

Suzette Boon

# Diagnostiek van trauma- gerelateerde dissociatie

Met het Trauma and  
Dissociation Symptoms  
Interview (TADS-I)



Uitgeverij Mens!

Uitgeverij Mens!  
Brammershoopstraat 12/16  
7858 TC Eeserveen  
0599-74 50 47  
info@uitgeverijmens.nl  
uitgeverijmens.nl

*Vertegenwoordiging in België*  
Mythras Books, Antwerpen

*Redactie*  
Hanneke Lustig  
Hilde Merkus

*Correctie*  
Vitataal tekst & redactie, Feerwerd

*Omslagontwerp*  
Elzo Hofman, In Ontwerp, Assen

*Opmaak en vormgeving*  
Cathy Gerver, Studio Nico Swanink, Haarlem

*Druk- en bindwerk*  
Wilco BV, Amersfoort

Copyright © 2022 Uitgeverij Mens!, Eeserveen, The Netherlands/Suzette Boon, Maarssen,  
The Netherlands

Alle rechten voorbehouden inclusief het recht van reproductie in zijn geheel of in delen in welke vorm dan ook. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or disclosed, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 978 94 6316 075 9  
NUR 776

# Inhoud

## **Woord vooraf** 13

- Korte achtergrond 13
- Voor wie is dit boek bedoeld? 17
- De opzet van het boek 17

## **Dankwoord** 21

## **1 Dissociatieve stoornissen volgens de DSM-5 en de ICD-11: criteria en dilemma's** 25

### Inleiding 25

### Dilemma's bij het vaststellen van een dissociatieve stoornis 26

- De verschillende betekenissen van dissociatie 26
- Twee verschillende psychiatrische classificatiesystemen 34
- Hoge comorbiditeit 36
- Ontkenning of verhulling 38
- Onvoldoende scholing in diagnostiek 38
- Gebrek aan behandelmogelijkheden 39

### Criteria van de dissociatieve stoornissen in de DSM-5 en de ICD-11 39

- Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) 40
- Dissociatieve amnesie 53
- Depersonalisatie-/derealisatiestoornis (DPDRS) 57
- Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS), AGDS-1 en partiële DIS 61
- Ongespecificeerde dissociatieve stoornis 65
- De dissociatieve neurologisch-symptoomstoornis volgens de ICD-11 65
- De dissociatieve trancestoornis volgens de ICD-11 70
- De bezetenheidstrancestoornis volgens de ICD-11 71

## **2 Dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid** 73

### Inleiding 73

### Algemene aandachtspunten bij de beoordeling 74

- Doorvragen bij onduidelijke of ambigue antwoorden 74
- Tegenstrijdige antwoorden gedurende een interview 75

Non-verbale signalen van spanning tijdens een interview	75
Vermijden van suggestieve vragen	76
Vragen naar symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid	77
Psychoforme (cognitief-emotionele) dissociatieve symptomen	77
Amnesie	77
Depersonalisatie- en derealisatiesymptomen	86
Nieuwe of verloren vaardigheden	89
Schneidersymptomen	90
Somatoforme (sensomotorische) dissociatieve symptomen	97
Functieverlies	98
Symptomen afkomstig van intrusies	99
Het vaststellen van de aanwezigheid van dissociatieve delen van de persoonlijkheid	100
Dissociatieve delen van de persoonlijkheid	101
Samenvatting	105

### **3 Overige veranderingen in het bewustzijn** 107

Inleiding	107
Depersonalisatie en derealisatie	108
Voorbeelden van depersonalisatie en derealisatie	109
Beoordeling van depersonalisatie- en derealisatiesymptomen	110
Absorptie-ervaringen	111
Voorbeelden van absorptie	111
Dagdromen	112
Voorbeelden van dagdromen	112
Trance-ervaringen	113
Voorbeelden van trance-ervaringen	114

### **4 Screening van dissociatieve symptomen met behulp van zelfrapportage-vragenlijsten** 115

Inleiding	115
Wanneer is het aan te raden om te screenen?	115
Screeningsinstrumenten	116
De Dissociative Experiences Scale (DES)	116
Casus ter illustratie bij de DES	123
De DES-Taxon (DES-T)	128
De Dissociation Questionnaire (DIS-Q)	128
De Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)	128
De Cambridge Depersonalization Scale (CDS)	129
De Multidimensional Inventory of Dissociation (MID)	129
De Dissociative Symptoms Scale (DSS)	130

De Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI) 131  
Conclusie 131

## **5 Diagnostiek aan de hand van de TADS-I 133**

Inleiding 133

Gestructureerde interviews 135

Het Dissociative Disorder Interview Schedule (de DDIS) 135

Het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders,  
Revised (de SCID-D-R) 136

Het Trauma and Dissociation Symptoms Interview (de TADS-I) 137

De ontwikkeling van het interview 138

De structuur van de TADS-I 139

Het afnemen van de TADS-I 140

Praktische richtlijnen bij het afnemen van de TADS-I 141

Het uitvragen van (mogelijk) traumagerelateerde symptomen:

TADS-I deel 2 143

Eetproblemen: vraag 10 tot en met 22 146

Slaapproblemen: vraag 23 tot en met 39 147

Samenvatting vraag 10 tot en met 39 149

Stemming en emotieregulatie: vraag 40 tot en met 57 149

Angst en paniek: vraag 58 tot en met 66 151

Zelfdestructief gedrag: vraag 67 tot en met 72 152

Zelfbeeld en identiteit: vraag 73 tot en met 85 153

Relaties met anderen: vraag 86 tot en met 94 156

Seksualiteit: vraag 95 tot en met 105 157

Samenvatting vragen over (mogelijk) traumagerelateerde symptomen 158

Het uitvragen van overige bewustzijnsveranderingen: TADS-I deel 3 158

Het uitvragen van somatoforme dissociatieve symptomen: TADS-I deel 4 160

Het uitvragen van psychoforme dissociatieve symptomen: TADS-I deel 5 161

Scoring van de TADS-I 163

## **6 Casusbeschrijvingen van dissociatieve stoornissen aan de hand van de TADS-I 167**

Inleiding 167

Casus: een patiënt met DIS 167

Algemeen 168

(Mogelijk) traumagerelateerde symptomen 168

Bewustzijnsveranderingen 173

Somatoforme dissociatieve symptomen 174

Psychoforme dissociatieve symptomen 174

Diagnostische overwegingen 175

Casus: een hoog functionerende patiënt met DIS met een aanvankelijke presentatie van partiële DIS	178
Algemeen	179
(Mogelijk) traumagerelateerde symptomen	179
Bewustzijnsveranderingen	181
Somatoforme dissociatieve symptomen	181
Psychoforme dissociatieve symptomen	182
Diagnostische overwegingen	182
Follow-up	184
Casus: een patiënt met AGDS-1 of partiële DIS	185
Algemeen	185
(Mogelijk) traumagerelateerde symptomen	186
Bewustzijnsveranderingen	190
Somatoforme dissociatieve symptomen	191
Psychoforme dissociatieve symptomen	191
Diagnostische overwegingen	192
Casus: een patiënt met een depersonalisatie-/derealisatiestoornis	193
Algemeen	194
(Mogelijk) traumagerelateerde symptomen	194
Bewustzijnsveranderingen	195
Somatoforme dissociatieve symptomen	196
Psychoforme dissociatieve symptomen	196
Diagnostische overwegingen	196
Casus: dissociatieve neurologisch-symptoomstoornis met niet-epileptische aanvallen (ICD-11) of conversiestoornis met aanvallen of convulsies (DSM-5)	196
Algemeen	197
(Mogelijk) traumagerelateerde symptomen	197
Bewustzijnsveranderingen	199
Somatoforme dissociatieve symptomen	200
Psychoforme dissociatieve symptomen	200
Diagnostische overwegingen	201
Tot slot	201

## **7 Knelpunten in de differentiële diagnostiek van DIS, partiële DIS en AGDS-1**

203

Inleiding 203

Verschillende klinische presentaties van DIS,

AGDS-1 en partiële DIS 205

    DIS-presentatie 1 205

    DIS-presentatie 2 205

    DIS-presentatie 3 208

DIS-presentatie 4	208
Dilemma bij AGDS-1	209
Schizofrenie en psychotische stoornissen	210
Trauma, dissociatie, psychose en schizofrenie	212
Overlap en verschillen tussen psychotische stoornissen en DIS	214
Kwalitatieve verschillen in het horen van stemmen bij patiënten met DIS en bij patiënten met schizofrenie of een psychotische stoornis	215
Verschillen in inhoud van wanen en hallucinaties	216
Casus: een patiënt met schizofrenie	217
Depressieve-stemmingsstoornissen	221
Bipolaire-stemmingsstoornissen	222
Casus: een patiënt met een bipolaire-II-stoornis	223
Angststoornissen en obsessieve-compulsieve stoornis	226
Casus: een patiënt met chronische angstklachten	227
Middelenafhankelijkheid	229
Gegevens over dissociatieve symptomen onder patiënten met een alcohol- en/of drugsverslaving	229
Gegevens over alcohol- en drugsverslaving onder patiënten met een dissociatieve stoornis	231
Consequenties voor het diagnostisch onderzoek	231
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)	233
Autismespectrumstoornissen (ASS)	234
Genderdysforie	235
Tot slot	236

## **8 Het onderscheid tussen DIS en AGDS-1 en de borderline-persoonlijkheidsstoornis** 237

Inleiding	237
Onderzoek naar BPS als comorbide stoornis bij dissociatieve stoornissen	238
Onderzoek naar dissociatieve symptomen en stoornissen bij BPS	239
Algemene aandachtspunten bij het onderscheid tussen dissociatieve stoornissen (al dan niet met BPS) en BPS	242
BPS-patiënten zonder comorbide PTSS	244
TADS-I-profiel voor BPS-patiënten zonder PTSS of CPTSS	245
Casus: een patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS)	247
Het TADS-I-profiel bij andere persoonlijkheidsstoornissen	251
Casus: een patiënt met BPS en antisociale en narcistische trekken	252
Samenvatting	254

## **9 PTSS, dissociatieve subtype in de DSM-5 en complexe PTSS in de ICD-11** 259

Inleiding 259

DIS, AGDS-1 en PTSS, dissociatieve subtype in de DSM-5 261

Complexe PTSS in de ICD-11 261

De ontwikkeling van het concept CPTSS 262

CPTSS-criteria in de ICD-11 263

DIS, partiële DIS en CPTSS in de ICD-11 265

Voorbeelden van patiënten met en zonder CPTSS volgens de ICD-11, op grond van TADS-I-onderzoek 266

Voorbeeld 1: CPTSS volgens de ICD-11 267

Voorbeeld 2: dissociatieve subtype volgens de DSM-5, geen CPTSS volgens de ICD-11 271

Onderscheid tussen CPTSS en partiële DIS in de ICD-11; en tussen het dissociatieve subtype van PTSS en AGDS-1 in de DSM-5 272

Voorbeeld 3: CPTSS, dissociatieve subtype van PTSS en/of partiële DIS? 273

Tot slot 279

## **10 Onjuiste (fout-positieve) DIS-diagnoses en nagebootste of geïmiteerde DIS** 281

Inleiding 281

Eerder onderzoek 282

Bevindingen met de TADS-I 292

De fenomenologie van fout-positieve DIS aan de hand van de TADS-I: casuïstiek 295

Casus: fout-positieve DIS bij een patiënt met een bipolaire-I-stoornis 295

Casus: fout-positieve DIS bij een patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis 299

Casus: geïmiteerde DIS 304

Conclusie ten aanzien van deze voorbeelden 310

Het bespreken van de resultaten van het onderzoek 311

Echte of geïmiteerde DIS in de forensische psychiatrie 313

Dissociatieve symptomen en stoornissen in de forensische psychiatrie 313

De Nederlandse situatie 317

Werkelijke amnesie aangezien voor simulatie 319

Onterecht een geïmiteerde DIS vaststellen 321

Tot slot 322



## **11 De anamnese van traumatische jeugdervaringen en de betekenis daarvan voor de behandeling 323**

Inleiding 323

Traumatisering in de kindertijd 323

Omission versus commission 324

Eenmalige versus chronische of herhaaldelijke traumatisering 325

De anamnese van traumatische (jeugd)ervaringen 325

Zelfrapportage-vragenlijsten 327

Algemene aandachtspunten bij het in kaart brengen  
van traumatische ervaringen 328

Het Structured Trauma Interview (de STI) 331

Een goed behandelplan vereist meer dan een classificatie 334

De noodzaak van een juiste diagnose voor een passende behandeling 335

De prognose en indicatiestelling 336

Het diagnostisch vierkant, een hulpmiddel bij indicatiestelling 338

Andere factoren die een rol spelen bij prognose en behandelplan 341

Tot slot 342

**Nawoord 345**

### **Bijlagen:**

1 Symptoomprofielen TADS-I 347

2 Dissociatieve symptoomprofielen en DSM-5-stoornissen 365

3 Dissociatieve symptoomprofielen en ICD-11 stoornissen 371

4 Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) 373

5 De 16-delige Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) 381

**Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I) 385**

**Literatuuroverzicht 451**

**Register 483**

**Over de auteur 495**

# Woord vooraf

## **Korte achtergrond**

De traumagerelateerde dissociatieve stoornissen krijgen steeds meer aandacht in de therapeutische praktijk en de klinische literatuur. Met betrekking tot de twee meest complexe dissociatieve stoornissen, de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) en het eerste voorbeeld van de andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS-1), dat ook een vorm van DIS beschrijft, treden twee tegenstrijdige problemen op. Enerzijds worden dissociatieve stoornissen nog vaak gemist. Anderzijds worden ze ook steeds vaker vastgesteld terwijl er niet daadwerkelijk sprake van is. Deze problemen zijn voor een groot deel terug te voeren op het ontbreken van voldoende kennis bij klinici over de diagnostiek van dissociatieve stoornissen. Ik hoop dat dit boek, gebaseerd op veertig jaar praktijk- en onderzoekservaring, ertoe bijdraagt dat klinici deze stoornissen beter leren vaststellen en onderscheiden van andere psychische stoornissen.

In het boek wordt een nieuw diagnostisch interview – het *Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I)* – geïntroduceerd. Alleen hierover lezen is niet genoeg: klinici zullen in de praktijk getraind moeten worden om diagnostische interviews uit te voeren.

Sinds ik halverwege de jaren tachtig samen met mijn collega Onno van der Hart de eerste patiënten met DIS begon te behandelen op een afdeling sociale psychiatrie, groeide mijn belangstelling voor diagnostiek en behandeling van deze destijds ‘vergeten’ en sterk onderbelichte patiëntengroep. Om die reden begonnen Nel Draijer en ik eind jaren tachtig met systematisch onderzoek naar de diagnostiek van dissociatieve stoornissen. Wij deden dit onderzoek met behulp van het *Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-III-R Dissociatieve Stoornissen (SCID-D)*: Steinberg, 1994a, 1994b; Steinberg et al., 1990). Het doel was meer inzicht te krijgen in de validiteit van de dissociatieve stoornissen zoals omschreven in de DSM-III-R, in het bijzonder de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), voorheen meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS). Wij valideerden de SCID-D in Nederland en testten dit interview op betrouwbaarheid (Boon & Draijer, 1991, 1993a, 1993b, 1993c, 1995a, 1995b; Draijer & Boon, 1999). Het interview bleek valide te zijn en over een hoge mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te beschikken. Het bleek goed in staat te zijn om de DSM-III-R dissociatieve stoornissen

te onderscheiden van andere psychische stoornissen, waaronder verwante stoornissen als de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) (Boon & Draijer, 1993a, 1993c, 1995a). Het onderzoek toonde aan dat patiënten met DIS of een dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (DSNAO), subtype I, dat in de DSM-5 (APA, 2014) wordt vermeld als 'AGDS voorbeeld 1', over het algemeen een samenhangend cluster van ernstige dissociatieve symptomen vertonen. Dit cluster van symptomen omvat meer dan alleen amnesie en identiteitsveranderingen: de criteria die beschreven worden in de DSM-IV en DSM-5.

In 1995 publiceerden wij *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen* (Boon & Draijer, 1995a). Hierin beschreven wij onder meer de resultaten van ons onderzoek met de SCID-D, maar ook hoe de clinicus kan screenen op de aanwezigheid van dissociatieve symptomen met behulp van de *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986). Aan de hand van casuïstiek beschreven wij hoe de clinicus met gebruik van de SCID-D tijdens een diagnostisch interview op de verschillende symptomen moet doorvragen. Het boek bevatte ook een hoofdstuk over differentiële diagnostiek en een hoofdstuk over de anamnese van traumatische ervaringen. Wij brachten naar voren dat het van groot belang is om tijdens diagnostisch onderzoek goed door te vragen. Wij stelden destijds al grote verschillen vast tussen patiënten met en zonder een dissociatieve stoornis, niet alleen in de kwantiteit, maar ook in de kwaliteit van de voorbeelden van dissociatieve symptomen (Boon & Draijer, 1993a, 1995a, 1995b). De patiënten uit de controlegroep in ons onderzoek noemden bijvoorbeeld andere vormen van depersonalisatie en derealisatie (vooral tijdelijke emotionele afstand tot zichzelf) en geheugenproblemen als gevolg van absorptie (helemaal in iets opgaan): symptomen die niet duiden op de aanwezigheid van een dissociatieve stoornis, maar die door sommige auteurs wel als dissociatief werden beschouwd. Later beschreven Holmes en collega's deze symptomen als vormen van *detachment* (Brown, 2006; Holmes et al., 2005) (zie p. 28).

Het denken over dissociatie werd begin jaren negentig sterk beïnvloed door de continuümgedachte: dissociatieve symptomen zouden zich bevinden op een continuüm van normaal (verschijnselen die iedereen kan ervaren) tot pathologisch, terwijl wij destijds al aanwijzingen vonden dat dissociatie zich niet op een continuüm leek te bevinden (Boon & Draijer, 1993a). De meeste clinici zijn het erover eens dat er bij een dissociatieve stoornis altijd sprake moet zijn van een cluster van pathologische dissociatieve symptomen. Van der Hart en collega's geven een beperkte omschrijving van het concept dissociatie. Zij spreken alleen van dissociatie bij aanwezigheid van een opdeling (dissociatie) van de persoonlijkheid in verschillende dissociatieve delen (Van der Hart et al., 2010). Dissociatieve symptomen moeten altijd hierop terug

te voeren zijn. Zij beschouwen de symptomen die vallen onder ‘normale dissociatie’ niet als dissociatief van aard. In de paragraaf *De verschillende betekenissen van dissociatie* (p. 26) komt dit onderwerp uitgebreid aan de orde. In dit boek wordt – in navolging van Van der Hart en collega’s – gesproken over ‘opdeling van de persoonlijkheid’ en ‘dissociatieve delen van de persoonlijkheid’.

Destijds beschreven wij al patiënten die in de war waren over hun klachten en van mening waren dat zij DIS hadden. Sommigen waren DIS doelbewust gaan imiteren. Een aantal van hen had onterecht de diagnose DIS gekregen van een clinicus. Het ging hierbij vooral om patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Zij hadden identiteitsproblemen en noemden depersonalisatie- en derealisatiesymptomen. Tot slot beschreven wij de verschillen tussen patiënten die echt DIS hebben en patiënten met geïmiteerde DIS (Boon & Draijer, 1995a, 2003; Draijer & Boon, 1999).

*Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen* werd destijds niet vertaald en is evenmin herdrukt. Ook de SCID-D wordt in Nederland helaas niet meer uitgegeven en was lange tijd slechts in een aantal Europese landen gevalideerd en beschikbaar (Boon & Draijer, 1993a, 1994; Gast et al., 2001). Er zal een nieuwe versie verschijnen van de SCID-D voor de DSM-5 en de ICD-11 (Mychailyszyn et al., 2021). Hoewel deze versie recent is onderzocht bij een kleine groep Franstalige patiënten in Zwitserland en Frankrijk (Piedfort-Marin et al., 2021) is hij nog niet gepubliceerd.

Sinds 2006 heb ik mij gericht op het ontwikkelen van een nieuw diagnostisch interview. Hierop was van invloed dat de SCID-D in veel Europese landen waar ik onderwijs gaf niet verkrijgbaar was. Inhoudelijk sloot de SCID-D bovendien onvoldoende aan bij de classificaties van dissociatieve stoornissen van de ICD-10 (WHO, 1992), omdat in het interview vragen naar somatoforme dissociatieve symptomen en stoornissen ontbraken. Tevens bleek tijdens veel diagnostische interviews met de SCID-D dat het nuttig was om te vragen naar diverse symptomen die traumagerelateerd kunnen zijn, onder meer angst- en PTSS-klachten, slaapproblemen, stemmingsproblemen, suïcidaliteit en zelfdestructief gedrag. Niet alleen geven de antwoorden op vragen over (mogelijk) traumagerelateerde symptomen een breder klinisch beeld van een patiënt, zij kunnen ook bijdragen aan een onderscheid tussen dissociatieve stoornissen, andere psychische stoornissen en fout-positieve DIS-diagnoses. Dit wordt nader toegelicht in hoofdstuk 5, over het gebruik van de TADS-I.

Ik ontwikkelde het nieuwe diagnostische interview aanvankelijk samen met Helga Matthess. Dat leidde tot een eerste (niet-gevalideerde) versie, die in Europa werd vertaald en verspreid onder de naam *Interview voor Dissociatieve Stoornissen en Traumagerelateerde Symptomen* (IDSTS: Boon & Matthess, 2006; Nilson et al., 2019).

Mede geleid door verschillende theoretische inzichten over het concept dissociatie heb ik vanaf 2012 verder gewerkt aan dit gestructureerd diagnostisch interview, dat in dit boek is opgenomen onder de naam *Trauma and Dissociation Symptoms Interview* (TADS-I: Boon & Matthes, 2016). Het deel over de symptomen die traumagerelateerd kunnen zijn bleef grotendeels ongewijzigd, maar in de structuur en inhoud van de daarop volgende onderdelen van het interview zijn veranderingen aangebracht, die in de volgende paragraaf worden toegelicht. Inmiddels worden de data geanalyseerd van de eerste 53 interviews in Nederland en wordt op verschillende plaatsen in Europa onderzoek gedaan met de TADS-I, met name in Italië en Polen (Cavaletti et al., 2022; Pietkiewicz et al., 2021).

In de afgelopen 25 jaar zijn de verschillen van inzicht over de vraag wat dissociatie nu precies is, groter geworden. Zoals wordt beschreven in hoofdstuk 1 is deze discussie van belang bij het vaststellen van dissociatieve symptomen en stoornissen (zie pp. 26-34). Maar ongeacht de definitie van dissociatie moeten klinici steeds goed doorvragen om duidelijkheid te krijgen over de betekenis van de voorbeelden van de patiënt. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld aangeeft geheugenproblemen te hebben, moeten klinici onderscheid kunnen maken tussen enerzijds geheugenproblemen die lijken te ontstaan als gevolg van absorptie, dagdromen of concentratieproblemen, en anderzijds geheugenproblemen gerelateerd aan activiteiten van een dissociatief deel van de persoonlijkheid. Vervolgens moeten klinici leren beoordelen hoe het cluster van dissociatieve (en andere traumagerelateerde) symptomen past bij een dissociatieve stoornis volgens de DSM-5 of de ICD-11.

Inmiddels is online de nieuwe uitgave gepresenteerd van de *International Classification of Diseases* (Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen) (ICD-11: WHO, 2019). De ICD wordt in veel Europese landen gebruikt. Gysi (2020) publiceerde recent een uitstekend Duitstalig boek over diagnostiek van traumagerelateerde stoornissen op basis van de ICD-11. Er zijn nog steeds verschillen tussen de beide psychiatrische classificatiesystemen (DSM en ICD), die in de paragraaf *Twee verschillende psychiatrische classificatiesystemen* (p. 34) worden toegelicht.

In de DSM-5 zijn vijf dissociatieve stoornissen opgenomen, in de ICD-11 negen. In dit boek worden al deze dissociatieve stoornissen besproken en geïllustreerd met klinische voorbeelden. De meeste aandacht gaat hierbij uit naar DIS en het eerste voorbeeld van de andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS). Ik zal in dit boek steeds spreken over AGDS-1, de vorm die duidelijke overeenkomsten heeft met DIS. In de ICD-11 gaat het om de classificatie partiële DIS. Hoewel er overlap bestaat tussen AGDS-1 en Partiele DIS, zijn er ook verschillen in de criteria. Deze verschillen worden besproken in hoofdstuk 1. DIS en AGDS-1 komen het meest voor in de klinische praktijk;

er zijn nog geen onderzoeksgegevens over partiële DIS omdat deze diagnose pas onlangs werd opgenomen in de ICD-11.

### **Voor wie is dit boek bedoeld?**

Dit boek, met de TADS-I, is in de eerste plaats bedoeld voor klinici (psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten, GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten) die dissociatieve stoornissen willen (leren) vaststellen. Voor collega's die zelf in de praktijk geen diagnostiek doen, geeft het veel informatie om patiënten met dissociatieve symptomen beter te kunnen herkennen en hen te kunnen doorverwijzen voor gespecialiseerd diagnostisch onderzoek. Immers, niet iedereen kan of mag formeel een psychiatrische diagnose stellen; bevoegdheden daartoe verschillen per land, binnen en buiten Europa. Om een dissociatieve stoornis vast te stellen of uit te sluiten is het bovendien van belang om te beschikken over een brede kennis van psychopathologie, zodat klinici een onderscheid kunnen maken tussen dissociatieve stoornissen en psychische stoornissen die erop lijken.

Tot slot wil ik benadrukken dat het lezen van een boek over de diagnostiek van dissociatieve stoornissen niet volstaat om in de praktijk te leren een dergelijke stoornis vast te stellen. Dissociatieve stoornissen zijn vaak lastig te diagnosticeren, zeker als klinici nog weinig van deze patiënten in de praktijk hebben gezien of herkend, en geen ervaring hebben met de behandeling van dissociatieve stoornissen. Training in het afnemen van een diagnostisch interview als de TADS-I of de SCID-D is een voorwaarde. Tijdens een dergelijke training wordt het meeste geleerd van korte videofragmenten van patiënten met en zonder een dissociatieve stoornis. Ook het oefenen met het interview en het laten beoordelen van een video-opname van een diagnostisch interview vormen een onderdeel van de training.

Zelfs na 35 jaar ervaring met diagnostiek van dissociatieve stoornissen vind ik het in sommige gevallen nog steeds heel lastig om te beoordelen of er sprake is van een dergelijke stoornis. Collega's met wie ik diagnostische dilemma's bespreek, delen deze bevinding.

### **De opzet van het boek**

Dit boek bestaat uit elf hoofdstukken, waarbij het eerste hoofdstuk een algemene inleiding vormt over het concept dissociatie en de dissociatieve stoornissen van de DSM-5 en de ICD-11. Vervolgens krijgt de lezer stap voor stap, en aan de hand van veel casuïstiek, informatie over hoe dissociatieve symptomen er precies uitzien, en over hoe de clinicus kan screenen op dissociatieve symptomen en een dissociatieve stoornis kan vaststellen aan de hand van de TADS-I. De laatste vier hoofdstukken gaan over differentiële diagnostiek en de anamnese van traumatische herinneringen. Behalve de TADS-I zelf zijn er verschillende bijlagen opgenomen ten behoeve van het

scoren van de TADS-I. Ook is een vragenlijst opgenomen over *maladaptive daydreaming* (Somer, Lehrfeld et al., 2016). Omwille van het gemak van printen en de toegankelijkheid van mogelijke updates in de toekomst is ervoor gekozen om de TADS-I ook als downloadbestand beschikbaar te maken voor alle gebruikers\*, met de kanttekening dat een extra training in diagnostiek sterk wordt aanbevolen.

In hoofdstuk 1 komen de uitdagingen bij de diagnostiek van dissociatieve stoornissen aan de orde. De verschillende theoretische concepten over dissociatie en de verschillen in de classificatiesystemen brengen veel verwarring teweeg; zo ook het feit dat patiënten met een dissociatieve stoornis zich doorgaans met andere dan kenmerkende dissociatieve symptomen aanmelden in de hulpverlening. Hierna volgt een overzicht van de dissociatieve stoornissen volgens de DSM-5 en de ICD-11.

Hoofdstuk 2 behandelt de dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid. Aan de hand van casuïstiek wordt per dissociatief symptoom beschreven hoe patiënten de TADS-I-vragen beantwoorden.

Hoofdstuk 3 beschrijft depersonalisatie- en derealisatiesymptomen en andere vormen van bewustzijnsverandering, zoals absorptie en dagdromen. Dergelijke symptomen doen zich voor bij patiënten met een dissociatieve stoornis, maar ook bij tal van patiënten met andere psychische stoornissen, evenals in de algemene bevolking. Bij deze vormen van bewustzijnsverandering is er geen sprake van een opdeling van de persoonlijkheid.

Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de meest gebruikte (zelfrapportage-) screeningsvragenlijsten over dissociatieve symptomen. Aan de DES (*Dissociative Experiences Scale*), een zelfrapportage-vragenlijst die werd ontwikkeld door Bernstein en Putnam (1986), wordt uitgebreid aandacht besteed. Deze lijst wordt wereldwijd het meest gebruikt en er zijn veel onderzoeksgegevens bekend over de DES.

Hoofdstuk 5 begint met een kort overzicht van de meest gebruikte diagnostische interviews. Daarna volgt een toelichting op het nieuwe diagnostische interview, de TADS-I, en het gebruik daarvan.

Hoofdstuk 6 presenteert een aantal uitgewerkte interviews met patiënten met een dissociatieve stoornis. Het doel is te laten zien hoe patiënten met dissociatieve stoornissen antwoord geven op TADS-I-vragen.

In hoofdstuk 7, 8 en 9 worden de belangrijkste differentieeldiagnostische dilemma's besproken en met casuïstiek geïllustreerd. Niet alle andere psychische stoornissen komen aan bod, maar juist de stoornissen die

---

\* [uitgeverijmens.nl/TADS-I](http://uitgeverijmens.nl/TADS-I).

vaak worden verward met een dissociatieve stoornis of die differentieel-diagnostische vragen oproepen in de klinische praktijk.

Hoofdstuk 8 is gewijd aan het onderscheid tussen DIS, AGDS-1 (DSM-5), partiële DIS (ICD-11) en de persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). Er is veel overlap in symptomen tussen deze stoornissen en ze kunnen tegelijk voorkomen. In de klinische praktijk blijkt het vaak moeilijk te zijn om goed onderscheid te maken tussen enerzijds DIS, AGDS-1 en partiële DIS, en anderzijds BPS (zonder comorbide DIS, AGDS-I of partiële DIS).

Hoofdstuk 9 richt zich op overeenkomsten en verschillen tussen het nieuwe DSM-5-subtype posttraumatische stressstoornis (PTSS) met dissociatieve symptomen, de ICD-11-classificatie complexe PTSS en de dissociatieve stoornissen, in het bijzonder DIS en AGDS-I.

Hoofdstuk 10 gaat over fout-positieve DIS-diagnoses. Hoewel het aantal fout-negatieve DIS-diagnoses waarschijnlijk nog steeds groter is dan het aantal fout-positieve, bestaat er veel verwarring over wat DIS precies is, zowel bij patiënten als vaak bij behandelaren. Er worden waarschijnlijk steeds vaker onjuiste DIS-diagnoses gesteld. Een aparte paragraaf is gewijd aan fout-positieve en fout-negatieve DIS-diagnoses binnen de forensische context.

Hoofdstuk 11 gaat over de anamnese van traumatische ervaringen en het maken van een behandelplan. Officieel is blootstelling aan traumatiserende gebeurtenissen geen diagnostisch criterium voor de verschillende dissociatieve stoornissen; wel voor PTSS en CPTSS. Wereldwijd worden dissociatieve stoornissen, met name DIS, echter wel beschouwd als traumagerelateerde stoornissen (APA, 2014; ISSTD, 2011). Er bestaat veel empirisch onderzoek dat de relatie tussen trauma en dissociatie, met name bij DIS, bevestigt (bijvoorbeeld Dalenberg et al., 2012; Dalenberg et al., 2014). Dit wordt eerder besproken in hoofdstuk 1 (zie p. 50). Traumatisering in de kindertijd, het zorgvuldig uitvragen van een traumageschiedenis en de instrumenten die daarbij gebruikt kunnen worden, komen aan bod in de eerste paragrafen van dit laatste hoofdstuk. De laatste twee paragrafen in dit hoofdstuk beklemtonen dat een DSM-5- of ICD-11-classificatie van een dissociatieve stoornis slechts een eerste stap is om te komen tot een passend behandelplan. Een mens is meer dan een diagnose. Om te komen tot een goede indicatiestelling zal de clinicus veel breder diagnostisch onderzoek moeten doen. Zo spelen de aard en de ernst van de traumatische ervaringen, in het bijzonder de mate van emotionele verwaarlozing, een belangrijke rol bij de behandelprognose, en hiernaast nog tal van andere factoren. Al deze factoren zijn van belang voor een goede casusbeschrijving en prognose, en een goed behandelplan. Wij hebben dat in een ander boek uitgebreid beschreven (Steele et al., 2018), maar het kan niet genoeg worden beklemtoond.



# 1

## Dissociatieve stoornissen volgens de DSM-5 en de ICD-11: criteria en dilemma's

### Inleiding

Patiënten met een dissociatieve stoornis zijn vaak jarenlang in behandeling in een ggz-instelling of een particuliere praktijk zonder dat hun dissociatieve symptomen herkend worden. Dit geldt vooral voor patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) dan wel een andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS-1\*). Zij komen doorgaans niet met dissociatieve symptomen als hulpvraag, maar met klachten als angst, paniek, depressie, psychoseachtige verschijnselen, onbegrepen lichamelijke klachten of slaap- en eetproblemen. Soms zijn ze achtereenvolgend voor verschillende stoornissen behandeld. In veel landen, binnen en buiten Europa, wordt niet gedacht aan de mogelijkheid van een dissociatieve stoornis, of worden klachten anders begrepen, vaak als onderdeel van een andere psychische stoornis. In die gevallen blijft de dissociatieve stoornis die aan de klachten ten grondslag ligt onbehandeld, of verkeerd behandeld, en zullen de dissociatieve symptomen blijven bestaan. De aanmeldklacht, bijvoorbeeld een eetprobleem, kan dan tijdelijk naar de achtergrond gaan, maar verdwijnt nooit volledig. Wanneer een dissociatieve stoornis wel wordt vastgesteld, kan de focus van de behandeling zich hierop richten. Dit betekent in de regel dat de symptomen die traumagerelateerd kunnen zijn, zoals eetproblemen of automutilatie, met meer succes zijn te behandelen, doordat deze symptomen vaak horen bij bepaalde dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Wanneer de focus van de behandeling is gericht op de dissociatieve organisatie van de persoonlijkheid, worden die delen bij de behandeling betrokken en kan dit leiden tot een blijvende verbetering van dergelijke symptomen.

Volgens de internationale richtlijnen van de International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD, 2011) is de *standard of care*

---

\* In dit boek wordt naar AGDS, voorbeeld 1 verwezen met AGDS-1.

voor de behandeling van dissociatieve stoornissen een fasegerichte behandeling met de volgende drie fasen: (1) stabilisatie, symptoomreductie en vaardigheidstraining – dit houdt in: het bevorderen van een goede therapeutische relatie, veiligheid, stabilisering, psycho-educatie, symptoomreductie en het zich eigen maken van vaardigheden; (2) behandeling van traumatische herinneringen; (3) (re)integreren van de persoonlijkheid en rehabilitatie, rouw, acceptatie van en leren omgaan met eventuele restverschijnselen (Brown et al., 1998; ISSTD, 2011; Steele et al., 2018; Van der Hart et al., 2010). Bij de toepassing van dit behandelmodel zullen de verschillende fasen elkaar meer afwisselen naarmate de traumagerelateerde problematiek complexer is.

Onderzoek heeft aangetoond dat een fasegerichte behandeling het dagelijks functioneren van de betreffende patiënten verbetert: zij vertonen minder zelfbeschadigend gedrag en minder PTSS- en dissociatieve symptomen. Ook is er minder noodzaak voor ziekenhuisopname en dalen de kosten van de behandeling (Brand, Classen, Coons & Bowman, 2001; Lanius et al., 2009; Brand et al., 2013; Brand & Loewenstein, 2014; Brand, Loewenstein & Spiegel, 2014; Myrick et al., 2017). Patiënten die niet voor hun dissociatieve stoornis worden behandeld, blijven dissociatieve symptomen en andere problemen vertonen, aangezien hun onderliggende dissociatieve organisatie niet verandert (Brand, Classen, Lanius et al., 2009).

## **Dilemma's bij het vaststellen van een dissociatieve stoornis**

Verschillende factoren dragen ertoe bij dat de diagnostiek van dissociatieve stoornissen lastig is. Deze factoren worden hier besproken.

### **De verschillende betekenissen van dissociatie**

Volgens de DSM-5 is dissociatie een 'verstoring van en/of discontinuïteit in de normale integratie van bewustzijn, geheugen, identiteit, emotie, perceptie, lichaamsbeleving, motorische controle en gedrag. Dissociatieve symptomen kunnen in potentie elk gebied van het psychische functioneren verstoren' (APA, 2014, p. 416).

Het begrip dissociatie wordt nog steeds op veel verschillende manieren geïnterpreteerd. Het is een vaag, verwarrend en soms ook controversieel begrip. In de jaren tachtig en begin jaren negentig, toen Nel Draijer en ik ons onderzoek begonnen met de SCID-D, was de overheersende theoretische veronderstelling dat dissociatie zich voordoet op een continuüm van 'normaal' tot 'pathologisch' (Bernstein & Putnam, 1986; Cardeña, 1994; Carlson & Putnam, 1993). Veel van het toenmalige onderzoek werd gedaan met de Dissociative Experiences Scale (DES), een zelfrapportage lijst van

28 items (Bernstein & Putnam, 1986). Deze vragenlijst was gebaseerd op de continuümgedachte en kent de volgende subschalen: absorptie, depersonalisatie/derealisatie en amnesie.

In 1996 verscheen een studie met de DES-Taxon (DES-T), waarin werd geanalyseerd welke symptomen uit de DES het best dissociatieve stoornissen onderscheiden van andere stoornissen (Waller et al., 1996). De DES-T bestaat uit acht items van de DES die 'pathologische' dissociatie meten. Ook op grond van dit onderzoek werd gedacht aan het bestaan van twee continua: 'normale' en 'pathologische' dissociatie. Er is inmiddels veel discussie over de vraag of er wel sprake is van twee continua en hoe deze aan elkaar gerelateerd zijn (Dalenberg & Paulson, 2009; Dalenberg et al., ter perse; Leavitt, 1999). Dalenberg suggereert op grond van onderzoek dat absorptie mogelijk een substraat is van pathologische dissociatie, gegeven het feit dat er hoge correlaties zijn tussen pathologische dissociatieve symptomen en absorptie bij patiënten die scoren in het DES-Taxon-gebied (Dalenberg & Paulson, 2009; Dalenberg et al., ter perse; Spiegel et al., 2011). Een dergelijke correlatie maakt echter niet duidelijk of er een gemeenschappelijke basis voor beide typen symptomen bestaat.

Het continuümmodel is nog steeds een belangrijk theoretisch uitgangspunt van veel klinici wereldwijd; er zijn echter veel bezwaren tegen geuit (Boon & Draijer, 1993a, 1995a; Van der Hart & Dorahy, 2009; Holmes et al., 2005; Steele et al., 2009; Steele et al., ter perse; Nijenhuis, 2015; Rodewald, Dell et al., 2011; Van der Hart, 2021; Van der Hart et al., 1991; Van der Hart et al., 2010). Tot normale dissociatie worden in dit model verschijnselen gerekend zoals dagdromen, *highway trance* en helemaal opgaan in een boek, muziek, een film, of je eigen gedachten of fantasie: absorptie. Bij pathologische dissociatie gaat het om fenomenen als ernstige amnesie, identiteitswisselingen, intrusies van dissociatieve delen, maar ook om extreme vormen van depersonalisatie en derealisatie. Sommige van deze symptomen zijn objectief waarneembaar, maar bij veel van deze symptomen gaat het om subjectieve ervaringen van de patiënt. Zo worden de intrusies van dissociatieve delen van de persoonlijkheid op het executief functioneren en het zelfbeeld van de patiënt ook gezien als pathologische kernsymptomen behorend bij DIS (Dell, 2009a, 2009b). Pathologische dissociatieve symptomen zijn kenmerkend voor alle dissociatieve stoornissen, in het bijzonder DIS en AGDS-1 (voorheen dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven [DSNAO]) (Bernstein & Putnam, 1986; Butler, 2004, 2006; Dalenberg & Paulson, 2009; Waller et al., 1996).

Kwalitatief verschillende fenomenen – zowel absorptie als symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid – worden in instrumenten als de DES gepresenteerd en gemeten. Daarom leidt het onderzoek met deze veelgebruikte dissociatielijst tot veel verwarring als men op basis hiervan algemene uitspraken wil doen over de aanwezigheid en de ernst van

dissociatieve symptomen. De DES-score kan verhoogd zijn louter op basis van absorptie en enkele depersonalisatiesymptomen, zonder dat er symptomen zijn die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid.

Zoals ik in de inleiding al beschreef, vonden wij bij ons onderzoek met de SCID-D begin jaren negentig al grote verschillen tussen de beschrijvingen van dissociatieve symptomen door patiënten met DIS of DSNAO en een controlegroep van patiënten met een andere psychische stoornis (Boon & Draijer, 1993a, 1995a). De beschrijvingen van dissociatieve symptomen door patiënten met een andere psychische stoornis waren vager, onduidelijker, en liepen sterk uiteen. De geheugenproblemen die werden genoemd door patiënten in de controlegroep waren vooral gerelateerd aan absorptie, maar ook beschrijvingen van depersonalisatie en derealisatie waren kwalitatief verschillend van de voorbeelden zoals die werden gegeven door patiënten met DIS of DSNAO. Zo beschreef een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis op de vraag of zij zich weleens vervreemd voelde van zichzelf: *Als ik gestrest ben of heel moe, dan voel ik me een beetje vaag, dan ben ik er niet zo bij en dan doe ik alles een beetje automatisch.* Een andere patiënt beschreef op de vraag of ze ooit tijd kwijt was: *Ik ben weleens in gedachten verzonken, dan let ik niet op de tijd, het is dan opeens later zonder dat ik me daarvan bewust ben.*

Patiënten met DIS en AGDS-1 beschreven juist allemaal heel duidelijke voorbeelden van symptomen duidend op een opdeling van de persoonlijkheid. Op de vraag over vervreemding beschreef een patiënt: *Ik voel me soms niet in mijn lichaam, dan ben ik eruit en kijk ik van een afstandje toe, bijvoorbeeld als ik boodschappen aan het doen ben.* Uit de voorbeelden over 'tijd kwijt zijn' werd duidelijk dat een dissociatief deel op de voorgrond was geweest: *Ik weet vaak niet precies wat ik doe op een dag, dan wil ik de boodschappen gaan doen, maar dan is mijn koelkast opeens al gevuld!* Op grond hiervan trokken wij de juistheid van de continuümgedachte in twijfel (Boon & Draijer, 1993a, 1995a, 2013). Die twijfel wordt inmiddels door velen gedeeld (Van der Hart & Dorahy, 2009; Holmes et al., 2005; Steele et al., 2009; Nijenhuis, 2015; Rodewald, Dell et al., 2011; Van der Hart et al., 2010).

Holmes et al. (2005) vroegen zich af of men zou moeten spreken van twee kwalitatief verschillende vormen van dissociatie, namelijk *detachment* (onthechting) en *compartmentalization* (anderen spreken van 'opdeling van de persoonlijkheid', Van der Hart et al., 2010). Bij het concept onthechting passen volgens Holmes symptomen zoals depersonalisatie en derealisatie. Deze symptomen kunnen zich voordoen op een continuüm van relatief mild of kortdurend tot chronische, ernstige vormen, zoals bij de depersonalisatie-/derealisatiestoornis. Bij het concept compartimentalisatie passen symptomen zoals dissociatieve amnesie, onverklaarde of 'pseudoneurologische' symptomen (somatoforme dissociatieve symptomen) en pseudohallucinaties. Deze symptomen duiden op een opdeling van de persoonlijkheid.

Ook andere clinici, onder meer Liotti, die de relatie tussen dissociatie en gedesorganiseerde gehechtheid beschreef, zien detachment als een dissociatief fenomeen (Liotti, 1992, 2009; Farina et al., 2019). Volgens deze clinici kan een geschiedenis van onveilige of gedesorganiseerde gehechtheid op latere leeftijd tot gevolg hebben dat contact met anderen leidt tot gevoelens van 'er niet bij zijn', van 'schemeren' als poging om afstand te bewaren (Draijer & Langeland, 1999).

Gebaseerd op de gedachte van twee kwalitatief verschillende vormen van dissociatie werd recent een nieuw diagnostisch screeningsinstrument ontwikkeld, de Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI: Butler et al., 2019), om deze verschillende vormen van dissociatie nader te onderzoeken. De auteurs beklemtonen overigens dat zij met het ontwikkelen van deze screeningslijst niet de discussie willen aangaan over wat wel en niet dissociatie genoemd zou moeten worden. Zij willen echter wel onderzoeken of het daadwerkelijk verschillende vormen van 'dissociatie' betreft.

Van der Hart en collega's nemen het radicaalste standpunt in. Zij spreken – gebaseerd op de theorie van Pierre Janet – van structurele dissociatie van de persoonlijkheid, waarbij zij het dissociatiebegrip reserveren voor gevallen van opdeling van de persoonlijkheid (Van der Hart et al., 2010; Van der Hart, 2021). Zij maken daarnaast een fundamenteel onderscheid tussen dissociatieve delen van de persoonlijkheid die vastzitten in traumatische ervaringen ('in traumatische verkeren'), de zogenoemde emotionele delen van de persoonlijkheid (*emotional parts*, EP's), en delen die gericht zijn op het functioneren in het dagelijks leven, ogenschijnlijk normale delen van de persoonlijkheid (*apparently normal parts of the personality*, ANP's). Zij onderscheiden drie gradaties van structurele dissociatie van de persoonlijkheid (figuur 1.1). Bij het eerste niveau spreken zij van primaire structurele dissociatie, waarbij er sprake is van één deel van de persoonlijkheid (hoe rudimentair ook) dat vastzit in traumatische en één deel dat doorgaat met het dagelijks leven, zoals bij PTSS of bij eenvoudige somatoforme dissociatieve stoornissen. Het tweede niveau, secundaire structurele dissociatie, kenmerkt zich door de aanwezigheid van meerdere delen die vastzitten in traumatische (EP's) en één deel dat doorgaat in het dagelijks leven (ANP), zoals bij complexe PTSS, AGDS-1 en partiële DIS. Bij het derde en meest complexe niveau, tertiaire structurele dissociatie, zijn er volgens dit model bij DIS meerdere delen met taken en functies in het dagelijks leven (ANP's) en meerdere delen die vastzitten in traumatische (EP's).

## 2

# Dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid

### Inleiding

In hoofdstuk 1 heb ik de verschillende theoretische opvattingen over het concept dissociatie beschreven. Verder heb ik beklemtoond hoe belangrijk het is om een onderscheid te maken tussen dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid en andere bewustzijnsveranderingen, zoals absorptie en depersonalisatie. Met name over de laatste groep symptomen gaat dus de discussie of ze al of niet als dissociatief beschouwd moeten worden. Bij het vaststellen van een dissociatieve stoornis moet de clinicus in ieder geval het verschil kunnen herkennen. Dit hoofdstuk gaat over dissociatieve symptomen, waarmee steeds bedoeld wordt dat het symptomen betreft die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid.\* In het volgende hoofdstuk worden de overige bewustzijnsveranderingen besproken.

Dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid kunnen grofweg worden onderverdeeld in *positieve* en *negatieve dissociatieve symptomen* (Van der Hart et al., 2010). Negatieve dissociatieve symptomen duiden op de afwezigheid of het verlies van functies die theoretisch aanwezig zouden moeten zijn. Positieve dissociatieve symptomen komen en gaan. Het zijn tijdelijke intrusieverschijnselen van dissociatieve delen (bijvoorbeeld het horen van stemmen of ervaren van misselijkheid of pijn afkomstig van het dissociatieve deel). Dissociatieve symptomen kunnen bovendien worden onderverdeeld in psychoforme (cognitief-emotionele) en somatoforme (sensomotorische) symptomen. Bij complexe dissociatieve stoornissen doet de clinicus er goed aan zich te

---

\* De symptomen die in dit hoofdstuk zijn beschreven, worden met name gerapporteerd door patiënten met DIS, AGDS-1 en partiële DIS. Er is nog geen onderzoek gedaan naar partiële DIS. De formulering van partiële DIS kent overeenkomsten met die van AGDS-1 (met uitzondering van het symptoom amnesie). Omwille van de leesbaarheid is niet steeds ook partiële DIS genoemd.

realiseren dat deze indeling in positief en negatief afhankelijk is van het dissociatieve deel van de persoon waarmee men spreekt; bijvoorbeeld, een deel ervaart ontzettende buikpijn (positief symptoom), gerelateerd aan een oorspronkelijk seksueel trauma, terwijl een ander deel helemaal niets voelt (negatief symptoom).

Doorgaans rapporteert het deel van de persoon dat (het meest) functioneert in het dagelijks leven – in veel oudere Amerikaanse wetenschappelijk literatuur aangeduid met *host* en in de theorie van structurele dissociatie als ‘ANP’ – ook de meeste uiteenlopende en elkaar afwisselende dissociatieve klachten. Het komt voor dat een dergelijk deel het ene moment helemaal geen gevoel in het lichaam heeft en een volgend moment, door een intrusie van gevoel van een dissociatief deel, hevige pijn ervaart. Ook kunnen psychoforme en somatoforme symptomen samengaan met ernstige depersonalisatieklachten (helemaal niets meer voelen, niet alleen geen emoties, maar ook het eigen lichaam niet meer voelen).

### **Algemene aandachtspunten bij de beoordeling**

Bij het beoordelen van dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid is een aantal algemene aandachtspunten belangrijk. Ongeacht welk diagnostisch interview de clinicus gebruikt, is het steeds van belang goed te begrijpen wat de patiënt met een bepaald antwoord bedoelt en of het inderdaad een voorbeeld is van een dissociatief symptoom. Veel patiënten antwoorden bevestigend op een bepaalde vraag (bijvoorbeeld over geheugenverlies), maar blijken bij nader doorvragen toch iets anders te bedoelen dan wat er in feite wordt gevraagd. Sommige patiënten kunnen de vragen kort en heel duidelijk beantwoorden; andere zijn breedspakig en geven veel vage, onduidelijke antwoorden. Een diagnostisch interview met een dergelijke patiënt kan een enorme uitdaging betekenen en soms lang duren.

### **Doorvragen bij onduidelijke of ambigue antwoorden**

Bij supervisies over het afnemen van de TADS-I, en eerder de SCID-D, viel me vaak op dat de clinicus te snel tevreden was met een bevestigend of ontkennend antwoord op een vraag. Er is dan niet voldoende doorgevraagd en de betekenis van het gegeven antwoord blijft onduidelijk. Het is daarom van belang dat de patiënt altijd, in eigen woorden, meerdere voorbeelden geeft in het heden en het verleden, en dat de clinicus verdere uitleg van de voorbeelden vraagt totdat de betekenis daarvan duidelijk genoeg is. Gaat het om een voorbeeld van dissociatie duidend op een opdeling van de persoonlijkheid, of betreft het meer absorptie, of iets anders? Dat betekent

dat de clinicus vaak zelf extra vragen moet stellen wanneer het voorbeeld van de patiënt onduidelijk is.

Bij de TADS-I wordt aan het einde van een sectie met vragen naar een bepaald symptoom nagegaan of dit symptoom zich uitsluitend voordoet in het kader van een andere psychische stoornis of vermoeidheid, stress, enzovoort. In zo'n geval hoort het symptoom niet bij een aparte dissociatieve stoornis.

### **Tegenstrijdige antwoorden gedurende een interview**

Patiënten met een dissociatieve stoornis, vooral degenen met DIS, kunnen tijdens een interview tegenstrijdige of onduidelijke antwoorden geven. Het komt regelmatig voor dat in de loop van het interview opeens toch voorbeelden worden gegeven van een bepaald dissociatief symptoom dat eerder ontkend werd. Maar ook het omgekeerde kan zich voordoen: een symptoom dat eerst bevestigend werd beantwoord, wordt later weer ontkend of gebagatelliseerd.

Eigenlijk kan men pas aan het einde van het interview beoordelen of er sprake is van een cluster van dissociatieve symptomen. In hoofdstuk 6 wordt dit aan de hand van casuïstiek toegelicht.

### **Non-verbale signalen van spanning tijdens een interview**

Vooraf vragen die betrekking hebben op de dissociatieve organisatie van de persoonlijkheid kunnen bij patiënten met een dissociatieve stoornis spanning of een interne strijd tussen verschillende dissociatieve delen veroorzaken. Dit kan zichtbaar worden in het gedrag, bijvoorbeeld wanneer de patiënt meer afwezig is, gaat staren en de clinicus niet meer hoort, de vraag opeens niet meer weet, een onrustige motoriek in het lichaam of soms spiertrekkingen in het gezicht vertoont. Soms lijkt de patiënt ook naar stemmen te luisteren. Veel patiënten mogen of kunnen nog niet veel zeggen over hun dissociatieve delen of vinden het te beangstigend. Het kan voorkomen dat ze juist dan gaan dissociëren of uit contact gaan.

Indien veel spanning zichtbaar is, kan de clinicus hiernaar vragen, bijvoorbeeld: 'Merkt u meer spanning bij deze vraag?' Bij een positief antwoord kan men vragen: 'Kunt u beschrijven wat er gebeurt?' Als er sprake is van veel spanning, is het goed om de patiënt gerust te stellen en uit te leggen dat de controle bij de patiënt ligt en dat vragen die veel interne strijd of spanning oproepen niet beantwoord hoeven te worden. Mocht de patiënt vooraf of tijdens het gesprek laten merken bang te zijn om de controle te verliezen of 'weg te raken', kan de clinicus bespreken wat hij of zij kan doen om dit te voorkomen of te verhelpen.

Tijdens de honderden interviews die ik heb gedaan in de afgelopen 35 jaar, zowel met de SCID-D als met de TADS-I, is het niet vaak voorgekomen dat



# 6

## Casusbeschrijvingen van dissociatieve stoornissen aan de hand van de TADS-I

### **Inleiding**

In dit hoofdstuk is een aantal geanonimiseerde TADS-I-verslagen opgenomen, samengesteld uit interviews met patiënten met een dissociatieve stoornis. Achtereenvolgens komen aan bod: een verslag van een patiënt met DIS, een hoog functionerende patiënt die zich aanvankelijk presenteerde met klachten behorend bij AGDS-1 of partiële DIS en die later DIS bleek te hebben, een patiënt met partiële DIS, een patiënt met een depersonalisatiestoornis en een patiënt met een somatoforme dissociatieve stoornis. Het doel is om concrete voorbeelden te geven van de symptoomclusters die patiënten met verschillende dissociatieve stoornissen rapporteren en van de manieren waarop zij dat doen. De voorbeelden dienen ook om te laten zien hoe men een verslag kan maken van een TADS-I-interview.

### **Casus: een patiënt met DIS**

Mevrouw B. is een 38-jarige vrouw die naar mij wordt verwezen voor een second opinion. Zij wordt ambulante behandeld bij een afdeling voor persoonlijkheidsproblematiek. Tijdens een vakantie van haar vaste behandelaar kwam zij in een crisis en had ze een aantal gesprekken met een collega die meer gespecialiseerd was in de behandeling van dissociatieve stoornissen. Deze collega was gaan vermoeden dat er sprake was van een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS).

De patiënt is momenteel niet werkzaam, maar heeft jarenlang in de zorg gewerkt als verpleegkundige. Zij woont zelfstandig met een hond. Zij heeft ruim tien jaar geleden een aantal jaren samengewoond met een vriend. De relatie werd door haar verbroken, maar ze kan niet goed vertellen waarom. *Het ging gewoon niet*, zegt ze.

## **Algemeen**

**Eerste indruk.** De patiënt is coöperatief en doet enorm haar best om alle vragen goed te beantwoorden. Tijdens het onderzoek is – soms subtiel en soms heel openlijk – non-verbaal zichtbaar dat een interne strijd plaatsvindt: er zijn voortdurend trekkingen in haar gezicht die zich kunnen voordoen bij patiënten met DIS wanneer een interne strijd gaande is. Soms hoort ze de vraag niet of is even afwezig, regelmatig lijkt ze te luisteren naar stemmen. Bij moeilijke onderwerpen wordt dat erger, alsof de interne strijd dan toeneemt.

**Middelen/medicatie.** De patiënt is niet verslaafd aan alcohol en heeft nooit drugs gebruikt. Zij drinkt heel incidenteel een glaasje wijn op een feestje, maar: *eigenlijk probeer ik feestjes zo veel mogelijk te vermijden, ik ben het liefst op mezelf. Ze geeft aan moeite te hebben met het aanbrengen van structuur in de dag sinds ze niet meer werkt. Daarvoor was ik altijd bezig na het werk, met mijn hobby's en sport; nu heb ik de neiging om de dag en de nacht om te draaien.* De patiënt is nooit verslaafd geweest aan medicijnen. Zij gebruikt een lage dosering antipsychotica en vertelt dat die niet helpen tegen de stemmen, maar dat ze er wel iets rustiger van wordt.

## **(Mogelijk) traumagerelateerde symptomen**

**Eetproblemen.** De patiënt vertelt dat zij al heel jong last had van eetproblemen. Zij heeft periodes met anorexia gehad, waarbij haar laagste gewicht 42 kilo was. Ze heeft ook periodiek last van overeten en braken. Haar gewicht kan enorm schommelen (wel 30 kilo). Momenteel is haar gewicht redelijk stabiel. De patiënt rapporteert veel dissociatieve symptomen gerelateerd aan eetproblemen, zoals amnesie voor eetbuien en braken. *Ik voel eigenlijk nooit of ik honger heb, maar soms is het opeens alsof ik een gat heb in mijn maag en dan moet ik maar dooreten. Het gebeurt ook dat ik de volgende dag ontdek dat er in de nacht veel is gegeten.*

De patiënt rapporteert stemmen die zich met het eten bemoeien. Ooit sportte ze overmatig en als adolescent gebruikte ze laxeermiddelen. De patiënt heeft momenteel wekelijks last van eetbuien en heeft daarvoor vaak deels geheugenverlies. Ze vertelt dat ze probeert controle te houden over de boodschappen en vaak niet snapt waar al het eten en de verpakkingen vandaan komen. Ze wordt er wanhopig van en schaamt zich. *Toen ik nog werkte had ik veel meer controle,* vertelt ze.

**Evaluatie eetproblemen.** De patiënt rapporteert forse eetproblematiek. Spontaan noemt zij dissociatieve symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid (stemmen horen die zich met het eten bemoeien en amnesie voor het kopen van voedsel en voor de eetbuien).

**Slaapproblemen.** De patiënt rapporteert veel slaapproblemen die passen bij complexe PTSS of een dissociatieve stoornis. Zij slaapt zeer onrustig en wordt vaak wakker van nachtmerries. Soms ziet ze dingen voor zich die vroeger zijn gebeurd. Ze weet dan niet meer goed waar ze is. Tijdens herbelevingen voelt ze zich anders (jonger) dan ze is, en herkent ze vaak haar slaapkamer niet. Ze herbeleeft de nare situaties alsof ze nu plaatsvinden. Soms wordt ze wakker en weet niet meer in welke tijd ze leeft, of heeft ze het gevoel niet in haar eigen lichaam te zitten. Ze voelt zich dan jonger. *Het kan 6 jaar zijn of 13 of 14,* zegt ze. Naast de eetbuien waarover ze eerder vertelde, doet zij 's nachts nog andere dingen waaraan ze geen herinneringen heeft. Soms komt ze 's morgens in haar woonkamer en blijkt de tv aan te staan op een zender die ze zelf nooit zou kijken. Ze vindt het wel raar; het zijn soms kinderprogramma's. Ook heeft ze zichzelf 's nachts weleens ergens in de stad teruggevonden, terwijl ze ervan overtuigd was dat ze naar bed was gegaan. Dat vindt ze heel angstig. Ze probeert nu haar voordeur met verschillende sloten op slot te doen en de sleutels te verstoppen.

**Evaluatie slaapproblemen.** Er zijn ernstige slaapproblemen met veel PTSS-klachten. Opnieuw duiden de voorbeelden op de mogelijke aanwezigheid van dissociatieve delen van de persoonlijkheid (denken dat je slaapt en blijkbaar 's nachts verschillende soorten tv-programma's kijken; jezelf in de stad terugvinden en niet weten hoe je daar bent beland (fugue)).

**Stemming en emotieregulatie.** De patiënt beschrijft haar stemming als zeer wisselend. Ze kan niet op zichzelf vertrouwen, want ze weet nooit wanneer haar stemming verandert. Ze zou heel graag weer wat vrijwilligerswerk doen, maar durft dat niet omdat ze bang is dat ze het niet volhoudt of opeens gewoon niet verschijnt; dat heeft ze meerdere keren meegemaakt. *Dan ben ik helemaal niet somber en sta redelijk op en ik heb echt zin in het werk en dan opeens gebeurt er wat – eigenlijk snap ik het helemaal niet – soms zijn er dan opeens uren voorbij. Ik weet dan niet wat ik heb gedaan, maar ik kan wel zien dat ik gebeld ben door dat werk waar ik bleef. Dan schaam ik me dood. Voor een keer kun je nog wel een smoesje verzinnen, maar niet als het vaker gebeurt. Ik durf daar dan niet meer naartoe.*

Ook haar capaciteiten wisselen sterk: *Soms weet ik nauwelijks hoe een computer werkt – belachelijk want ik gebruik hem dagelijks, maar volgens mij heeft dat niets met mijn stemming te maken; dat gebeurt opeens.*

Zij is snel van slag en kan zichzelf niet goed kalmeren. Ze heeft geen controle over haar emoties. Soms voelt ze helemaal niets (in een situatie waarin je juist wel zou moeten voelen, zoals bij een begrafenis van een dierbare oudere vriendin). Op momenten van druk of paniek kan zij juist heel goed handelen, dat was ook al zo toen ze werkte in de verpleging. *Maar dat is wel raar, want eigenlijk wist ik daar dan niets meer vanaf; dan zeiden collega's*

het onderzoek duidelijk is geworden dat de patiënt vaak gedissocieerd is en er al zo veel aanwijzingen zijn gevonden voor een opdeling van de persoonlijkheid passend bij DIS, kunnen de vragen uit deze paragraaf worden overgeslagen. Zeker als er sprake is van seksuele traumatisering in de kindertijd kunnen de vragen over seksualiteit veel oproepen en een patiënt ontregelen.

#### **Evaluatie (mogelijk) traumagerelateerde symptomen**

Op dit moment van het TADS-I-interview heb ik de patiënt ruim anderhalf uur gesproken en gaan wij na een korte pauze verder. Haar antwoorden op de vragen naar symptomen die traumagerelateerd kunnen zijn geven al veel aanwijzingen van een dissociatieve organisatie van de persoonlijkheid, in het bijzonder DIS. De patiënt rapporteert amnesie en het horen van stemmen bij bijna ieder (mogelijk) traumagerelateerd symptoom.

Ook van depersonalisatie en derealisatie heeft de patiënt al veel voorbeelden beschreven, dus daar kan ik bij aansluiten.

#### **Bewustzijnsveranderingen**

**Depersonalisatie.** De patiënt voelt zich vaak afgesneden van zichzelf (depersonalisatie). Soms hoort ze zichzelf praten of komen er woorden uit haar mond die niet van haar lijken te zijn. *Ik voel me soms overdag een soort opblaaspop die 's avonds helemaal leegloopt*, vertelt ze. Maar ze geeft ook andere voorbeelden van depersonalisatie in haar dagelijks leven. Ze noemt als voorbeeld het reizen met het openbaar vervoer. Ze doet dan alles zoals het hoort, maar kijkt van een afstand naar zichzelf. *Ik zie mezelf in de trein zitten van boven*, zegt ze.

**Derealisatie.** Haar omgeving is vaak vreemd (derealisatie). Dan herkent ze haar huis of de straat waarin ze woont niet goed. Ze zegt ook dat zij altijd een soort muur ervaart tussen zichzelf en de wereld, alsof ze in een kaasstolp zit.

**Absorptie.** De patiënt herkent geen absorptiesymptomen; ze raakt wat in de war van die vragen. Ze vertelt dat ze juist altijd erg alert is en haar best doet om op te letten. Er is een soort innerlijke dwang om erbij te blijven. Tegelijkertijd vertelt ze dat ze wel kan opgaan in een boek of een film, maar alleen als ze zich echt veilig voelt.

#### **Evaluatie bewustzijnsveranderingen**

De patiënt vermeldt chronische depersonalisatie- en derealisatieklachten, die zich dagelijks voordoen en vaak samengaan. Ze worden als ernstig beoordeeld en een aantal klachten duidt op een opdeling van de persoonlijkheid.

Bij de vragen naar absorptie beschrijft ze een soort innerlijke dwang om waakzaam te zijn. Dat zou kunnen duiden op een intrusie van een waakzaam dissociatief deel van de persoonlijkheid.

### **Somatoforme dissociatieve symptomen**

De patiënt rapporteert veel somatoforme dissociatie, in het bijzonder dat zij haar lichaam niet voelt of dat het groter of kleiner lijkt. Zij liep een keer een week door met een gebroken voet. Zij voelt dan geen pijn, maar de voet zag er op een gegeven moment zo dik uit dat ze op aandringen van een vriendin toch naar een dokter is gegaan.

Zij beschrijft ook symptomen van ‘verstijving en verlamming’, bijvoorbeeld wanneer ze zichzelf terugvindt onder haar bed. Maar ze kan dergelijke gevoelens van verlamming ook krijgen wanneer ze in haar bed ligt of gewoon overdag, tijdens een gesprek met iemand. Verder beschrijft ze dat ze soms last heeft van spiertrekkingen of dat haar hele lichaam gaat trillen.

Zij werd eerder neurologisch onderzocht naar aanleiding van een aanval die leek op epilepsie en waarvoor ze amnesie had. Dit neurologisch onderzoek heeft geen epilepsie aangetoond.

Een paar keer is ze haar stem kwijtgeraakt; dat duurde een aantal uren. Ze heeft bijna dagelijks korte momenten van verstijving of trillen van haar lichaam.

### **Evaluatie somatoforme dissociatieve symptomen**

De patiënt rapporteert verschillende somatoforme symptomen die zich dagelijks voordoen. Deze symptomen wijzen op intrusies van andere dissociatieve delen: waarschijnlijk delen die vastzitten in traumatische tijd.

### **Psychoforme dissociatieve symptomen**

**Amnesie.** Amnesie doet zich veelvuldig voor. De patiënt is dagelijks uren tijd kwijt. Zij vindt aanwijzingen dat ze dingen heeft gedaan die ze zich niet herinnert. Ze bevindt zich op plekken zonder te weten hoe ze daar is gekomen. De patiënt zegt dat ze er zo min mogelijk over probeert na te denken.

Over vroeger herinnert ze zich maar flarden. Er zijn veel episodes, ook in het gewone leven van vroeger, waaraan ze geen herinneringen heeft. Geheugenproblemen lijken er al vanaf jonge leeftijd te zijn. Ook nu ervaart de patiënt geheugenproblemen bij alledaagse activiteiten, zoals het huishouden of boodschappen doen. Ze wil dan boodschappen gaan doen en ontdekt dat ze dat al heeft gedaan. Soms weet ze niet meer of ze nu wel of niet met de hond uit is geweest. Toen ze nog in de verpleging werkte, miste ze stukken van een dienst, vooral als het heel druk was geweest. Soms moest ze nagaan of ze de overdracht al had geschreven. Ze vertelt dat ze eigenlijk heel verbaasd is dat niemand het ooit merkte. Ze kreeg een burn-out en is gestopt met werken.