

**De frequentie van dissociatieve verschijnselen in een klinisch-
psychiatrische populatie en factoren die hiermee samenhangen.**

Auteur:

E.E.A. de Gooijer

3159442

Masterthesis KGP,

Universiteit Utrecht

Begeleiding:

Dhr. prof. dr. L.J.P. van Doornen, UU

Dhr. drs. G. Ouwersloot, Lievensberg Ziekenhuis

Datum: 14 november 2010

Summary

Dissociative phenomena tend to go unrecognized in a clinical setting. It is however of great importance that these phenomena get recognized, because in some cases they can cause a negative outcome of treatment. Therefore we decided to take a closer look on the frequency of dissociative phenomena appearing in a clinical population and factors related to these phenomena, like gender, diagnosis, level of distress and drug use. The mean DES-score within this clinical population is 24.5. There is no difference between men and women in experiencing dissociative phenomena. Between diagnostic groups there is a difference between anxiety disorders and mood disorders, where the latter experiences significantly more dissociative phenomena. A high positive correlation is found between the level of distress and the degree of experienced dissociative phenomena. The use of antipsychotics is related to the degree of experienced dissociative phenomena. These findings can be of great value for the therapist in the clinical setting.

Samenvatting

Dissociatieve klachten worden in de klinische praktijk nogal eens over het hoofd gezien. Het is echter van belang dat het bestaan van dissociatieve klachten bij de patiënt gezien wordt door de behandelaar, mede omdat deze een negatief effect op de uitkomst van de behandeling kunnen hebben. Om die reden is ervoor gekozen de frequentie van dissociatieve klachten binnen een klinisch-psychiatrische populatie te onderzoeken en daarnaast de factoren waarmee deze klachten samenhangen zoals geslacht, diagnose, lijdensdruk en medicijngebruik. De gemiddelde DES-score binnen deze klinische populatie komt op 24,5. Er is geen verschil gevonden in de mate van dissociatieve klachten tussen mannen en vrouwen. Tussen de diagnosegroepen angststoornissen en stemmingsstoornissen wordt een verschil gevonden waaruit blijkt dat de laatste diagnosegroep significant meer dissociatieve klachten ervaart. Een hoge positieve correlatie wordt gevonden tussen lijdensdruk en dissociatieve klachten. Het gebruik van antipsychotica blijkt samen te hangen met de mate van dissociatieve klachten. Deze uitkomsten kunnen van grote waarde zijn voor de therapeut binnen de klinische setting.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Twee modellen	6
De Dissociative Experience Scale	7
Prevalentie van dissociatie in verschillende populaties	7
Factoren die samenhangen met de mate van dissociatie	8
Onderzoeksvraag	10
Methoden	11
Onderzoeksopzet	11
Exclusiecriteria	11
Meetinstrumenten	11
Data analyse	13
Resultaten	14
Verskil in DES-score tussen mannen en vrouwen	15
Verskil in DES-score tussen de diagnosegroepen	15
Relatie tussen de DES-score en lijdensdruk	15
DES-score in relatie met medicijngebruik	16
Overige factoren	17
Discussie	18
De invloed van lijdensdruk op dissociatieve verschijnselen	18
Dissociatieve verschijnselen niet gerelateerd aan geslacht	18
De rol van diagnose bij dissociatieve verschijnselen	19
De invloed van medicijngebruik op dissociatieve verschijnselen	19
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	20
Literatuur	21

Inleiding

Veel mensen zijn bekend met het verschijnsel, je rijdt met de auto naar je werk en plotseling besef je er al te zijn, zonder de reis bewust meegemaakt te hebben. Dit is een milde vorm van dissociatie. In de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) wordt dissociatie gedefinieerd als een 'verstoring in de gewoonlijk geïntegreerde functies betreffende bewustzijn, geheugen, identiteit of waarneming van de omgeving' (American Psychiatric Association, 1994). Deze verstoring kan gradueel of categoriaal, tijdelijk of chronisch zijn. De categorie dissociatieve stoornissen in de DSM IV bestaat uit: dissociatieve amnesie, dissociatieve fugue (ook wel dissociatieve vlucht genoemd), dissociatieve identiteitsstoornis, depersonalisatiestoornis en dissociatieve stoornis Niet Anderszins Omschreven. Deze categorie As 1 stoornissen is een zelfstandige groep diagnoses. Daarnaast kunnen dissociatieve klachten nogal eens voorkomen bij andere stoornissen. Dissociatieve verschijnselen zijn echter niet altijd pathologisch van aard (Ross e.a., 1991). Voorbeelden van milde en meer alledaagse verschijnselen, zoals het rijden naar het werk zonder bewuste aandacht, zijn fantaseren, dagdromen, verhoogde concentratie en het verrichten van meerdere handelingen waarbij de bewuste aandacht slechts bij een taak aanwezig is (De Wachter, Lange, Vanderlinden, Pouw & Strubbe, 1998).

Dissociatieve klachten worden nogal eens over het hoofd gezien (Coons, 1998; Steinberg, Barry, Sholomskas en Hall, 2005). Het is echter van belang dat het bestaan van dissociatieve klachten bij de patiënt gezien wordt door de behandelaar, mede omdat deze een negatief effect op de uitkomst van de behandeling hebben (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007). Het lijkt erop dat patiënten met dissociatieve klachten in sommige gevallen kunnen gaan dissociëren als reactie op negatieve emoties die psychotherapie teweeg brengt, wat leidt tot een minder wenselijke uitkomst. Daarnaast lijken deze patiënten vaak een onveilig hechtingspatroon te hebben die de therapeutische relatie negatief beïnvloedt.

Dissociatieve verschijnselen kunnen direct en indirect de behandeling en de uitkomst ervan beïnvloeden.

Om die reden is ervoor gekozen te inventariseren bij welke patiënten binnen een klinische populatie dissociatieve verschijnselen voorkomen. Daarnaast wordt onderzocht welke factoren mogelijk samenhangen met de aard en frequentie van dissociatieve verschijnselen.

Twee modellen

In de literatuur doen verschillende opvattingen de ronde over de aard van dissociatieve verschijnselen. Deze opvattingen zijn samengevat in twee modellen. Het continuümmodel veronderstelt dat verschillende dissociatieve symptomen in feite hetzelfde fenomeen betreffen en louter verschillen in ernst. Ernstige (pathologische) dissociatie ligt in het verlengde van lichte ('normale') dissociatie. In deze opvatting zou dissociatie bij iedereen kunnen optreden, zodat complexe, routinematige handelingen uitgevoerd kunnen worden terwijl tegelijkertijd andere activiteiten worden uitgevoerd. Dissociatie wordt pas een probleem als het extreme vormen aanneemt. Deze theorie wordt ondersteund door onderzoek van Dell (2002). Hij voerde een factoranalyse uit aan de hand van de Multidimensional Inventory of Dissociation (MID), een vragenlijst die 11 verschillende dimensies van dissociatie uitvraagt en vond één factor die 85% van de variantie verklaarde. Hij concludeerde dat dissociatie een zelfstandig taxon is welke verschillende aspecten behelst.

Het discontinuümmodel daarentegen, onderscheidt verschillende typen dissociatie niet alleen in ernst maar ook in aard. Deze theorie wordt ondersteund door onderzoek van Briere, Weathers en Runtz (2005). Zij vonden dat dissociatie een variëteit aan fenomenologisch te onderscheiden en slechts matig gerelateerde symptoomclusters representeert, van welke de overeenkomst meer theoretisch is dan empirisch. Dissociatieve klachten liggen volgens hen

niet op een glijdende schaal van ernstig tot licht, maar bestaan uit aparte symptoomclusters. Om deze reden wordt dit model als discontinu aangemerkt.

De Dissociative Experience Scale

Om de mate en frequentie van dissociatieve verschijnselen in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van verschillende vragenlijsten. Een hiervan is de Dissociative Experience Scale (DES). Dit is een vragenlijst die gestoeld is op het continuümmodel (Bernstein & Putnam, 1986). Deze zelfinvullijst is ontwikkeld door Bernstein en Putnam (1986) en vertaald door Boon en Draijer (1995). Met behulp van de DES kan de frequentie van algemene dissociatieve ervaringen worden vastgesteld bij zowel gezonde personen als bij (poli)klinische psychiatrische patiënten. Het is een screeningsinstrument en geen diagnostisch instrument. Een hogere score op de DES betekent een grotere kans op het bestaan van een dissociatieve stoornis.

Prevalentie van dissociatie in verschillende populaties

Internationaal is de DES het meest gebruikte instrument in onderzoeken naar dissociatieve verschijnselen, wat vergelijking binnen de literatuur vereenvoudigt (Sno, 2004). Zo vonden Bernstein en Putnam in de Verenigde Staten onder meer een gemiddelde DES-score van 4 bij 'gezonde participanten', een score van 11 bij 'psychiatrisch patiënten' en een score van 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). Dit grote verschil werd door Ensink en Van Otterloo uitgelegd aan de hand van culturele verschillen, dan wel in de houding tegenover dissociatie, dan wel in de mate van dissociatie tussen de Noord-Amerikaanse populatie en de Nederlandse populatie. De gerapporteerde gemiddelde DES-scores bij Nederlandse klinische psychiatrische patiënten kwamen op 17,4 en 20,0 (Draijer & Langeland 1999; Friedl &

Draijer 2000). Deze scores wijzen op een verhoogde mate van dissociatie binnen de gemiddelde klinische populatie.

Factoren die samenhangen met de mate van dissociatie

Zoals eerder genoemd blijven dissociatieve klachten vaak onopgemerkt, ondanks de mogelijke effecten ervan op de behandeling. Daarom wordt binnen dit onderzoek geïnventariseerd bij welke patiënten binnen een klinische populatie dissociatieve verschijnselen voorkomen. Ook wordt onderzocht welke factoren mogelijk samenhangen met de aard en frequentie van dissociatieve verschijnselen.

Als eerste zal onderzocht worden in hoeverre er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen voor wat betreft het voorkomen van dissociatieve klachten. Uit epidemiologisch onderzoek van Ross (1996) en Coons (1998) blijkt dat een grote meerderheid van patiënten met dissociatieve stoornissen uit vrouwen bestaat. Deze bevinding komt echter niet eenduidig uit de literatuur naar voren. Zo vond Ross (1991) enkele jaren voor zijn eerder genoemde onderzoek geen verschil in dissociatie tussen mannen en vrouwen in de algemene populatie. Dit verschil wordt ook niet gevonden in onderzoek van Spitzer et al.(2003) en van Spitzer en Freyberger (2008). Zij hebben binnen de analyses in hun onderzoek gecontroleerd voor de bestaande lijdensdruk, omdat deze significant hoger lag voor vrouwen dan voor mannen en daarnaast gecontroleerd voor de diagnose.

De tweede factor die onder de loep genomen zal worden, is de diagnose. Het is interessant om te kijken of het voorkomen van dissociatieve klachten verschilt tussen verschillende diagnosegroepen. Uit het onderzoek van Putnam (1996) blijkt dit inderdaad zo te zijn. Zij vond tussen de verschillende diagnostische groepen significant verschillende gemiddelde DES-scores. Dit werd evenwel door Sno (2002) in Nederland niet gevonden. In zijn onderzoek is de poliklinische populatie echter slechts verdeeld in 'neurotische stoornissen', 'niet-neurotische stoornissen' en 'geen stoornissen'. In ons onderzoek zullen de

diagnosegroepen iets specifiekere worden gedefinieerd om zo meer aansluiting te vinden bij de terminologie van As I uit de DSM-IV.

Dit om de vraag te kunnen beantwoorden of er binnen de categorie 'neurotische stoornissen' verschillen in dissociatie bestaan. Er zal gefocust worden op de as 1 diagnosegroepen angststoornissen en stemmingsstoornissen. Deze komen het meest voor binnen een algemene klinische populatie. Omdat het onderzoek gaat over de mate van dissociatieve klachten bij andere diagnoses dan dissociatieve stoornissen is de diagnosegroep 'Dissociatieve stoornissen' buiten beschouwing gelaten. IJendoorn (1996) vond in zijn meta-analyse over 100 gepubliceerde onderzoeken gemiddelde DES-scores van 10.2 voor angststoornissen en 19.4 voor stemmingstoornissen. Zoals eerder werd genoemd blijken de scores vaak hoger te liggen binnen Nederlandse populaties. De vraag is of dat in dit onderzoek ook het geval is en of de gevonden waarden voor angststoornissen en stemmingstoornissen ook significant van elkaar verschillen?

Naast de aard van de pathologie, zou ook de ernst ervan samen kunnen hangen met dissociatieve verschijnselen. Ernst in de zin van zelf gerapporteerde lijdensdruk, gemeten met The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977; vertaald door Arrindell & Ettema, 2003). Hangen hoge DES-scores samen met een hoge lijdensdruk? Uit onderzoek van Steinberg et al. (2005) komt dit verband significant naar voren. Zij hebben echter een scheiding gemaakt tussen patiënten met een dissociatieve stoornis, en patiënten zonder deze stoornis. De eerste groep scoorde hoger op de SCL-90 dan de tweede groep. Binnen dit onderzoek zal deze scheiding niet gemaakt worden. Het is interessant om te kijken of oplopende DES-scores samenhangen met oplopende lijdensdruk.

Een niet te verwaarlozen aspect binnen de klinische populatie is het medicijngebruik. Voornamelijk medicatie uit de categorieën antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepinen wordt veelvuldig voorgeschreven. Van de laatste categorie is bekend dat depersonalisatie een

bijwerking kan zijn (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2009). Deze vorm van dissociatie als bijwerking komt weliswaar weinig voor, desalniettemin is deze wel gerapporteerd. Zou medicijngebruik ook een factor kunnen zijn die samenhangt met de mate van dissociatie?

Onderzoeksvraag

Deze overwegingen leiden tot de volgende onderzoeksvraag: **Wat is de frequentie van dissociatieve verschijnselen in een klinisch-psychiatrische populatie en welke factoren hangen samen met die verschijnselen?** Binnen deze vraag wordt het volgende onderzocht: Is er verschil in de frequentie van dissociatieve verschijnselen tussen mannen en vrouwen? Is er een verschil zichtbaar in de frequentie van dissociatieve verschijnselen tussen de diagnosegroepen Stemmingstoornissen en Angststoornissen? Correleert de mate waarin dissociatieve verschijnselen voorkomen positief met de ervaren lijdensdruk? Daarnaast zal explorierend gekeken worden naar de vraag of de mate van dissociatieve klachten samenhangt met het medicijngebruik.

Methoden

Onderzoeksopzet

Het onderzoek zal gehouden worden binnen een opnamegroep op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Alle opeenvolgende patiënten worden in de eerste weken van hun opname onderzocht met een testbatterij, waarin de SCL-90 en de DES zijn opgenomen. Op deze wijze wordt een aselechte steekproef gegenereerd.

Om de mate van dissociatieve klachten te meten bij verschillende pathologieën, zullen verschillende diagnosegroepen gecreëerd worden. Wat betreft As 1 diagnoses, worden de diagnosegroepen angststoornissen en stemmingsstoornissen gecreëerd. De meest gestelde diagnoses binnen de afdeling vallen onder die categorieën. De diagnose wordt gesteld aan de hand van het oordeel van de psychiater en is terug te vinden in de DBC systematiek, evenals de daarbij voorgeschreven medicatie. In dit systeem wordt het behandelverloop van elke patiënt bijgehouden. De medicatie zal onderverdeeld worden in de groepen benzodiazepinen, antipsychotica, antidepressiva en andere medicatie. Als criterium geldt dat de medicatie minstens vijf dagen gebruikt is, voor de testafname.

Exclusiecriteria

Een aantal patiënten zal niet in de populatie worden opgenomen, te weten patiënten met een te laag intelligentieniveau (IQ <70), patiënten met een leeftijd boven de 70 jaar, patiënten met een organisch psychosyndroom, patiënten met een floride psychose of zij die anderszins niet testbaar zijn en patiënten die korter dan een week op de afdeling zijn geweest.

Meetinstrumenten

De mate van dissociatieve klachten zal gemeten worden aan de hand van de Dissociative Experiences Scale (DES). Deze zelfinvullijst bestaat uit 28 vragen. 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. Ze worden gescoord op

een Likert-schaal variërend van 0% (nooit) tot 100% (altijd). De DES-score is het quotiënt van de totaalscore (variërend van 0 tot 2800) en het aantal vragen, en kan dan ook variëren van 0 tot 100. Boon en Draijer (1995) adviseren een afkappunt van 25. De betrouwbaarheid en validiteit van de DES is in diverse onderzoeken bevestigd (Boon & Draijer, 1995; Van IJzendoorn & Schuengel 1996). Deze score zal gebruikt worden als indicator voor de mate waarin dissociatieve klachten worden ervaren.

De variabele lijdensdruk zal operationeel gemaakt worden aan de hand van The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977; vertaald door Arrindell & Ettema, 2003). Psychometrische evaluaties rapporteren een goede interne consistentie (alpha coëfficiënten variëren tussen .77 tot .90), een goede test-herstest betrouwbaarheid en een goede constructvaliditeit en discriminerende validiteit (Derogatis, 1983, 1994; Derogatis, Riekels & Rock, 1976; Morgan, Wiederman, & Magnus 1998). De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten waarbij de participant aangeeft in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. De items zijn gecategoriseerd in negen subschalen: Agorafobie, Angst, Depressie, Somatische klachten, Insufficiëntie van denken en handelen, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, Hostiliteit, Slaapproblemen en Overig. Bij beantwoording van de vragen beoordeelt de participant, op een vijfpuntsschaal, de mate waarin hij of zij, helemaal niet (1), een beetje (2), nogal (3), tamelijk veel (4) of heel erg (5) last heeft gehad van een klacht gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij. De totaalscore ontstaat door de ruwe schaalscores op te tellen. Deze score op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (Psycho-neuroticisme) en zal dienen als indicator voor lijdensdruk.

Data analyse

Voor de data analyse zal gebruik gemaakt worden van SPSS (SPSS 15.0, 2006). De statistische toetsing zal voornamelijk gebeuren door middel van one-way-variantie analyses

voor de vergelijking tussen groepen. De samenhang tussen de lijsten zal vastgesteld worden met behulp van Pearson's correlatiecoëfficiënten.

Resultaten

De totale onderzoekspopulatie bestaat uiteindelijk uit 34 participanten, 16 mannen (47%) en 18 vrouwen (53%), met een gemiddelde leeftijd van 39.6 jaar ($SD = 12.8$, 18-68). De gemiddelde leeftijd van de mannelijke participanten is 42.9 jaar ($SD = 14.0$) en die van de vrouwelijke participanten 36.6 jaar ($SD = 11.2$). Hier is geen significant verschil tussen ($t(32) = 1.476$; $p = .150$). Alle patiëntkenmerken zijn samengevat in tabel 1.

Tabel 1. *Patiëntkenmerken*

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Seksesamenstelling	n = 16	n = 18	n = 34
Leeftijd (n = 34)	42.9 ($SD = 14.0$)	36.6 ($SD = 11.2$)	39.6 ($SD = 12.8$)
DES-score (n = 33)	n = 15 23.7 ($SD = 15.4$)	n = 18 28.2 ($SD = 16.1$)	n = 33 24.5 ($SD = 15.7$)
Lijdensdruk (Score SCL-90) (n = 34)	224.9 ($SD = 69.4$)	248.6 ($SD = 64.7$)	237.5 ($SD = 67.0$)
Opleiding (n = 34)			
<Basisonderwijs	n = 0	n = 0	n = 0
Basisonderwijs	n = 3	n = 0	n = 3
LBO	n = 3	n = 2	n = 5
MAVO/MBO	n = 8	n = 10	n = 18
HAVO/VWO/HBO	n = 2	n = 5	n = 7
Universitair	n = 0	n = 1	n = 1
Onbekend	n = 0	n = 0	n = 0
Diagnosegroepen (n = 34)			
Angststoornissen	n = 5	n = 6	n = 11
Stemmingsstoornissen	n = 5	n = 6	n = 11
Overig	n = 6	n = 6	n = 12
Medicatie (n = 29)			
Antidepressiva	n = 7	n = 9	n = 16
Antipsychotica	n = 8	n = 8	n = 16
Benzodiazepines	n = 8	n = 12	n = 20
Andere medicatie	n = 8	n = 8	n = 16

Verskil in DES-score tussen mannen en vrouwen

De gemiddelde DES-score binnen de populatie komt op 24.5 ($SD = 15.7$) met een range van 2.9 tot 58.6 en een mediane score van 23. De gemiddelde DES-score voor mannen is 23.7 ($SD = 15.4$) en voor vrouwen is deze 28.2 ($SD = 16.1$). Een independent t -test laat zien dat dit verschil niet significant is ($t(31) = -.812; p = .212$).

Verskil in DES-score tussen de diagnosegroepen

Binnen de diagnosegroep Angststoornissen ($n = 11$) is de gemiddelde DES-score 16.0 ($SD = 7.7$) en binnen de diagnosegroep Stemmingsstoornissen ($n = 10$) is deze 31.1 ($SD = 17.6$). De effectsize is groot ($d = 1.19$). Een independent t -test laat zien dat het verschil tussen de groepen significant is ($t(19) = -2.596; p = .009$). Dit verschil zou echter gewijd kunnen worden aan de factor lijdensdruk, mits deze tussen de twee diagnosegroepen significant verschilt. Een independent t -test laat echter zien dat dit niet het geval is ($t(20) = -.225; p = .413$). Tussen beide diagnosegroepen is geen verschil in lijdensdruk, welke dus niet het verschil in DES-scores tussen beide groepen kan verklaren.

Relatie tussen de DES-score en lijdensdruk

Dit is opmerkelijk omdat er een significant positieve relatie is gevonden tussen de DES-score en de lijdensdruk ($r = .52; p = .002; n = 33$) gemeten met de totaalscore van de SLC-90. Dit is een sterk verband, het percentage verklaarde variantie is 27,0%. Dat betekent dat 27,0% van de variantie van de DES-score verklaard kan worden door de lijdensdruk, er vanuit gaande dat een hogere lijdensdruk meer dissociatieve verschijnselen tot gevolg zal hebben. Wanneer gekeken wordt op schaalniveau blijken vooral de volgende zeven schalen verantwoordelijk voor dit verband: Angst ($r = .42; p = .02, n = 33$), Depressie ($r = .53; p = .002; n = 33$), Somatische klachten ($r = .53; p = .002; n = 33$), Insufficiëntie van denken en handelen ($r = .50; p = .004; n = 33$) Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit ($r = .53; p = .002; n = 33$), Hostiliteit ($r = .41; p = .02; n = 33$) en Overig ($r = .62; p = .000; n = 33$). De

overige schalen laten geen significante correlatie zien. De waarden staan samengevat in tabel 2. Er is geen significant verschil in lijdensdruk tussen mannen en vrouwen ($t(32) = -1.029$; $p = .156$).

Tabel 2. *Correlatietabel DES-score en SCL-90 schalen (n = 33)*

SCL-90 schalen	M	SD	Correlatiecoëfficiënt DES-score en SCL- 90 schalen
Angst	28.8	8.2	.420*
Agorafobie	16.8	8.3	.060
Depressie	50.5	16.3	.527**
Somatische klachten	30.0	10.5	.532**
Insufficiëntie van denken en handelen	27.3	10.1	.497**
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	41.6	16.2	.530**
Hostiliteit	11.3	4.7	.405*
Slaapproblemen	9.1	4.0	.270
Overig	21.7	6.3	.617**
Totaal	237.47	67.0	.522**

**Correlatie is significant op het 0.01 level (tweezijdig)

* Correlatie is significant op het 0.05 level (tweezijdig)

DES-score in relatie met medicijngebruik

Binnen de steekproef is het medicijngebruik van 29 participanten opgenomen, van de overige 5 participanten was het medicijngebruik op het moment van testafname onbekend. Er is geen verschil in gemiddelde DES-score gevonden tussen de participanten die wel antidepressiva gebruiken ($n = 16$, $M = 27.6$, $SD = 14.5$) en de groep dat niet doet ($n = 13$, $M = 22.5$, $SD = 15.5$; $F(1, 27) = .853$; $p = .364$). Evenals tussen de participanten die antipsychotica slikken ($n = 16$, $M = 28.0$, $SD = 13.2$) en zij die dat niet doen ($n = 13$, $M = 22.0$, $SD = 16.8$; $F(1, 27) = 1.164$; $p = .290$). Dit geldt ook voor de participanten die benzodiazepinen slikken ($n = 20$, $M = 26.3$, $SD = 16.5$) en de groep die geen benzodiazepinen slikt ($n = 9$, $M = 23.2$, $SD = 11.1$; $F(1, 27) = .248$; $p = .622$). Als laatste is er geen verschil gevonden in de gemiddelde DES-score tussen de groep die overige medicatie slikt ($n = 16$, $M = 28.6$, $SD = 14.9$) en de groep die geen overige medicatie slikt ($n = 13$, $M = 21.2$, $SD =$

14.5; $F(1, 27) = 1.809$; $p = .190$). Uit de ANOVA blijkt dat het gebruik van antipsychotica samenhangt met de gemiddelde DES-score ($F(1,18) = 4.863$, $p = .041$, partial $\eta^2 = .213$). Er wordt geen samenhang gevonden met het gebruik van antidepressiva ($F(1,18) = .054$, $p = .819$, partial $\eta^2 = .003$), evenals met het gebruik van benzodiazepinen ($F(1,18) = 2.592$, $p = .125$, partial $\eta^2 = .126$) en het gebruik van overige medicatie ($F(1,18) = 4.863$, $p = .041$, partial $\eta^2 = .213$). Het zou kunnen dat de lijdensdruk verantwoordelijk is voor de samenhang van antipsychotica met de DES-score, dat participanten die antipsychotica gebruiken een hogere lijdensdruk hebben. Uit de ANOVA blijkt echter dat de lijdensdruk niet verschilt tussen de verschillende medicatiegroepen, ook niet voor de groep die antipsychotica gebruikt ($F(1,18) = .359$, $p = .556$, partial $\eta^2 = .020$).

Overige factoren

Er is geen verschil gevonden in DES-scores tussen verschillende opleidingscategorieën ($F(4, 28) = .250$; $p = .907$). Ook is er geen significante correlatie gevonden tussen DES-scores en leeftijd ($r = -.159$; $p = .378$; $N = 33$).

Discussie

In dit onderzoek is de frequentie en aard van dissociatieve verschijnselen in een klinische populatie onderzocht, daarnaast is gekeken naar de factoren die samenhangen met die verschijnselen. De gemiddelde DES-score over de hele steekproef komt op 24.5. Dat is hoger dan de DES-scores van 17.4 en 20.0, welke eerder gevonden zijn binnen een populatie klinisch psychiatrische patiënten door Draijer & Langeland (1999) en Friedl & Draijer (2000). Aangezien er een correlatie is gevonden tussen lijdensdruk en DES-scores, zou het kunnen dat de steekproef in dit onderzoek een hogere lijdensdruk ervaart. Deze factor wordt in de genoemde onderzoeken echter niet vermeld, wat vergelijking niet mogelijk maakt.

De invloed van lijdensdruk op dissociatieve verschijnselen

Er is een hoge positieve correlatie gevonden tussen lijdensdruk en dissociatieve verschijnselen. Steinberg et al. (2005) vonden in hun onderzoek dat patiënten met een dissociatieve stoornis significant hoger scoorde op de SCL-90 dan patiënten zonder deze stoornis. Er kan nu gesteld worden dat oplopende lijdensdruk samenhangt met oplopende DES-scores, wat zich vertaalt in een oplopende mate van dissociatieve verschijnselen, zonder dat er sprake is van pathologie. Dit gegeven kan in de praktijk goed van pas komen, omdat de therapeut bedacht kan zijn op de aanwezigheid van dissociatieve verschijnselen (welke storend kunnen zijn binnen de therapie) wanneer een patiënt een hoge lijdensdruk laat zien.

Dissociatieve verschijnselen niet gerelateerd aan geslacht

Evenals binnen het onderzoek van Ross (1991), Spitzer et al.(2003) en van Spitzer en Freyberger (2008) wordt er geen significant verschil in DES-score gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke participanten. Binnen dit onderzoek is het niet nodig geweest te controleren voor lijdensdruk, deze verschilde niet tussen de beide seksen, evenals voor de factor diagnose omdat deze gelijk verdeeld is over de beide seksen.

De rol van diagnose bij dissociatieve verschijnselen

Voor de diagnosegroep Angststoornissen is een gemiddelde DES-score van 16.0 gevonden en voor de diagnosegroep Stemningsstoornissen 31.1. Dit zijn hoge waarden, ter vergelijking vond IJzendoorn (1996) in zijn meta-analyse respectievelijk 10.2 en 19.4. Het verschil tussen beide groepen is significant. Deze bevinding laat zien dat patiënten met een stemmingsstoornis significant meer dissociatieve klachten vertonen dan patiënten met een angststoornis. De factor lijdensdruk speelt hierin geen rol, hier is voor gecontroleerd. In de praktijk zou dit kunnen betekenen extra alert te zijn op dissociatieve klachten bij patiënten met een stemmingsstoornis. Deze zouden de behandeling kunnen bemoeilijken (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007). De gemiddelde DES-score voor de diagnosegroep angststoornissen is ook wat hoog in vergelijking met de score van 10.2 die IJzendoorn (1996) vond, maar komt niet boven het afkappunt van 25 welke Boon en Draijer (1995) adviseren.

De invloed van medicijngebruik op dissociatieve verschijnselen

Binnen dit onderzoek is explorierend gekeken naar medicijngebruik, als factor die samen zou kunnen hangen met de mate van dissociatieve verschijnselen. Het blijkt dat alleen de medicatiesoort antipsychotica samenhangt met de DES-scores. De overige medicatiesoorten laten deze samenhang niet zien. Verwacht werd dat het gebruik van benzodiazepinen samen zou hangen met de DES-score omdat bij dit medicijn depersonalisatie als bijwerking wordt gerapporteerd. Bij de overige medicatiesoorten werden geen bijwerkingen van dissociatieve aard genoemd. Om die reden lijkt het logisch om te concluderen dat de samenhang tussen het gebruik antipsychotica en DES-scores niet voortkomt uit bijwerkingen, maar dat patiënten met een hoge mate van dissociatieve klachten eerder antipsychotica voorgeschreven krijgen dan andere medicatiesoorten. Dat is opmerkelijk omdat het raadplegen van het Farmaceutisch Kompas leert dat geen enkele van de verschillende veel voorgeschreven klassieke en atypische antipsychotica geïndiceerd zijn

bij dissociatieve klachten (*Farmacotherapeutisch Kompas*, 2010). Ook volgens de GGz richtlijnen zijn er geen aanwijzingen dat klassieke antipsychotica effectief zouden zijn bij voorbijgaande dissociatieve symptomen (*GGz richtlijnen*, 2008). Antipsychotica wordt, zoals te verwachten valt, primair bij andere pathologieën voorgeschreven, wat het de aard van het verband tussen antipsychotica en dissociatieve klachten open laat.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het valt aan te bevelen de samenhang tussen medicatie en dissociatieve verschijnselen in vervolgonderzoek nog eens onder de loep te nemen bij patiënten die dissociatieve klachten ervaren naast andere, primaire psychopathologieën. Zeker wanneer er gebruik gemaakt zou kunnen worden van een voor –en nameting, de mate van dissociatie voor de aanvang van het medicijngebruik en nogmaals wanneer de patiënt ingesteld is op de medicatie.

Naar aanleiding van het grote verschil in gemiddelde DES-scores tussen de twee diagnosegroepen, zou het interessant zijn om dit onderzoek binnen een grotere steekproef nog eens te herhalen, aan de hand van meer diagnosegroepen. Naast angststoornissen en stemmingstoornissen zou verder gekeken kunnen worden naar As I problematiek als psychotische stoornissen, aanpassingsstoornissen en somatoforme stoornissen. Daarnaast zouden er As II categorieën toegevoegd kunnen worden als cluster A problematiek, cluster B problematiek, cluster C problematiek en PD NOS problematiek. Dit kan inzicht geven in de mate van dissociatieve klachten die ervaren wordt naast andere psychopathologieën dan enkel angststoornissen en stemmingsstoornissen.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). SCL-90; Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse, The Netherlands: Swets Test Publishers.
- Bernstein, E., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 727–735.
- Boon, S., & Draijer, N. (1995). *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Briere, J., Weathers, F. W., & Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 221-231.
- Coons, P.M. (1998). The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America*, *21*, 637–648.
- Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 10-15.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (1994). Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step

- in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280–289.
- 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.
- Ensink, B.J., & van Otterloo, D. (1989). A validation study of the des in the Netherlands. *Dissociation*, 4, 221-223.
- Friedl, M.C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1012-1013.
- Farmacotherapeutisch Kompas (2010). *Geneesmiddelenlijsten*. Gevonden op <http://www.fk.cvz.nl/>
- 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.
- Morgan, C.D., Wiederman, M.W., & Magnus, R.D. (1998). Discriminant validity of the SCL-90 dimensions of anxiety and depression. *Assessment*, 5, 197–201.
- Ross, C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociative disorders. In Michelson, L. K., Ray, W.J. (eds), *Handbook of Dissociation* (pp 3–24). New York, Plenum Press.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 3, 297-301.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2009). *British National Formulary (BNF 57)*. BMJ Group and RPS Publishing, 183–189
- Spitzer, C., Freyberger, H.J. (2008) Gender differences in dissociative disorders.

- Bundesgesundheits- blatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz ,51, 46–52.
DOI 10.1007/s00103-008-0418-8
- Spitzer, C., Klauer, T., Grabe, H. J., Lucht, M., Stieglitz, R. D., Schneider, W., Freyberger, H. J. (2003). Gender differences in dissociation. *Psychopathology*, 36, 65–70
- Sno, H.N. (2004). Meetinstrumenten bij dissociatieve stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 10, 697-699
- Sno, H.N., Schalken, H.F.A., Op den velde, W., Aarts, P.G.H. (2002). Dissociatieve verschijnselen bij patiënten op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 44, 3, 161-172
- Statistic Package for the Social Sciences 15.0 Command Syntax Reference 2006,
SPSS Inc., Chicago Ill.
- Trimbos instituut (2008). *GGZ-richtlijnen*. Gevonden op http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=736&richtlijn_id=66
- Wachter, D. De, Lange, A., Vanderlinden, J., Pouw, J. & Strubbe, E. (1998). De invloed van alledaagse stress op dissociatieve verschijnselen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 40, 6, 335-343