

Het verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen

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

ACHTERGROND Een oorzakelijk verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen is intuïtief aantrekkelijk en ook theoretisch elegant te verklaren. Het is echter de vraag of er sprake is van een rechtstreeks causaal verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen. Op de onderzoeken die hiernaar verricht zijn is in methodologisch opzicht het nodige aan te merken.

DOEL Nader inzicht krijgen in de hoeveelheid belastende ervaringen van psychiatrische patiënten, en in de relatie van deze ervaringen met dissociatieve verschijnselen.

METHODE Gedurende twee jaar hebben nieuwe poliklinische psychiatrische patiënten vragenlijsten ingevuld over belastende ervaringen, dissociatieve verschijnselen, psychische klachten en psychisch functioneren.

RESULTATEN Slechts 38 van de 351 patiënten rapporteerden geen belastende ervaringen. De meest voorkomende vorm van belastende ervaring betrof emotionele verwaarlozing in het gezin van herkomst (mannen 34%, vrouwen 39%). De correlatiecoëfficiënt van de correlatie tussen belastende ervaringen en de scores voor dissociatieve verschijnselen was $r = 0,30$.

CONCLUSIE Gezien de zwak positieve correlatie tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen is het niet aannemelijk dat er tussen deze een lineair causaal verband bestaat. Het is niet uit te sluiten dat het verband deels berust op een slechter algemeen psychisch functioneren na blootstelling aan belastende ervaringen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 7-15]

TREFWOORDEN dissociatie, traumatische levensgebeurtenissen

Ruim een eeuw geleden formuleerde Pierre Janet (1859-1947) zijn theorie over traumatische dissociatie (Van der Kolk & Van der Hart 1989). Janet beschouwde dissociatie als het ontsnappen van denkbeelden en functies aan de controle en vaak ook aan de kennis van het bewustzijn als gevolg van zeer belastende gebeurtenissen. In het vroege werk van Freud over de rol van seksueel misbruik op de kinderleeftijd bij het ontstaan van neurotische klachten speelde de visie van Janet een belangrijke rol. Later verwierp Freud dit idee en vestigde hij zijn aandacht overwegend op verdrongen

driftmatige impulsen als ziekteoorzaak (Albach 1993). De laatste decennia is opnieuw geopperd dat dissociatie een bepaalde mate van bescherming geeft ten tijde van een belastende gebeurtenis, maar op de langere duur desadaptief wordt indien de dissociatie blijft voortduren (Putnam 1996; Spiegel & Cardena 1991).

Meer recente onderzoeken, waarbij een positieve correlatie werd gevonden tussen zelfrapportage van zeer belastende ervaringen tijdens de jeugd en verhoogde scores op een vragenlijst die dissociatieve verschijnselen meetbaar maakt, lij-

ken de opvatting van Janet te bevestigen (zie voor een overzicht Van der Hart 1995; Nijenhuis e.a. 1998). Hierop berust de overtuiging dat belastende jeugdervaringen de oorzaak van een verhoogde neiging tot dissociëren zijn. Op grond van deze veronderstelling zijn hulpverleners soms geneigd bij patiënten met dissociatieve symptomatologie indringend navraag te doen naar belastende ervaringen tijdens de jeugd. Wanneer de patiënt een ontkennend antwoord geeft, wordt dit wel verklaard door het 'vergeten' van zeer belastende ervaringen. Critici van deze 'hidden-memory-hypothese' stellen dat hierdoor bij een patiënt een onjuiste opvatting over de jeugdervaringen kan worden opgeroepen, en bij de onderzoeker een verkeerd beeld van de psychopathogenese (Merckelbach & Muris 2001).

Bij nadere beschouwing is de empirische onderbouwing van een rechtstreeks oorzakelijk verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen niet erg overtuigend. Op veel onderzoeken naar dit verband is in methodologisch opzicht het nodige aan te merken (Frankel 1996; Merckelbach & Muris 2001; Tilman e.a. 1994). Meestal werden groepen patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) bestudeerd. De informatie over belastende ervaringen berustte daarbij vrijwel altijd op zelfrapportage en daarvan is de betrouwbaarheid moeilijk vast te stellen. Bij een dergelijke onderzoeksopzet wordt niet duidelijk of de dissociatieve verschijnselen een opzichzelfstaand gevolg zijn van belastende ervaringen, of dat zij onderdeel uitmaken van de PTSS-symptomatologie. De resultaten kunnen bovendien beïnvloed zijn door onderrapportage, onbetrouwbaarheid van het geheugen en suggestieve beïnvloeding in samenhang met een verhoogde neiging tot dissociëren (Elliot & Briere 1994; Rauschenberger & Lynn 1995; Sanders & Giolas 1991; Widom & Morris 1997; Williams 1994). Verder is er twijfel gerezen over in hoeverre de bij deze onderzoeken gebruikte vragenlijsten voor het meten van dissociatieve verschijnselen voldoende specifiek zijn (Frankel 1996; Tilman e.a. 1994).

De discussie over de relatie tussen trauma en

dissociatie wordt bemoeilijkt door conceptuele controversen en terminologische verwarring. De conceptuele controversen hebben vooral betrekking op de diagnostische categorie 'dissociatieve stoornissen'. Het voorkomen van dissociatie als verschijnsel daarentegen is veel minder controversieel. Mede om die reden lijkt bestudering van dissociatie op symptoomniveau vruchtbaarder (Persons 1986). De terminologische verwarring manifesteert zich in het door elkaar gebruiken van begrippen als psychotrauma, schokkende ervaring en belastende gebeurtenis, die niet hetzelfde aangeven. Een ervaring is als psychotrauma aan te merken wanneer deze ervaring intense angst, hulpeloosheid of afschuw oproept (DSM-IV) en gevolgd wordt door een posttraumatische stressstoornis of een ingrijpende persoonlijkheidsverandering. Een trauma zonder beschadiging is een ongerijmdheid. Niet elke schokkende ervaring, hoe ernstig en ingrijpend ook, is in deze zin traumatisch. Pas uit de gevolgen blijkt of een gebeurtenis of ervaring 'traumatisch' is geweest. Uit de kenmerken van een gebeurtenis als zodanig valt niet af te leiden of deze voor een bepaalde persoon beschadigend zal zijn. Wij geven daarom in dit artikel de voorkeur aan het gebruik van de neutrale omschrijving 'belastende ervaring'.

Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen is bij een heterogene groep psychiatrische patiënten bestudeerd welke vroegere belastende ervaringen zij rapporteerden en wat het verband daarvan was met dissociatieve verschijnselen. Daarnaast zijn verbanden onderzocht met de huidige mate van psychisch functioneren en met het geslacht.

METHODE

Patiënten Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de polikliniek psychiatrie van De Heel Zaan Medisch Centrum te Zaandam in de periode van september 1997 tot oktober 1999. Alle nieuw aangemelde patiënten konden instromen in het onderzoek, ongeacht leeftijd, aanmel-

dingsklacht of stoornis. Van de 609 patiënten die de polikliniek bezochten, werden 109 patiënten uitgesloten. De exclusiecriteria waren taalbarrière ($n = 79$; 13%), psychiatrische overwegingen ($n = 14$; 2,3%), somatische overwegingen ($n = 7$; 1,1%) of verminderde intelligentie ($n = 9$; 1,5%). Van de 500 resterende patiënten weigerden 114 (22,8%). Redenen van weigering waren 'geen tijd', 'te belastend', 'geen behoefte' en dergelijke. In totaal hebben 386 (77,2%) alle vragenlijsten of een deel daarvan ingevuld (Sno e.a. 2002).

Na ondertekening van een verklaring tot medewerking, waarin tevens doel en opzet van het onderzoek waren beschreven, vulden patiënten aansluitend op het eerste consult de volgende lijsten in: de Dissociative Experiences Scale, de Vragenlijst naar Belastende Ervaringen, de Symptom Checklist en de Clinical Global Impression of Severity.

De Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein & Putnam 1986; in de vertaling van Boon & Draijer 1995) is een 28 vragen bevattende zelfinvullijst ten behoeve van de screening van dissociatieve ervaringen. De test-hertestbetrouwbaarheid is goed. De DES is geen diagnostisch instrument. Een hoge score op deze lijst betekent wel een grotere kans op de aanwezigheid van een dissociatieve stoornis (Steinberg e.a. 1993). Carlson e.a. (1993) hanteren een afkappunt van 30, Boon en Draijer (1995) een afkappunt van 25. Carlson e.a. (1993) vonden na factoranalyse 3 factoren die gezamenlijk 49% van de variantie verklaren: amnesie, absorptie/imaginatie en depersonalisatie/derealisatie.

Met de (zelfinvul-) Vragenlijst naar Belastende Ervaringen (VBE) (Nijenhuis 1999) worden uiteenlopende belastende ervaringen nagevraagd. De totaalscore geeft aan hoeveel van de 20 genoemde belastende gebeurtenissen de respondent heeft vermeld te hebben ondergaan. Daarnaast kunnen subscores worden berekend voor 'emotionele verwaarlozing en mishandeling', 'lichamelijk misbruik' en 'seksuele intimidatie en misbruik'. De lijst heeft goede psychometrische eigenschappen (Nijenhuis e.a. 2002). Tevens geeft deze lijst de mogelijkheid om ook de mate waarin de responden-

ten zich door de betreffende ervaringen belast voelen te berekenen (zie ook Nijenhuis e.a. 2002). De correlatie tussen deze twee uitkomsten was zeer hoog ($n = 351$; $r = 0,89$; $p < 0,001$). Daarom is besloten om de meting van ervaren belasting verder niet te gebruiken.

De Symptom Checklist-90 (SCL-90) is een veelgebruikte zelfinvulvragenlijst met 90 vragen over uiteenlopende psychiatrische symptomen (Arrindell & Ettema 1981; Derogatis 1977). De lijst geeft een totaalscore, en subscores voor onder meer depressie, angst, somatisatie en vijandigheid.

Tot slot werd de Clinical Global Impression of Severity (CGI-S) door de clinicus ingevuld. Deze lijst geeft met een getal een globale indruk van de ernst van een psychiatrische stoornis (Guy 1976).

Voor de statistische bewerking is gebruikgemaakt van SPSS 11. De samenhang tussen variabelen is berekend met behulp van significantietoetsen op de Pearson-productmomentcorrelaties. Bij het berekenen van de resultaten varieerde de groepsgrootte als gevolg van het niet of incompleet beantwoorden van een of meer vragenlijsten. De aantallen in de tabellen en in de statistische analyses kunnen daarom verschillen. Wanneer groepsgemiddelden werden vergeleken is gebruikgemaakt van variantieanalyse (ANOVA).

De hoofdvraag van dit onderzoek is de mate van de samenhang tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen.

RESULTATEN

De sociodemografische kenmerken en psychiatrische status van de onderzoeksgroep zijn beschreven in Sno e.a. (2002) en worden hier kort samengevat. De gemiddelde leeftijd was 41,0 (standaarddeviatie (SD) 13,9; range 16-84). De meerderheid is vrouw (64,5%) en van Nederlandse afkomst (78,2%), 21,8% is van buitenlandse afkomst van wie de grootste groep Turks is (14,8%). Ruim de helft van de patiënten (55,7%) gaf blijk van een stemmingsstoornis, bij 8,5% is een aanpassingsstoornis vastgesteld en 7,8% had een angststoornis. Bij 13,6% van de patiënten is een persoonlijkheidsstoornis

vastgesteld en 29,7% vertoonde daar de trekken van. Volgens de CGI-S was 72,3% van de patiënten 'niet tot licht ziek'. Bij 27,7% was het oordeel 'matig tot extreem ziek'.

De resultaten op de vragenlijst naar belastende ervaringen zijn in tabel 1 weergegeven.

Een aanzienlijk deel van de door ons onderzochte patiënten meldde belastende ervaringen eerder in hun leven (tabel 1). De totaalscore bedroeg 4,20 belastende ervaringen (SD 3,70). Slechts 38 patiënten van de 351 die de VBE volledig hadden ingevuld, rapporteerden geen belastende ervaringen. De totaalscore voor mannen was 3,51 (SD 3,41). Voor vrouwen was dat 4,56 (SD 3,81). Een belangrijk deel van de onderzochte groep gaf aan meer-

dere belastende ervaringen te hebben meege maakt. Opvallend is ook het grote aantal patiënten dat emotionele verwaarlozing in het gezin van herkomst meldde (mannen 34,3%, vrouwen 38,8%).

De gemiddelde score van de hele onderzoeksgroep (n = 386) op de DES was 7,24 (SD 11,22); voor vrouwen (n = 246) was de gemiddelde score 6,9 (SD 10,26) en voor mannen (n = 140) 7,82 (SD 12,74). De gemiddelde score op de CGI-S (n = 609) bedroeg 2,76 (SD 1,09); het klinisch oordeel was voor vrouwen (n = 393) 2,78 (SD 1,09) en voor mannen (n = 216) 2,73 (SD 1,11).

De correlaties tussen de dissociatiescores, de totaalscore op de VBE, de globale schatting van de

TABEL 1 Scores op de Vragenlijst naar Belastende Ervaringen van nieuw aangemelde poliklinische patiënten

Belastende ervaring	Aantal respondenten dat deze vraag beantwoord heeft	'Ja'	
		% mannen	% vrouwen
Als kind zorg moeten dragen voor ouders en/of andere kinderen in het gezin	374	14,7	29,4
Gezinsbelasting (bv. drugsverslaafde ouder; psychiatrische problemen, armoede)	377	27,7	33,3
Overlijden van een gezinslid in uw kindertijd	381	20,3	21,4
Overlijden van een eigen kind of partner	380	5,1	7,9
Oplopen van lichamelijk letsel	379	7,2	12,9
Levensbedreigende ervaringen door ziekte, operatie, ongeval	380	16,7	15,7
Bedreiging van uw leven door toedoen van een ander	379	13,0	13,7
Intense pijn	380	18,1	24,8
Oorlogssituaties	378	8,7	5,4
Aanwezig zijn bij ernstig belastende gebeurtenissen die anderen treffen	377	36,2	33,9
Emotionele verwaarlozing in mijn gezin van herkomst	379	34,3	38,8
Emotionele verwaarlozing door familieleden	376	9,6	19,1
Emotionele verwaarlozing door niet-familieleden	378	13,1	14,5
Emotionele mishandeling in mijn gezin van herkomst	380	26,8	27,7
Emotionele mishandeling door familieleden	377	9,5	10,4
Emotionele mishandeling door niet-familieleden	378	16,1	19,5
Lichamelijke mishandeling in mijn gezin van herkomst	377	18,4	15,8
Lichamelijke mishandeling door familieleden	379	1,5	2,1
Lichamelijke mishandeling door niet-familieleden	378	6,5	14,6
Hinderlijke seksuele toenadering in mijn gezin van herkomst	379	2,9	7,9
Hinderlijke seksuele toenadering door andere familieleden	380	2,9	7,4
Hinderlijke seksuele toenadering door niet-familieleden	379	5,8	24,5
Seksueel misbruik in mijn gezin van herkomst	379	1,5	5,8
Seksueel misbruik door andere familieleden	379	1,5	2,5
Seksueel misbruik door niet familieleden	378	5,9	16,1
Andere ervaringen opgedaan die u hebben belast	376	27,0	42,7

TABEL 2 Correlaties van de scores van nieuw aangemelde poliklinische patiënten op de Clinical Global Impression of Severity, de Symptom Checklist-90, de Dissociative Experiences Scale en de Vragenlijst naar Belastende Ervaringen

	CGI-S	SCL-90 totaalscore	DES
	r (n)	r (n)	r (n)
SCL-90 totaalscore	0,35** (378)		
DES	0,26** (380)	0,62** (383)	
VBE	0,13* (350)	0,33** (351)	0,30** (359)

* significant $p < 0,05$ (2-zijdig)
 ** significant $p < 0,01$ (2-zijdig)
 r = correlatiecoëfficiënt r
 CGI-S = Clinical Global Impression of Severity
 SCL-90 = Symptom Checklist-90
 DES = Dissociative Experiences Scale
 VBE = Vragenlijst naar Belastende Ervaringen

ernst van psychopathologie (CGI-S) en de SCL-90-totaalscore zijn weergegeven in tabel 2. De correlatiecoëfficiënt r tussen belastende ervaringen en de DES is 0,30. Er is geen verschil tussen de score voor mannen ($n = 129$) en die voor vrouwen ($n = 222$): $p < 0,001$.

De correlatie ($r = 0,35$) tussen de SCL-90 en de CGI-S is significant. De samenhang ($r = 0,62$) tussen de DES en de ernst van de psychopathologie gemeten met de SCL-90 blijkt eveneens significant te zijn en tussen de DES en de ernst van de psychopathologie gemeten met de CGI-S ($r = 0,26$) ook. Tevens is een significante samenhang gevonden tussen de mate waarin men aangaf belastende gebeurtenissen te hebben meegemaakt en de ernst van de psychopathologie: met de SCL-90 ($r = 0,33$) en met de CGI-S ($r = 0,13$).

De patiënten met een DES-score gelijk aan of hoger dan 30 ($n = 18$) hadden een gemiddelde score op de VBE van 7,05; bij een DES-score van minder dan 30 ($n = 331$) was dit 4,03. Deze gemiddelden verschillen bij toetsing met ANOVA significant ($F = 13,03$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Een positief antwoord op de vraag naar emotionele verwaarlozing tijdens de jeugd (VBE) en dissociatieve verschijnselen (DES) geeft een correlatie van $r = 0,32$ ($p < 0,001$) te zien. De correlatie tussen de mate waarin dissociatieve verschijnselen worden aangegeven en het aantal belastende ervaringen wordt niet beïnvloed door de etnische achtergrond van de respondenten (totale groep $r = 0,27$; alleen autochtonen $n = 344$, $r = 0,27$).

DISCUSSIE

In dit onderzoek zijn wij gestuit op dezelfde methodologische problemen die wij aanmerkten als zwakte in de onderzoeken naar het verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen. De belangrijkste zwakte is de (on)betrouwbaarheid van de zelfrapportage en de moeilijk definieerbare concepten als trauma en dissociatie. Bij de interpretatie van de resultaten is dan ook terughoudendheid gerechtvaardigd.

In bijna alle onderzoeken over trauma en dissociatie wordt uitgegaan van gegevens over belastende ervaringen in het verleden die berusten op zelfrapportage. De betrouwbaarheid van deze informatie is omstreden (Merckelbach & Muris 2001). Mensen met hoge dissociatiescores hebben vaak ook een levendige fantasie en zijn ontvankelijk voor suggestieve beïnvloeding (Rauschenberger & Lynn 1995). De gevonden positieve correlaties tussen eigen herinnering aan belastende ervaringen en gemeten dissociatiescores kunnen voor een deel berusten op onbetrouwbaarheid van het geheugen en suggestieve beïnvloeding die samenhangen met een verhoogde neiging tot dissociëren. Anderzijds zijn er ook aanwijzingen dat mensen met zeer belastende ervaringen in de voorgeschiedenis geneigd kunnen zijn om hierover te zwijgen of dit bij navraag te ontkennen (Elliot & Briere 1994). Verder is er veel klinische documentatie die wijst op de mogelijkheid dat belastende ervaringen lange tijd niet worden herinnerd. Twee prospectieve onderzoeken bij volwassenen met

een uit objectieve bron bevestigd seksueel of fysiek misbruik in de jeugd lieten zien dat een aanzienlijk aantal zich dit niet kon herinneren (Widom & Morris 1997; Williams 1994). Het is dus aannemelijk dat zelfrapportage over belastende ervaringen tijdens de jeugd zowel een aantal fout-positieve als fout-negatieve opgaven oplevert. Dit heeft uiteraard consequenties voor de interpretatie van deze onderzoeken.

De kernvraag van dit onderzoek is de mate van een samenhang tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen. In veel onderzoeken is een verband gevonden tussen de mate waarin dissociatieve verschijnselen aanwezig zijn en belastende ervaringen in de voorgeschiedenis (Carlier e.a. 1996; Van der Hart 1995; Nijenhuis e.a. 1998). Ook in ons onderzoek blijken dissociatieve ervaringen significant te correleren met de mate waarin men aangeeft belastende ervaringen te hebben meegemaakt. De respondenten die geen belastende ervaringen noemden hadden een lage gemiddelde DES-score, terwijl de patiënten met een relatief hoge DES-score relatief veel belastende ervaringen vermeldden.

Maar er zijn ook aanwijzingen dat een oorzakelijk verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen minder eenvoudig ligt. In de meeste onderzoeken naar die samenhang werd een groep van patiënten met een traumatische stoornis onderzocht. Bij die onderzoeksopzet blijft onduidelijk of de gevonden relatie tussen dissociatie en belastende ervaringen verklaard wordt door de belastende ervaringen of door de posttraumatische symptomatologie. Elzinga e.a. (2002) onderzochten dissociatieve verschijnselen en belastende ervaringen bij 800 eerstejaars psychologiestudenten met behulp van vragenlijsten. De samenhang tussen door hen zelf gerapporteerde belastende ervaringen en dissociatie was zwak positief ($r = 0,27$). In ons onderzoek, bij poliklinische psychiatrische patiënten, vonden wij net als Elzinga e.a. een weliswaar significant, maar zwak ($r = 0,30$) verband. Deze correlatie verklaart slechts 9% van de variantie. Dit impliceert dat er nog meer beïnvloedende factoren ten aanzien van de disso-

ciatieve verschijnselen moeten bestaan. Een eerste indruk daarvan is al gegeven in een vorig artikel (Sno e.a. 2002). Nash e.a. (1993) vonden in een groep vrouwen met en zonder psychiatrische klachten dat door henzelf gerapporteerd seksueel misbruik in de voorgeschiedenis positief correleerde met dissociatieve symptomen. Maar deze correlatie verdween wanneer 'family pathology' als covariabele in de statistische analyse werd ingevoerd. In ons onderzoek vonden wij een positieve correlatie tussen zelfrapportage van emotionele verwaarlozing als kind en verhoogde dissociatiescores. In een onderzoek bij opgenomen psychiatrische patiënten was er een significante correlatie van dissociatieve verschijnselen met seksueel en/of fysiek misbruik, maar ook met slecht functioneren van de moeder (Draijer & Langeland 1999). Sanders & Giolas (1991) zagen bij een groep jonge psychiatrische patiënten dat de correlatie tussen eigen herinnering aan seksueel misbruik en dissociatie (DES) zwak significant was ($r = 0,26$), terwijl de correlatie tussen een slecht gezinsklimaat en dissociatie veel hoger was ($r = 0,50$). Deze auteurs konden ook de ziekenhuisgegevens van de onderzochte patiënten inzien. Een expert die niet op de hoogte was van de DES-scores ging na of de ziekenhuisgegevens wezen op seksueel misbruik. Tegen de verwachting in bleek een zwak-negatieve correlatie te bestaan tussen vermoeden van seksueel misbruik op grond van de ziekenhuisgegevens en de dissociatiescores.

Het is voorts denkbaar dat een verhoogde neiging tot dissociëren predisponert voor het ontwikkelen van een PTSS. Dit zou een alternatieve verklaring kunnen vormen voor het vastgestelde verband tussen traumatische ervaringen en dissociatie bij groepen patiënten met een posttraumatische stoornis. Halligan & Yehuda (2002) onderzochten de mogelijkheid dat een verhoogde neiging tot dissociëren een risicofactor is voor het ontwikkelen van een PTSS. Volwassen kinderen van holocaust-overlevenden hebben een verhoogde kans op het krijgen van een PTSS. Er werden verhoogde dissociatiescores gevonden bij de onderzochten met een PTSS, maar niet bij hen met

een PTSS in remissie of zonder PTSS. De dissociatiescores hielden ook verband met andere uitingen van psychopathologie dan PTSS. Halligan & Yehuda concludeerden dat dissociatieve symptomen meer samenhangen met actuele psychiatrische symptomatologie dan met een lang bestaande predispositie voor PTSS.

De door ons gevonden significante correlatie van de SCL-90 en CGI-S met dissociatieve verschijnselen (tabel 2) is in overeenstemming met bovengenoemde visie, waarbij wij ervan uitgaan dat de SCL-90 en CGI-S beide een maat zijn voor de ernst van psychopathologie/neuroticisme. De samenhang tussen de DES en de SCL-90 is zelfs aanzienlijk hoger dan die tussen de DES en de VBE. Hoewel beide samenhangen significant zijn (zie tabel 2), is de discrepantie tussen de hoogte van de correlatie van de DES met de CGI-S ($r = 0,26$; zeer zwak) en de SCL-90 ($r = 0,62$; matig) opvallend. De correlatie tussen de CGI-S en de SCL-90 was eveneens significant maar zwak ($r = 0,35$). Een mogelijke verklaring van de zwakke samenhangen tussen enerzijds de DES en SCL-90 en anderzijds de CGI-S is gelegen in het feit dat de eerste zelfinvulschalen zijn. In een onderzoek van Kass e.a. (1983) naar de samenhang van de SCL-90 en een meetinstrument voor psychopathologie dat door de clinicus werd ingevuld, is een zelfs nog zwakkere relatie gevonden ($r = 0,17$). De auteurs vonden dat bij de SCL-90 vaak onderrapportage voorkomt uit angst of wantrouwen, maar dat bij een hoge lijdensdruk of theatrale neigingen ook regelmatig sprake is van overrapportage op de zelfinvullijst. Zij concludeerden hierdoor dat de SCL-90 een beperkte waarde heeft als klinische maat voor psychopathologie. Daarnaast kan ook het feit dat de SCL-90 vooral een maat is voor neuroticisme, terwijl de CGI-S over de ernst van het totale psychopathologische spectrum oordeelt, een reden zijn voor de zwakke samenhang van de CGI-S met de DES en de SCL-90.

Desalniettemin is in dit onderzoek een duidelijke relatie gevonden tussen de mate van dissociatieve verschijnselen en psychopathologie. Dit betekent dat zowel dissociatie als belastende erva-

ringen gerelateerd zijn aan de mate van psychopathologie. Deze relatie is waarschijnlijk reciproque; met andere woorden: dissociatie wijst op ernstiger psychopathologie en omgekeerd is bij zwaardere psychopathologie de kans op dissociatie groter. Hetzelfde geldt kennelijk ook voor belastende ervaringen: belastende ervaringen gaan samen met meer psychopathologie en omgekeerd is bij ernstiger psychopathologie de kans op belastende ervaringen groter.

CONCLUSIE

Op grond van vroegere onderzoeken is uitgegaan van een direct causaal verband tussen dissociatieve verschijnselen en traumatische ervaringen in de voorgeschiedenis. De gevonden correlaties, waarop de aanname van dit oorzakelijk verband is gebaseerd, kan echter goed verklaard worden door methodologische zwakte. Het gaat dan vooral om het feit dat de meeste onderzoeken plaatsvonden bij patiënten met PTSS.

Ondanks de resultaten van recentere onderzoeken is de notie van een lineair causaal verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen hardnekkig gebleken. Een aantal van de hiervoor besproken onderzoeken steunen een unidimensionaal causaal verband echter niet. Hoewel een oorzakelijk verband tussen belastende ervaringen en dissociatieve verschijnselen vaak is gevonden, zijn er aanwijzingen dat dit verband deels zou kunnen berusten op een algemeen slechter psychisch functioneren na blootstelling aan belastende ervaringen.

Ons onderzoek ondersteunt de bevinding dat er geen sprake is van een lineair causaal verband tussen dissociatieve verschijnselen enerzijds en belastende ervaringen anderzijds. Dissociatieve verschijnselen zijn kennelijk deel van een complexere causale keten, waarvan de precieze aard verder onderzoek vergt. Tot zover is duidelijk geworden dat men niet alleen bij dissociatieve verschijnselen verdacht dient te zijn op belastende ervaringen. Ook bij ernstige psychopathologie in het algemeen zijn er redenen om naar belastende ervaringen te vragen.

LITERATUUR

- Albach, F. (1993). *Freud's verleidingstheorie. Incest, trauma en histerie*. Proefschrift. Middelburg: Stichting Petra.
- Arrindell, W.A., & Ettema, H. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de SCL-90. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 36, 77-108.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Boon, S., & Draijer, N. (1995). *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Carlier, I.V., Lamberts, R.D., Fouwels, A.J., e.a. (1996). PTSD in relation to dissociation in traumatized police officers. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1325-1328.
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: administration, scoring, and procedures manual-I for the R(vised) Version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Elliot, D.M., & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children: disclosure and symptomatology. *Behavioral Sciences & the Law*, 12, 261-277.
- Elzinga, B.M., Bermond, B., & van Dyck, R. (2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 104-111.
- Frankel, F.H. (1996). Dissociation: the clinical realities. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl.), 64-70.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology revised*. Rockville, Maryland: US Department of health, education, and welfare, Public Health Service.
- Halligan, S.L., & Yehuda, R. (2002). Assessing dissociation as a risk factor for posttraumatic stress disorder: a study of adult offspring of holocaust survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 429-436.
- Hart, O. van der. (Red.). (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kass, F., Charles, E., Klein, D.F., e.a. (1983). Discordance between the SCL-90 and therapists' psychopathology ratings. *Archives of General Psychiatry*, 40, 389-393.
- Kolk, B.A. van der, & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 245-254.
- Nash, M.R., Hulsey, T.L., Sexton, M.C., e.a. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 276-283.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatiform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., van Dyck, R., e.a. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Persons, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *The American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Putnam, F.W. (1996). Child development and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 285-301.
- Rauschenberger, S.L., & Lynn, S.J. (1995). Fantasy proneness, DSM-III-R axis I psychopathology, and dissociation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 373-380.
- Sanders, B., & Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 50-54.
- Sno, H.N., Schalken, H.F.A., op den Velde, W., e.a. (2002). Dissociatieve verschijnselen bij patiënten op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 161-172.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., e.a. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the structural clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *Dissociation*, 6, 3-15.

- Tilman, J.G., Nash, M.R., & Lerner, P.M. (1994). Does trauma cause dissociative pathology. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Red.), *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 395-415). New York: Guilford.
- Widom, C.S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part II: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34-46.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.

Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

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

H.F.A. SCHALKEN is zelfstandig werkzaam psycholoog-psychotherapeut te Amsterdam.

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

Correspondentieadres: dr. W. Op den Velde, Jan Slotswijk 110, 7916 VH Elim.

E-mail: w.opdenvelde@planet.nl.

AUTEURS

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

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

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-4-2005.

SUMMARY

The relationship between traumatic experiences and dissociative phenomena – W. Op den Velde, P.G.H. Aarts, H.F.A. Schalken, H.N. Sno –

BACKGROUND Intuitively we are convinced that there must be a causal relationship between traumatic experiences and dissociation. However, although the theory is both elegant and attractive, the existence of a direct causal link between trauma and dissociation is open to question. Available studies on this theme have methodological shortcomings.

AIM To obtain more insight into the frequency with which psychiatric patients have undergone traumatic experiences and to find out more about the relationship between these experiences and dissociative phenomena.

METHOD Over a period of two years new outpatients attending psychiatric clinics completed questionnaires about their past life and mental health; in these questionnaires they gave information about traumatic experiences, dissociative phenomena, psychological symptoms and psychological functioning.

RESULTS Only 38 of the 351 patients who completed the questionnaire stated that they had never had any traumatic experiences. A relatively large number of patients mentioned that they had experienced emotional deprivation in their family of origin. The correlation coefficient between traumatic experiences and the scores for dissociative phenomena was 0.30.

CONCLUSION In view of the weak positive correlation between traumatic experiences and dissociative phenomena the hypothesis of a linear causal relationship seems unlikely. It is possible that the relationship is based partly on the poorer general psychological functioning that follows exposure to traumatic experiences.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 7-15]

KEY WORDS dissociative disorders, stressful events of life