

8.9 Dissociatief syndroom

Onno van der Hart en Suzette Boon*

Beschrijving van het syndroom

Alle psychische functies, zoals bewustzijn, perceptie, lichaamsbeleving (waaronder sensorische gewaarwording), emotie en gedrag, zijn bij gezonde mensen geïntegreerd en beïnvloeden elkaar voortdurend. De mate van integratie van deze functies in iemands persoonlijkheid is bepalend voor het functioneren. Een gebrek aan integratie kan leiden tot een dissociatieve opdeling, hoe rudimentair of complex ook, van iemands persoonlijkheid, ofwel van het gehele dynamische, biopsychosociale systeem dat de kernmerkende mentale en gedragsmatige handelingen van een persoon bepaalt.^{1,8}

Er is nog veel discussie over wat nu precies dissociatieve symptomen zijn. Volgens sommige auteurs vormen zij een continuüm, met aan het ene uiteinde verschijnselen als *dagdromen* en de zogenaamde *highway trance*, alsmede lichte depersonalisatie- en derealisatie-verschijnselen, en aan het andere uiterste de meest extreme vorm van dissociatie: ernstige dissociatieve amnesiën en identiteitswisselingen, ofwel de *dissociatieve identiteitsstoornis* (DIS).² Zij spreken hierbij van *normale* en *pathologische* dissociatie. Deze visie is steeds vaker aan kritiek onderhevig. Andere auteurs spreken dan ook uitsluitend van dissociatie wanneer er een opdeling van de persoonlijkheid, hoe rudimentair ook, kan worden vastgesteld.^{3,4} Zij zijn van mening dat verschijnselen als *dagdromen* en *highway trance*, maar ook sommige vormen van depersonalisatie en derealisatie, niet per definitie zijn te herleiden tot een dissociatieve opdeling van de persoonlijkheid. Zij vonden in onderzoek dat patiënten die zouden lijden aan het zogeheten dissociatief syndroom, grote verschillen in aard en ernst maar ook in de beschrijving van dissociatieve verschijnselen, variërend van geheugenproblemen, depersonalisatie, derealisatie en identiteitsproblemen.⁴⁻⁶ Absorptie- en depersonalisatie-verschijnselen doen zich vaak voor als onderdeel van andere psychische syndromen zoals een psychosesyndroom, angst- of stemmingssyndroom, stress-traumasyndroom, persoonlijkheidssyndroom of het eet- en voedingssyndroom. Zij kunnen zich ook voordoen bij *psychisch gezonde* mensen, bijvoorbeeld als gevolg van oververmoeidheid of forse spanningsklachten.

De verschillende theoretische opvattingen, de variabiliteit aan uitingen van symptomen en symptoomcomplexen en de daarmee gepaard gaande verwarring over het begrip dissociatie kunnen zorgen voor een vertraging in de diagnostiek, alsmede onder- als overdiagnostisering van patiënten met een dissociatief syndroom. We spreken nu uitsluitend van dissociatie, wanneer een opdeling van de persoonlijkheid, hoe

* Prof.dr.Onno van der Hart is klinisch psycholoog, emeritus hoogleraar psychopathologie bij de Universiteit Utrecht.

Dr. Suzette Boon is klinisch psycholoog en werkzaam als psychotherapeut in haar eigen praktijk.

rudimentair ook, kan worden vastgesteld. Is er alleen sprake van derealisatie of depersonalisatie dan kan dit zonder (ernstige) betekenis zijn of er moeten andere syndromen worden overwogen. Volgens deze opvatting is de kern van het dissociatief syndroom het bestaan van twee of meer dissociatieve delen van de persoonlijkheid, die op bepaalde momenten het bewustzijn en handelen van de persoon domineren en/of dat van binnenuit beïnvloeden. Deze opdeling van de persoonlijkheid komt tot uiting in positieve en negatieve dissociatieve verschijnselen (zie hieronder). Zij kunnen allerlei gradaties vertonen in ernst, frequentie en impact. Echter, ongeacht wat men nu onder dissociatie wil verstaan, het is essentieel dat klinici het onderscheid kunnen maken tussen dergelijke symptomen en de genoemde absorptieverschijnselen.

Dissociatieve delen van de persoonlijkheid vervullen functies en kunnen een uiteenlopend aantal verschillende mentale en gedragsmatige handelingen omvatten. Zij kunnen in latente staat verkeren of, wanneer geactiveerd, sequentieel (elkaar opvolgend) of parallel (gelijktijdig) aanwezig zijn. Elk dissociatief deel van de persoonlijkheid omvat minimaal zijn eigen, tenminste rudimentair eerste-persoonsperspectief. Elk dissociatief deel kan, in principe, interacteren met andere dissociatieve delen en met iemand anders (zoals de therapeut).

Er zijn twee prototypen van dissociatieve delen te onderscheiden. Het ene prototype heeft betrekking op de delen die gericht zijn op het functioneren in het dagelijks leven en angstvallig vermijdend zijn ten opzichte van het andere prototype, namelijk de delen die de traumatische herinneringen *bewaren* of omvatten. Dergelijke dissociatieve delen kunnen geactiveerd worden door een trigger die overeenkomt met de oorspronkelijke traumatiserende situatie. Hierdoor krijgen de traumatische herinneringen het karakter van herbelevingen in de vorm van flashbacks of meer complete herhalingen van de oorspronkelijk traumatische ervaringen (*re-enactments*).³ In het laatste geval kunnen dergelijke dissociatieve delen het bewustzijn en de bijbehorende emoties, gedragingen en lichamelijke sensaties overnemen van het deel dat doorgaans het dagelijkse leven leidt.

Hoewel in eerste instantie een integratief falen is deze opdeling van de persoonlijkheid ook een adaptatie: de persoon kan in zijn dagelijks leven doorgaans toch in meerdere of mindere mate blijven functioneren. Het levert echter ook grote beperkingen op omdat dissociatieve delen met traumatische ervaringen niet steeds op afstand gehouden kunnen worden. Deze delen en hun ervaringen kunnen het dagelijks leven ontregelen in de vorm van flashbacks, angsten, depressies, hallucinaties, onbegrepen angstklachten, eetproblemen en ernstige slaapproblemen met onder andere nachtmerries. Hoe meer de dissociatieve delen die de traumatische herinneringen bewaren het bewustzijn gaan domineren, hoe slechter de persoon doorgaans georiënteerd is in het heden en kan functioneren in het dagelijks leven. Vanuit de beleving van dergelijke delen reageren mensen op vastliggende defensieve manieren op al dan niet vermeend gevaar, zoals zij tijdens de traumatiserende gebeurtenis deden.

Dissociatieve symptomen kunnen worden ingedeeld als negatief of positief en psychoform (cognitief-emotioneel) of somatoform (sensorimotorisch).^{3,7}

Tabel 1 Psychoforme en Somatoforme Dissociatieve Symptomen

	psychoform (cognitief-emotioneel)	somatoform (sensorimotorisch)
negatief	amnesie (blokken 'tijd kwijt'; fugues, dingen gedaan hebben die men zich niet herinnert) depersonalisatie derealisatie verlies van vaardigheden	verlies van sensatie en motorische controle, waaronder anesthesie, analgesie, contracturen, dissociatieve blindheid, dissociatieve aphonie
positief	flashbacks cognitieve en emotionele intrusies van dissociatieve delen positieve psychotische symptomen; onder andere stemmen horen, paranoïde wanen	pijn, onvrijwillige bewegingen zoals tics pseudo-epileptische aanvallen sensorische percepties sensorimotorische intrusies van dissociatieve delen

Epidemiologie

De prevalentie van het dissociatief syndroom in de algemene bevolking varieert van 1.7 tot 18%; bij de meest complexe variant van het dissociatief syndroom (DIS) betreft het 1.1 tot 3.1%. Bij psychiatrische patiënten loopt de prevalentie van het dissociatief syndroom uiteen van 4-8 tot 21%, met een prevalentie van DIS van 1,2-7%.⁸ Een deel van de verschillen in prevalentie valt te verklaren door:

- de locatie van de betreffende instelling; in een wijk met veel getraumatiseerde mensen vond men een prevalentie van het syndroom van 30%;⁹
- het gebruik van verschillende diagnostische interviews.¹¹
- comorbide syndromen die het zicht op de dissociatie vertroebelen.⁸

Onderdiagnostiek van het dissociatief syndroom is om deze redenen te verwachten.

Verklaringsmodellen

Verklaringsmodellen vanuit het biopsychosociale systeem sluiten elkaar wederzijds niet uit. Zo hebben de psychologische verklaringsmodellen in hoge mate betrekking op reacties van het individu op zijn omgeving.

Biologische verklaringsmodellen

Traumatisering is geassocieerd met genetische veranderingen en hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA)-disfunctie (zie hoofdstuk over stress).

Onderzoek naar de onderliggende biologische (brein)processen bij dissociatie is beperkt, waarbij men zich vooral richt op het DIS gezien de complexiteit en relatieve autonomie van de te onderscheiden dissociatieve delen. Beeldvormend onderzoek beschrijft een *emotioneel deel* en een *ogenschijnlijk normaal* deel van de persoonlijkheid, die verschillend reageren op aangeboden stimuli. Het ogenschijnlijk normale deel reageert hetzelfde op neutrale en traumatische stimuli als controle-proefpersonen, terwijl het emotionele deel heftiger reageert op traumatische stimuli in diverse hersengebieden.

den die ook geassocieerd zijn met een problematische posttraumatische stressproblematiek.^{12, 13}

Psychologische verklaringsmodellen

Het meest gebruikte psychologische verklaringsmodel van het dissociatief syndroom is het zogenoemde *traumamodel* (TM). Daar tegenover staat het zogenoemde *fantasiemodel* (FM). Beide modellen zijn evenwel in hoofdzaak gericht op de meest complexe en ernstigste variant: DIS.

Traumamodel (TM)

Traumatische ervaringen liggen ten grondslag aan het bestaan van het dissociatief syndroom; bij de complexere vormen zien we vaker chronische vroegkinderlijke traumatisering.⁵ Bij potentieel traumatiserende gebeurtenissen ontstaat er een opdeling van de persoonlijkheid in twee of meer dissociatieve delen wanneer het individu het vermogen mist om dergelijke bedreigende ervaringen te integreren. Binnen het TM zijn tal van variaties waaraan verschillende theoretische opvattingen over het concept dissociatie ten grondslag liggen. Soms beschouwt men alleen negatieve dissociatieve symptomen als depersonalisatie en derealisatie als dissociatief van aard en worden de positieve dissociatieve symptomen over het hoofd gezien, zoals dissociatieve reacties (bijvoorbeeld flashbacks) waarin iemand voelt en handelt alsof zij de traumatiserende gebeurtenis opnieuw beleeft.¹ Ook blijven de somatoforme (sensorimotorische) dissociatieve symptomen nog te vaak onderbelicht, mede doordat zij in de DSM-traditie als *conversiesymptomen* worden aangeduid. In dergelijke gevallen is er een gevaar voor vals-negatieve diagnoses.

Een voorbeeld van een dissociatief somatoform symptoom is de contractuur van een hand (*main d'accoucheur*) van een patiënte: restverschijnsel van een gebroken pols ten gevolge van een verkeersongeval en drie operaties, waarvoor geen medische verklaring kon worden gevonden. Bij nader onderzoek bleek dat een bepaald deel van haar persoonlijkheid de contractuur in stand hield. Zij was het deel dat het verkeersongeluk had veroorzaakt in een poging zich te suïcideren. Zij hield de contractuur in stand 'omdat dan toch al iets dood is.' Voor haar was de bijbehorende fysieke pijn, die het dissociatieve deel dat in het dagelijks leven functioneerde niet voelde, beter te verdragen dan de emotionele pijn van eenzaamheid.

Fantasiemodel (FM)

Volgens het FM, dat zich vooral richt op de meest complexe vorm van het dissociatief syndroom (DIS), gaat het om een sociale constructie, een door patiënt en therapeut gedeelde fantasie, die vooral kan ontstaan als gevolg van suggestieve beïnvloeding door de therapeut bij daarvoor vatbare patiënten. Hiermee is het FM ook een contextueel verklaringsmodel.

Contextuele verklaringsmodellen

Sociale achtergronden en actuele omgevingsfactoren zijn geïntegreerd in de

hierboven besproken psychologische verklaringsmodellen. Volgens het TM zijn bij de complexe vormen van het dissociatief syndroom ernstige emotionele verwaarlozing en mishandeling, fysieke mishandeling en/of seksueel misbruik, begonnen in de (vroeg) kindertijd belangrijke verklarende factoren. De impact is des te heviger als de eigen ouders hieraan schuldig zijn.¹³ Het ontbreken van enige steun of troost hierbij, die integratie van de traumatische belevingen zou kunnen bevorderen, draagt bij aan het voortbestaan van de dissociatie van de persoonlijkheid.

Voor het FM hebben de omgevingsfactoren louter betrekking op de suggestieve beïnvloeding van de media, ruimere socioculturele verwachtingen en uiteindelijk de therapeut van de patiënt. Deze beïnvloeding zou dan zowel betrekking hebben op het geloof dat men aan DIS lijdt, als op het geloof dat men een geschiedenis van traumatisering (in het bijzonder seksueel misbruik) heeft.

Interventies

Bij het dissociatief syndroom dienen interventies gebaseerd te zijn op zorgvuldige diagnostiek. Hierbij gaat het niet alleen om de aard, frequentie en ernst van de dissociatieve symptomen maar is het tevens van belang breder te kijken: de organisatie van de persoonlijkheid, de ernst van vroege gehechtheidsproblemen en comorbiditeit.¹⁴ ¹⁵Psychologische interventies voor het dissociatief syndroom hebben de voorkeur.¹⁶ Dit neemt niet weg dat men vaak psychologische interventies in combinatie met farmacologische en contextuele interventies moet toepassen.

Farmacologische interventies

Er bestaat geen evidentie dat farmacologische interventies het dissociatief syndroom kunnen genezen, ofwel tot een (her)integratie van de persoonlijkheid kunnen leiden. Wel kunnen zij een – soms noodzakelijke – ondersteuning van de psychologische interventies vormen, bijvoorbeeld als schokbrekers.¹⁶ De te onderscheiden dissociatieve delen van de persoonlijkheid kunnen verschillend reageren op medicatie.

- Antidepressiva worden het meest gebruikt voor de behandeling van depressieve of posttraumatische symptomatologie.
- Anxiolytica worden soms gebruikt voor behandeling op korte termijn van hevige angst of bij slaapproblemen. Deze medicatie dient kortdurend te worden voorgeschreven om gewenningsproblemen te voorkomen.
- Antipsychotica kan men voorschrijven, in een lage dosering, ten behoeve van angstreductie en het bevorderen van meer rust.

Al deze middelen zijn alleen effectief als zij onderdeel vormen van een psychologische aanpak, inclusief het overleg met de betrokken dissociatieve delen. Naarmate de psychologische interventies, eventueel ondersteund door medicijnen, een positief effect sorteren, hebben patiënten in de regel minder medicatie nodig.¹⁶ Alert blijven op afbouw van psychofarmaca is dus essentieel.

Psychologische interventies

Bij de eenvoudige varianten van het dissociatief syndroom, waarbij er sprake is van een rudimentaire opdeling van de persoon in een deel dat (stabiel) functioneert in het dagelijks leven en een deel dat de traumatische herinnering bewaart, kan men in de regel een kortdurende therapie toepassen.¹⁷ Men kan dan volstaan met een korte fase, gericht op stabilisatie en het leren hanteren van intense emoties en flashbacks.

Zodra de patiënt beter in staat is zijn of haar emoties te reguleren kan de behandeling zich vervolgens richten op de integratie van de traumatische herinneringen. Een veel gebruikte methode daarvoor is EMDR (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*), maar ook andere methoden zoals hypnotische benaderingen, cognitieve gedragstherapie (CGT) en *prolonged exposure*. Bij dergelijke directe toepassingen van traumagerichte benaderingen is het van groot belang om eerst na te gaan of de betreffende traumatische herinnering (en het bijbehorend dissociatieve deel van der persoonlijkheid) al dan niet het topje van de ijsberg vormt. Hiervoor kan amnesie bestaan. Het risico is dat de confrontatie met het trauma kettingreacties teweegbrengt van gereactiveerde dissociatieve delen en hun traumatische herinneringen, waarvoor de weerbaarheid van de patiënt onvoldoende is.

Bij de meer *complexe* variaties van het dissociatief syndroom, met aanwijzingen voor het bestaan van een groter aantal dissociatieve delen, is derhalve een fasegerichte benadering de *standard of care*.¹⁶ Een fasegerichte benadering bestaat in grote lijnen uit de volgende drie fasen, elk met zijn eigen specifieke taken en uitdagingen:

- het bevorderen van veiligheid, stabilisering, symptoomreductie en het zich eigen maken van vaardigheden;
- de behandeling van traumatische herinneringen; en
- het (re)integreren van de persoonlijkheid en rehabilitatie.³

Het behandelmodel is spiraalvormig, dat wil zeggen dat de verschillende fasen elkaar meer zullen afwisselen naarmate het dissociatief syndroom complexer van aard is. Een fasegerichte benadering kent doorgaans twee complementaire dimensies, die beide als uitgangspunt hebben dat de dissociatie van de persoonlijkheid in stand wordt gehouden door een aantal fobieën, die geleidelijk aan overwonnen moeten worden; de kernfobie is die van de traumatische herinneringen.

De eerste benadering is gericht op de therapeutische relatie en staat in het teken van het overwinnen van de angst van de patiënt – c.q. van de te onderscheiden dissociatieve delen van zijn persoonlijkheid – voor het aangaan van een samenwerkings- en vertrouwensrelatie met de therapeut. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat tal van patiënten ernstige gehechtheidsproblemen hebben, hetgeen de ontwikkeling van een stabiele therapeutische relatie ernstig kan belemmeren.¹⁸

De tweede benadering is probleemoplossend van aard en richt zich vooral op de samenwerking tussen de dissociatieve delen onderling. De patiënt leert daarbij niet alleen (in fase 1) om beter met klachten en symptomen om te gaan maar leert ook dat deze vaak een uiting zijn van een poging van de dissociatieve delen om bepaalde problemen op te lossen (bijvoorbeeld, zelfbeschadiging om overmatige spanning te verminderen). De samenwerking tussen de delen binnenin wordt bevorderd zodat zij meer en meer gaan functioneren als een *team* (in plaats van een innerlijke anarchie of dictatuur). Het overwinnen van de fobie van andere delen, met name delen die agressief en zelfdestructie vertonen of de oorspronkelijke daders imiteren, is daarbij een hoofdpoging.^{3,20} De patiënt moet hiertoe gaan inzien dat deze dissociatieve delen zijn ontstaan om hem of haar als kind te beschermen voor nog meer geweld door de dader(s).

Goed teamwerk van de dissociatieve delen is essentieel voor het werk in fase 2, waarin de traumatische herinneringen stap voor stap geïntegreerd zullen worden: het delen van de traumatische herinneringen tussen de dissociatieve delen en met de therapeut, om op die manier uit hun gevangenschap in *traumatijd* bevrijd te worden.

Dit maakt ook de weg vrij voor fase 3, waarin de dissociatieve delen, ontdaan van hun herbelevingen, geleidelijk aan één kunnen worden: de (re)integratie van de persoonlijkheid. De patiënt zal steeds beter in staat zijn om een leven in het heden op te bouwen en zijn blik op de toekomst te richten, terwijl tegelijkertijd het traumatische verleden door hem gerealiseerd wordt en met rouwreacties gepaard zal gaan (zie voor een uitvoerigere beschrijving van de doelen, taken en technieken van fasegerichte behandeling.^{3,19}

Contextuele interventies

Men dient de psychologische interventies veelal te ondersteunen door contextuele interventies gericht op de omgevingsfactoren die de dissociatie van de persoonlijkheid in stand houden. Tal van patiënten met complexe vormen van het dissociatief syndroom leven in sociale en maatschappelijke omstandigheden die het oplossen van de problematiek c.q. het integreren van de persoonlijkheid in de weg staan. Hiertoe moeten vooral de contacten met de traumatiserende ouders, met daarin soms doorgaand misbruik, gerekend worden. Het geldt ook voor het ontbreken van werk of een goede dagstructuur en een gezond netwerk van sociale contacten (zie ook de hoofdstukken over omgevingsfactoren en herstel).

De behandeling zal dan ook eclectisch moeten zijn en mede bestaan uit sociaal-psychiatrische, farmacotherapeutische en gerichte psychotherapeutische interventies.

Casus

Mevrouw K. is een 35-jarige alleenstaande vrouw die zich aanmeldt bij een polikliniek voor eetstoornissen met fors ondergewicht. Daarnaast rapporteert zij al langer slecht te slapen. Zij is sinds haar 20ste jaar meerdere malen in behandeling geweest voor eetproblemen (vooral ondergewicht maar ook boulimia nervosa), depressieve- en angstklachten. Zij heeft zowel individuele als groepstherapie gehad. Haar klachten lijken steeds te wisselen. Zij heeft een parttime baan als verpleegkundige in een verzorgingstehuis voor demente bejaarden en werkt vooral in nachtdiensten. Zij heeft geen idee waarom haar eetproblemen opnieuw zijn toegenomen. Bij het zorgvuldig uitvragen van recente belastende ervaringen vertelt zij over een incident op haar werk waarbij een mannelijke patiënt erg agressief gedrag vertoond had. Sinds die tijd heeft zij meer moeite om in slaap te komen en heeft ze soms last van nachtmerries. De nachtmerries gaan over situaties van vroeger maar daar wil ze liever niet over spreken. Ze zegt dat ze dat allemaal achter zich heeft gelaten. Zij ziet geen samenhang met haar huidige eetproblemen. In het gesprek lijkt patiënte soms wat afwezig en meerdere malen niet goed gehoord te hebben wat er wordt gevraagd. Tijdens een vervolginke lijkt zij zich niet alles meer te herinneren van het eerste gesprek. Zij vertelt dat zij seksueel is misbruikt als kind. Zij vraagt aan de behandelaar of de nachtmerries daarmee te maken kunnen hebben. Ook meldt ze zich soms af te vragen of ze dingen verzint. Hoewel zij gemotiveerd is om wat te gaan doen aan het ondergewicht lijkt zij hier in de eerste maanden van

de individuele psychotherapie nauwelijks enige greep op te krijgen. Haar behandelaar besluit haar voor nader onderzoek te verwijzen in verband met mogelijke dissociatieve klachten. Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat patiënte ook in het heden geheugenverlies heeft. Zij vertelt dat zij blijkbaar 'slaapwandelt' omdat zij soms 's morgens in de keuken komt en merkt dat zij blijkbaar wat heeft gegeten. Ook heeft zij laxantia gevonden. Ze weet niet of ze die gebruikt maar ze kan zich niet herinneren deze zelf gekocht te hebben. Met moeite vertelt zij dat zij soms uit haar lichaam treedt en dan van een afstand naar zichzelf kijkt en zichzelf ziet handelen. Dit gebeurt regelmatig op haar werk. Ze voegt toe dat ze vroeger dacht dat iedereen dit kon. Ook kan ze zich soms niet herinneren dat ze is gaan werken, waarbij ze zich opeens op haar werk bevindt. Hetzelfde vertelt zij over de nachten: ze weet niet altijd wanneer ze naar bed is gegaan en hoe de avond is verlopen. Er is veel schaamte en angst maar ook enige opluchting om dit te delen. Ze maakt geen contact meer als de onderzoeker vraagt of ze ooit stemmen hoort.

Alle gegevens bij elkaar maken duidelijk dat patiënte lijdt aan een dissociatief syndroom, waarschijnlijk *DIS* omdat zij ook amnesie lijkt te hebben in haar dagelijks functioneren. Zij wordt verwezen naar een specialistisch centrum voor de behandeling van dissociatieve stoornissen. In de loop van de behandeling blijkt dat verschillende delen van haar persoonlijkheid hun emoties reguleren door te veel of juist helemaal niet te eten. Al deze delen bewaren traumatische herinneringen. Een deel dat met regelmaat stopt met eten lijkt geactiveerd te worden door bepaalde situaties op het werk en de angst om zwanger te worden. Dit 14-jarig deel zit als het ware nog vast in *traumatijd*: het blijkt indertijd een traumatische abortus te hebben ondergaan na misbruik door haar vader. Een behandeling van een complex dissociatief syndroom is nooit kort, maar mevrouw K. heeft in de loop der tijd steeds meer controle gekregen over haar eetproblemen. Haar dissociatieve delen leerden intern steeds beter samen te werken en zij maakte zich constructievere manieren van emotieregulering eigen. Uiteindelijk kon zij in een volgende fase van de behandeling traumatische herinneringen integreren, waardoor de eetproblematiek geheel verdween. Ook werd hiermee een belangrijke vooruitgang naar de integratie van haar persoonlijkheid geboekt.

Conclusie

Het dissociatief syndroom omvat een groep van problemen die kunnen ontstaan door traumatische ervaringen, de meer complexe vormen door ernstige vroegkindelijke traumatisering. Patiënten met een dissociatief syndroom presenteren zich doorgaans met diverse andere psychische klachten, waardoor men de dissociatieve organisatie van iemands persoonlijkheid gemakkelijk over het hoofd ziet. Als gevolg hiervan worden deze patiënten vaak jarenlang, doorgaans met weinig succes en steeds weer met andere klachten, gerelateerd aan de traumatisering, behandeld. Aldus is vroegdetectie van dissociatieve symptomatologie en het begrijpen van het klachtenpatroon vanuit de onderliggende dissociatie van de persoonlijkheid essentieel.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association A. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washinton DC.: APA.; 2013.
- 2 Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(12):727-35. PubMed PMID: 3783140.
- 3 Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering. Amsterdam: Boom; 2010.
- 4 Boon S. Multiple personality disorder in the Netherlands. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1993.
- 5 Boon S, Draijer, N. Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1995.
- 6 Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods.* 1996;1:300-21.
- 7 Nijenhuis ER, Van der Hart O. Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *J Trauma Dissociation.* 2011;12(4):416-45. doi: 10.1080/15299732.2011.570592. PubMed PMID: 21667387.
- 8 Sar V. Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International.* 2011;2011(Article ID 404538):8.
- 9 Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):623-9. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.623. PubMed PMID: 16585436.
- 10 Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry.* 2000;157(6):1012-3. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.1012. PubMed PMID: 10831486.
- 11 Schlumpf YR, Nijenhuis ER, Chalavi S, Weder EV, Zimmermann E, Luechinger R, et al. Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage Clin.* 2013;3:54-64. doi: 10.1016/j.nicl.2013.07.002. PubMed PMID: 24179849; PubMed Central PMCID: PMC3791283.
- 12 Schlumpf YR, Reinders AA, Nijenhuis ER, Luechinger R, Van Osch MJ, Jancke L. Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: a controlled fMRI perfusion study. *PLoS One.* 2014;9(6):e98795. doi: 10.1371/journal.pone.0098795. PubMed PMID: 24922512; PubMed Central PMCID: PMC3791283.
- 13 Freyd JJ. Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood trauma. Cambridge MA: Harvard University Press; 1996.
- 14 Boon S. The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications. *Dissociation.* 1997;10:65-80.
- 15 Steele K, Boon S, Van der Hart O. trauma-related dissociation: A practical integrative approach. New York: Norton; 2017.
- 16 International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation.* 2011;12(2):115-87.
- 17 Van der Hart O. Trauma, dissociatie en hypnose (4e gewijzigde druk). Lisse: Swets & Zeitlinger; 2003.
- 18 Draijer N, Langeland W, Boon S. Klinische diagnostiek van complexe traumagerelateerde stoornissen. In: Vermetten E, Kleber RJ, Van der Hart O, red.. *Handboek posttraumatische stress-stoornissen.* Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 491-510.
- 19 Boon S, Steele K, Van der Hart O. Omgaan met traumagerelateerde dissociatie: Vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten. Amsterdam: Pearson; 2012.