



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Dissociatieve ervaringen bij Vlamingen en Nederlanders; een studie met de Dissociation Questionnaire (DIS-Q)

Johan Vanderlinden, Richard van Dyck, Walter Vandereycken en Hans Vertommen\*

---

## Samenvatting

*Dit is de eerste studie naar het voorkomen van dissociatieve ervaringen bij Vlamingen en Nederlanders (n = 374) aan de hand van een nieuw ontwikkelde vragenlijst, de Dissociation Questionnaire (DIS-Q). De resultaten illustreren dat dissociatieve ervaringen relatief frequent voorkomen in de bevolking en significant verminderen met het ouder worden. Ongeveer 3% van de bevolking vermeldt ernstige dissociatieve ervaringen en 1% behaalt een score vergelijkbaar met de patiënten met meervoudige persoonlijkheidsstoornis. Opvallend was het feit dat de meerderheid in deze groep mannen waren. Deze bevindingen suggereren dat het voorkomen van dissociatieve symptomen onderschat wordt door hulpverleners.*

## Het dissociatieconcept

Dissociatie is een beschrijvend concept dat rond de eeuwwisseling door de Franse psychiater Pierre Janet werd beschreven (1889). De kern is steeds een tekort aan integratie van het persoonlijke bewustzijn. Janet stelde vast dat bij bepaalde – voornamelijk ‘hysterische’ – patiënten afzonderlijk bewustzijnstoestanden voorkwamen, die min of meer onafhankelijk ten opzichte van elkaar functioneren. Het ontstaan van deze afzonderlijke bewustzijnstoestanden schreef Janet toe aan heftige emotionele toestanden naar aanleiding van een een of meer traumatische gebeurtenissen. Bij confrontatie met een trauma resulteert de dissociatie in het ontsnappen van een complex geheel van denkbeelden en bijhorende gevoelens aan de bewuste controle. Zo ontstaat vaak partiële of gehele amnesie voor het trauma. De gedissocieerde herinnering aan de traumatische gebeurtenis blijft echter op een onderbewust niveau werkzaam en veroorzaakt op deze wijze dissociatieve – bijvoorbeeld ‘hysterische’ – klachten (zie voor een samenvatting van Janets theorie Van der Hart 1986, 1988).

Recentelijk zijn de opvattingen van Janet en hiermee ook het dissociatieconcept weer van onder het stof vandaan gehaald (Bliss, 1986; Boon & Van der Hart, 1988; Braun, 1986; Frankel, 1990; Van der Hart, 1991; Hilgard, 1976; Nemiah, 1979; Van der Kolk & Van der Hart, 1989; Putnam, 1989a; Ross, 1989). De toegenomen interesse heeft onder meer te maken met de erkenning van de dissociatieve stoornissen in de DSM-III

---

\* DRS. J. VANDERLINDEN, psycholoog, is werkzaam bij het Universitair Centrum St. Jozef in Kortenberg (B.).  
DR. R. VAN DYCK is hoogleraar psychiatrie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.  
DR. W. VANDEREYCKEN is hoogleraar psychopathologie aan de Katholieke Universiteit Leuven (B.).  
DR. H. VERTOMMEN is hoogleraar klinische psychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven (B.) Correspondentieadres: Johan Vanderlinden, Universitair Centrum St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, België.

(American Psychiatric Association, 1980). De dissociatieve stoornissen worden in de DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) omschreven als 'een stoornis of verandering van de normale integratieve functies van identiteit, geheugen of bewustzijn'. Deze komt onder meer tot uiting in de volgende basiskenmerken: lacunes in het geheugen (amnesie), stoornissen in de identiteit (gestoorde zelfbeleving) en stoornissen of veranderingen in het bewustzijn (depersonalisatie en derealisatie). In moderne opvattingen over dissociatie (Putnam, 1989a) wordt gesteld dat dissociatieve ervaringen zich op een continuüm bevinden, met aan de ene kant alledaagse mineure ervaringen – zoals het zeer sterk opgaan in een film of spannend boek waardoor het rinkelen van de telefoon niet gehoord werd – en aan de andere pool van dit continuüm pathologische dissociatie.

Recent onderzoek toont aan dat deze pathologische dissociatie zeer dikwijls verband blijkt te houden met het ervaren van seksueel misbruik, fysiek geweld en/of ernstige emotionele verwaarlozing (Bliss, 1984; Chu & Dill, 1990; Coons & Milstien, 1986; Drayer & Boon, 1990; Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Van der Kolk, 1987; Noyes & Kletti, 1977; Ogata et al., 1990; Putnam et al., 1986; Terr, 1991; Vanderlinden et al., 1992a).

## Dissociatieve ervaringen in de algemene populatie

Onderzoek naar het voorkomen van dissociatieve ervaringen in de algemene populatie was tot voor kort onmogelijk, want er bestond geen instrument om dergelijke ervaringen op een betrouwbare wijze te meten. Recentelijk is hierin verandering gekomen door de ontwikkeling van verschillende vragenlijsten om dissociatieve ervaringen te meten: de Perceptual Alteration Scale (PAS) van Sanders (1986), de Dissociation Evaluation Scale (DES) van Bernstein en Putnam (1986) en de Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED) van Riley (1988). Tot op heden is de DES, een 28-item schaal die informeert naar de frequentie van voorkomen van dissociatieve ervaringen, het meest gebruikt voor onderzoeksdoeleinden in een steekproef van de algemene populatie.

In een eerste studie (Ross & DES voorgelegd aan een groep jonge adolescenten tussen 12 en 14 jaar (n = 168) en een groep jong volwassenen (n = 345) met een gemiddelde leeftijd van 24 jaar. Er werden geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen, maar een opmerkelijke vaststelling was dat dissociatieve ervaringen afnemen met het ouder worden. In een tweede uitvoeriger onderzoek (Ross, Joshi & Currie, 1990; Ross, 1991) werd de DES voorgelegd aan een groep van 1055 volwassenen uit Winnipeg City. Deze groep bleek evenwel voor verschillende karakteristieken, zoals geslacht (meer vrouwen dan mannen) en leeftijdsspreiding (geen adolescenten) niet helemaal representatief te zijn. Ondanks deze beperkingen zijn de bevindingen toch interessant. De DES-scores bleken niet te verschillen tussen mannen en vrouwen en werden niet beïnvloed door inkomen, werkstatus, opleidingsniveau, geboorteplaats, religie en gezinsgrootte. Opnieuw opvallend is de vaststelling dat dissociatieve ervaringen afnemen met het ouder worden. Ongeveer 5% van de populatie behaalde een score hoger dan 30 en 8,4% een score hoger dan 25 op de DES. Aangezien in klinische studies aangetoond werd dat DES-scores boven 20 een indicatie zijn voor het voorkomen van dissociatieve ervaringen en hogere scores (> 30) vaak een aanwijzing zijn voor het voorkomen van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) of meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) (Steinberg et al., 1991) besluit Ross dat het voorkomen

van dissociatieve stoornissen, waaronder MPS, onder 5% à 10% van de bevolking zou kunnen voorkomen.

## Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is de eerste studie naar het voorkomen van dissociatieve ervaringen in de algemene populatie bij Vlamingen en Nederlanders. Aangezien socioculturele factoren een belangrijke invloed kunnen uitoefenen op het ervaren van dissociatie en het tevens de bedoeling was een breed spectrum van dissociatieve ervaringen te meten, werd stapsgewijs een nieuwe dissociatie vragenlijst ontwikkeld: de Dissociation Questionnaire (DIS-Q) (zie Vander linden et al., 1992).

De DIS-Q is een vragenlijst bestaande uit 63 items (zie bijlage 1): aan het subject wordt gevraagd aan te geven in welke mate de verschillende uitspraken op hem/haar van toepassing zijn door één van de vijf mogelijke antwoordcategorieën te omcirkelen (helemaal niet, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel erg toepasselijk). De DIS-Q bestaat uit vier subschalen die samen 77% van de gemeenschappelijke variantie verklaren.

De eerste factor (eigenwaarde 17,964 en 57,42% van de gemeenschappelijke variantie) kreeg de naam *identiteitsverwarring en -fragmentering* (zie Steinberg, Rounsaville & Cicchette, 1990) en bestaat uit 25 items. De volgende items hebben op deze subschaal de hoogste lading: item 30: 'Ik heb het gevoel dat mijn lichaam niet van mij is' (0,77); item 59: 'Ik heb het gevoel dat ik uit twee (of meer) personen besta' (0,75); item 57: 'Ik heb wel eens het gevoel alsof mijn geest gespleten is' (0,70). Deze items verwijzen naar het feit dat de persoon in kwestie zich bewust is van invloeden van gedissocieerde alterpersoonlijkheden. Sommige items verwijzen ook naar ervaringen van derealisatie en depersonalisatie, wat vaak gepaard gaat met identiteitsverwarring.

De tweede factor (eigenwaarde 2,598 en 8,34% gemeenschappelijke variantie) kreeg de naam *controleverlies* en bestaat uit 18 items. De volgende items hebben op deze schaal de hoogste lading: item 49: 'Ik zit wel eens te dagdromen' (0,61); item 14: 'Ik voel geregeld een drang om iets te eten, zelfs wanneer ik geen honger heb' (0,60); item 23: 'Mijn stemming kan plots helemaal omslaan' (0,58); item 1: 'Ik heb wel eens het gevoel alsof ik loop te dromen' (0,57). De meeste items houden verband met het niet bewust onder controle hebben van gedachten, gevoelens en gedragingen en deze subschaal meet in die zin ook impulsiviteit.

De derde factor (eigenwaarde 2,329 en 5,96% gemeenschappelijke variantie) kreeg de naam *amnesie* en bevat 14 items. De items die hier de hoogste lading hebben, zijn: item 21: 'Het komt voor dat ik mij van bepaalde gebeurtenissen in mijn leven, zoals eindexamendag, trouwdag en dergelijke niets meer herinner' (0,60); item 58: 'Ik vind weleens briefjes, tekeningen of aantekeningen van mezelf, waarvan ik niet kan herinneren dat ik ze gemaakt heb' (0,55); item 18: 'Er zijn momenten dat ik me niet kan herinneren waar ik dag (of dagen) tevoren was' (0,53). Deze subschaal verwijst naar de amnesie-factor of lacunes in het geheugen.

De vierde factor (eigenwaarde 1,564 en 5,40% gemeenschappelijke variantie) kreeg de naam *verhoogde concentratie* en bevat 6 items. De items die op deze subschaal het hoogst

laden zijn: item 53: 'Wanneer ik eet ben ik mij bewust van elke hap' (0,57); item 33: 'Ik kan me iets dat vroeger gebeurd is zo levendig herinneren dat ik het gevoel heb het opnieuw te beleven' (0,43); item 51: 'Wanneer ik loop ben ik mij bewust van elke stap' (0,42). De meeste van deze items verwijzen naar een toestand van verhoogde concentratie, ook wel absorptie genoemd (Tellegen & Atkinson, 1974).

Naast de totaaluitslag werden tevens de subschaaluitslagen berekend. Door telkens de som te delen door het aantal betrokken items kunnen de scores dus variëren tussen 1 en 5. De DIS-Q werd inmiddels uitvoerig psychometrisch bestudeerd en blijkt een zeer hoge interne consistentie te bezitten, respectievelijk 0,96 voor de totale schaal en 0,94, 0,93, 0,88 voor de eerste drie subschalen en een duidelijk lagere interne consistentie van 0,69 voor de laatste subschaal. De heretestingsbetrouwbaarheid voor de totale schaal bedraagt 0,94, en voor de vier subschalen respectievelijk 0,91, 0,92, 0,93 en 0,75. De DIS-Q werd inmiddels voorgelegd aan verschillende patiëntengroepen, zoals patiënten met eetstoornissen (n = 98), patiënten met dissociatieve stoornissen (n = 53), patiënten met posttraumatische stress-stoornissen (PTSS) (n = 12), dwang (n = 29), en patiënten met schizofrenie (n = 31). De DIS-Q scores blijken hoog significant te discrimineren tussen patiënten met dissociatieve stoornissen en alle andere groepen (ANOVA; DF = 588; F = 149,77; p < 0,0001). De subschalen 1 (identiteitsverwarring en -fragmentering) en 3 (amnesie) discrimineerden het meest significant. Hogere dissociatiescores lijken samen te hangen met het voorkomen van ernstige trauma's in de voorgeschiedenis van de subjecten (Vanderlinden, e.a. 1992a). Al deze gegevens suggereren dat de DIS-Q-vragenlijst betrouwbaar is en goed in staat is personen met dissociatieve stoornissen te differentiëren van andere groepen.

## Subjectkarakteristieken

De DIS-Q werd toegestuurd aan 500 subjecten uit de Nederlandse bevolking en 300 Vlaamse subjecten. Beide groepen uit deze steekproef waren representatief qua leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau. In totaal werden 374 vragenlijsten verzameld: 235 Nederlanders en 139 Vlamingen. De verhouding mannen/vrouwen bedroeg 119 (50,6%) tegenover 116 (49,4%) voor de Nederlanders en 69 (49,6%) tegenover 70 (50,4%) voor de Vlamingen.

De gegevens in tabel 1 laten zien dat er in beide groepen voor zowel geslacht, leeftijd, burgerlijke status en opleidingsniveau voldoende spreiding is. Wel is het aantal gescheiden mensen klein en bestaat er in de Vlaamse groep een oververtegenwoordiging van de jongere leeftijdsgroepen.

**Tabel I Leefijdsspreiding, burgerlijke staat en opleiding**

Leefijd						
	10–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70
Nederlanders	8%	15%	18%	27%	16%	16%
Vlamingen	20%	31%	23%	24%	2%	0%
Totaal	12%	21%	20%	26%	11%	10%
	Ongehuwd	Gehuwd	Samenw- nend	Gescheiden	Weduwe (naar)	
Nederlanders	21%	69%	4%	2%	4%	
Vlamingen	35%	55%	4%	6%	0%	
Totaal	26%	64%	4%	3%	3%	
Opleiding						
Nederlanders						
Lagere school	7%					
Lagere beroepsopleiding	14%					
Mulo/Mavo	14%					
Middelbare beroepsopleiding	26%					
Havo/Atheneum	12%					
Hogere beroepsopleiding	19%					
Universitair	8%					
Vlamingen						
Lager middelbaar algemeen	9%					
–technisch	11%					
–beroeps	14%					
Hoger middelbaar algemeen	13%					
–technisch	18%					
–beroeps	8%					
Hoger niet-universitair	19%					
Universitair	8%					

\*  $p < 0,05$ 

## Resultaten

### *Invloed van de verschillende variabelen*

De gemiddelde itemuitslag ( $X$ ) voor de totale groep is 1,61 met een standaarddeviatie (SD) van 0,41 (range 1–3,98). De hoogste itemwaarde bedraagt 2,41 voor item 47 ('Ik vergeet soms waar ik iets gelegd heb') en de laagste itemwaarde 1,08 voor item 37 ('Soms merk ik opeens dat ik op een plek ben die ik niet ken, zonder te weten hoe ik er gekomen ben'). De gemiddelde subschaaluitslagen zijn als volgt:

- 1 *identiteitsverwarring*:  $X = 1,42$  (SD = 0,45; range 1–4,16)
- 2 *controleverlies*:  $X = 1,83$  (SD = 0,54; range 1–4,55)
- 3 *amnesie*:  $X = 1,47$  (SD = 0,41; range 1–4,43)
- 4 *verhoogde concentratie*:  $X = 2,07$  (SD = 0,62; range 1–4,50).

De resultaten in tabel 2

**Tabel 2 Verdeling van de DIS-Q-scores (in procenten) DIS-Q1 = identiteitsverwarring  
DIS-Q2 = controleverlies DIS-Q3 = amnesie DIS-Q4 = verhoogde concentratie**

DIS-Q -score	Totaal	DIS-Q 1	DIS-Q 2	DIS-Q 3	DIS-Q 4
1,0-1,5	47,6	68,2	35,0	61,0	20,3
1,5-2,0	37,2	21,9	36,9	30,7	36,3
2,0-2,5	12,3	7,2	20,6	6,1	24,6
2,5-3,0	1,9	1,3	5,9	0,8	13,9
3,0-3,5	0,3	0,5	1,0	1,1	3,5
3,5-4,0	0,8	0,5	0,3	0,0	0,8
4,0-4,5	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3
4,5-5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

\*  $p < 0,05$

illustreeren dat de subschalen controleverlies en verhoogde concentratie de grootste spreiding hebben.

Wat betreft de DIS-Q-totaalscore, blijkt de *leeftijd* de enige variabele te zijn die de DIS-Q scores significant beïnvloedt ( $DF = 1, F = 30,89, p < 0,0001$ ). Evenals Ross (1989, 1990), vinden we (zie tabel 3) dat dissociatieve ervaringen afnemen met het ouder worden en dat ook de spreiding in de scores afneemt op oudere leeftijd ( $> 60$  jaar) (zie tabel 3).

We stellen significante ( $p < 0,05$ ) verschillen vast tussen enerzijds de jongste leeftijdsgroep (10-20 jaar) en de leeftijdsgroepen 40-50 jaar en  $> 60$  jaar anderzijds.

Wanneer we de subschalen onderling vergelijken, stellen we vast dat met toenemende leeftijden de eerste drie subschalen, vooral identiteitsverwarring, controleverlies en amnesie dalen, maar de verschillen zijn alleen significant voor de subscalaal controleverlies ( $p < 0,05$ ). Het afnemen van de dissociatiescores met toenemende leeftijd lijkt dus voornamelijk te maken te hebben met de scores op deze subscala. Bij paarsgewijze vergelijking van de verschillende leeftijdsgroepen, kunnen we vaststellen dat de jongere leeftijdsgroepen (10-20 jaar en 20-30 jaar) significant hoger scores ( $p < 0,05$ ) dan de leeftijdsgroepen 50-60 en  $> 60$  jaar op de factor controleverlies. Interessant is de vaststelling dat de dissociatiescores de grootste spreiding vertonen tussen de 30 en 40 jaar.

**Tabel 3 DIS-Q-scores voor verschillende leeftijdsgroepen DIS-Q1 = identiteitsverwarring DIS-Q2 = controleverlies DIS-Q3 = amnesie DIS-Q4 = verhoogde concentratie**

Leeftijd	Totaal		DIS-Q1		DIS-Q2		DIS-Q3		DIS-Q4	
	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X
10-20	1,8	0,4	1,6	0,4	2,2	0,5	1,6	0,4	2,1	0,5
20-30	1,7	0,3	1,4	0,3	2,0	0,5	1,5	0,4	2,1	0,6
30-40	1,7	0,6	1,5	0,6	1,9	0,7	1,5	0,5	2,1	0,6
40-50	1,5	0,3	1,3	0,4	1,7	0,4	1,3	0,3	1,9	0,6
50-60	1,6	0,4	1,4	0,5	1,7	0,4	1,5	0,4	2,0	0,6
$>60$	1,4	0,3	1,3	0,3	1,5	0,4	1,4	0,3	1,9	0,5

\*  $p < 0,05$

De variabele geslacht heeft geen significante invloed op de totale DIS-Q uitslag. Wanneer we daarentegen de DIS-Q subschaaluitslagen vergelijken, blijken mannen significant ( $p < .05$ ) hoger te scoren dan vrouwen op de subschaal amnesie. We vermelden kort de belangrijkste items waarop mannen in vergelijking met vrouwen significant hoger scoren:

item 13: 'Ik vind wel eens nieuwe dingen tussen mijn spullen, waarvan ik mij niet kan herinneren dat ik ze gekocht heb' ( $p < 0,03$ );

item 19: 'Ik krijg wel eens te horen dat ik doe alsof vrienden of familieleden vreemden voor mij zijn' ( $p < 0,008$ );

item 25: 'Ik vergeet onmiddellijk wat anderen tegen mij zeggen' ( $p < 0,05$ );

item 31: 'Als ik televisie kijk, merk ik niets meer van wat er om me heen gebeurt' ( $p < 0,008$ );

item 58: 'Ik vind wel eens briefjes, tekeningen of aantekeningen van mezelf, waarvan ik mij niet kan herinneren dat ik ze gemaakt heb' ( $p < 0,01$ ).

Vrouwen scoren slechts op twee items significant hoger dan mannen:

item 6: 'Ik kan zomaar, zonder dat ik het wil, in lachen of huilen uitbarsten' ( $p < 0,0001$ );

item 14: 'Ik voel geregeld een drang om iets te eten zelfs wanneer ik geen honger heb' ( $p < 0,004$ ).

*Opleiding* en *nationaliteit* hebben geen invloed op de DIS-Q scores, als scoren Vlamingen zowel op de totaaluitslag (1,69 versus 1,55 voor de Nederlanders) als op de afzonderlijke subschalen hoger – maar niet significant – dan de Nederlanders. Omdat de jongere leeftijdsgroepen sterker vertegenwoordigd zijn in de Vlaamse steekproef, werd een paarsgewijze vergelijking gemaakt tussen beide groepen volgens de verschillende leeftijdsniveaus. Op deze wijze werden wel enkele significante verschillen gevonden. In de leeftijdsklasse 30–40 jaar scoren Vlamingen significant ( $p < 0,03$ ) hoger op de subschaal verhoogde concentratie en in de leeftijdsgroep 40–50 scoren de Vlamingen significant ( $p < 0,04$ ) hoger op de subschaal amnesie.

De *demografische status* (ongetrouwd, getrouwd, samenwonend, gescheiden en weduwe of weduwnaar) bleek geen invloed te hebben op de totaaluitslag en evenmin op de subschaaluitslagen. Binnen de groep volwassenen (leeftijd > 20 tot 50 jaar) scoorden de gescheiden subjecten hoger – hoewel niet significant – op zowel de totaaluitslag als de drie eerste subschalen (identiteitsverwarring, controleverlies en amnesie).

### ***Prevalentie van dissociatieve ervaringen in de bevolking***

Naast de beschrijving van de DIS-Q-resultaten, stelden we ons de vraag hoeveel subjecten uit de algemene populatie een DIS-Q-score behaalden die vergelijkbaar is met patiënten met een dissociatieve stoornis. Hiervoor werd de DIS-Q voorgelegd aan



een groep patiënten met dissociatieve stoornis (n = 53): 30 patiënten met een z.g. Meervoudige Persoonlijkheidsstoornis (MPS) en 23 patiënten met een z.g. Dissociatieve Stoornis Niet Anderszins Omschreven (DSNAO). Vervolgens werd een cut-off-score berekend, waarbij de scores van de groep normalen vergeleken werden met de scores van de groep patiënten met dissociatieve stoornis (n = 53). Gezien de hoge Pearson-r correlaties tussen de totaaluitslag van de DIS-Q en de vier subschalen (zie Vanderlinden et al., 1992b), werd tot op heden alleen voor de totaaluitslag van de DIS-Q een cut-off-score berekend. Bij een cut-off-score van 2,5 werd de beste sensitiviteit (het vermogen om de 'ware' positieven of subjecten met een dissociatieve stoornis juist te identificeren) en specificiteit (het vermogen om de 'ware' negatieven of subjecten zonder dissociatieve stoornis juist te identificeren) bereikt: de sensitiviteit bedroeg 91% en de specificiteit 97%. Hoewel een bevredigend resultaat, dienen deze gegevens evenwel als preliminair beschouwd te worden, aangezien idealiter nogmaals een cut-off-score berekend dient te worden door de DIS-Q-scores van de groep met dissociatieve stoornissen te vergelijken met scores van een patiëntengroep met uiteenlopende psychiatrische diagnoses. Niettemin kunnen we voorlopig stellen dat, wanneer we ons beperken tot de totaaluitslag, II subjecten of 2,94% uit onze steekgroep een score op de DIS-Q behalen die vergelijkbaar is met de score uit de groep van dissociatieve stoornissen. Van deze II subjecten behalen 4 (1,06% van het totaal) een score vergelijkbaar met de scores uit de patiëntengroep met Meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS).

Vervolgens analyseerden we de verschillende karakteristieken van deze groep met hoge scores (>2,5) op de DIS-Q (n = 11). Een merkwaardige bevinding was dat zowel in de Vlaamse als in de Nederlandse steekproef de meerderheid van deze 11 subjecten mannen waren (7 mannen versus 4 vrouwen). Dit is een verbazende vaststelling, aangezien in de literatuur voor het voorkomen van de Meervoudige persoonlijkheidsstoornis algemeen een verhouding van 4 vrouwen tegenover 1 man gesignaleerd wordt (zie bijv. Ross, Norton & Wozney, 1989). Wat de andere karakteristieken betreft: er waren 6 Vlamingen en 5 Nederlanders; 7 subjecten waren gehuwd, 3 ongehuwd en 1 gescheiden, en de meerderheid was tussen de 30 en 40 jaar. De subjecten hadden zeer uiteenlopende opleidingen achter de rug.

## Discussie

Onze resultaten bevestigen de bevindingen van Ross et al. (1989, 1990) en illustreren dat dissociatieve ervaringen relatief frequent voorkomen in de bevolking. In onze studie rapporteert 3% van de bevolking ernstige dissociatieve ervaringen en 1% behaalt een score die vergelijkbaar is met die van de groep patiënten met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis. Deze cijfers zijn veel lager dan de cijfers die vermeld worden door Ross (1990), die suggereert dat (voor de Canadese bevolking) de prevalentie van dissociatieve stoornissen zich situeert tussen 5% à 10%. Een belangrijke vaststelling in onze studie was dat de meerderheid van de subjecten met hoge DIS-Q-scores mannen waren (7 mannen en 4 vrouwen), hetgeen suggereert dat dissociatieve ervaringen bij mannen waarschijnlijk frequenter voorkomen dan algemeen wordt aangenomen.

Opvallend is verder dat de jongere leeftijdsgroepen (10-20 en 20-30) hogere dissociatiescores behalen dan de overige groepen. Het afnemen van dissociatieve ervaringen wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat oudere leeftijdsgroepen

hun gedragingen, gevoelens en gedachten blijkbaar meer onder controle hebben. Mannen scoren hoger op de subschaal amnesie. Hier kunnen we ons de vraag stellen of mannen inderdaad over minder goede aandachts- of geheugencapaciteiten beschikken dan wel of de verschillen voornamelijk te maken hebben met socio-culturele factoren en met sekse-gebon-den stereotypen.

Net als in de studie van Ross (1990), bleek het opleidingsniveau geen invloed te hebben op de DIS-Q-scores. Ook voor de demografische status werden geen significante verschillen gevonden, maar de gescheiden subjecten behaalden wel de hoogste scores op alle subschalen in de groep volwassenen (leeftijd 20 tot 50 jaar); gehuwden behaalden de laagste scores. Deze bevinding suggereert dat gescheiden volwassenen mogelijk meer 'kwetsbaar' zijn bij confrontatie met traumatische situaties en ervaringen.

Het feit dat de bevindingen van deze studie inmiddels in een tweede onderzoek bij een groep Nederlanders (n = 378) in grote lijnen bevestigd werden (Vanderlinden e.a., 1993), doet vermoeden dat het voorkomen van dissociatieve ervaringen en stoornissen sterk onderschat wordt door de meeste hulpverleners. De DIS-Q kan een nuttig hulpmiddel worden bij screening en diagnostiek van dissociatieve ervaringen en daaraan verwante stoornissen.

---

### **Abstract**

*This article describes the results of the first study on the prevalence of dissociative experiences in the general population in Flanders and the Netherlands, using a new self-reporting dissociation questionnaire, the DIS-Q. From a representative sample of the population, 378 subjects filled out the questionnaire. The results show that dissociative experiences are quite common in the general population and that their frequency is declining with age. About 3% of the population reports serious dissociative experiences and 1% scores as high as a group of patients with multiple personality disorder. These findings suggest that the prevalence of dissociative disorders is seriously underdiagnosed by mental health professionals.*

### **Referenties**

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. APA, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. APA, Washington, DC.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bliss, E. L. (1984). Hysteria and hypnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 203-206.
- Bliss, E. L. (1986). *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. Oxford University Press, New York.
- Boon, S. & Hart, O. van der (1988). Dissociëren als overlevingsstrategie bij fysiek en sexueel geweld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 43, 1197-1207.
- Braun, B. G. (1986). *Treatment of multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Chu, J. A. & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Coons, P. M. & Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality: Characteristics, etiology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110.

- Drayer, N. & Boon, S. (1990). Child sexual and/or physical abuse, dissociation and other trauma-related symptoms within a clinical population. In B. G. Braun & E. B. Carlson (Eds.), *Dissociative disorders 1990: Proceedings of the 7th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 68). Rush, Chicago.
- Frankel, F. H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 390-395.
- Hart, O. van der (1986). Pierre Janet over hysteric en hypnose. *Directieve Therapie en Hypnose*, *6*, 223-246.
- Hart, O. van der (1988). Een overzicht van Janets werk over hysteric en dissociatie. *Directieve Therapie en Hypnose*, *8*, 336-365.
- Hart, O. van der (Red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- Herman, J. L., Perry, J. C. & Kolk, B. A. van der (1989). Childhood trauma in borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 390-395.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. John Wiley, New York.
- Janet, P. (1989). *L'Automatisme psychologique*. Parijs: Félix Alcan. Heruitgave: Société Pierre Janet, Parijs 1973.
- Kolk, B. A. van der (1987). *Psychological Trauma*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Kolk, B. A. van der & Hart, O. van der (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 1530-1540.
- Nemiah, J. C. (1979). Dissociative amnesia: A clinical and theoretical reconsideration. In F. Kihlstrom & F. J. Evans (Eds.), *Functional Disorders of Memory* (pp. 303-323). Lawrence Erlbaum, Hillsdale NJ.
- Noyes, R. & Kletti, R. (1977). Depersonalisation in response to life-threatening danger. *Psychiatry*, *18*, 375-384.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D. & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1008-1013.
- Putnam, F. W. (1989a). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press, New York.
- Putnam, F. W. (1989b). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, *2*, 413-430.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *47*, 285-293.
- Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 449-450.
- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, *14*, 503-517.
- Ross, C. A. & Ryan, L. (1989). Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation*, *2*, 239-242.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, *34*, 413-418.
- Ross, C. A., Joshi, S. & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1547-1552.
- Sanders, S. (1986). The perceptual alteration scale: A scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *29*, 95-102.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. & Cicchetti, D. V. (1990). The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 76-82.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. & Cicchetti, V. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1050-1054.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, *148*: 10-20.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Dyck, R. van en Vertommen, H. (1992a). Dissociation and traumatic experiences in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders* (in press).
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vertommen, H. en Vandereycken, W. (1992b). De Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Ontwikkeling en karakteristieken van een dissociatievragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, *47*, 134-147.

Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1993). Dissociatie en traumatische ervaringen in de Nederlandse bevolking. In K. Hoogduin e.a., *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie*.

*Bijlage Dissociation Questionnaire (DIS- Q) met scoringsformulier*

Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat enkele algemene vragen over uw achtergrond. In het tweede deel wordt u gevraagd aan te geven *in welke mate* de volgende ervaringen op u van toepassing zijn. De in de vragenlijst genoemde ervaringen kunnen zich voordoen als mensen onder invloed zijn van alcohol, drugs of medicijnen. Het is de bedoeling om deze vragenlijst te beantwoorden m.b.t. uw toestand *zonder* gebruik van dergelijke middelen. Wij vragen u om op de uitspraken te reageren door het nummer dat van toepassing is te omcirkelen. Elk antwoord is goed, als het maar uw eigen mening weergeeft.

Gelieve op elke uitspraak te reageren.

*Voorbeeld*

In welke mate is de volgende uitspraak op u van toepassing.

**Tabel 3 DIS-Q-scores voor verschillende leeftijdsgroepen DIS-Q1 = identiteitsverwarring DIS-Q2 = controleverlies DIS-Q3 = amnesie DIS-Q4 = verhoogde concentratie**

	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
Ik kan moeilijk een beslissing nemen.	1	2	3	4	5

\*  $p < 0,05$

Door één van de cijfers te omcirkelen kunt u aangeven of die uitspraak meer of minder op u van toepassing is. Indien zoals in het bovenvermelde voorbeeld, de uitspraak 'nogal' op u van toepassing is, omcirkelt u het cijfer 3. Zet bij elke uitspraak een cijfertje dat het meest op u van toepassing is.

1 = dat is **helemaal niet** toepasselijk

2 = dat is **een beetje** toepasselijk

3 = dat is **nogal** toepasselijk

4 = dat is **tamelijk veel** toepasselijk

5 = dat is **heel erg** toepasselijk

© Vanderlinden – Van Dyck – Vertommen – Vandereycken

Universitair Centrum St. Jozef

Leuvensesteenweg 517

3070 KORTENBERG

Deel 1

NAAM: .....

DATUM: .....

Wilt u invullen en aankruisen wat op u van toepassing is?

Uw leeftijd: ..... jaar

Uw geslacht:  man

vrouw

Uw burgerlijke staat:  Ongehuwd

Gehuwd

Samenwonend

Gescheiden

Weduwnaar/weduwe

Uw opleiding:  Lagere school

Lagere beroepsopleiding

Mulo, Mavo

Middelbare beroepsopleiding

Havo, atheneum

Hogere beroepsopleiding

Universitaire opleiding

(De opleiding aankruisen, die het meest met uw opleiding overeenkomt.)

Herinnert u zich in uw leven zwaar belastende, levensbedreigende of traumatische gebeurtenissen?

- nee
  
- ja, nl. (meerdere antwoorden mogelijk):

  - ernstig lichamelijk letsel
  - oorlogssituatie
  - seksuele mishandeling door niet-familieleden
  - fysische mishandeling
  - incest (seksuele mishandeling door familieleden)
  - anderszins, namelijk:

Deel 2

**Tabel 3 DIS-Q-scores voor verschillende leeftijdsgroepen DIS-Q1 = identiteitsverwarring DIS-Q2 = controleverlies DIS-Q3 = amnesie DIS-Q4 = verhoogde concentratie**

	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
1. Ik heb wel eens het gevoel alsof ik loop te dromen.	1	2	3	4	5
2. Ik heb regelmatig het gevoel dat alles onwerkelijk is.	1	2	3	4	5
3. Het komt wel eens voor dat ik het contact met mijn lichaam kwijt ben.	1	2	3	4	5
4. Ik prop mezelf vol met eten zonder erbij na te denken.	1	2	3	4	5
5. Ik ben aan het fietsen of autorijden en beseft opeens dat ik mij niet meer kan herinneren van wat er onderweg gebeurd is.	1	2	3	4	5
6. Ik kan zomaar, zonder dat ik het wil, in lachen of huilen uitbarsten.	1	2	3	4	5
7. Het komt wel eens voor dat ik het gevoel heb iemand anders te zijn.	1	2	3	4	5
8. Het komt wel eens voor dat ik naar iemand luister en dan opeens merk dat ik een gedeelte of het gehele verhaal niet gehoord heb.	1	2	3	4	5
9. Wanneer ik moe ben, heb ik het gevoel alsof een kracht van buiten af bezit van mij neemt en bepaalt wat ik doe.	1	2	3	4	5
10. Ik kom in situaties terecht waarin ik niet wil zijn.	1	2	3	4	5
11. Ik voel wel eens een grote afstand tussen mezelf en wat ik denk en doe.	1	2	3	4	5
12. Ik vraag me wel eens af wie ik eigenlijk ben.	1	2	3	4	5
13. Ik vind wel eens nieuwe dingen tussen mijn spullen, waarvan ik mij niet kan herinneren dat ik ze gekocht heb.	1	2	3	4	5
14. Ik voel geregeld een drang om iets te eten zelfs wanneer ik geen honger heb.	1	2	3	4	5
15. Ik word wel eens boos terwijl ik dat helemaal niet wil.	1	2	3	4	5
16. Het komt wel eens voor dat ik vastbesloten ben iets te doen, maar dan doet mijn lichaam tegen mijn wil iets heel anders.	1	2	3	4	5
17. Ik voel me wel eens verward.	1	2	3	4	5
18. Er zijn momenten dat ik me niet kan herinneren waar ik de dag (of dagen) tevoren was.	1	2	3	4	5
19. Ik krijg wel eens te horen dat ik doe alsof vrienden of familieleden vreemden voor me zijn.	1	2	3	4	5
20. In bepaalde situaties ervaar ik mezelf als een gespleten persoonlijkheid.	1	2	3	4	5
21. Het komt wel eens voor dat ik van bepaalde belangrijke gebeurtenissen in mijn leven zoals eindexamendag, trouwdag, me niets meer herinner.	1	2	3	4	5
22. Soms wil ik iets zeggen, maar dan komt er iets heel anders over mijn lippen dan ik bedoelde.	1	2	3	4	5
23. Mijn stemming kan plotseling helemaal omslaan.	1	2	3	4	5
24. Soms doe ik iets zonder erbij na te denken.	1	2	3	4	5
25. Ik vergeet onmiddellijk wat anderen tegen mij zeggen.	1	2	3	4	5
26. Het komt voor dat ik iets aan het doen ben en dan opeens een black-out krijg.	1	2	3	4	5
27. Het komt voor dat ik in de spiegel kijk en mezelf niet herken.	1	2	3	4	5
28. Ik heb wel eens het gevoel alsof mijn lichaam een verandering ondergaat.	1	2	3	4	5



29. Ik heb wel eens het gevoel dat andere mensen de dingen en de wereld om me heen, niet echt zijn.	1	2	3	4	5
30. Ik heb het gevoel dat mijn lichaam niet van mij is.	1	2	3	4	5
31. Als ik televisie kijk, merk ik niets meer van wat er om me heen gebeurt.	1	2	3	4	5
32. Soms vallen hele stukken tijd weg en herinner ik me niet meer wat ik daarin gedaan heb.	1	2	3	4	5
33. Ik kan me iets dat vroeger gebeurd is zo levendig herinneren dat ik het gevoel heb het opnieuw te beleven.	1	2	3	4	5
34. Ik heb wel eens het gevoel alsof iemand anders in mij bepaalt wat ik doe.	1	2	3	4	5
35. Soms kom ik tot de ontdekking dat ik iets gedaan heb waarvan ik me niets kan herinneren.	1	2	3	4	5
36. Ik vraag me af hoe ik mezelf ervan kan weerhouden bepaalde dingen te doen.	1	2	3	4	5
37. Soms merk ik opeens dat ik op een plek ben die ik niet ken, zonder te weten hoe ik er gekomen ben.	1	2	3	4	5
38. Ik twijfel er wel eens aan of bepaalde herinneringen nu echt gebeurd zijn, of dat ik er alleen over gedroomd heb.	1	2	3	4	5
39. Soms ben ik op een plek die ik goed ken, maar die me vreemd en onbekend voorkomt.	1	2	3	4	5
40. Ik heb het gevoel dat ik bepaalde dingen doe zonder te weten waarom.	1	2	3	4	5
41. Soms denk ik of doe ik iets tegen mijn zin op een manier die helemaal niet bij mij past.	1	2	3	4	5
42. Ik merk dat ik bij alles wat ik doe, mezelf scherp in de gaten houd.	1	2	3	4	5
43. Ik ga soms zo op in fantasie of dagdromen dat het lijkt alsof het werkelijk gebeurt.	1	2	3	4	5
44. Het komt voor dat ik voor me uit zit te staren zonder aan iets te denken.	1	2	3	4	5
45. Ik denk vaak nergens aan.	1	2	3	4	5
46. Het kost me veel moeite om weerstand te bieden aan slechte gewoonten.	1	2	3	4	5
47. Ik vergeet soms waar ik iets gelegd heb.	1	2	3	4	5
48. Wanneer ik eet, doe ik dat zonder erbij na te denken.	1	2	3	4	5
49. Ik zit wel eens te dagdromen.	1	2	3	4	5
50. Ik zou willen dat ik mezelf beter in de hand had.	1	2	3	4	5
51. Wanneer ik loop, ben ik mij bewust van elke stap.	1	2	3	4	5
52. In bepaalde situaties merk ik dat ik dingen met het grootste gemak kan doen, die mij anders veel moeite kosten (bijv. sport, werk, sociale contacten).	1	2	3	4	5
53. Wanneer ik eet, ben ik mij bewust van elke hap.	1	2	3	4	5
54. Ik verlies elk gevoel van tijd.	1	2	3	4	5
55. Het komt wel eens voor dat ik niet meer weet of ik iets echt gedaan heb of het me alleen maar heb voorgenomen.	1	2	3	4	5
56. Ik wil wel eens twee dingen tegelijk doen die niet samengaan en merk dat ik in mezelf aan het praten ben over de voors en tegens.	1	2	3	4	5
57. Ik heb wel eens het gevoel alsof mijn geest gespleten is.	1	2	3	4	5
58. Ik vind wel eens briefjes, tekeningen of aantekeningen van mezelf, waarvan ik me niet kan herinneren dat ik ze gemaakt heb.	1	2	3	4	5
59. Ik heb het gevoel dat ik uit twee (of meer) personen besta.	1	2	3	4	5
60. Ik doe vaak iets zonder erbij na te denken.	1	2	3	4	5

61. Ik hoor wel eens stemmen in mijn hoofd die me zeggen wat ik moet doen of commentaar leveren op wat ik doe.	1	2	3	4	5
62. Ik zie mezelf anders dan anderen me zien.	1	2	3	4	5
63. Ik heb wel eens het gevoel dat ik door een waas naar de wereld kijk zodat de mensen en dingen om me heen ver weg of vaag lijken.	1	2	3	4	5

\*  $p < 0,05$

### DIS-Q scoring formulier

**Tabel 3 DIS-Q-scores voor verschillende leeftijdsgroepen DIS-Q1 = identiteitsverwarring DIS-Q2 = controleverlies DIS-Q3 = amnesie DIS-Q4 = verhoogde concentratie**

Naam:				Datum:			
DIS-Q1 &hrt;Identiteitsverwarring, -fragmentatie		DIS-Q2 &hrt;Verlies van controle		DIS-Q3 &hrt;Amnesie		DIS-Q4 &hrt;Verhoogde concentratie	
Nr	Score	Nr	Score	Nr	Score	Nr	Score
2		1		13		33	
3		4		18		42	
7		5		19		51	
9		6		21		52	
10		8		25		53	
11		14		26		56	
12		15		31			
16		17		32			
20		23		35			
22		24		37			
27		38		45			
28		43		47			
29		44		55			
30		46		58			
34		48					
36		49					
39		54					
40		60					
41							
50							
57							
59							
61							
62							
63							
som =		som =		som =		som =	
som: 25 =		som: 18 =		som: 14 =		som: 6 =	

\*  $p < 0,05$

DIS-Q Totaal score = Totaal som: 63 =