

Dissociatieve verschijnselen bij patiënten op een polikliniek psychiatrie

H.N. SNO, H.F.A. SCHALKEN, W. OP DEN VELDE, P.G.H. AARTS

ACHTERGROND Door de schaarste aan epidemiologische gegevens is de klinische relevantie van dissociatieve verschijnselen wellicht onderbelicht gebleven.

DOEL Inzicht verkrijgen in de aard en frequentie van dissociatieve verschijnselen bij patiënten op een polikliniek psychiatrie.

METHODE Gedurende twee jaar is aan alle nieuwe patiënten gevraagd vijf zelfinvulvragenlijsten in te vullen. De patiënten werden geclassificeerd op basis van de 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders' (DSM). Tevens werd de Clinical Global Impression score (CGI) bepaald en werden relevante sociodemografische en somatische gegevens verzameld.

RESULTATEN Van de 500 patiënten hebben 386 (77,2%) de vragenlijsten ingevuld. De gemiddelde score op de Dissociative Experience Scale (DES) bedroeg 12,5. De prevalenties van alledaags aandoende dissociatieve verschijnselen waren het hoogst en die van de meest pathologische verschijnselen het laagst. Drieëndertig (8,6%) patiënten scoorden hoger dan 30, en 47 (12,2%) hoger dan 25. Er werd een significante relatie vastgesteld tussen de gemiddelde DES-score en leeftijd, culturele achtergrond, religie, CGI, SCL-90 (Symptom Checklist), DSM-diagnose op as-II (met name cluster B) en softdruggebruik.

CONCLUSIE Bij gericht onderzoek blijken dissociatieve verschijnselen substantieel vaker voor te komen dan bij het psychiatrische standaardonderzoek wordt gevonden. Het gericht vragen naar dissociatieve verschijnselen is zinvol bij het inschatten van de ernst van een psychiatrische stoornis, de mate van lijdensdruk, de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis of middelenmisbruik, en bij patiënten van Turkse afkomst.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)3, 161-172]

TREFWOORDEN DES, dissociatieve verschijnselen, poliklinisch, psychiatrisch

Het dissociatieconcept is eind negentiende eeuw door Pierre Janet geïntroduceerd als verklaringsmodel voor hysterische verschijnselen. Hij beschouwde dissociatie als een uitsluitend pathologisch verschijnsel, dat het gevolg zou zijn van een verlaging van het niveau van mentaal functioneren op basis van onder meer lichamelijke ziekte, (alcohol)intoxicatie, vermoeidheid, heftige emoties en traumatische ervaringen. Hierbij zou een vernauwing van het bewustzijn optreden, waar-

bij complexen van zintuiglijke beelden, emoties, gedachten, gedragingen (idee-fixen) en functies zouden worden afgesplitst van het normale bewustzijn. Wanneer deze complexen interfereren of alterneren met het normale bewustzijn, kan dit zich uiten als totale of partiële amnesie, fugues, derealisatie, depersonalisatie, nachtmerries, somnambulisme, schemer- of trancetoe-standen, akoestische of visuele (pseudo-)hallucinaties, lichamelijke symptomen, automatismen,

en in extreme gevallen als een multiële persoonlijkheidsstoornis (MPS) of dissociatieve identiteitsstoornis (Van der Hart e.a. 1995).

Voor de dagelijkse praktijk is het belang van dissociatieve verschijnselen mede gerelateerd aan de frequentie van voorkomen. Kan de opletende clinicus er regelmatig mee geconfronteerd worden, of komen deze verschijnselen zo weinig voor dat de kans ermee geconfronteerd te worden verwaarloosbaar klein is? Indien de frequentie hoog is, zou het zinvol kunnen zijn om er expliciet en systematisch naar te informeren tijdens het psychiatrisch onderzoek.

Naar het voorkomen van dissociatieve verschijnselen bij patiënten op een polikliniek psychiatrie is tot op heden weinig onderzoek verricht. De meeste onderzoeken betreffen opgenomen en/of geselecteerde patiënten. De epidemiologische gegevens die beschikbaar zijn, zijn voornamelijk gebaseerd op onderzoeken met de *Dissociative Experience Scale* (DES). Met deze door Bernstein & Putnam (1986) geconstrueerde zelf-invulvragenlijst kan een goed beeld worden verkregen van een breed scala van dissociatieve verschijnselen. In de Verenigde Staten vonden deze auteurs onder meer een gemiddelde DES-score van 4 bij 'normalen', 11 bij 'psychiatrische patiënten' en 20 bij 'psychotische patiënten'. De DES-scores in Nederlandse onderzoeken zijn aanzienlijk hoger. Bij 80 psychologiestudenten werd een gemiddelde DES-score van 24,2 ($SD = 12,3$) gevonden (Ensink & Van Otterloo 1989). Bij 61 van 71 patiënten met een multiële persoonlijkheidsstoornis werd een DES-score hoger dan 30 gevonden (Boon & Draijer 1993a). In een groep van 39 klinische patiënten, bij wie een dissociatieve stoornis werd vermoed, werd bij 23 een DES-score van hoger dan 20 gevonden (Kuipers e.a. 1996). De overige gerapporteerde DES-scores bij klinische psychiatrische patiënten variëren van 17,4 tot 20,0 (Draijer & Langeland 1999; Friedl & Draijer 2000). Voor zover bekend is er in Nederland maar één onderzoek verricht naar dissociatieve verschijnselen in een populatie die vergelijkbaar is met patiënten op een polikliniek

psychiatrie (Wallage e.a. 1995). In een groep van 80 ambulante psychiatrische patiënten werd bij 15% een DES-score hoger dan 20 en bij 7,5% een score hoger dan 30 gevonden.

Door de schaarste aan epidemiologische gegevens en de controversiële connotatie van de diagnostische categorieën is de klinische relevantie van het gehele spectrum van dissociatieve verschijnselen tot op heden wellicht onderbelicht gebleven. Om meer inzicht te verkrijgen in de aard en frequentie van deze verschijnselen, zou de bestudering op symptoomniveau vruchtbaarder kunnen zijn (Persons 1986). Hiertoe is gedurende twee jaar geïnventariseerd bij welke patiënten op een polikliniek psychiatrie dissociatieve verschijnselen voorkomen. Tevens is onderzocht welke factoren mogelijk samenhangen met de aard en frequentie van dissociatieve verschijnselen.

METHODE EN PATIËNTEN

Het hier beschreven onderzoek vormt een onderdeel van een onderzoeksproject van de afdelingen psychiatrie van De Heel Zaans Medisch Centrum (De Heel ZMC) te Zaandam en het St. Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de polikliniek psychiatrie van De Heel ZMC. Op de polikliniek psychiatrie worden ongeveer 300 nieuwe patiënten per jaar ingeschreven. De Heel ZMC is een middelgroot algemeen ziekenhuis en Zaandam is een stad met 135.000 inwoners waaronder een grote Turkse gemeenschap (6,5%).

Vragenlijsten De DSM-IV-diagnose (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4de druk 1994) op as-I en as-II, die op basis van anamnese en algemeen psychiatrisch onderzoek gesteld of geverifieerd werd door twee ervaren psychiaters, werd, met de *Clinical Global Impression* (CGI) score en de relevante sociodemografische en somatische gegevens, systematisch genoteerd op een diagnoselijst. De CGI-score is gebruikt om een globale klinische indruk van de

ernst van de psychiatrische stoornis in een getal uit te drukken (Guy 1976).

Na ondertekening van een schriftelijke verklaring vulde de patiënt na het eerste consult vijf vragenlijsten in: Symptom Check List 90 (SCL-90, Derogatis 1977; Arindell & Ettema 1986), de Dissociative Experience Scale (DES, Bernstein & Putnam 1986; Boon & Draijer 1995), Somatoform Dissociation Questionnaire (Nijenhuis e.a. 1996), Defensive Style Questionnaire (Andrews e.a. 1993) en de Vragenlijst naar Belastende Ervaringen (Nijenhuis, ongepubliceerd). Aangezien de resultaten van de drie laatstgenoemde instrumenten in dit artikel niet aan de orde komen, zullen de eigenschappen hier niet beschreven worden. De SCL-90 is een multidimensionale vijfpuntszelfinvulvragenlijst. De totaalscore is een maat voor de ernst van het psychische disfunctioneren. Het instrument is gebruikt om de representativiteit van de onderzochte populatie en een eventuele relatie tussen dissociatieve verschijnselen en de ernst van de psychopathologie te onderzoeken.

De DES is een 28 vragen bevattende zelfinvulvragenlijst ten behoeve van de screening van diverse dissociatieve ervaringen. De DES is expliciet geen diagnostisch instrument en de vragen hebben onder meer betrekking op depersonalisatie en derealisatie, amnestische verschijnselen en het vermogen om ergens in op te gaan of zich juist af te sluiten. Een hogere score op de DES betekent een grotere kans op de aanwezigheid van een dissociatieve stoornis (Steinberg e.a. 1991). Het advies is om een afkappunt van 30 (Carlson e.a. 1993) of van 25 (Draijer & Boon 1993) te gebruiken.

Patiënten In de periode van 1 september 1997 tot 1 oktober 1999 bezochten 609 patiënten de polikliniek psychiatrie. Honderdnegen patiënten werden van het onderzoek uitgesloten: 79 (13%) konden de lijsten niet invullen door een taalbarrière en bij de overigen werd een contra-indicatie gesteld op basis van psychiatrische overwegingen ($n = 14$, 2,3%), somatische overwe-

gingen ($n = 7$, 1,1%), of verminderde intelligentie ($n = 9$, 1,5%).

Van de 500 overgebleven patiënten hebben uiteindelijk 386 (77,2%) de vragenlijsten ingevuld en 114 (22,8%) hebben geweigerd. De redenen van weigeren liepen uiteen van 'geen tijd', 'ertegen opzien' tot 'geen behoefte'.

Statistische toetsing is voornamelijk gebeurd door middel van one-way-variantieanalyses voor vergelijking tussen groepen. De samenhang tussen de lijsten is vastgesteld met behulp van Pearson's correlatiecoëfficiënten. Bij het berekenen van de resultaten varieert de grootte van de groep als gevolg van het niet of incompleet beantwoorden van de vragenlijsten.

RESULTATEN

De totale groep patiënten omvatte 393 (65,4%) vrouwen en 216 (35,5%) mannen met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar (SD 13,9, 16-84). Het merendeel was van Nederlandse afkomst (78,2%), gehuwd (58,1%), niet-alleenwonend (76%) en had een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau (59%). Iets minder dan de helft van de patiënten had geen godsdienst (45,9%) en een derde (33,2%) was werkeloos (zie tabel 1).

Bij meer dan de helft (55,7%) van de patiënten werd een stemmingsstoornis vastgesteld en bij geen enkele patiënt werd een dissociatieve stoornis gediagnosticeerd (zie tabel 2). Eveneens bij meer dan de helft werd een specifieke persoonlijkheidsstoornis (13,6%) of trekken van een persoonlijkheidsstoornis (46,1%) vastgesteld. Wat betreft de globale indruk van de ernst werden 426 (72,3%) patiënten als niet tot licht ziek beschouwd en 163 (27,7%) als matig tot duidelijk ziek (zie tabel 2). De scores op de SCL-90 verschilden niet significant met de normscores voor patiënten op een polikliniek psychiatrie (Arrindell & Ettema 1986). Van de 609 patiënten waren 267 (43,8%) nooit eerder bij een psychiater geweest, 274 (45%) waren eerder ambulantly psychiatrisch behandeld en 68 (11,2%) waren ooit eerder psychiatrisch opgenomen.

TABEL 1 Sociodemografische kenmerken van de gehele groep nieuwe patiënten (n = 609)

	n	%
Gemiddelde leeftijd 41,0 (SD 13,9; range 16-84)		
Geslacht (n = 609)		
- man	216	35,5
- vrouw	393	64,5
Etniciteit (n = 609)		
- Nederlands	47	7,8
- Turks	90	14,8
- Overig	25	7,0
Burgerlijke staat (n = 609)		
- ongehuwd	150	24,6
- gescheiden/weduwe/weduwnaar	105	17,2
- gehuwd	354	58,1
Leefsituatie (n = 609)		
- met anderen	463	76,0
- alleen	146	24,0
Opleiding (n = 581)		
- laag ¹	192	33,0
- midden ²	204	35,1
- hoog ³	139	23,9
- universitair	46	7,9
Religie (n = 403)		
- geen religie	185	45,9
- rooms-katholiek	63	15,6
- protestant	53	13,2
- islamitisch	92	22,8
- overig	10	2,5
Werk (n = 594)		
- werkend	275	46,3
- werkeloos	197	33,2
- overig ⁴	122	20,5

1. alleen lager onderwijs/lager beroepsonderwijs

2. ulo/mavo, middelbaar beroepsonderwijs

3. havo/vwo, hbo (hts, heao)

4. inclusief huisvrouwen en studenten

SD = standaarddeviatie

Tweehonderdeenzeventig (45,4%) patiënten gebruikten incidenteel alcohol, 32 (5,4%) gebruikten overmatig alcohol en 15 (2,5%) hadden in het verleden overmatig alcohol gebruikt. Zestien (2,7%) patiënten gebruikten incidenteel softdrugs, 6 (1,0%) overmatig en 18 (3,0%) hadden in het verleden overmatig softdrugs gebruikt. Negen (1,5%) patiënten gebruikten incidenteel harddrugs, 3 (0,5%) overmatig en 8 (1,3%) hadden in het verleden harddrugs gebruikt. Bij 520 (85,7%) patiënten waren geen relevante somatische aandoeningen aanwezig. Zevenentachtig (14,3%) waren bekend met een somatische aandoening die mogelijk van invloed kon zijn geweest op het psychiatrisch beeld: epilepsie (2%), hyperventilatie (4,1%), een metabole afwijking (met name diabetes mellitus, schildklierafwijking (1,6%)) of een aandoening van het centraal zenuwstelsel (voornamelijk hoofdpijn, trauma capitis (6,6%)). Meer dan de helft van de patiënten gebruikte ten tijde van het eerste bezoek psychotrope medicatie (55,1%).

De gemiddelde DES-score bedroeg 12,5 (SD = 11,8) met een range van 0,0 tot 71,4 en een mediane score van 9,3. Het verschil tussen gemiddelde en mediane score impliceert een relatief klein aantal personen met zeer hoge scores. Drieëndertig (8,6%) van de 386 patiënten scoorden hoger dan 30, en 47 (12,2%) hoger dan 25. Bij 6 van de 28 DES-items was de gemiddelde score hoger dan 20 (zie tabel 3). De als meest alledaags imponerende dissociatieve verschijnselen blijken de hoogste gemiddelde DES-scores te hebben en de meest pathologische verschijnselen de laagste.

De DES-score blijkt significant samen te hangen met de leeftijd ($F = 4,9$, df_1 (vrijheidsgraden) = 5, $df_2 = 379$, $p = 0,000$). De DES-score neemt af met het toenemen van de leeftijd, met uitzondering van de groep van 50 t/m 59 jaar die relatief hoog scoort. Er is geen significante relatie vastgesteld tussen geslacht en DES-score. Wel is een trend waarneembaar dat mannen (12,8) hoger scoren dan vrouwen (12,2).

De DES-score blijkt eveneens significant samen te hangen met de culturele achtergrond

TABEL 2 Psychiatrische kenmerken van de gehele groep nieuwe patiënten (n = 609)

	n ₁ (%)	Gemiddelde DES-score (SD)	n ₂
DSM-IV as-I			
Stemmingsstoornis	339 (55,7)	11,5 (10,8)	236
Aanpassingsstoornis	52 (8,5)	18,3 (15,9)	28
Angststoornis	48 (7,9)	13,5 (11,1)	28
Somatoforme stoornis	34 (5,6)	14,6 (13,0)	18
Psychotische stoornis	12 (2,0)	23,6 (20,5)	6
Middelenmisbruik	10 (1,6)	17,1 (6,3)	3
Eetstoornis	7 (1,1)	14,2 (11,5)	6
V-codes	21 (3,4)	14,5 (12,0)	13
Uitgestelde/geen diagnose	54	9,0 (8,0)	28
Overige diagnoses	32	11,9 (15,0)	20
DSM-IV as-II			
Nee	246 (40,2)	10,0 (9,8)	178
Ja	83 (13,6)	17,3 (15,3)	51
Trekken	180 (29,7)	14,4 (12,2)	104
Niet gespecificeerd	100 (16,4)	12,6 (11,1)	52
CGI			
Niet ziek tot licht ziek (1-3)	426 (72,3)	11,0 (10,5)	285
Matig tot extreem ziek (4-7)	163 (27,7)	16,9 (14,2)	95

SD = standaarddeviatie

DSM-IV = Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4de druk

DES-score = score bij de Dissociative Experience Scale

CGI = Clinical Global Impression

n₁ = totaal aantal patiëntenn₂ = aantal patiënten dat de DES ingevuld heeft

Toetsing is geschied aan de hand van drie groepen: 'niet-neurotische stoornissen', 'geen stoornissen' en 'neurotische stoornissen'.

($F = 12,1$, $df_1 = 2$, $df_2 = 382$, $p = 0,000$) en religie ($F = 8,6$, $df_1 = 3$, $df_2 = 240$, $p = 0,000$). Bij nadere beschouwing blijkt de gemiddelde DES-score van de 16 Turkse patiënten (26,2) significant hoger te zijn dan de score van 344 Nederlandse (11,8) en 25 overige patiënten (12,7), terwijl de laatstgenoemde 2 groepen wat betreft leeftijd, geslacht en psychiatrische diagnoses niet signifi-

cant van elkaar verschillen. De significante relatie met religie blijkt, zoals verwacht, eveneens gebaseerd te zijn op een significant hogere score van islamitische patiënten in vergelijking met patiënten zonder religie en patiënten van rooms-katholieke of protestantse huize. Ook hier blijken de laatstgenoemde 3 groepen niet significant van elkaar te verschillen.

TABEL 3 Gemiddelde DES-scores (gerangschikt van hoog naar laag)

Vraagnr.	DES-vraag	Gemiddelde (SD)
1	2* Niet horen wat er gezegd is	32,5 (22,2)
2	24* Niet herinneren iets gedaan te hebben of alleen maar aan gedacht hebben	22,7 (23,5)
3	20* Staren zonder aan iets te denken	21,8 (22,2)
4	17 Opgaan in een film of tv-programma	21,7 (26,2)
5	21 Hardop praten tegen zichzelf wanneer alleen thuis	21,6 (24,5)
6	23 Met gemak dingen doen die normaal moeilijk zijn	21,4 (23,3)
7	1 Bij autorijden niet meer precies weten wat er gebeurd is	20,0 (19,4)
8	14 Herinnering gebeurtenis zo levendig dat deze opnieuw meegemaakt lijkt te worden	19,6 (25,4)
9	15 Niet zeker van of herinnerde dingen echt gebeurd zijn of gedroomd	16,1 (20,4)
10	22 In gelijksoortige situaties handelen alsof twee verschillende personen	13,5 (22,4)
11	9 Geen herinneringen hebben aan bepaalde belangrijke gebeurtenissen	13,4 (22,0)
12	18 Zo opgaan in fantasie of dagdroom dat het werkelijk lijkt te gebeuren	11,8 (19,5)
13	25* Bewijzen vinden dingen gedaan te hebben die men zich niet meer herinnert	11,5 (18,9)
14	28* Naar de wereld kijken door een mist, zodat mensen/dingen ver weg en wazig lijken	10,6 (19,5)
15	19* Lichamelijke pijn niet kunnen voelen	9,6 (18,7)
16	10 Beschuldigd worden van liegen, terwijl niet gelogen te hebben	9,4 (17,3)
17	7 Naast zichzelf staan of zichzelf zien alsof men naar iemand anders kijkt	8,4 (16,7)
18	13 Het gevoel alsof hun lichaam niet van hen is	8,2 (18,4)
19	26 Niet herinneren briefjes, aantekeningen of tekeningen gemaakt te hebben	7,7 (15,6)
20	16 Een vertrouwde plek komt vreemd en onbekend voor	7,5 (15,2)
21	12 Andere mensen, voorwerpen en de wereld om hen lijken niet echt zijn	7,1 (15,1)
22	3 Ergens zijn en geen idee hebben hoe daar gekomen	6,8 (15,4)
23	27 Stemmen in hoofd met opdrachten of commentaar	5,8 (16,5)
24	11 Zichzelf niet herkennen in de spiegel	5,1 (15,9)
25	6 Met andere naam aangesproken door onbekenden	5,1 (11,8)
26	5 Niet herinneren bij spullen aangetroffen nieuwe dingen gekocht te hebben	4,4 (11,9)
27	8 Vrienden of familieleden niet herkennen	3,8 (12,1)
28	4 Niet herinneren kleren aangetrokken te hebben	2,8 (9,3)

* = mogelijke oriënterende vragen tijdens psychiatrisch routineonderzoek

SD = standaarddeviatie

Er kon geen significante relatie vastgesteld worden tussen de gemiddelde DES-score en leefsituatie, werk en burgerlijke staat. Wat betreft opleidingsniveau werd evenmin een significante relatie vastgesteld, maar wel een trend dat patiënten met een universitaire opleiding lager scoorden.

Wat betreft psychiatrische kenmerken werd

geen significante relatie aangetoond tussen de gemiddelde DES-score en de as-I-diagnoses. In verband met de kleine aantallen is de relatie getoetst aan de hand van 3 groepen, namelijk 'neurotische' stoornissen (stemmingsstoornissen, aanpassingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, eetstoornissen en overige diagnoses, met uitzondering van psychische

stoornissen door somatische aandoeningen), 'niet-neurotische' stoornissen (psychotische en psychische stoornissen door somatische aandoeningen en aan middelen gebonden stoornissen) en 'geen stoornissen' (geen diagnose, uitgestelde diagnose en v-code). Patiënten met een psychotische stoornis hadden de hoogste gemiddelde DES-score (23,6) en patiënten met een uitgestelde of geen diagnose op as-I scoorden het laagst (9,0) (zie tabel 2). Op basis van de CGI en de SCL-90 is wel een relatie met de ernst van een psychiatrische stoornis gevonden. De gemiddelde DES-score van de groep die op de CGI als niet of licht ziek werd ingeschat, was significant lager dan de score van de groep die als matig tot extreem ziek werd ingeschat ($F = 18,4$, $df_1 = 1$, $df_2 = 378$, $p = 0,000$). Patiënten met een hogere totaalscore op de SCL-90 hadden eveneens een hogere gemiddelde DES-score (Pearson's correlatiecoëfficiënt $r = 0,62$, $n = 385$, $p = 0,000$) en ook tussen de DES-score en alle subschalen van de SCL-90 bleek een significante relatie te bestaan met correlaties tussen 0,34 en 0,58.

De DES-score blijkt met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen significant samen te hangen met wel of geen diagnose op as-II ($F = 15,5$, $df_1 = 1$, $df_2 = 378$, $p = 0,000$). Voorts werd uitsluitend een significante relatie gevonden tussen cluster B en de DES-score ($F = 8,2$, $df_1 = 2$, $df_2 = 382$, $p = 0,000$). Zesenzeventig patiënten met cluster B of cluster-B-trekken (M (gemiddelde) = 17,2, $SD = 14,9$) hadden significant hogere scores dan 257 patiënten bij wie geen persoonlijkheidsstoornis was vastgesteld ($M = 11,1$, $SD = 10,5$) en 52 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anders omschreven) ($M = 12,6$, $SD = 11,1$). Een dergelijke samenhang met de clusters A en C ontbrak.

Er werd geen significante relatie gevonden tussen de DES-score en actuele somatische aandoeningen. Wel was een trend aanwijsbaar dat patiënten met epilepsie hoger scoren. In tegenstelling tot alcoholgebruik, waarbij géén significant verband werd vastgesteld, werd wel een significant verband gevonden met softdruggebruik

($F = 8,7$, $df_1 = 1$, $df_2 = 378$, $p = 0,003$). Hierbij is de groep met overmatig softdruggebruik – al of niet in remissie – ($n = 12$) vergeleken met een groep bij wie geen sprake was van overmatig softdruggebruik ($n = 368$). Ook wanneer sprake was van actueel medicatiegebruik ($n = 201$) bleek er een verhoogde kans op dissociatieve verschijnselen te zijn ($F = 4,0$, $df_1 = 1$, $df_2 = 381$, $p = 0,045$).

DISCUSSIE

Op grond van een vergelijking van de bevindingen van Labaaij & Hutschemakers (1998) over de sociodemografische en psychiatrische kenmerken kan de onderzoekspopulatie als representatief worden beschouwd voor patiënten op een polikliniek psychiatrie van een algemeen ziekenhuis. Ook de SCL-90-scores van de onderzoekspopulatie komen overeen met de normscores voor patiënten op een polikliniek psychiatrie (Arindell & Ettema 1986). Het hoge percentage Turkse patiënten in de onderzoekspopulatie hangt samen met de grote Turkse gemeenschap in Zaandam.

De gevonden relatie tussen de DES-score en leeftijd en geslacht komt overeen met eerdere bevindingen (Putnam e.a. 1996; Van IJzendoorn & Schuengel 1996). De in ons onderzoek gevonden relatie met culturele factoren is vooral gerelateerd aan de gemiddelde DES-score van de Turkse patiënten (26,2), die significant hoger bleek te zijn dan de score van Nederlandse patiënten (11,8). De gemiddelde DES-score van de Turkse patiënten in onze onderzoekspopulatie is overeenkomstig de recente gegevens over dissociatieve identiteitsstoornissen in Turkije (Şar, Yargiç & Tutkun 1996; Şar, Tutkun, Alyanak e.a. 1996; Yargiç e.a. 1998; Tutkun e.a. 1998; Akyüz e.a. 1999). De gerapporteerde gemiddelde DES-scores variëren van 6,7 in een algemene bevolkingsgroep en 17,8 bij een groep psychiatrische patiënten tot 46,1 en 49,1 bij vrouwelijke DIS-patiënten (dissociatieve identiteitsstoornis). Deze bevindingen pleiten tegen de veronderstelling dat de diagnose multiële per-

soonlijkheidsstoornis (MPS) of dissociatieve identiteitsstoornis vrijwel uitsluitend in de Verenigde Staten en in Nederland zou worden gesteld.

De in dit onderzoek gevonden gemiddelde DES-score (12,5) is naar verwachting lager dan de in 1999 door Draijer & Langeland (17,4) en in 2000 door Friedl & Draijer (20,0) gerapporteerde gemiddelde DES-scores in klinische populaties. Het percentage met een DES-score hoger dan respectievelijk 25 en 30 komt overeen met het door Wallage (1995) gerapporteerde percentage in een vergelijkbare populatie. De bevinding op symptoomniveau dat de als meest alledaags imponerende dissociatieve verschijnselen de hoogste gemiddelde DES-score blijken te hebben en de meest pathologische verschijnselen de laagste gemiddelde DES-score, komt overeen met de bevindingen van andere onderzoekers (Ross 1997). Acht van de 10 DES-vragen met de hoogste score in ons onderzoek behoorden in eerder onderzoek (Ross e.a. 1992; Ross 1997) onder 299 opgenomen psychiatrische patiënten en onder 1055 personen uit de gehele bevolking eveneens tot de 10 DES-vragen met de hoogste score. De gemiddelde score op de vraag 'lichamelijke pijn niet kunnen voelen' was in ons onderzoek duidelijk lager, terwijl de score op de vraag 'bij autorijden niet weten wat er gebeurd is' duidelijk hoger was.

In tegenstelling tot het onderzoek van Putnam e.a. (1996) werd géén significante relatie tussen de DES-score en psychiatrische diagnoses vastgesteld. Dit verschil is waarschijnlijk het gevolg van groepsselectie. Bovendien vonden Putnam e.a. (1996) op as-I vooral significante verschillen tussen in onze populatie niet gestelde diagnoses als MPS, niet-MPS-dissociatieve stoornissen en PTSS (posttraumatische stressstoornis) enerzijds en andere psychiatrische diagnoses als stemmings- en angststoornissen en schizofrenie anderzijds. Op basis van psychiatrisch routine-onderzoek is de diagnose dissociatieve stoornis bij geen van onze patiënten gesteld, terwijl 47 (12,2%) patiënten op de DES hoger scoorden dan

25. Dit zou kunnen wijzen op onderdiagnostiek. In Nederland is de geschatte prevalentie van MPS in een klinisch psychiatrische populatie 1,6% (Friedl & Draijer 2000). De prevalentie van een dissociatieve stoornis wordt geschat op 6 à 8,2% (Draijer 1994; Friedl & Draijer 2000).

In tegenstelling tot het ontbreken van een relatie met psychiatrische diagnoses is op basis van het scorepatroon op de CGI en de SCL-90 wél een relatie met de ernst van psychisch disfunctioneren gevonden. Dit impliceert dat wanneer patiënten dissociatieve verschijnselen rapporteren, de kans op ernstiger psychisch disfunctioneren, zoals vastgesteld met de SCL-90, verhoogd is. De gevonden significante relatie van de gemiddelde DES-score met zowel de totaal- als de subscores van de SCL-90 komt overeen met eerdere bevindingen (Davis & Davis 1995; Hodgins e.a. 1996). Deze relatie met de SCL-90 suggereert dat beide schalen iets gemeenschappelijks vaststellen: een 'algemene ernstmaat' van een psychiatrische aandoening.

De in ons onderzoek gevonden significante relatie tussen de DES-score en de cluster-B-persoonlijkheidsstoornis is in overeenstemming met de reeds door diverse auteurs veronderstelde relatie tussen dissociatieve stoornissen en de *borderline* persoonlijkheidsstoornis. De gerapporteerde gemiddelde DES-scores van *borderline*-patiënten varieert van 17,8 tot 27,4 (Zanarini e.a. 2000). In een onderzoek van Putnam e.a. (1996) bleek de gemiddelde DES-score van *borderline*-patiënten (21,6; SD = 17,6) te behoren tot de categorieën met de hoogste DES-scores. In een groep van 42 poliklinische patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis werd significant vaker een *borderline* persoonlijkheidsstoornis gevonden dan in een groep van 16 patiënten met een dissociatieve stoornis niet anders omschreven (Dell 1998).

De aard van de relatie tussen dissociatie en de *borderline* persoonlijkheidsstoornis is voornamelijk niet eenduidig. Op descriptief niveau is sprake van een aanzienlijke symptomatische overlap tussen de *borderline* persoonlijkheidsstoornis en de multiële persoonlijkheidsstoornis

nis (vergelijk Fink 1991). Sommige auteurs menen dat de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis door deze overlap vaak abusievelijk wordt gesteld bij MPS-patiënten (Boon & Draijer 1993b), anderen beschouwen de borderline persoonlijkheidsstoornis als een veelvoorkomende comorbide diagnose bij MPS-patiënten (Fink 1991; Ellason e.a. 1996) of menen dat de borderline persoonlijkheidsstoornis vaak gepaard gaat met dissociatieve verschijnselen (Zanarini e.a. 2000). Sommige auteurs, die een overeenkomst tussen identiteitsfragmentatie en *splitting* veronderstellen, beschouwen de multiële persoonlijkheidsstoornis als een specifieke vorm van borderline persoonlijkheidsorganisatie (vergelijk Boon & Draijer 1993b). Op etiologisch niveau zijn er voor beide stoornissen sterke aanwijzingen voor een relatie met traumatische ervaringen en affectieve verwaarlozing in de jeugd. Met het in de DSM-IV opnemen van dissociatieve verschijnselen als diagnostisch criterium voor de borderline persoonlijkheidsstoornis is de aard van de relatie er overigens niet doorzichtiger op geworden (Putnam e.a. 1996).

In ons onderzoek werd geen significant verband met alcoholgebruik vastgesteld, terwijl wel een significante relatie werd gevonden met softdruggebruik. In ander onderzoek is een significant hogere DES-score bij patiënten met middelenmisbruik (zowel alcohol- als druggebruikers) dan bij de 'normalen'-groep gevonden (Putnam e.a. 1996). De relatie tussen dissociatie en middelenmisbruik kan klinisch van betekenis zijn, aangezien de aanwezigheid van dissociatieve stoornissen een negatief effect kan hebben op het behandelresultaat (Kolodner & Frances 1993). Wellicht zouden patiënten met middelenmisbruik routinematig gescreend moeten worden op de aanwezigheid van dissociatieve symptomen (Dunn e.a. 1993).

In tegenstelling tot onze bevindingen vonden Wenzel e.a. (1996) dat dissociatieve verschijnselen vaker voorkwamen bij langdurige alcoholgebruikers dan bij druggebruikers. Deze auteurs concludeerden dat dissociatie beschouwd zou

kunnen worden als een chronisch restverschijnsel van langdurig middelenmisbruik. Dit zou een mogelijke verklaring van het verschil met onze resultaten kunnen zijn, aangezien in ons onderzoek uitsluitend de mate van misbruik is betrokken en niet de duur van het gebruik.

Tot slot enkele opmerkingen over de methodologische beperkingen. De zwakte van het onderzoek wordt bepaald door de wijze van diagnosticeren en inventariseren. De psychiatrische diagnoses op as-I en -II zijn klinische diagnoses die gesteld zijn zonder gebruik te maken van een gestandaardiseerd instrument. Bij het inventariseren van de dissociatieve verschijnselen is gebruikgemaakt van zelfinvulvragenlijsten. Op grond hiervan en van het grote aantal toetsingen met als risico toevalsbevindingen moeten de gevonden significante relaties met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd. De kracht van het onderzoek schuilt in de geringe verstoring van de dagelijkse gang van het poliklinische proces.

CONCLUSIE

Bij gericht onderzoek naar dissociatieve verschijnselen bij patiënten op een polikliniek psychiatrie blijken dergelijke symptomen substantieel vaker voor te komen dan bij het psychiatrische routineonderzoek. Dissociatieve verschijnselen kunnen een aanwijzing vormen voor de ernst van een psychiatrische stoornis, de mate van lijdensdruk, de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis of middelenmisbruik. Op symptoomniveau is de prevalentie van de als meest alledaags imponerende dissociatieve verschijnselen het hoogst. Ook bij patiënten van Turkse afkomst lijkt de trefkans verhoogd.

Het lijkt dan ook zinvol om expliciet te informeren naar deze verschijnselen tijdens het psychiatrische standaardonderzoek. Oriënterende vragen zouden betrekking kunnen hebben op het vermogen om ergens in op te gaan of zich juist af te sluiten, amnestische verschijnselen of depersonalisatie en derealisatie. Mogelijke for-

muleringen zijn: 'Heeft u weleens dat u na een gesprek eigenlijk niet weet wat er net gezegd is?' Of: 'dat u in de ruimte staart zonder aan iets te denken?'; 'Heeft u weleens dat u niet meer weet of u iets echt gedaan heeft of er alleen maar aan gedacht heeft?' Of: 'dat u bewijzen vindt dat u iets gedaan heeft, terwijl u zich dit niet meer kan herinneren?'; 'Heeft u weleens meegemaakt dat het is alsof u lichamelijke pijn niet meer kan voelen?' Of: 'Heeft u weleens het gevoel alsof u door een mist naar de wereld kijkt, zodat alles om u heen ver weg en wazig lijkt?' Indien meerdere vragen positief beantwoord worden, is het zinvol om de DES te laten invullen om deze verschijnselen nader te inventariseren.

Op grond van de onderzoeksopzet kunnen de resultaten niet anders dan als voorlopig worden beschouwd. Nader onderzoek met een gestructureerd interview zoals de SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR) is gewenst, maar impliceert ook een onvermijdelijke vertekening van de poliklinische realiteit. De relatie van dissociatie met traumatische ervaringen, afweermechanismen en somatoforme klachten is onderwerp van volgend onderzoek.

LITERATUUR

- Akyüz, G., Dogan, O., Şar, V., Yargıç, L.I., e.a. (1999). Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 151-159.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de druk). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181, 246-256.
- Arindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Symptom Check List (SCL-90), Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 727-735.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993a). Multiple personality disorder in The Netherlands. A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993b). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6(2/3), 126-135.
- Boon, S., & Draijer, N. (1995). *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., e.a. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Davis, J.D., & Davis, M.L. (1995). Prevalence of dissociative disorder in the mental health outpatient services of a British urban district. In O. van der Hart, S. Boon & N. Draijer (Red.), *Proceedings of the fifth annual spring conference of the International Society for the study of Dissociation* (p. 78). Amsterdam: Bureau PAOG.
- Dell, P.F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 352-356.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-1 for the R(evised) version*. Baltimore: Johns Hopkins University School of medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Draijer, N. (1994). Dissociatie en trauma bij psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 1153-1166.
- Draijer, N., & Boon, S. (1993). The validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *Dissociation*, 6, 28-37.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Dunn, G.E., Paolo, A.M., Ryan, J.J., e.a. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1043-1047.
- Ellason, J.W., Ross, C.A., & Fuchs, D.L. (1996). Lifetime axis I and axis II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59, 255-266.
- Ensink, B.J., & van Otterloo, D. (1989). A validation study of the DES in the Netherlands. *Dissociation*, 4, 221-223.
- Fink, D. (1991). The comorbidity of multiple personality disorder and DSM-III-R Axis II disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 547-566.
- Friedl, M.C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch

- psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1012-1013.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology revised*. Rockville, Maryland: US Department of health, education, and welfare, Public Health service.
- Hart, O. van der, Boon, S., & Op den Velde, W. (1995). Trauma en dissociatie. In O. van der Hart (Red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (3e druk, pp. 61-78). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hodgins, D.C., Pennington, M., el-Guebaly, N., e.a. (1996). Correlates of dissociative symptoms in substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 636-639.
- Ijzendoorn, M.H. van, & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Kolodner, G., & Frances, R. (1993). Recognizing dissociative disorders in patients with chemical dependency. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1041-1043.
- Kuipers, G.S., Carpentier, P.J., & Brugman, I.M. (1996). Op zoek naar dissociatieve stoornissen: de ervaringen in het psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 51, 1153-1166.
- Labaaïj, L., & Hutschemaekers, G. (1998). *Vraag en aanbod in de Paaz. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelaren op de psychiatrieafdelingen van algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Vragenlijst naar belastende ervaringen* (ongepubliceerd).
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., van Dijck, R., e.a. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 688-694.
- Persons, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Putnam, F.W., Carlson, E.B., Ross, C.A., e.a. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.
- Ross, C.A., Anderson, G., Fleisher, W.P., e.a. (1992). Dissociative experiences among psychiatric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 14, 350-354.
- Ross, C.A. (1997). Epidemiology of dissociative identity disorder and dissociation. In C.A. Ross, *Dissociative Identity Disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2de druk, pp. 104-114). New York: John Wiley & sons.
- Şar, V., Yargıç, L.I., & Tutkun, H. (1996a). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1329-1333.
- Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., e.a. (1996b). Frequency of Dissociative Identity Disorder among psychiatric outpatients in a Turkish university clinic. 13th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Glenview III.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050-1054.
- Tutkun, H., Şar, V., Yargıç, L.I., e.a. (1998). Frequency of dissociative identity disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Wallage, P., van der Hart, O., Draijer, N., e.a. (1995). Dissociative symptoms and reported childhood and sexual abuse in a Dutch psychiatric outpatient adult population. In O. van der Hart, S. Boon & N. Draijer (Red.), *Proceedings of the fifth annual spring conference of the International Society for the study of Dissociation* (p. 86). Amsterdam.
- Wenzel, K., Bernstein, D.P., Handelsman, L., e.a. (1996). Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 220-227.
- Yargıç, L.I., Şar, V., Tutkun, H., e.a. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 345-351.
- Zanarini, M.C., Ruser, T., Frankenburg, F.R., e.a. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 223-237.

AUTEURS

H.N. SNO is psychiater en werkzaam bij de afdeling psychiatrie, De Heel Zaans Medisch Centrum, Zaandam.

H.F.A. SCHALKEN is psycholoog. Hij was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij de afdeling psychiatrie, AMC/de Meren, Amsterdam.

W. OP DEN VELDE is psychiater. Hij was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij de afdeling psychiatrie, Lucas Andreas ziekenhuis, Amsterdam.

P.G.H. AARTS is psycholoog en werkzaam bij het Bureau Psychotrauma, onderzoek, advies en training.

Correspondentieadres: dr. H.N. Sno, psychiater, Afdeling Psychiatrie, De Heel Zaans Medisch Centrum, Postbus 210, 1500 EE Zaandam.

E-mail: Sno.H@deheel.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-9-2001.

SUMMARY

Dissociative symptoms in psychiatric outpatients – H.N. Sno, H.F.A. Schalken, W. Op den Velde, P.G.H. Aarts –

BACKGROUND Due to the paucity of epidemiological data the clinical relevance of dissociative symptoms may have been underexposed.

AIM To obtain information on the nature and frequency of dissociative symptoms in psychiatric outpatients.

METHOD During two years, all new patients were asked to complete five self administered questionnaires. Patients were classified according to the DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Besides, their clinical global impression score (CGI score) was assessed and relevant sociodemographic and somatic data were noted.

RESULTS Of 500 patients 386 (77,2%) completed the questionnaires. The mean score on the Dissociative Experience Scale (DES) was 12,5. The prevalences of 'normal' dissociative symptoms were highest and those of the more pathological symptoms were lowest. Thirty-three (8,6%) patients scored 30 or higher, and 47 (12,2%) scored 25 or higher. A significant relationship was noted between the mean DES-score and age, cultural background, religion, CGI, SCL-90 (Symptom Checklist), DSM diagnoses in axis II (particularly cluster B) and soft drug use.

CONCLUSION A goal-oriented assessment will reveal more dissociative symptoms than found by formal mental examination of psychiatric outpatients. Specifically chosen questions on dissociative symptoms may be of help in evaluating the severity of the psychiatric disturbance, distress, the presence of a personality disorder or substance abuse, and with Turkish patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 3, 161-172]

KEYWORDS DES, dissociative symptoms, outpatient, psychiatric