onderscheiden van de kwalitatieve parameters van hallucinaties.

De interne lokalisatie van stemmen differentieert pseudohallucinaties niet van hallucinaties. Pennings en Romme (1996) vergeleken drie groepen stemmenhoorders met elkaar: schizofrenen, patiënten met dissociatieve stoornissen en stemmenhoorders zonder psychiatrische classificatie (niet-patiënten). In alle drie de groepen werden stemmen zowel door de oren als in het hoofd gehoord, en bij 10-15% van alle patiënten tegelijkertijd in het hoofd en door de oren. In alle groepen werden de stemmen in 90-100% van de gevallen als egodystoon beleefd. Overwegend werden de hallucinaties in de tweede persoon en veel minder in de derde persoon ervaren; schizofrene patiënten hoorden stemmen in de derde persoon niet vaker dan de andere groepen, en de andere groepen hoorden becommentariërende stemmen bijna net zo vaak als de schizofrene patiënten. Deze formele karakteristieken van akoestische hallucinaties differentiëren dus niet goed tussen patiënten en niet-patiënten, hetgeen ook al uit eerdere onderzoeken bekend was (Andrade e.a. 1989). Het feit dat er sprake is, ook in de schizofreniegroep, van interne lokalisatie (in het hoofd), lijkt niet alleen een kenmerk van pseudohallucinaties te zijn.

Het 'alsof'-karakter van veel hallucinaties differentieert niet van pseudohallucinaties. Vooral 'mild psychotic symptoms' hebben nogal eens dit alsof-karakter: 'Het klinkt alsof het kraakt in mijn hersenen, het lijkt wel of er een voortdurend gezoem is.' Waar aanvankelijk het realiteitsoordeel behouden wordt, verdwijnt dit als de waarnemingen onontkoombaar worden (Spitzer 1988). Mogelijk dat ook het egodystoon beleefde Gedankenlautwerden als licht psychotisch symptoom beschouwd kan worden (Sedman 1966b). Het verbleken van hallucinaties, waarbij het inzicht toeneemt, relateert niet het huidige of het doorgemaakte psychopathologische toestandsbeeld.

Hallucinaties met intacte realiteitstoetsing zijn per definitie pseudohallucinaties. Er zijn verschillende toestanden waarbij de gewaarwordingen alle intrinsieke kenmerken hebben van een hallucinatie, maar waarbij de realiteitstoetsing intact is. Een voorbeeld hiervan is de hallucinatie tijdens normale rouw, waarbij af en toe de stem van de overledene wordt gehoord, vaak extern gelokaliseerd en met een hoge mate van zintuiglijke levendigheid (Grimby 1993). Andere voorbeelden zijn de goed functionerende stemmenhoorder (Pennings & Romme 1996) en de hallucinaties bij het syndroom van Charles Bonnet. Hierbij is sprake van niet-angstinducerende complexe visuele gewaarwordingen bij ouderen. Er is altijd sprake van zintuiglijke levendigheid en intact inzicht, zonder primaire of secundaire waanvorming. De etiologie is onduidelijk, hoewel er waarschijnlijk een combinatie van factoren aan het syndroom ten grondslag ligt (Teunisse 1998). Al deze hallucinaties zouden pseudohallucinaties genoemd kunnen worden vanwege de intacte realiteitstoetsing. Beter lijkt het te spreken van geïsoleerde, niet-psychotische hallucinaties.

De DSM-IV-omschrijving van pseudohallucinaties differentieert nauwelijks ten opzichte van hallucinaties. In de DSM-IV (APA 1994) komt het begrip slechts één keer voor, namelijk bij de

beschrijving van conversie: 'Hallucinations (pseudohallucinations) generally occur with intact insight in the absence of psychotic symptoms, often involve more than one sensory modality, and have a naive, fantastic or childish content. They are often psychologically meaningful.' Dit lijkt niet specifiek voor pseudohallucinaties: ook bij schizofrenie of bij psychoses ten gevolge van organiceit en/of middelenmisbruik is er vaak tegelijkertijd sprake van het optreden van meer dan één soort hallucinatie, en kan er sprake zijn van een fantastische, kinderlijke of naïeve inhoud. Linszen & Dingemans (1997) schrijven over visuele hallucinaties bij schizofrenie: 'Bekende en onbekende personen kunnen verschijnen als spookgestalten, klokken kunnen stilstaan, water kan veranderen in bloed en vertrouwde gezichten kunnen veranderen in maskers.'

Al met al zijn pseudohallucinaties ten opzichte van hallucinaties niet goed te differentiëren, mede door het instabiele, brede hallucinatiebegrip. Ook hallucinaties kunnen met inzicht gepaard gaan, een alsof-karakter hebben of in de geest beleefd worden. Om verwarring te voorkomen: illusies of illusionaire vervalsingen (Jaspers 1963) zijn foutieve interpretaties van een reëel bestaande externe zintuiglijke prikkel (bijvoorbeeld een kamerjas wordt – kortdurend, corrigeerbaar – voor een inbreker gehouden). Een waanwaarneming is in feite een denkstoornis, waarbij een correcte waarneming waanachtig wordt geïnterpreteerd (een windvlaag wordt voor de adem van de duivel gehouden). Beide laten zich eenvoudig differentiëren van (pseudo)hallucinaties, waarbij geen reële externe sensorische prikkel bestaat.

Differentiatie van verbeelding en (dwang-) voorstellingen (obsessies)

Pseudohallucinaties zijn niet te differentiëren van bepaalde vormen van verbeelding en dwangvoorstellingen. Voor 'verbeelding' geldt dat herhaalde voorstellingen van een object – bijvoorbeeld het 'voor de geest halen' van een appel of een muziekstuk –

resulteren in voorstellingen die wel op elkaar lijken, maar niet identiek zijn. Alleen de meest typische kenmerken van het object blijven behouden in het geheugen (Belleza 1995). De zintuiglijke levendigheid ontbreekt, evenals de interne coherentie (dat wil zeggen de continuïteit in de tijd). De beleving is vaak willekeurig en kan op elk gewenst moment gestopt worden of van tempo veranderen.

Taylor (1981) postuleerde het concept van de 'imaged pseudohallucinations', waarmee de levendige interne onwillekeurige verbeelding bedoeld werd, zoals Jaspers die al aan het begin van de eeuw had geformuleerd: aangeklede voorstellingen waarbij de letterlijke tastbaarheid van hallucinaties ontbreekt.

Een voorbeeld hiervan is het fenomeen dat een eerder gehoorde melodie de hele dag in het hoofd blijft, in gedachten blijft. Dit zou een pseudohallucinatie kunnen zijn: het speelt zich immers intern af, onwillekeurig, met intact inzicht, en heeft een alsof-karakter. Een ander voorbeeld is de dwangvoorstelling, een specifieke vorm van obsessie. DSM-IV definieert obsessies als terugkerende, persisterende ideeën, gedachten, impulsen of voorstellingen die egodystoon zijn, en waarvan betrokkene zich realiseert dat ze een product zijn van de eigen geest (APA 1994). Een dwangvoorstelling is het voor de geest moeten halen van beelden van voornamelijk verminderingen, seksuele handelingen en oorlogshandelingen. De realiteitstoetsing is intact, maar in tegenstelling tot normale verbeelding is er sprake van een hoge zintuiglijke levendigheid en (bijna) onwillekeurigheid (De Silva 1986). De term pseudohallucinaties is verwarrend: het is duidelijk dat zowel bij een melodie die in gedachten blijft als bij dwangvoorstellingen sprake is van een denk- of voorstellingsproces, en niet van een waarnemingsstoornis, waaronder de pseudohallucinaties wordt geclassificeerd. Hier wordt duidelijk dat er waarschijnlijk een vloeiende overgang bestaat tussen denken, voorstellen, fantaseren, herinneren en waarnemingsstoornissen.

Differentiatie van herbelevingen en dissociatieve fenomenen

Pseudohallucinaties laten zich niet goed differentiëren van herbelevingen, hoewel deze laatste altijd een doorgemaakte gebeurtenis betreffen. Herbelevingen worden gedefinieerd als 'terugkerende herinneringen, die kunnen bestaan uit gewaarwordingen/waarnemingen (perceptions), hallucinaties, voorstellingen, gedachten, dromen, illusies en flashbacks'. Herbelevingen komen niet alleen voor bij PTSD-patiënten, maar ook als posttraumatisch symptoom bij dissociatieve stoornissen (APA 1994). Het trauma wordt meestal herinnerd in de vorm van flashback-ervaringen of als visuele, olfactorische, akoestische of affectieve 'afdrukken' (Van der Kolk 1997). Activering van deze gedissocieerde herinneringen vindt plaats door triggering, hetgeen angstinducerend is, en leidt tot 'gewaarwordingen en voorstellingen' die nauwelijks door het geheugen bewerkt zijn en 'non-past and non-self' zijn (Litz 1989). Herbelevingen treden vaker op als het aanbod van externe stimuli vermindert (ontspanning, pensionering en dergelijke). Er lijkt sprake te zijn van belevingen met zintuiglijke levendigheid van doorgemaakte gebeurtenissen in het verleden, waarbij de realiteitstoetsing intact blijft. Ondanks de levendigheid van de herbelevingen zijn ze niet natuurgetrouw. Herbelevingen lijken meer de kwaliteit van levensechte herinneringen dan van hallucinaties te hebben. Horowitz (1975) beschreef dat er een uitgebreid spectrum van herbelevingen bestaat, dat loopt van vage indrukken via levendige, gedetailleerde, intrusieve, repetitieve herinneringen en pseudohallucinaties naar hallucinaties (Butler 1996). Belangrijke dimensies op dit spectrum zijn de levendigheid en de realiteitstoetsing.

Pseudohallucinaties zijn niet te differentiëren van gewaarwordingen bij dissociatie en niet altijd van gewaarwordingen bij borderline-persoonlijkheidspathologie. In verschillende studies uit de Verenigde Staten (waar het Europees concept van pseudo-

hallucinaties minder gehanteerd wordt) wordt beschreven dat dissociatieve stoornissen en borderline-persoonlijkheidspathologie (Chopra & Beatson 1986) vaak gepaard gaan met hallucinaties in alle mogelijke sensorische modaliteiten, vooral bij de dissociatieve identiteitsstoornis (Kluft 1987). De hallucinaties zijn vaak, maar niet altijd intern gelokaliseerd, met geringe zintuiglijke levendigheid (dat wil zeggen: vage, schimmige visuele waarnemingen, niet-echte akoestische belevingen). De belevingen zijn niet altijd geheel onwillekeurig, hebben meestal betrekking op het eigen functioneren en/of een doorgeemaakt trauma en/of kunnen een representatie zijn van een 'alter'. De belevingen zijn vaak psychologisch begrijpelijk, wensvervullend of angstinducerend; er lijken overlappingsen te zijn met levendige interne verbeelding en fantasie (Hornstein & Putnam 1992; APA 1994). De realiteitstoetsing is intact. Het concept pseudohallucinatie lijkt hier goed bij aan te sluiten, want psychose is te veel, maar verbeelding is te weinig gezegd voor deze gewaarwordingen.

Vooraf bij borderline-persoonlijkheidspathologie kan de realiteitstoetsing in zeer stressvolle omstandigheden kortdurend (enkele uren) gestoord zijn. In het Engels wordt gesproken van *transient hallucinations*, ofwel *passagère hallucinaties*, hetgeen een betere benaming lijkt dan pseudohallucinatie of *micropsychose*, omdat de belevingen volledig het karakter van een hallucinatie hebben (gekregen) waarbij het inzicht ontbreekt.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Samenvattend: pseudohallucinaties lijken niet eenduidig van hallucinaties, verbeelding (voorstellingen), herbelevingen en dissociatieve gewaarwordingen te differentiëren te zijn. Hallucinaties en pseudohallucinaties kunnen beide een alsof-karakter bezitten, met inzicht gepaard gaan, intern beleefd worden, en psychologisch te duiden zijn; of pseudohallucinaties eenzelfde levendigheid kunnen vertonen als hallucinaties is geen uitgemaakte zaak. Verbeelding

bevat genoemde elementen ook; de zintuiglijke levendigheid en de continuïteit in de tijd ontbreken hier echter meestal. Herbelevingen laten zich differentiëren omdat deze altijd een doorge maakte gebeurtenis betreffen en getriggerd worden, waarbij de realiteitstoetsing intact blijft. Er zijn echter ook veel overeenkomsten met de vermeende karakteristieken van pseudohallucinaties. Het concept (intacte realiteitstoetsing, in de geest, onwillekeurig) lijkt ook aan te sluiten bij de levendige interne verbeelding en de visuele en akoestische belevingen van patiënten met dissociatieve klachten en ernstige persoonlijkheidspathologie. Blijkbaar bestaan er gewaarwordingen met intacte realiteitstoetsing die zich tussen hallucinaties en verbeelding in bevinden, en soms meer naar de hallucinatie (een waarnemingsstoornis) leunen, soms meer naar de verbeelding (een denkstoornis).

Bij intacte realiteitstoetsing lijkt het juister om bij sommige van deze gewaarwordingen over *niet-psychotische hallucinaties* te spreken dan over pseudohallucinaties. De overige kenmerken kunnen immers gelijk zijn aan die van een hallucinatie. Het voordeel van het begrip *niet-psychotische hallucinatie* is dat het de devaluerende betekenis van pseudohallucinaties vermijdt, en dat het automatisme in de koppeling tussen hallucinatie en psychose verbroken wordt. Het lijkt zinvol om de term pseudohallucinatie onder te verdelen in de volgende begrippen:

- *niet-psychotische hallucinaties*
- *geïsoleerde niet-psychotische hallucinaties*
- *levendige interne verbeelding*
- *partiële hallucinaties*
- *passagère hallucinaties*

Onder de *niet-psychotische hallucinaties* zouden ook de *geïsoleerde hallucinaties* kunnen vallen zoals die voorkomen bij normale rouw (Grimby 1993), normaal functionerende stemmenhoorders (Pennings & Romme 1996) en sensorische deprivatie zoals waarschijnlijk bij het syndroom van Charles Bonnet (Teunisse 1998). Gewaarwordingen bij borderline- en dissociatieve

pathologie zijn mogelijk continu met de levendige interne verbeelding zoals door Jaspers beschreven. Verblekende hallucinaties waarbij de realiteitstoetsing toeneemt, zouden beter partiële hallucinaties genoemd kunnen worden. Passagère hallucinaties zijn de enkele uren durende hallucinaties met gestoorde realiteitstoetsing bij vooral borderline-persoonlijke pathologie.

Het is evident dat verschillende gewaarwordingen zich niet altijd even gemakkelijk of eenduidig in de bovengenoemde begrippen laten indelen. Daarom is het aan te bevelen om bij de beschrijving van waarnemings-, herbelevings- en verbeeldingsprocessen de volgende factoren te specificeren om de aard van een gewaarwording te bepalen (naar Spitzer 1987):

- de modaliteit: visueel, akoestisch, haptisch, olfactorisch, gustatoir;
- de lokalisatie: extern versus intern;
- de mate van zintuiglijke levendigheid (helder, levensecht, contextueel, overtuigend);
- de mate van inzicht (realiteitstoetsing);
- de mate van (on)willekeurigheid, de beheersing;
- de mate van angstinductie;
- het moduleren in de tijd (de continuïteit);
- de relatie met denkstoornissen: (secundaire) wanen, obsessies;
- de relatie met traumata en dissociatie.

In tabel 1 wordt aangegeven hoe deze factoren kunnen bijdragen tot het (enigszins kunstmatig) differentiëren tussen de verschillende vormen van psychopathologie. Omdat al deze factoren in wisselende mate aan- of afwezig kunnen zijn, is het moeilijk om de verschillende gewaarwordingen duidelijk van elkaar af te grenzen, met andere woorden: de discriminante validiteit van de verschillende gewaarwordingen is gering. Dit betekent dat er waarschijnlijk vloeiende overgangen bestaan: een continuüm tussen hallucinaties (een waarnemingsstoornis), niet-psychotische hallucinaties, dissociatieve gewaarwordingen, herbele-

vingen en normale fantasie-, denk- en geheugenprocessen (Horowitz 1975; Bechter 1994), waarbij onze taal ontoereikend lijkt om gemakkelijk de verschillen in beleving te beschrijven. Het continuüm zou het best beschouwd kunnen worden als een Venn-diagram (overlappende cirkels), en niet als punten op een lijn. Verschillende symptomen op dit continuüm kunnen waarschijnlijk ook tegelijkertijd naast elkaar bestaan. Een continuümhypothese laat op voorhand enkele vragen onbeantwoord. Onduidelijk is waarom bij sommige syndromen de gewaarwordingen kunnen 'schuiven' op het continuüm (hallucinaties bij bijvoorbeeld schizofrenie kunnen in- of extern gelokaliseerd zijn, meer of minder levendig zijn), terwijl bij andere syndromen de gewaarwording altijd dezelfde verschijningsvorm lijkt te hebben (hallucinaties bij het syndroom van Charles Bonnet zijn altijd extern gelokaliseerd, visueel en levendig). Misschien is er alleen op descriptief niveau van een continuüm te spreken, maar is dit op bijvoorbeeld neurobiologisch niveau niet houdbaar. Welke betekenis een continuümhypothese heeft voor ons neurobiologische, etiologische, syndromale en therapeutische denken, is echter nauwelijks onderzocht. Faciliteert het bestaan van een levendig voorstellingsvermogen bijvoorbeeld het ontstaan van hallucinaties? Zijn er bepaalde ziektebeelden waarbij bepaalde kwalitatieve aspecten van het waarnemen, denken of voorstellen pathognomonisch zijn voor die aandoening? Hoe reageren niet-psychotische hallucinaties op antipsychotica?²

Een polyvalent begrip als pseudohallucinaties of niet-psychotische hallucinaties hoort alleen nader gespecificeerd in het psychiatrisch onderzoek thuis, wil er nog enige betekenis aan toegekend kunnen worden. Zoals het thans gehanteerd wordt, lijkt het concept een soort joker te zijn: door verschillende diagnostische betekenissen aan te nemen, stelt het begrip klinici in staat om de 'echtheid' van hallucinaties die van oudsher niet in bepaalde diagnostische categorieën passen, in twijfel te trekken. Hoewel dit, gezien

TABEL 1 Factoren in de beoordeling van waarnemings-, herbelevings- en voorstellingsprocessen

	hallucinaties ¹	niet-psychotische hallucinaties ²	dwang-voorstellingen	herbelevingen	fantasie en verbeelding
akoestisch	vaak	ja	ja	ja	ja
visueel	soms	ja	ja	ja	ja
haptisch	zelden	ja ³	?	ja	ja
geur	zelden	?	?	ja	nee?
smaak	zelden	?	?	ja	nee?
interne lokalisatie	soms	meestal	ja	ja	ja
externe lokalisatie	meestal	soms	nee	nee	nee
levendigheid	levensecht tot alsof-karakter	levensecht tot vaag	levensecht	levensecht tot vaag/vervormd	gering
realiteitstoetsing	gestoord ⁴	intact	intact	intact	intact
continu in tijd	ja	ja	nee	meestal	nee
functionele gevolgen	meestal angst-inducerend	angstinducerend tot steunend	angstinducerend of wensvervullend	angstinducerend	meestal steunend, wensvervullend
beheersing	nee	zelden	nee/tijdelijk	nee	ja
sec. waanvorming	vaak	nee	mogelijk	mogelijk	nee
trauma				voorwaarde	
triggering	soms	soms	?	voorwaarde	?
overige	vaak bizar, droomachtig	vaak congruent met eigen functioneren of biografie	vaak seksueel, pervers of agressief gekleurd	altijd traumagerelateerde inhoud	ook: dagdromen

1. W.o. passagère hallucinaties: enkele uren durende hallucinaties met gestoorde realiteitstoetsing bij ernstige persoonlijkheidspathologie.

2. 'Niet-psychotische hallucinatie' heeft de voorkeur boven de term pseudohallucinatie;

- geïsoleerde hallucinaties, bijvoorbeeld tijdens normale rouw, en bij gewaarwordingen met intacte realiteitstoetsing bij sensorische deprivatie (bijvoorbeeld syndroom van Charles Bonnet);


- levendige interne onwillekeurige verbeelding, vaak bij dissociatieve stoornissen en borderline-persoonlijkheids-pathologie.

3. Bijvoorbeeld fantoompijn.

4. M.u.v. verblekende hallucinaties waarbij realiteitstoetsing toeneemt: partiële hallucinaties.

?: geen gegevens bekend uit de literatuur.

de diagnostische problemen die er zijn, zeer begrijpelijk is, leidt het gebruik van slechts de begrippen hallucinatie, pseudohallucinatie, herbeleving en verbeelding tot een versimpelde opdeling van een complexere, spectrale werkelijkheid, waardoor te veel onopgemerkt blijft.

 Met dank aan prof. dr. B.P.R. Gersons en dr. D.H. Linszen voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

NOTEN

1. 'Inzicht' is de vertaling van het Engelse 'insight', waarmee meestal zoets als besef van het pathologische, irrealiteit bedoeld wordt. Het Nederlandse 'inzicht' betekent vaak meer, bijvoorbeeld inzicht in de etiologie en/of pathogenese (Hengeveld & Schudel 1997).

Omdat 'besef' ('awareness') weer te beperkt lijkt (ook een psychotische patiënt kan enig ziektebesef hebben, realiteitstoetsing is in verschillende graden mogelijk), hebben wij toch gekozen voor de term 'inzicht' in de Engelse opvatting.

2. Uit casuïstische gegevens is bekend dat niet-psychotische hallucinaties in het kader van dissociatieve stoornissen en bij het syndroom van Charles Bonnet niet reageren op antipsychotica (Hornstein & Putnam 1992; Teunisse 1998).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e ed. Washington DC: APA.
- Andrade, C., e.a. (1989). True hallucinations in non-psychotic states. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 704-706.
- Asaad, G., & Shapiro, B. (1986). Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- Bacon, C.E. (1991). Visual pseudo-hallucinations: Psychotherapy case study of a long standing perceptual disorder. *Psychopathology*, 24, 361-364.
- Bechter, K. (1994). Coincidence of hallucinations and pseudohallucinations in schizophrenia. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 2, 117-122.
- Belleza, F.S. (1995). Factors that affect vividness ratings. *Journal of Mental Imagery*, 19, 123-129.
- Berrios, G.E., & Dening, T.R. (1996). Pseudohallucinations: A conceptual history. *Psychological Medicine*, 26, 753-763.
- Bleuler, E. (1960). *Sinnetäuschungen. Lehrbuch der Psychiatrie*, 10. Auflage (pp. 29-35). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Boza, R.A., & Liggett, S.B. (1981). Pseudohallucinations: Radio reception through shrapnel fragments. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1263-1264.
- Butler, R.W., e.a. (1996). Positive symptoms of psychosis in PTSD. *Biological Psychiatry*, 39, 839-844.
- Chopra, H.D., & Beatson, J.A. (1986). Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1605-1607.
- Dening, T., & Berrios, G.E. (1996). The enigma of pseudohallucinations: Current meaning and usage. *Psychopathology*, 29, 27-34.
- Frith, C.D. (1993). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, LEA Publishers.
- Goldstein, K. (1908). Zur Theorie der Halluzinationen. *Archiv für Psychiatrie*, 44, 584-655.
- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people; grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 72-80.
- Hagen, F.W. (1868). Zur Theorie der Halluzinationen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 25, 1-107.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (1997). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: Bunge.
- Hornstein, N.L., & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of American Acad. Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Horowitz, M.J. (1975). Hallucinations: An information-processing approach. In R.K. Siegel (red.), *Hallucinations. Behavior, experience and theory*. New York: Wiley.
- Jaspers, K. (1963). Zur Analyse der Trugwahrnehmungen. *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Kandinsky, V. (1885). *Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnetäuschungen*. Berlin: Verlag von Friedländer & Sohn.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Baltimore: William & Wilkins.
- Kluft, R.P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to Multiple Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.
- Kolk, B.A. van der, e.a. (1997). The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.
- Linszen, D.H., & Dingemans, P.M.A. (1997). Is schizofrenie meer dan MS van de ziel? Een visie op vroege interventie. In J.J.E. van Everdingen & B.P.R. Gersons (red.), *Huis van de geest* (pp. 111-125). Amsterdam: Boom/Belvedere.
- Litz, B.T., & Keane, K.M. (1989). Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 9, 243-249.

- McGuire, P.K., e.a. (1995). Abnormal monitoring of inner speech: A physiological basis for auditory hallucinations. *Lancet*, 356, 596-600.
- Pennings, M.H.J., & Romme, M.A.J. (1996). Hearing voices in patients and non-patients. In M.A.J. Romme (red.), *Understanding voices; coping with auditory hallucinations and confusing realities* (pp. 39-52). Rijksuniversiteit Maastricht.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Sedman, G. (1966a). A comparative study of pseudohallucinations, imagery and true hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 112, 9-17.
- Sedman, G. (1966b). 'Inner voices': Phenomenological and clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 112, 485-490.
- Silbersweig, D., & Stern, E. (1996). Functional neuroimaging of hallucinations in schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 1, 367-375.
- De Silva, P. (1986). Obsessional-compulsive imagery. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 333-350.
- Spitzer, M. (1987). Pseudohalluzinationen. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie*, 55, 91-97.
- Spitzer, M. (1988). *Halluzinationen: ein Beitrag zur allgemeinen und klinischen Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag.
- Taylor, K.F. (1981). On pseudo-hallucinations. *Psychological Medicine*, 11, 265-271.
- Teunisse, R.J. (1998). *Concealed perceptions. An explorative study of the Charles Bonnet syndrome*. Proefschrift KUN-AZN, Nijmegen.
- WHO (1989). *Composite International Diagnostic Interview, Core Version 1.0*. Geneva: WHO, Division of Mental Health.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974). *The Present State Examination: The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press

AUTEURS

R. VAN DER ZWAARD, psychiater in opleiding, en
M.A. POLAK, psychiater, zijn beiden verbonden aan de
MFO Psychiatrie AMC/de Meren te Amsterdam.
Correspondentieadres: R. van der Zwaard, Anton
Constandsestraat 36, 1097 HX Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-11-1998.

SUMMARY Pseudohallucinations. A review of the validity of the concept and its relationship to associate symptomatology – 'Pseudohallucination' is used in the classification of non-psychotic perceptual disorders. This review article describes the history of the concept and investigates whether pseudohallucinations can be differentiated from related psychopathological symptoms, such as hallucinations, reexperiencing and dissociative phenomena. It is concluded that the concept of pseudohallucinations and related concepts are clinically ambiguous and appear to have low discriminant validity. Most likely, the concept is placed on a continuum that includes perceptual disorders, reexperiencing, (dissociative) imagery and normal processes of thought and memory; the various concepts are considered to overlap. Recommendations are made regarding the specification of elements of this continuum. The term non-psychotic hallucinations is preferred to pseudohallucinations.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 1, 25-35]

KEYWORDS hallucinations, mental status examination, perceptual disorders, pseudohallucinations, review article