Downloaded from UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA)
http://dare.uva.nl/document/46795

File ID 46795

SOURCE (OR PART OF THE FOLLOWING SOURCE):
Type Dissertation
Title Stress, trauma en dissociatie : een gezinsgerichte benadering
Author D.A.J. de Wachter
Faculty Faculty of Social and Behavioural Sciences
Year 2007
Pages 98

FULL BIBLIOGRAPHIC DETAILS:
http://dare.uva.nl/record/220255

Copyright

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (http://dare.uva.nl)

STRESS, TRAUMA EN DISSOCIATIE
EEN GEZINSGERICHTE BENADERING

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit van Amsterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof. dr. J.W. Zwemmer
ten overstaan van een door het college voor promoties ingestelde
commissie, in het openbaar te verdedigen in de Aula der Universiteit

op woensdag 25 april 2007, te 12.00 uur
door Dirk August Jozef DE WACHTER
geboren te Wilrijk, België

promotor: Prof. Dr. A. Lange
co-promotor: Dr. J. Vanderlinden

Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen

INLEIDING **7**

HOOFDSTUK 1 ..... **12**
DE NACHTMERRIE VAN DOKTER WEZEL
EEN CASUS OVER DE BEHANDELING VAN DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN

HOOFDSTUK 2 ..... **18**
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN EN GEZINSTHERAPIE
INLEIDING 18
GEZINSEDUCATIE 20
GEZINSTHERAPIE 22
SLOTBESCHOUWING 24

HOOFDSTUK 3 ..... **26**
DE INVLOED VAN ALLEDAAGSE STRESS OP DISSOCIATIEVE VERSCHIJNSELEN
INLEIDING 26
METHODE 27
ONDERZOEKSDESIGN *27*
RESPONDENTEN *27*
PROCEDURE *28*
METINGEN VAN DE STRESS-VARIABELE (ONAFHANKELIJKE VARIABELE) *28*
METING VAN DE DISSOCIATIE-VARIABELE (AFHANKELIJKE VARIABELE) *29*
RESULTATEN 30
VERBAND STRESS-DISSOCIATIE *30*
EFFECT VAN STRESS-VERANDERING *31*
DISCUSSIE 32

HOOFDSTUK 4 ..... **34**
FAD-N EN FMSS: TWEE VERSCHILLENDE INSTRUMENTEN VOOR HET METEN VAN GEZINSFUNCTIONEREN
INLEIDING 34
METHODE 40
DEELNEMERS *40*
METINGEN EN PROCEDURE *40*
STATISTISCHE ANALYSE *40*
RESULTATEN 41
ITEM-REST CORRELATIE VAN DE ITEMS VAN DE FAD-N *41*
BETROUWBAARHEID (INTERNE CONSISTENTIE) VAN DE FAD-N SUBSCHALEN *41*
CORRELATIES TUSSEN DE SUBSCHALEN VAN DE FAD-N *42*
CORRELATIES VAN DE FAD-N-SCORES TUSSEN DE FAMILIELEDEN *42*
DE SCORES OP DE FMSS *43*
OVEREENKOMST TUSSEN DE FAD-N EN DE FMSS *43*
BESCHOUWING 45

HOOFDSTUK 5 50
DISSOCIATIEVE VERSCHIJNSELEN: VERBAND MET STRESS UIT HEDEN EN VERLEDEN
INLEIDING 50
METHODE 52
PATIËNTEN 52
METINGEN 52
DATA-ANALYSE 53
RESULTATEN 54
HET VERBAND TUSSEN ACTUELE STRESS EN MATE VAN DISSOCIATIE EN TRAUMA 55
HET VERBAND TUSSEN TRAUMA EN MATE VAN DISSOCIATIE 55
BESPREKING 57
CONCLUSIE 59

HOOFDSTUK 6 61
CO-EVOLUTIE VAN STRESS EN DISSOCIATIE IN EEN KLINISCHE POPULATIE
EEN LONGITUDINALE STUDIE
INLEIDING 61
METHODE 63
PATIËNTEN 63
BEHANDELING 63
INSTRUMENTEN 64
DATA-ANALYSE 66
RESULTATEN 66
EVOLUTIE VAN DISSOCIATIE EN ACTUELE STRESS (TOTALE GROEP) 66
CO-EVOLUTIE VAN DISSOCIATIE EN ACTUELE STRESS (TOTALE GROEP) 67
CO-EVOLUTIE VAN DISSOCIATIE EN ACTUELE STRESS NAARGELANG DE MATE VAN DISSOCIATIE 68
BESLUIT 69

HOOFDSTUK 7 72
TRANSGENERATIONELE ASPECTEN VAN TRAUMA EN DISSOCIATIE: EMPIRISCHE GEGEVENS
INLEIDING 72
METHODE 74
ONDERZOEKSGROEP 74
METINGEN 74
DATA ANALYSE 76
RESULTATEN 77
TRAUMASCORES VAN PATIËNTEN, MOEDERS EN VADERS 77
TRAUMASCORES VAN OUDERS EN HUN RESPECTIEVELIJKE KINDEREN 77
HET VERBAND TUSSEN TRAUMA BIJ DE OUDERS EN BIJ HET KIND 77
HET VERBAND TUSSEN DISSOCIATIE BIJ DE OUDERS EN BIJ HET KIND 78
HET VERBAND TUSSEN TRAUMA, DISSOCIATIE EN OPVOEDINGSHERINNERINGEN 78
TRAUMA EN DISSOCIATIE BIJ OUDERS EN OPVOEDINGSHERINNERINGEN BIJ PATIËNTEN 78
DISCUSSIE 79

SAMENVATTING EN BESLUIT 82

SUMMARY AND DISCUSSION 88

LITERATUUR 94

DANKWOORD

Dit is de belangrijkste bladzijde uit mijn proefschrift. Daar waar de wetenschappelijke conclusies tot bescheidenheid en relativiteit moeten aanzetten, durf ik de menselijke resultaten van deze jarenlange studie wonderbaarlijk te noemen. Een groot aantal ontmoetingen resulteerde soms in duurzame en betekenisvolle vriendschappen. In het verlengde van mijn interactionele kijk op het leven heb ik dit ervaren als het meer wezenlijke en kostbare van deze academische activiteiten.

Mijn promotor prof. dr. Alfred Lange was de centrale figuur in het gebeuren. Hij was en blijft de enige hoogleraar in de Lage Landen die mij in dit werk kon bijstaan. Enerzijds een ervaren clinicus met een brede kijk op de dingen, anderzijds een overtuigde en overtuigende wetenschapper die mij steeds over de streep wist te trekken om empirische gegevens nuchter te analyseren. Zijn aanmoediging, zijn geduld, zijn kritische opmerkingen en vooral zijn onwrikbaar vertrouwen waren onontbeerlijk. Zijn schitterende literaire suggesties waren daarbij het bewijs dat ook in een promotieonderzoek de non-specifieke factoren bepalend zijn.

Mijn co-promotor, dr. Johan Vanderlinden, was al even belangrijk. Hij bracht mij in contact met prof. Lange en lag eigenlijk aan de basis van het opzet. Zijn niet aflatende energie, zijn enthousiasme en zijn positieve ingesteldheid waren voor mij even doorslaggevend als zijn wetenschappelijke kennis, zijn creatieve ideeën en zijn internationale ervaring. Onze lange ritten naar Amsterdam waren keer op keer onvergetelijke tochten waarbij onze soms hilarische conversaties het wetenschappelijke ruim overstegen. (Nooit gedacht dat ik zo bevriend kon raken met zo'n sportieve man.)

De directie van het Universitair Psychiatrisch Centrum van de Katholieke Universiteit Leuven, Campus Kortenberg wil ik danken voor de stimulans en de faciliteiten om dit werk te realiseren. Ik ken geen ander ziekenhuis in Vlaanderen waar het mogelijk zou geweest zijn om deze combinatie van wetenschap en kliniek concreet te maken. Ik voelde mij gedurende al die jaren onafgebroken gesteund en aangemoedigd.

De medewerkers van de afdeling gedragstherapie van het ziekenhuis waren steeds bereid om mee te werken in het uitdelen van vragenlijsten en het motiveren van patiënten en familieleden.

Sylvie Vandewalle, en tijdens haar afwezigheid Sylvie Neven, waren de onmisbare krachten in de fase van het schrijven. Zonder hun uiterst intelligente bijdrage in soms schijnbare uitvoerende taken had heel het gebeuren nog langer aangesleept. Dank zij hun fijnzinnige en aangename aanwezigheid kwam er na jaren gegevens verzamelen en hypothesen vormen 'realiteit' in deze studie.

Dr. Kristof Vansteelandt wil ik danken voor de noodzakelijke hulp bij de statistische verwerking. Als geen ander is hij in staat om deze ingewikkelde materie voor mij begrijpelijk te maken.
In de fase van de gegevensverzameling, nu reeds langer geleden, heb ik enthousiaste hulp gekregen van Joyce Pouw en Lieke Stek uit Amsterdam en van Kathleen De Cuyper, Nadine Pauwels (voor de EE-interviews), Prof. Michel Probst (voor het gegevensbestand) en An Stymans (voor de organisatie) uit Kortenberg.

Het is een groot geluk dat mijn beide ouders dit gebeuren in relatief goede gezondheid mogen meemaken. Als ik nadenk waarom iemand dit soort van vermoeiende ambities nastreeft moet ik mijn psychoanalytische vrienden op dit punt bijtreden: een man doet dit voor zijn moeder. Ik wil dit werk dan ook aan haar opdragen.

Op haar uitdrukkelijke vraag wil ik mijn echtgenote, Karin, niet bedanken. Zij is inderdaad niet rechtstreeks betrokken geweest bij dit onderzoek. Zij is geen vrouw die in de schaduw en op de achtergrond blijft. Ze heeft haar eigen geëngageerde beroepsleven waarin ze waarschijnlijk meer voor de gezondheidszorg doet dan meerdere proefschriften kunnen.
Daarnaast is ze de draaischijf van een gezin met drie kinderen, waarbij het geluk ons haast verlegen maakt. Verbazend kan ik beamen wat Michel Houellebecq opmerkt: “Pourtant, dans certains cas, extrêmement rares, presque miraculeux, cela pouvait arriver”.

INLEIDING

Het is geen toeval dat dit onderzoekswerk dat noodzakelijkerwijs veel abstract wetenschappelijk materiaal bevat, begint met een casus uit de klinische praktijk. Het is de vaste overtuiging van de auteur dat de wetenschappelijke methode ten dienste moet staan van de patiënt en niet omgekeerd. Anderzijds is het een frustratie om te zien hoe weinig het wetenschappelijk denken, met kritisch toetsen en empirisch valideren, is doorgedrongen tot de wereld van de psychotherapeut. De gezinstherapie in het bijzonder blijft al te vaak steken in de stellingen van charismatische pioniers, in goede bedoelingen of intuïtief aanvoelen van gemotiveerde therapeuten en het min of meer intellectueel of creatief luchtfietsen van uiteenlopende auteurs. Anderzijds lijken de onderzoekers aan universiteiten niet erg happig om de complexe werkelijkheid van gezinnen aan te pakken op een voor clinici relevante manier. Gedreven door de drang om te publiceren in belangrijke tijdschriften verengt het onderzoek zich dikwijls tot eenvoudige lineaire modellen die zich in het domein van de psychiatrie dikwijls beperken tot de elektrofysiologie, de beeldvorming of het farmacologisch onderzoek. Ik heb geprobeerd om van beide werelden gebruik te maken met het risico om tussen twee stoelen te vallen: empirisch onderzoek met gevalideerde wetenschappelijke instrumenten in een complex domein dat directe relevantie heeft met de therapeutische praktijk. Het mag, naargelang de interpretatie, getuigen van een naïef idealisme of een koppige hooghartigheid, mogelijks van beiden. Het resultaat dat na vele jaren intensieve arbeid wordt gepresenteerd noopt dan ook vooral tot grote bescheidenheid.

Ook de aanzet voor dit onderzoek wortelt rechtstreeks in de klinische realiteit. Sinds een twintigtal jaar wordt de publieke opinie regelmatig opgeschrikt door angstaanjagende verhalen van misbruik van kinderen, in Vlaanderen culminerend in de Dutroux-affaire. In de wetenschappelijke wereld was er een explosieve groei van onderzoeksliteratuur rond het onderwerp van vroegkinderlijk trauma (Putnam & Loewenstein, 1993). Ook het begrip dissociatie dat vele tientallen jaren een sluimerend bestaan leidde in de psychiatrie werd opnieuw een actueel en zelfs ‘gehyped’ onderwerp. Onderzoek toonde inderdaad dat ernstige dissociatieve verschijnselen frequent voorkomen in bepaalde psychiatrische patiëntenpopulaties (Saxe et al., 1993), maar ook niet zeldzaam zijn in de algemene bevolking (Ross, 1999; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, & Vertommen, 1993b).
Tegelijk met het verschijnen van de diagnose ‘Dissociatieve Stoornis’ in de DSM-III, kwamen de theorievorming en de therapeutische modellen op de voorgrond. Een rechtstreeks lineair verband met een voorgeschiedenis van ernstig seksueel, fysiek of psychologisch misbruik werd gesuggereerd (Irwin, 1994). De bijbehorende therapiemodellen waren daardoor gericht op het verwerken van traumatiserende herinneringen door middel van al dan niet hypnotische technieken om terug te gaan naar het verleden. Deze soms spectaculaire behandeltechnieken kenden een groot succes in sommige therapeutische middens en zorgden voor veel controverse met ‘believers’ en

'non-believers' die hun emotionele argumenten gebruikten tot in het publieke forum. Ik was onder de indruk van het naïeve en weinig rationele discours rond deze thematiek. De publicatie van Lange (1994b) over een echtpaar ('Het echtpaar Riebeek') waarbij op het incestverleden en de dissociatieve verschijnselen van de vrouw niet uitvoerig wordt ingegaan vormde een 'aha-erlebnis' in deze materie. In plaats van het verleden aan te pakken concentreerde de therapeut zich met succes op stress en interactiepatronen binnen het echtpaar. Hoewel deze casus een illustratie was van courante en relatief eenvoudige gezinstherapeutische technieken, was het opvallend om ze toegepast te zien op de problematiek van dissociatie. Bij het onderzoeken van de literatuur (hoofdstuk 2) werd dit vermoeden bevestigd: de gezinstherapeutische publicaties rond dit onderwerp waren zeldzaam, weinig specifiek en nergens gebaseerd op empirische gegevens (Benjamin & Benjamin, 1992). Vanuit een persoonlijke gedrevenheid in de gezinstherapie en vanuit de uitdaging om deze opvallende leemte te exploreren, zocht ik naar valabele argumenten. Een eerste belangrijk argument om alternatieve behandelmodellen te onderzoeken was het feit dat de veel besproken individuele behandeling die zeer intensief en belastend was, geen duidelijke resultaten kon voorleggen en dat geen gecontroleerd onderzoek beschikbaar was. Een tweede argument voor het mogelijk betrekken van het gezin kwam uit de belangrijke onderzoeksliteratuur rond gezinsfunctioneren en psychopathologie. Voor de grote diagnostische categorieën is aangetoond dat de gezinscontext een cruciale variabele is in het voorkomen van psychiatrische stoornissen (Lange, 2006). Deze bevindingen hadden een belangrijke invloed op de evolutie in de behandelmethoden en de gezinsbenadering is niet meer weg te denken uit de moderne psychiatrie. Naar analogie met het onderzoek naar het verband tussen gezinsfunctioneren enerzijds en schizofrenie (Falloon et al., 1984), depressie (Keitner et al., 1990) en eetstoornissen (Vanderlinden & Vandereycken, 1989) anderzijds, onderzochten wij het verband tussen gezinsfactoren en dissociatieve verschijnselen. We maakten gebruik van de goed onderbouwde en herhaaldelijk gereproduceerde onderzoeken die een relatie aantonen tussen *stress* (life events) en psychiatrische stoornissen (Barrett, 1979). Zowel voor depressie (Paykel, 1974) als schizofrenie (Brown, 1968) werd een onmiskenbaar effect van stress aangetoond op het ontstaan of het verloop van deze aandoeningen. We gingen hierbij uit van de *kwetsbaarheidstheorie* zoals die oorspronkelijk voor schizofrenie is opgesteld en waar ook het concept 'Expressed Emotion' op is gebaseerd (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Berkowitz, 1984). Toegepast ten aanzien van dissociatie betekent dit dat de 'geneigdheid' tot dissociëren zou toenemen bij grotere spanning in het gezin en in de omgeving. Therapeutische programma's, gericht op het beïnvloeden van deze omgevingsfactoren, hebben een positief effect (Cozolino et al., 1988). We onderzochten zelf het effect van spanningsreducerende en gezinsgerichte interventies op de mate van dissociatie bij opgenomen psychiatrische patiënten. Een tweede theoretisch denkmodel, dat het vorige aanvult, betreft de inhibitietheorie van Pennebaker (Harber & Pennebaker, 1992; Pennebaker & Beal, 1986; Pennebaker, 1989; Lange, 2006). Deze stelt dat de onderdrukking (inhibitie) van negatieve (traumatische) gevoelens een actief proces is, dat het spanningsniveau verhoogt. Toegepast op ons

onderzoek betekent dit dat binnen gezinnen waar angsten en negatieve gevoelens niet kunnen worden geuit, dit leidt tot verhoogde spanning en stress en bijgevolg tot verergering van dissociatieve symptomen.. Om deze theoretische ideeën concreet vorm te geven baseerden we ons steeds – bij gebrek aan modellen binnen de behandeling van dissociatieve stoornissen – op analogieën met andere psychiatrische problemen, waar 'evidence' bestaat over hun efficiëntie.

In *hoofdstuk 1* ('De nachtmerrie van Dr. Wezel. Een casus over de behandeling van dissociatieve symptomen') beschrijven we een klinische casus vanuit de controverse en de concrete therapeutische uitdagingen die in de problematiek van patiënten met dissociatieve stoornissen wordt beschreven.
In *hoofdstuk 2* ('Dissociatieve stoornissen en gezinstherapie') wordt een overzicht gegeven van de bestaande literatuur over dissociatie en gezinstherapie. We onderzochten de literatuur over beide terreinen op zoek naar overlappende publicaties en bespreken het mogelijke belang van gezinstherapeutische inbreng in de problematiek van dissociatie.

Hoofdstuk 3 ('De invloed van alledaagse stress op dissociatieve verschijnselen') onderzoekt het verband tussen alledaagse stress en dissociatieve verschijnselen in een niet-klinische populatie. Dit gebeurt bij een groep respondenten die blootstaan aan een hevige mate van alledaagse stress: werknemers uit een groot bedrijf die bedreigd worden met gedwongen ontslag. Een tweede meetmoment, na 3 maanden van intensieve begeleiding waardoor de stress beduidend is verminderd, laat ons toe om twee tijdstippen te vergelijken. Deze onderzoeksresultaten bij een niet-klinische populatie en bij milde dissociatieve verschijnselen zijn de aanzet om het onderzoek door te trekken naar klinische populaties waarbij ook dissociatieve stoornissen in de enge zin van het woord worden bekeken.

Hoofdstuk 4 ('FAD-N en FMSS: twee verschillende instrumenten voor het meten van gezinsfunctioneren') onderzoekt de validiteit van één van onze belangrijkste instrumenten. De FAD-N is een oorspronkelijk Engelstalige vragenlijst die uitvoerig is bestudeerd en gevalideerd en die we selecteerden als instrument voor het meten van stress binnen het gezin. De Nederlandse vertaling werd vroeger reeds onderzocht in een steekproef van de Nederlandse bevolking. Verder vergelijken we de resultaten van de FAD-N met de FMSS (de Five Minutes Speech Sample), een internationaal erkend instrument voor het meten van gezinsfunctioneren gebaseerd op het begrip Expressed Emotion. We onderzoeken de verschillen in de bruikbaarheid van beide instrumenten. Dit hoofdstuk exploreert de FAD-N verder in een klinische populatie, waarbij we enkele aanpassingen voorstellen. De klinische populatie van 99 psychiatrische patiënten met voornamelijk een eetstoornis, zal de basis vormen van de rest van het onderzoek.

Hoofdstuk 5 (‘Dissociatieve verschijnselen: verband met stress uit heden en verleden‘) werkt het centrale thema concreet uit: de samenhang tussen enerzijds stress in de vorm van gezinsstress en actuele stress en anderzijds dissociatieve verschijnselen. We onderzoeken eveneens het verband met belastende ervaringen (trauma) uit het verleden. We onderscheiden milde en verhoogde dissociatie als twee verschillende groepen, waarover zoals moge blijken uit de literatuur actueel consensus bestaat.

In *Hoofdstuk 6* (‘Co-evolutie van stress en dissociatie in een klinische populatie’) gaan we deze verbanden verder onderzoeken in een longitudinaal design. Dezelfde patiëntenpopulatie wordt gevolgd over vier meetmomenten waarbij de residentiële behandelsetting een vermindering in alledaagse stress en gezinsstress beoogde. Op deze wijze kunnen we de mogelijke samenhang in een causaal verband brengen. Ook hier maken we een onderscheid tussen milde en verhoogde dissociatie. Beide groepen worden opgevolgd tijdens en na de behandeling, zowel wat betreft stressparameters als wat betreft dissociatiematen.

In *Hoofdstuk 7* (‘Transgenerationele aspecten van trauma en dissociatie: empirische gegevens’) trachten we bij dezelfde populatie de samenhang te onderzoeken tussen patiënten en hun ouders op vlak van trauma en dissociatie. We onderzoeken eveneens de link tussen opvoedingsherinneringen van patiënten, de gerapporteerde trauma en dissociatie. Het is een eerste aanzet voor onderzoek in een materie waarover in de therapeutische literatuur veel werd geschreven zonder dat empirische gegevens beschikbaar zijn.

HOOFDSTUK 1

DE NACHTMERRIE VAN DOKTER WEZEL EEN CASUS OVER DE BEHANDELING VAN DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN

Inleiding

Een oudere collega, autoriteit op het gebied van de hypnotherapie, stelde mij de vraag of ik een patiënte wou zien met een moeilijke situatie. Deze patiënte, we zullen haar An noemen, was opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis na een acute crisissituatie. In het kabinet van haar vorige psychotherapeut was ze in een ernstige dissociatieve toestand verzeild waarbij ze uiteindelijk volkomen 'katatoon en bewusteloos' door de ziekenwagen diende weggevoerd te worden en enkele dagen op de dienst intensieve zorgen verbleef met een onverklaarbaar coma. De somatische parameters waren allen normaal en de bijgeroepen liaisonpsychiater diagnosticeerde een 'hysterische psychose met totale amnesie' en verwees haar voor verdere therapie naar een psychiatrische dienst.
An zelf kwam geleidelijk terug bij haar positieven en wist niets meer van het hele gebeuren. Mede door de niet-aflatende steun vanwege haar echtgenoot Rik, begint An een fanatieke kruistocht tegen haar therapeut die ze beschuldigt van medische fouten en 'onopzettelijke doodslag'. Haar aanklacht wordt behandeld voor de Orde van Geneesheren en voor de rechtbank en bezorgt de collega in kwestie een maandenlange nachtmerrie. We gaan hier niet verder in op de gevolgen voor deze jonge collega, we zullen haar dokter Wezel noemen, die uiteindelijk niet wordt vervolgd voor de genoemde beschuldigingen maar na een langdurige werkonbekwaamheid haar praktijk stopt. Ze werkt nu als arbeidsgeneesheer voor een groot bedrijf en heeft de psychotherapie voorgoed verlaten.

Wat vooraf ging

Dokter Wezel had An leren kennen toen ze nog assistente in opleiding was. An had initieel geconsulteerd met een probleem van angst en depressie waarvoor een medi-

Dit hoofdstuk is gepubliceerd als: Wachter, D. de (2006). De Nachtmerrie van Dokter Wezel. Een casus over de behandeling van dissociatieve symptomen. *Directieve Therapie, 26,* p.261-266.

camenteuze behandeling met antidepressiva en een ondersteunende therapie werd ingesteld. De klachten van An verbeterden en het contact met haar jonge behandelaar was zo goed dat ze besloot zich verder door haar te laten begeleiden in haar private praktijk als psychiater.
Als An wat later Rik leert kennen en binnen de kortste keren gaat samen wonen duiken er opnieuw symptomen op, ditmaal niet van depressie, maar eerder paniekerige aanvallen en rare, onvoorspelbare reacties. Gelukkig kan An terecht bij dokter Wezel die deze keer geen verbetering boekt met farmacologische interventies, maar dag en nacht beschikbaar is voor An, voor wie ze zeer geëngageerd en bezorgd is. Als dokter Wezel op een bijscholing over trauma meer leert over dissociatieve stoornissen geraakt ze erg geïnteresseerd. Ze herkent de symptomen van An en ziet een uitweg uit de vastgelopen hulpverlening. Vervolgens besluit ze om de intensieve cursus 'trauma, dissociatie en hypnose' te volgen om deze problematiek professioneel aan te pakken. Zoals vroeger aan de universiteit toont dokter Wezel zich ook nu een uitstekende opleideling. Ze is zeer gemotiveerd, zelfs gepassioneerd door de nieuwe inzichten, leest alles wat ze hierover kan vinden en bezoekt de studiedagen en congressen die hierrond plaatsvinden (en die toen een tijdje een hype vormden).
Voorzichtig, respectvol en steeds in supervisie brengt ze haar inzichten in praktijk bij An, die niet minder symptoomgedrag vertoont. Onder invloed van haar gemotiveerde en begripvolle dokter begint ze ook te lezen over dissociatieve verschijnselen en over het verband met seksuele trauma's uit de kinderjaren. Omdat de symptomen verder lijken toe te nemen (amnesie, depersonalisatie, derealisatie, fugues) en ook omdat haar man Rik vindt dat er iets moet gebeuren, vraagt ze aan dokter Wezel een diepgaande exploratieve behandeling met hypnose. Ze wil uitzoeken wat er vroeger gebeurd is en inzien waarom ze deze rare en onvoorspelbare klachten blijft hebben. De dokter pakt het voorzichtig maar gedreven aan. Regelmatig laat ze haar therapie superviseren bij een internationaal gerenomeerd collega. Met zijn charismatische persoonlijkheid die ook de media niet is ontgaan en zijn belangstelling voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers weet hij onmiddellijk het vertrouwen te winnen van de wat onzekere dokter Wezel. Ook An heeft op haar beurt alle vertrouwen en de afspraken lopen zeer goed: zeer vlug leert ze de techniek van de hypnotische trance en de leeftijdsregressie. De hele amnestische periode uit haar leven blijkt onder hypnose terug tot leven te komen. Eerst gaat het om vage vermoedens en onrechtstreekse verwijzingen, daarna om hele flashbacks en totale herbelevingen. Dokter Wezel is onzeker en twijfelt maar wordt door haar supervisor intensief gecoacht – ze neemt alle therapeutische sessies op video op – en gaat door om via herbeleving de verwerking en heling van het traumatische verleden te voleinden. An is vol van de behandeling en stort zich blind in de nieuw gevonden herinneringen, tot afkeer en ongenoegen van haar familie. Haar ouders en zussen geloven de verhalen niet en protesteren tegen de behandeling. Haar man Rik blijft haar echter onvoorwaardelijk steunen, ondanks de steeds toenemende symptomen en de relationele kloof die steeds groter wordt. Uiteindelijk eindigt een sessie in de hoger beschreven comateuze toestand en crisisopname. Zoals beschreven keert An zich volledig en fanatiek tegen haar therapeut.

Een bescheiden behandelmethode

Als ze bij mij voor de eerste keer op consultatie komt vertoont ze een merkwaardige splitsing in haar denken: enerzijds hekelt ze de 'zware beroepsfouten' en de onbekwaamheid en onervarenheid van haar vorige behandelaar, anderzijds wenst ze een verdere diepe hypnose en regressietherapie om haar ontdekte trauma's te verwerken. Het is duidelijk dat ik hier terughoudend op reageer, overigens tot haar verwondering en ongenoegen. Voor het tweede gesprek vraag ik of haar partner Rik wil meekomen, wat ze eigenaardig en nutteloos vindt. Gelukkig geniet ik het vertrouwen door de lovende manier waarop ik was aangeprezen door de doorverwijzer. Rik is een wat oudere man die niet goed begrijpt wat hij moet komen doen, maar die vertelt hoe hij onvoorwaardelijk is in zijn steun voor An. Zijn vorige partner leed aan anorexie nervosa maar liet zich nooit behandelen en suïcideerde zich. Rik nam zich voor om voor An alles te doen.

Ik leg het koppel uit dat we anders gaan werken dan voorheen (ik probeer het gedane werk van mijn collega niet negatief te benoemen maar vertel dat ik andere ideeën heb over de aanpak van dit soort ernstige problemen). Met de onvoorspelbaarheid die ik dikwijls zie bij zogenaamde 'traumapatiënten' is An nu ook akkoord met de voorgestelde aanpak: geen hypnose en geen rechtstreekse aanpak van trauma en verleden maar een hier-en-nu benadering waarin de relatie centraal staat.

Tot mijn eigen verbazing verdwijnen de dissociatieve verschijnselen geleidelijk in de volgende maanden. Beide mensen zijn zeer gemotiveerd in de therapie, zeker nadat de gerechtelijke procedures tegen mijn collega waren uitgeput en afgesloten. Toch loopt het allemaal niet zo vlot.

Patiënte zakt weg in een lethargische chroniciteit waarbij ze futloos en initiatiefloos thuis zit, terwijl Rik alles voor haar doet. Even dreigt het vertrouwen in aanpak mis te lopen wanneer de diagnose 'chronische vermoeidheid' wordt geopperd en een bekend specialist wordt ingeschakeld. Zijn exuberante ereloon maakt dat dit spoor vlug terug wordt verlaten.

Rik blijkt een uitstekende co-therapeut. Geduldig en met kleine stapjes wordt een plan uitgewerkt om An terug naar zinvolle activiteiten te oriënteren.

Vergeleken met de spanning en heroïek van de explorerende therapie lijkt mijn benadering bijzonder banaal. Hoewel het therapeutische proces stilaan gunstig verloopt en alle partijen, ditmaal ook de familie, tevreden zijn, is het moeilijk om de concrete veranderingen te beschrijven. Het geheel is zo doodgewoon, gezond-verstand-achtig en alledaags dat het wat ondankbaar lijkt om te publiceren in een hoog gespecialiseerd vakblad.

Ik beschrijf enkele specifieke thema's:

Activering en dagstructuur

An ligt veel in bed en komt niet toe aan de meest basale taken. Steeds met de hulp van Rik kan ze gemotiveerd worden om op te staan, zich te verzorgen, te eten en hier stilaan ook zelf voor te zorgen. In een tweede fase wordt ze ingeschakeld als vrijwil-

ligster in een hondenasiel, wat voor haar de realisatie was van een jeugddroom. Ze doet dit werk tot op heden halftijds, maar erg gemotiveerd en enthousiast. De stap naar betaald werk is vooralsnog niet gelukt. Deze sector heeft weinig betaalde krachten en het stigma van haar psychiatrische verleden maakt haar geen topkandidaat.

Genieten en vrije tijd

Misschien was het aanschaffen van een hond, na de steun van Rik, de meest positieve stimulans in het proces van de laatste jaren. Deze Golden Retriever, Paldo, motiveert An om buiten te komen uit haar veilige cocon. Omdat het dier zich vooral aan haar heeft gehecht voelt zij zich erg verantwoordelijk en zorgt ze voor hem beter dan voor zichzelf. Ondergetekende, een volslagen leek op gebied van honden, weet intussen zowat alles over dit ras en zijn verwanten. De expert-positie van An in deze materie is een belangrijke katalysator in haar emancipatie van afhankelijk-slachtofferige patiënte naar autonoom individu.

Relatie en seksualiteit

De inzet en steun van Rik is de belangrijkste factor in de onverhoopt gunstige evolutie bij An. Vanuit zijn voorgeschiedenis met zijn anorectische en overleden vroegere partner is een neiging tot overmatig zorgen en symbiotisch binden hem echter niet vreemd. De functie van co-therapeut en het steeds weer uitleggen van zijn positie in de relatie, op een steunende en respectvolle manier, maakt dat hij toch (een beetje) kan loskomen uit dit voor hem aanstekelijke patroon. De relatie loopt goed. Op seksueel vlak blijft het een gesukkel op een laag pitje. An vraagt naar knuffels en nabijheid maar laat weinig seksualiteit toe. Rik verstaat dit en respecteert dit.

Familie en vrienden

De banden met de familie zijn geleidelijk weer aangehaald. De bejaarde ouders van An zijn gerustgesteld. Over de verhalen van vroeger (Trauma? Onbegrip? Miskenning?) wordt niet meer gesproken. In een gezinsgesprek waarin ik niet kon nalaten om hiernaar te peilen werd ik vriendelijk en kordaat terechtgewezen: ‘Dokter, wij spreken niet meer over dingen waar we niets over weten’. Via de buurtwerking wordt een kleine vriendenkring opgebouwd. De kennissenkring van An die bestond uit militante patiënten met slechte ervaringen in de psychiatrie verwaterde intussen.

Nabeschouwing

Merkwaardig is hoe de zeer invaliderende dissociatieve symptomen bijna niet meer worden besproken in de consultaties. De klachten van An en Rik gaan over een gebrek aan energie, moeizaam tot iets komen, slecht kunnen organiseren, problemen met seksualiteit (zonder rare verschijnselen als reactie) en gevoelens van zinloosheid. De belangrijkste wens is het ‘normaal’ willen zijn: een leven met een partner en een huisje, tuintje, hondje, vrij letterlijk. Bij expliciet navragen ontkent patiënte dat ze nog

dissociatieve symptomen vertoont ('flippen', geheugendefecten, rare gevoelens, vervreemding). Of dit werkelijk zo is; dan wel dat ze dit voor haar behandelaar, haar partner en ook voor zichzelf wil verbergen, weet ik niet.
Deze behandeling liep over een tweetal jaren, initieel wekelijks, daarna geleidelijk met een dalende frequentie. Rik komt altijd mee. Omdat An een ziektestatuut heeft en medicatie neemt blijf ik haar verder volgen in een follow-up met tussenpozen van enkele maanden. Het lijkt een kleine maar levenslange begeleiding te blijven.

Het 'succes' van deze behandeling is relatief. Het betreft een patiënt met behoorlijk wat beperkingen in het leven. Zij werkt halftijds als vrijwilligster, leeft van een ziekte-uitkering, en blijft ondersteuning, aanmoediging en (een beetje) medicatie nodig hebben om in gang te blijven. De subjectieve tevredenheid van haar en haar omgeving is dan weer een opmerkelijk gegeven.

HOOFDSTUK 2

DISSOCIATIEVE STOORNISSEN EN GEZINS-THERAPIE

Inleiding

Het is opvallend dat er in de literatuur over dissociatieve stoornissen geen aandacht wordt besteed aan de mogelijke samenhang tussen spanningen in het gezin en het voorkomen van dissociatieve stoornissen, terwijl het verband tussen andere stoornissen en gezinsfunctioneren wel is onderzocht (Lange, Schaap & Van Widenfelt, 1993). Een uitgebreide zoektocht in de literatuur illustreert tevens dat er tot op heden zeer weinig aandacht is geweest voor de mogelijkheden van gezinstherapie bij volwassen patiënten met een dissociatieve stoornis. Dit is een opvallende lacune voor een probleem dat in essentie zijn basis zou hebben in een falend functioneren van het gezin van herkomst. De ernstige traumatische ervaringen die in de onderzoeken veelal als oorzaak worden aangeduid (Irwin, 1994), spelen zich in verreweg de meeste gevallen binnen het gezin van herkomst af. Aangezien het transgenerationele karakter hiervan bekend is (Oliver, 1993), kan het niet betrekken van het gezin bij de behandeling een verhoogd risico inhouden voor het overdragen van deze mechanismen bij de volgende generaties.
Het inschakelen van het gezin in de behandeling zou om twee redenen van belang kunnen zijn. Ten eerste is het aannemelijk dat spanningen in het gezin tot een toename van de stoornis leiden. Ten tweede worden gezinsleden geconfronteerd met de onvoorspelbare gevolgen en de voor hen onbegrijpelijke symptomen van de patiënt. Zelfs wanneer de epidemiologische gegevens slechts bij benadering zouden kloppen (Murphy, 1994; Vanderlinden, 1993; Waller & Ross, 1997), kan men stellen dat veel gezinnen hieronder lijden. Een van de belangrijkste verworvenheden van de gezinstherapie is juist dat gezinsleden erkend worden in hun lijden en dat de hulpverlening niet geheel aan hen voorbijgaat, zoals dit lange tijd ook het geval is geweest voor de meeste andere stoornissen. Toch vinden we in de 'officiële richtlijnen' voor de behandeling van dissociatieve stoornissen (Barach, 1997) slechts een marginale verwijzing naar het belang van gezinsinterventies. Nochtans worden wel gezinstherapeutische technieken aangewend in de individuele behandeling van familieleden (Kluft, 1993).

Dit hoofdstuk is een geactualiseerde aanpassing van: Wachter, D. de en Lange, A. (1996). 'Dissociatieve stoornissen en gezinstherapie'. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 8,* 150-159.

Een verklaring voor het onderwaarderen van de mogelijkheden van gezinstherapie zou kunnen liggen in de aanvankelijk eenzijdige belangstelling voor zeer ernstige dissociatieve stoornissen met spectaculaire pathologische verschijnselen. Ernstig geïnvalideerde patiënten hebben dikwijls een lange ziektegeschiedenis en zijn vaak volkomen geïsoleerd van een natuurlijk netwerk of gezin (Rivera, 1991). Het feit dat in de DSM-IV de beladen term 'Multipele Persoonlijkheidsstoornis' (MPS) is vervangen door de meer nuchtere term 'Dissociatieve Identiteitsstoornis' (DIS) duidt er wel op dat de aandacht enigszins aan het verschuiven is naar dissociatieve stoornissen in bredere zin.
Een andere oorzaak van de onderwaardering van gezinstherapie ligt in het gebrek aan belangstelling voor dissociatie vanuit de gezinstherapeutische hoek: de weerstand tegenover individuele diagnostische categorieën en de geringe aandacht voor empirisch onderzoek lijken hiervoor verantwoordelijk (Lange, 1996). Slechts recent wordt onderzoek beschreven naar het gezin van oorsprong bij patiënten met pathologische dissociatie. Enkele auteurs (Nash, Hulsey, Sexton, Harrelson & Lambert, 1993; Kinzl, Traweger & Biebl, 1995) komen tot de opmerkelijke vaststelling dat gezinsfunctioneren meer bepalend zou zijn in het ontwikkelen van dissociatieve pathologie dan de aard van het eigenlijke trauma. Nilsen (2001) stelt dat gezinsfunctioneren als predictor voor dissociatie moet beschouwd worden, daar waar bestaande theorieën en onderzoek enkel het belang van trauma benadrukken. Sommige studies benadrukken gestoorde hechtingspatronen in de etiologie van dissociatieve symptomatologie (Anderson & Alexander, 1996; Pasquini, Liotti, Mazzotti, Fassone & Picardi, 2002; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997). Gestoorde hechting met de ouders vergroot de gevoeligheid voor traumatische ervaringen en de geneigdheid tot dissociatie in het volwassen leven. Desalniettemin kennen we geen enkel onderzoek naar de invloed van actuele omgevingsfactoren op de expressie van dissociatieve symptomen. Een studie in een niet-klinische populatie (De Wachter, Lange, Vanderlinden, Pouw & Strubbe, 1998) toont een verband aan tussen alledaagse stress en dissociatie. Er is nood aan systematisch onderzoek in een klinische populatie om het verband tussen omgevingsfactoren en dissociatieve symptomen na te gaan bij patiënten met pathologische dissociatie.

Gezinseducatie

Zoals hierboven is gesteld wordt in de 'officiële richtlijnen' voor de behandeling van de Dissociatieve Identiteitsstoornis (Barach, 1997) nagenoeg niet verwezen naar gezinsbehandeling. Putnam en Loewenstein (1993) onderzochten bij 305 therapeuten hoe zij MPS behandelen. De grote meerderheid van de respondenten opteert voor langdurige en intensieve individuele psychotherapie en hypnotherapie. Velen beschouwen psychofarmaca als een belangrijk hulpmiddel. Aan andere behandelingsvormen, waaronder gezinstherapie, wordt slechts door sommigen een – hoogstens aanvullende – functie toegekend. Terecht stellen de auteurs dat langdurige individue-

le psychotherapie wel de meest gangbare behandeling is, maar dat voor de beoordeling van de effecten geen enkele gecontroleerde studie beschikbaar is. Sno en Schalken (1999) bevestigen dit. In hun studie opteert de meerderheid van de respondenten voor een extramurale individuele psychotherapie, ondersteund door psychofarmaca. Hypnotherapie werd zelden gebruikt, en het betrekken van de partner of het gezin bij de therapie wordt zelfs niet vermeld.
Ten aanzien van de ontwikkeling van dissociatieve stoornissen wordt overigens wel aandacht geschonken aan het transgenerationele aspect (Braun, 1985; Mann & Sanders, 1994; Pears & Capaldi, 2001). Zo signaleert Kluft (1987) dat het merendeel van de MPS-patiënten uit zijn onderzoek bestaat uit moeders met opgroeiende kinderen en dat het risico dat deze kinderen misbruikt zullen worden groot is. In zijn onderzoek misbruikt 61,3% van deze 'MPS-moeders' hun kinderen of hanteert men een 'gestoorde' opvoedingsstijl. Om deze reden menen enkele auteurs dat het noodzakelijk is om de kinderen van deze patiënten zelf te screenen op dissociatieve stoornissen (Kluft, 1984; Braun, 1985; Putnam, 1989). Kluft legde dan ook vroeg en herhaaldelijk de nadruk op de noodzaak van psycho-educatie bij gezinsleden van patiënten met MPS (Kluft, 1984, 1987). De opvallende bevindingen met betrekking tot transgenerationele risicofactoren ten aanzien van dissociatieve stoornissen hebben therapeuten ertoe aangezet om de kinderen van ernstig dissociatieve patiënten bij de behandeling te betrekken; niet onder de vorm van gezinstherapie, maar afzonderlijk en parallel aan de individuele behandeling van de ouder. In de meeste gevallen gaat het hierbij om psycho-educatie, waarin men aan de kinderen op een aangepast niveau informatie geeft over de ziekte (Benjamin & Benjamin, 1993) en men eventueel maatregelen biedt om de grenzen tussen de subsystemen in het gezin te versterken en de kinderen te beschermen, teneinde een eventueel misbruik van de volgende generatie te voorkomen of te stoppen (Sachs, Frischolz & Wood, 1988). In de Verenigde Staten is ten behoeve hiervan een stroom van gepopulariseerde boeken voor kinderen verschenen, waarin ze via verhalen en sprookjes kennis kunnen nemen van oorzaken, verschijningsvormen en behandeling van hun zieke ouder (Porter, Kelly & Grame, 1993). Een soortgelijke informatieve en educatieve benadering wordt voorgesteld voor partners van dissociatieve patiënten (P.T. Panos, A. Panos & Alfred, 1990): informatie over het ziektebeeld, bespreking van de oorzaken, wegnemen van eventuele schuldgevoelens en leren omgaan met het soms onbegrijpelijk gedrag van de partner. Enkele auteurs achten dit nodig om, wat zij noemen, 'het saboteren van de behandeling door de partner' te voorkomen (Sachs et al, 1988).
In een reeks artikelen stellen Benjamin en Benjamin (1994a, 199b, 1994c, 1994d) hun model van een directieve groepstherapie voor partners en ouders van MPS-patiënten voor. Ze bespreken uitgebreid de vaak terugkerende gespreksthema's die aan bod kwamen in hun jarenlange ervaring met deze setting. Hoewel ze zich onder meer beroepen op systemische concepten en op het gedachtegoed van de contextuele therapie (Boszormenyi-Nagi, 1981), is hun benadering voornamelijk psycho-educatief, als ondersteuning voor de individuele behandeling. Als gespreksthema's noemen zij in de eerste plaats het leren aanvaarden van de diagnose, het leren omgaan met de

zieke partner en met de gevoelens van kwaadheid en rouw, en het opkomen voor zichzelf. Terecht wijzen ze op de valkuil om de partner in een 'therapeuten'-rol te plaatsen, wat de patiënt vastpint in een afhankelijkheidsrelatie en het koppel verder polariseert, zoals Chiappa (1994) opmerkt. Ook expliciet interactionele thema's komen in hun bespreking aan bod: relatieproblemen, seksuele problemen, problemen in de opvoeding van de kinderen.
Chiappa (1994) wijst nog op een aantal tegenstrijdigheden in de educatieve benadering van partners. Zo pleit Williams (1991) voor het uitvoerig 'kennismaken' van de partner met de verschillende 'deelpersoonlijkheden' van de dissociatieve patiënt, terwijl Panos et al. (1990) juist suggereren om de patiënt als geheel te benaderen.
Psycho-educatie voor het gezin is reeds waardevol gebleken bij andere psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie (Dixon, Adams & Lucksted, 2000). Toch blijft het gevaar reëel dat hierdoor te veel aandacht wordt geschonken aan de individuele gedragingen van de patiënt, terwijl zowel patiënt als gezin te maken krijgt met een jarenlange intensieve en zeer belastende behandeling, waarvan de outcome nog onbekend is. Gecontroleerd onderzoek hieromtrent ontbreekt zelfs volledig. Met name ten aanzien van 'minder ernstige' dissociatieve stoornissen is het de vraag of een dergelijk stigmatiserend model dient te worden aangewend. Door het concentreren van de aandacht op de individuele patiënt, is het gevaar voor inductie van pathologie niet denkbeeldig.

Gezinstherapie

In de literatuur zijn er enkele gevalsbeschrijvingen verschenen over patiënten met een min of meer ernstige dissociatieve stoornis die een behandeling ondergingen in de context van een systeemgeoriënteerde gezinstherapie (Benjamin & Benjamin, 1992). Al in 1983 beschreef Dollinger een adolescent met dissociatieve amnesie, die succesvol werd behandeld met gezinstherapie zonder dat rechtstreeks werd ingegaan op de voor de hand liggende psychoseksuele betekenissen van het symptoom. Lange (1994b) geeft een gedetailleerde beschrijving van echtpaartherapie bij een vrouw met dissociatieve verschijnselen die in een eerdere, individuele, behandeling geen blijvende vooruitgang boekte. Het verminderen van spanning tussen de partners door de interactionele behandeling bleek van meer therapeutische waarde dan het doorwerken van het traumatische verleden. Gold et al. (2001) tonen in drie gevalsbeschrijvingen hun aandacht voor de context, de familie en de partner in hun individuele contextuele therapie voor patiënten met dissociatieve identiteitsstoornissen. Zij stellen dat overmatige aandacht op het trauma of het exploreren van de deelpersoonlijkheden mogelijk in verdere achteruitgang van de patiënt resulteert. Ook in de eerder beschreven individuele behandelingen kwamen gezinsconstellaties aan bod, zij het indirect via het individuele materiaal (Beal, 1978).
Hoewel we uit dergelijke geïsoleerde ervaringen niet te veel conclusies kunnen trekken, geven deze gevalsbeschrijvingen toch hoop voor mogelijke alternatieven voor de

soms 'fundamentalistische' visie op de behandeling van dissociatieve stoornissen. In de literatuur verschijnen dan ook langzamerhand meer en meer voorzichtige suggesties voor gezinstherapeutische interventies bij de behandeling van dissociatieve stoornissen, meestal in combinatie met individuele sessies (Benjamin & Benjamin, 1992). De meeste 'klassieke' auteurs beschrijven het nut van een bijkomende koppeltherapie als belangrijk hulpmiddel bij de cruciale individuele therapie, omdat relatieproblemen en individuele problemen bij de partner zeer frequent voorkomen (Benjamin & Benjamin, 1994d, 1994e; Putnam, 1989; Panos et al. 1990; Williams, 1991). Opnieuw zijn het Benjamin en Benjamin (1994e) die een meer interactionele benadering voorstaan, hoewel ze de voorkeur geven aan hun hoger beschreven partner- en oudergroep. Ze beschrijven op een creatieve maar eerder arbitraire wijze zeven interactiepatronen in dissociatieve koppels. Van belang is vooral het herkennen (en stoppen) van wat ze de 'new abusers' noemen, die de pathologische interacties uit het verleden van hun partner verder zetten of reactiveren. Verder vermelden ze zoals reeds hoger aangehaald de partners die zich als therapeut opstellen, wat volgens hen het meest voorkomt. Zonder cijfers te noemen stellen ze nog dat een groot aantal partners zelf een ernstige dissociatieve pathologie vertoont, die soms pas in de loop van de therapie duidelijk wordt. Hoewel ze hier niet verder op ingaan, lijkt deze laatste problematiek, waarbij beide partners een dissociatieve stoornis zouden vertonen, het standaardbehandelmodel (individuele behandeling en partnergroep) op de helling zetten.
Ook ten aanzien van kinderen met dissociatieve stoornissen zijn er inmiddels enige suggesties met betrekking tot gezinstherapie. Benjamin en Benjamin (1993) beschrijven een combinatie van speltherapie, hypnose en gezinstherapie. De auteurs stellen dat het gezin het grootste potentieel bezit om het noodzakelijke vertrouwen bij het kind te herstellen. De ouders worden dan ook sterk betrokken bij alle fasen van de behandeling. Deze aanpak sluit nauw aan bij de uitgebreide literatuur die bestaat rond seksueel misbruik waarbij de meeste auteurs het erover eens zijn dat een of andere vorm van gezinstherapie noodzakelijk is (Friedrich, 1990). In hun overzicht van de literatuur op dit terrein leggen Benjamin en Benjamin (1993) de nadruk op het belang van de contextuele benadering zoals beschreven door Boszormenyi-Nagy (1981). Het onderkennen van de transgenerationele aard van seksueel misbruik binnen gezinnen leidt volgens deze auteurs mogelijk tot een terechte bezorgdheid ten aanzien van de volgende generatie, en maakt het noodzakelijk de kinderen in de behandeling te betrekken. In haar handboek voor gezinstherapie beargumenteert Zilbach (1986) dat het betrekken van (kleine) kinderen in een therapeutische behandeling tot gevolg heeft dat de behandeling minder stigmatiserend wordt, zelfs als de kinderen niets met het aangemelde probleem te maken hebben. Sachs, Frischholz en Wood (1988) concretiseren deze opvatting in hun gezinstherapeutisch model voor MPS-patiënten. Zij beschrijven een aantal interventies die weliswaar geënt zijn op een individuele diagnose, maar waarin expliciete aandacht wordt geschonken aan de actuele context : de invloed van dissociatieve verschijnselen op de andere gezinsleden, het identificeren van stressoren die dissociatie bevorderen, het trekken van grenzen tussen ouders en kinderen. Ook Benjamin en Benjamin (1993, 1994f, 1994g) pleiten herhaaldelijk

voor een dergelijke benadering. Ze leggen de nadruk op de volgende interactionele thema's: herstellen van de band tussen ouders en kinderen, belang van onderlinge steun vanwege broers en zusters, en het bevorderen van de omgang met het onvoorspelbare gedrag van het gezinslid dat dissocieert. Belangrijk lijkt ons de opmerking dat de aanwezigheid van het gezin 'a sense of wellness and normalcy' bevordert (Benjamin & Benjamin, 1993, p. 59).

Slotbeschouwing

De literatuur rond de behandeling van dissociatieve stoornissen wordt overheerst door een individueel model dat sterk is gericht op traumatische ervaringen uit het verleden. Deze benadering lijkt ons medeverantwoordelijk voor de emotionele discussies die rond dit thema zijn gegroeid: enerzijds zijn er de 'gelovigen' die de therapeutische wereld trachten te bekeren met geschiedenissen van extreme trauma's en met spectaculaire klinische beelden. Daartegenover staan de 'ongelovigen' die de hele toestand wat hooghartig van de hand wijzen als iatrogene aberratie (Aldridge-Morris, 1988). Een contextgerichte benadering kan vanuit een breder perspectief een bijdrage leveren om deze tegenstelling te nuanceren. De verworvenheden uit de gezins- en systeemtherapie zoals aandacht voor spanningen die door huidige interacties kunnen optreden en de positieve en helende krachten die daarvoor in de plaats kunnen komen, alsmede de preventieve zorg voor de volgende generatie, kunnen nieuwe perspectieven openen.

De opstelling van de gezinstherapeut kan variëren van 'kritisch gelovig' naar 'geïnteresseerd ongelovig' en aldus een wezenlijke bijdrage leveren in de discussie. Een overzicht van de literatuur leert ons uiteindelijk dat dissociatieve stoornissen en gezinstherapie – ondanks de massieve hoeveelheid literatuur inzake beide terreinen afzonderlijk – op enkele gevalsstudies na nooit in combinatie zijn bestudeerd. Systematisch en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van gezinsbehandeling zal derhalve in een lacune kunnen voorzien.

HOOFDSTUK 3

DE INVLOED VAN ALLEDAAGSE STRESS OP DISSOCIATIEVE VERSCHIJNSELEN

Inleiding

Veel studies tonen een relatie aan tussen traumatische ervaringen en dissociatieve verschijnselen (Spiegel, 1988; Van der Kolk & Van der Hart, 1989; Putnam, 1989; Dell & Eisenhower, 1990; Ross, Miller, Reagor, Bjornson, Fraser & Anderson, 1990; Sanders & Giolas, 1991). Er is echter nog geen systematisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen alledaagse stress en dissociatieve verschijnselen. Dit is opvallend omdat de relatie tussen alledaagse stress en stoornissen zoals depressie, angst en schizofrenie veelvuldig is aangetoond (Dohrenwend & Dohrenwend, 1978; Delongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus; Monroe & Roberts, 1990; Johnson & Bernstein, 1991). In de literatuur zijn wel enkele aanwijzingen te vinden die duiden op een relatie tussen alledaagse stress en dissociatieve verschijnselen. Janet (1926, geciteerd in Van der Kolk & Van der Hart, 1989) vermeldde dat gebeurtenissen die voorafgaan aan de dissociatieve verschijnselen ook alledaagse stressoren kunnen zijn zoals financiële en huwelijksproblemen. Enkele case-studies wijzen op een verband tussen alledaagse stressoren als gezins- en relatieproblemen en dissociatieve verschijnselen (De Wachter & Lange, 1996; Lange, 1994). Mann en Sanders (1994) toonden een relatie aan tussen inconsistent ouderlijk gedrag en dissociatieve verschijnselen bij kinderen. Nash, Hulsey, Sexton, Harralson en Lambert (1993) kwamen in hun onderzoek tot de conclusie dat het verband tussen omgevingsfactoren en dissociatieve verschijnselen groot is. De onderzoeken van Mann et al. (1994) en Nash et al. (1993) richten zich echter niet expliciet op de relatie tussen alledaagse stressoren en dissociatieve verschijnselen.

Het door ons uitgevoerde onderzoek richt zich specifiek op de vraag of er een verband is tussen alledaagse stress en dissociatieve verschijnselen, in een niet-klinische populatie.

De studie maakt gebruik van respondenten die blootstaan aan een hevige mate van alledaagse stress. Deze stress houdt verband met dreiging van gedwongen ontslag. Door verandering in deze situatie is een verandering in de mate van stress mogelijk. Onderzocht wordt of een verandering in de mate van stress gepaard gaat met een ver-

Dit hoofdstuk is een aangepaste vertaling van: Wachter, D. de, Lange, A., Vanderlinden, J., Pouw, J., & Strubbe, E. (2006).'The influence of current stress on dissociative experiences'. *Journal of Trauma and Dissociation, 7,* 87-96.

andering in de mate van dissociatie. Deze relatie wordt nagegaan op twee meetmomenten, met een interval van drie maanden. Wij richten ons op niet-pathologische dissociatie (Ross, Joshi & Currie, 1991), zoals fantaseren, verhoogde concentratie en controleverlies over gedrag, gedachten en emoties.

Methode

Onderzoeksdesign

De respondenten verkeren in een acute, natuurlijk ontstane stresssituatie. Zij worden onderzocht ten tijde van deze acute stress op twee meetmomenten. Stress wordt beschouwd als de onafhankelijke variabele, dissociatie als de afhankelijke variabele. Aangezien de mate van stress niet gemanipuleerd wordt en de respondenten niet random toegewezen worden aan verschillende condities, wordt het onderzoek opgevat als quasi-experimenteel (Judd, Smith & Kidder, 1991).

Respondenten

71% van de gecontacteerden stemde in om deel te nemen aan de studie. De respondenten zijn afkomstig uit een groep personen die bedreigd wordt met gedwongen ontslag. Ze zijn op verschillende niveaus binnen hetzelfde bedrijf werkzaam. De situatie binnen het bedrijf is sinds korte tijd zodanig verslechterd dat er gesproken kan worden van een acute crisissituatie. Bij de voormeting bestaat deze respondentengroep uit 45 mannen en 7 vrouwen, bij de nameting uit 41 mannen en 6 vrouwen.
Aangezien effecten van alcohol en drugs soms verschijnselen tot gevolg kunnen hebben die lijken op dissociatieve verschijnselen, worden respondenten met alcohol- en drugsproblemen niet in het onderzoek opgenomen. Dissociatieve verschijnselen komen veel voor bij personen met psychopathologische stoornissen (Nash et al., 1993). Om expliciet de relatie tussen stress en dissociatieve verschijnselen te kunnen onderzoeken, worden personen met een hoge mate van psychopathologie eveneens uitgesloten van deelname. Hiervoor wordt een vertaalde versie van de General Health Questionnaire-30 (GHQ-30, Koeter & Ormel, 1991) gebruikt. De vragenlijst is bedoeld om personen met niet-psychotische psychiatrische aandoeningen te excluderen. Als een persoon hoger scoort dan de cut-off score van 24, dan worden de gegevens niet meegenomen in het onderzoek. Dit is bij geen enkele respondent uit het onderzoek het geval. Uiteindelijk zijn van 40 mannen en 5 vrouwen de gegevens van de voor- én nameting beschikbaar. De leeftijd varieert van 25 jaar tot 53 jaar (M=40, Sd=7.8).

Procedure

De respondenten krijgen de vragenlijsten thuisgestuurd nadat zij een Informed Consent hebben ingevuld. Ze krijgen allen dezelfde schriftelijke instructie. Om de proefpersonen zo min mogelijk te beïnvloeden wordt in de instructie gesproken over “de invloed van stress op psychisch welzijn”. De proefpersonen vullen achtereenvol-

gens de volgende vragenlijsten in: de Alledaagse Problemen Lijst (APL), de Dissociation Questionnaire (DIS-Q), de Vragenlijst Recent Meegemaakte Gebeurtenissen (VRMG), de General Health Questionnaire (GHQ).

Meting van de stress-variabele (onafhankelijke variabele)

* *Alledaagse Problemen Lijst* (*APL*; Vingerhoets, Jeninga & Menges, 1989). Deze lijst bestaat uit 114 items. De items beschrijven probleemsituaties en gebeurtenissen die betrekking hebben op verschillende levensgebieden zoals relaties, ouderschap, huishouden en werk. De items zijn samengesteld uit verschillende reeds bestaande engelstalige vragenlijsten: de Daily Hassles Scale (Kanner, Lyne, Schaefer & Lazarus, 1981), de Daily Life Experience vragenlijst (Stone & Neale, 1982) en de Everyday Problems Scale (Burks & Martin, 1985). Daarnaast is gebruik gemaakt van algemene literatuur over stress en van onderzoeksmateriaal van Vingerhoets en Hendriksen (1986) en van Hendriksen en Vingerhoets (1989). De test-hertest betrouwbaarheid van de APL is $r_{XX'}$=.85. De test correleert r=.59 met de Vragenlijst Recent Meegemaakte Gebeurtenissen (Van de Willige, Schreurs, Telligen & Zwart, 1985) en r=.53 met de Hopkins Symptom Checklist (Derogatis, Lipman, Rickets, Uhlenhuth & Covi, 1974). In de APL moet aangegeven worden welke van de beschreven situaties zijn voorgevallen en in welke mate de respondent hier last van had. De mate van last wordt weergegeven op een vier-puntsschaal. De opzet van de APL maakt mogelijk dat zowel de hoeveelheid stressvolle gebeurtenissen als de intensiteit van de gebeurtenissen gemeten kunnen worden. De mate van stress wordt berekend door de afzonderlijke itemscores op te tellen.

Meting van de dissociatie-variabele (afhankelijke variabele)

* *Dissociation Questionnaire* (*DIS-Q*; Vanderlinden, Van Dyck, Vertommen & Vandereycken, 1992). Deze lijst bestaat uit 63 items. De DIS-Q is gebaseerd op uitspraken van patiënten met een dissociatieve stoornis en op items van reeds bestaande vragenlijsten als de Perceptual Alteration Scale (Sanders, 1986), de Dissociative Experience Scale (Bernstein & Putnam, 1986) en de Questionnaire of Experiences of Dissociation (Riley, 1988). Uit factoranalyse komen vier factoren naar voren die 77% van de variantie verklaren. Dit zijn *identiteitsverwarring en -fragmentering*, *controleverlies, amnesie* en *verhoogde concentratie*. Alpha-coefficiënten laten zien dat de DIS-Q over een goede interne consistentie beschikt: alpha=.96 voor de totale schaal, alpha=.94 voor de subschaal identiteitsverwarring en -fragmentering, alpha=.93 voor de subschaal controle-verlies, alpha=.88 voor de subschaal amnesie en alpha=.69 voor de subschaal verhoogde concentratie. De test-hertest betrouwbaarheid is bevredigend en de convergerende-, divergerende- en criteriumvaliditeit zijn voldoende (Vanderlinden, 1994). De items zijn beschrijvingen van dissociatieve verschijnselen. De respondent geeft op een vijf-puntsschaal aan in welke mate de uitspraak op zichzelf van toepassing is. De mate van dissociatie wordt berekend door de afzonderlijke itemscores op te tellen.

Resultaten

Verband stress-dissociatie

Onderzocht wordt of er een positief verband is tussen de mate van stress en de mate van dissociatieve ervaringen. Hiervoor worden bij de voor- en nameting de Pearson's product moment correlatie coëfficiënten berekend tussen de stress-scores en de dissociatie-scores voor beide meetmomenten (zie tabel 1).

Tabel 1: Correlaties tussen stress en dissociatie-metingen op de voor- en nameting (n = 45)

	APL (voormeting)	APL (nameting)
Totale DIS-Q	.29*	.35*
Subschaal identiteitsverwarring en -fragmentering	.31*	.24
Subschaal controle-verlies	.23	.46**
Subschaal amnesie	.25	.34*
Subschaal verhoogde concentratie	.07	.24

Significantieniveau* $p \leq .01$ (tweezijdig), ** $p \leq .001$ (tweezijdig)
DIS-Q = Dissociation Questionnaire; APL = Algemene Problemen Lijst

Uit tabel 1 blijkt dat de dissociatie-metingen positief samenhangen met de stressmetingen.

Het positieve verband tussen stress en dissociatieve verschijnselen betekent dat respondenten met veel stress meer dissociëren dan respondenten met weinig stress. Om deze relatie verder te exploreren wordt een contrast-analyse uitgevoerd waarbij de gemiddelde DIS-Q scores van respondenten die hoog scoren op de stressmetingen worden vergeleken met de gemiddelde DIS-Q scores van respondenten die laag scoren op de stressmetingen. In tegenstelling tot correlatie-berekeningen, wordt bij de contrast-analyse niet de gehele respondentengroep meegenomen in de berekening. Hiertoe zijn de verschillende stress-scores van de respondenten opgesplitst in vier kwartielen. Respondenten uit het laagste kwartiel worden vergeleken met respondenten uit het hoogste kwartiel, zowel op de voormeting als op de nameting. Respondenten uit het tweede en derde kwartiel worden niet meegenomen in de analyse (zie tabel 2).

Tabel 2: Gemiddelde DIS-Q scores en t-toets (tweezijdig) bij respondenten die hoog scoren t.a.v. stress vergeleken met respondenten die laag scoren t.a.v. stress op de voor- en nameting (n = 45)

	Lage stress			Hoge stress						
	DIS-Q	n	Sd	DIS-Q	N	Sd	t	df	p ≤	d
APL (voormeting)	1.20	13	.17	1.64	9	.28	-4.57	20	.001	2.00
APL (nameting)	1.31	14	.18	1.54	11	.35	-2.22	23	.06	.85

DIS-Q = Dissociation Questionnaire; APL = Alledaagse Problemen Lijst

Ook uit tabel 2 blijkt dat respondenten met veel stress meer dissociëren dan respondenten met weinig stress. De effect-grootte van de APL is op de voor- en nameting groot (Cohen, 1988). Deze resultaten ondersteunen de hypothese dat er een positief verband is tussen de mate van stress en de mate van dissociatieve ervaringen.

Effect van stress-verandering

Vergeleken met de normscores van de APL (Vingerhoets & Van Tilburg, 1994) ervaren de respondenten bij zowel de voor- als nameting een hoge mate van stress. Er is gekeken of op de nameting significant lager gescoord is dan op de voormeting (zie tabel 3).

Tabel 3: Gemiddelde stress-scores en t-toets (tweezijdig) op de voor- en nameting

	Voormeting			Nameting						
	Stress-score	n	Sd	Stress-score	n	Sd	t	df	p ≤	d
APL	46.87	45	37.80	36.18	45	33.14	2.01	44	.05	30

APL = Alledaagse Problemen Lijst

Hoewel de effectgroottes klein zijn (Cohen, 1988) blijkt er een significante daling van stress op te treden bij respondenten. Dit betekent dat de “manipulatie” als geslaagd kan worden beschouwd en dat we het effect van dit stress-verschil verder kunnen onderzoeken.

Ook de gemiddelde DIS-Q scores zijn op de nameting significant lager dan op de voormeting ($t=3.24$, $df=44$, $p \leq 0.002$). Door middel van een residual-analyse (Pedhazur & Pedhazur Schmelkin, 1991) wordt getoetst of de respondenten die over de tijd een kleinere mate van stress rapporteren, een navenante verandering in dissociatie rapporteren. Hiervoor wordt per respondent voor de dissociatiemeting én de stressmeting berekend hoe de persoonlijke regressielijn zich verhoudt ten opzichte van de gemiddelde regressielijn. Deze verhoudingsgetallen worden met elkaar gecorreleerd.

De correlatie tussen de vermindering in stress en de vermindering in dissociatie is significant ($r=.31$, $p \leq 0.01$). Dit betekent dat de verandering in stress gepaard gaat met een proportionele verandering in dissociatie.

Discussie

Eerdere onderzoeken (Spiegel, 1988; Van der Kolk et al., 1989; Putnam, 1989; Chu & Dill,1990; Dell et al., 1990; Ross et al., 1990; Sanders et al., 1991; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereyken & Vertommen, 1993) tonen een verband tussen traumatische ervaringen in het verleden en dissociatie. Anders dan in de voorgaande onderzoeken is in deze studie alledaagse stress gemeten, op verschillende tijdstippen. De correlatie-coëfficiënten en de contrastanalyses laten voor zowel voor- als nameting zien dat de mate van dissociatie groter is naarmate de alledaagse stress groter is. Uit de residual-analyse blijkt bovendien dat een verandering van stress, gemeten met de APL, gepaard gaat met een gelijklopende verandering van dissociatieve ervaringen.
Aangezien de respondentengroep relatief klein was, verdient het aanbeveling om het onderzoek te repliceren met een grotere groep, waarbij bovendien gebruik gemaakt zou kunnen worden van een meting van de aard en intensiteit van eventuele trauma's uit het verleden. Dit zou de power van de studie vergroten. In dit onderzoek ging het om de gevolgen van stress door de dreiging van werkloosheid. De APL meet de impact van verschillende actuele stressoren. De enorme hoeveelheid literatuur betreffende dit onderwerp stelt dat ontslagdreiging een belangrijke bron van stress is (Ferrie et al., 1995; Domenighetti et al., 2000). Bijgevolg nemen we aan dat, in het huidige onderzoek, de dreiging van werkloosheid verantwoordelijk is voor het merendeel van de ervaren stress bij de respondenten. Hoewel dit onwaarschijnlijk lijkt, kunnen we niet uitsluiten dat andere stressoren de resultaten beïnvloed hebben. In toekomstig onderzoek zou ook het effect van andere stressoren, zoals problemen op het huidige werk, problemen met gezondheid en problemen in het gezin aan bod kunnen komen. De uiteindelijke conclusie van het onderzoek, met name dat dissociatieve ervaringen in hogere mate aanwezig zijn wanneer het stressniveau toeneemt, is in zekere zin niet verbazend. Deze vaststelling ondersteunt de hypothese dat dissociatie een soort "verdedigingsmechanisme" is tegen te veel angst en spanning (Nijenhuis et al., 1998). Wel dient men zich de vraag te stellen of de dissociatie toeneemt naarmate meer stress ervaren wordt, of het andersom is: gaan personen die gemakkelijk dissociëren juist door de dissociatieve belevingen (bv. flash backs, nachtmerries) meer angst en stress ervaren? In dit kader moet opgemerkt worden dat de DIS-Q-resultaten van de respondentengroep binnen de normale, niet-pathologische range te situeren zijn. In recente literatuur (Putnam et al., 1996; Butler & Palesh, 2004; Van der Hart et al., 2004) stelt men dat er sprake is van kwantitatieve en kwalitatieve verschillen tussen pathologische en niet-pathologische dissociatie. De vraag is dan hoe stress en dissociatie zich verhouden in een klinische patiëntengroep. Ondanks de klinische indruk en de beschrijvingen uit enkele casussen (Lange, 1994; De Wachter & Lange, 1996) is hier-

over geen onderzoek bekend. Een eigen onderzoek in deze zin is recent opgezet bij een groep angst- en eetstoornispatiënten.
Indien de resultaten van het hier beschreven onderzoek gerepliceerd kunnen worden binnen een patiëntenpopulatie zou dit belangrijke implicaties kunnen hebben voor de behandeling, die momenteel (met alle polemieken vandien) voornamelijk gecentreerd is op de trauma's uit het verleden. Een behandelmodel dat meer oog heeft voor het huidige functioneren en voor de actuele relationele context zou dan de logische gevolgtrekking zijn.

HOOFDSTUK 4

FAD-N EN FMSS: TWEE VERSCHILLENDE INSTRUMENTEN VOOR HET METEN VAN GEZINSFUNCTIONEREN

Inleiding

Voor de taxatie van klachten en gezinsfunctioneren vertrouwen gezinstherapeuten bijna exclusief op hun observatie van en interactie met het gezin. Instrumenten zoals vragenlijsten en geprotocolleerde interviews kunnen echter een interessante aanvulling bieden. Binnen de gezinstherapie zijn er de laatste decennia instrumenten ontwikkeld voor het meten van gezinsverhoudingen. Sommige daarvan trachten gezinsstructuren en interactiepatronen in kaart te brengen. Andere inventariseren communicatiestijlen of sterke kanten van een gezin. Uit de verschillende probleemgebieden die hieruit naar voren komen, kunnen via overleg dan enkele therapeutische werkpunten gekozen worden. Het gebruik van vragenlijsten binnen de gezinstherapie heeft niet alleen diagnostische waarde in de zin dat ze iets toevoegen aan klinische indrukken, maar ze geven ook de mogelijkheid het verloop en het effect van de behandeling te evalueren (Lange, 2000). Daarnaast is het in de tijdsgeest om steeds meer op evidence-based praktijk te vertrouwen en zijn vragenlijsten of gestructureerde beoordelingsschalen nuttige instrumenten voor klinisch onderzoek.
In dit artikel vergelijken we de resultaten van een gezinsvragenlijst, de Nederlandstalige versie van de Family Assessment Device (FAD-N; Wenniger, 1993) met die van een gestructureerd interview, de Five Minutes Speech Sample (FMSS; Magaña, 1986), in een klinische populatie. De instrumenten meten de 'gezondheid' van gezinsrelaties vanuit andere theoretische kaders. De Family Assessment Device (FAD) is een theoretisch gefundeerde vragenlijst die aspecten meet van de communicatie in het gezin, de affectieve expressie en betrokkenheid, en de gedragscontrole. De FAD is in zijn Engelstalige versie uitvoerig onderzocht en gevalideerd. De FMSS, gebaseerd op het begrip Expressed Emotion, beoogt het affectieve klimaat in een

Dit hoofdstuk is een aanpassing van: Wachter, D. de, Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. (2005). FAD-N en FMSS: twee verschillende instrumenten voor het meten van gezinsfunctioneren. *Systeemtherapie, 2,* 82-96.
Een andere versie is verschenen onder: Wachter, D. de, Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J. en Lange, A. (2006). Een psychometrische exploratie van de Nederlandse versie van de Family Assessment Device. *Directieve Therapie, 26,* 43-57.

gezin te meten en dus ook de manier waarop familieleden en patiënten met elkaar in interactie staan. Het construct Expressed Emotion en het daarbij behorende onderzoek kregen internationaal veel aandacht, maar ook heel wat kritiek.

Het McMaster Model of Family Functioning en de ontwikkeling van de Family Assessment Device

In de jaren '60 vatte een aantal onderzoekers het ambitieuze plan op om een model te ontwikkelen dat basisconcepten van gezinsfunctioneren en gezinsbehandeling kenschetst. De familiebenadering zou verschillende aspecten integreren: een multidimensionele theorie van gezinsfunctioneren, instrumenten om de constructen te evalueren en een goed omschreven methode van gezinsbehandeling. Zo ontstond het McMaster Model of Family Functioning (Epstein, Bishop & Levin, 1978). De constructen en procedures hebben hun wortels in de klinische ervaring en vertrekken vanuit de systeemtheorie. De primaire functie van een gezin wordt gezien als die van een plaats voor sociale, psychologische en biologische ontwikkeling en verzorging van de gezinsleden (Wenniger, Benoist, Moleman & van Loon, 1992). Het gezinssysteem heeft de eigenschappen van een taakgeoriënteerd en open systeem. Het model gaat ervan uit dat om goed te functioneren het gezin bepaalde taken effectief moet uitvoeren. Het model onderscheidt daarbij basale taken (zaken van praktische aard, zoals eten en wonen), ontwikkelingstaken (zowel ontwikkeling van individuele gezinsleden als die van het gezin in zijn geheel) en taken noodzakelijk in bedreigende situaties (crisismomenten, zoals deze die zich voordoen bij verlies van werk, gezondheid of inkomen). De dynamiek van een gezin kan het best worden ontdekt door aandacht te besteden aan uitgesproken en onuitgesproken regels die het gezinsgedrag sturen en beheersen (Wenniger et al., 1992). De auteurs kwamen daarbij tot een zestal dimensies die belangrijk gebleken zijn in het werk met families met een hulpvraag en die een onderscheid maakten tussen gezond en ongezond functionerende gezinnen. De dimensies beschrijven structurele en organisatorische kenmerken van gezinnen en interactiepatronen tussen gezinsleden.

1. *Probleemoplossen* handelt over de capaciteit van een gezin om effectief met problemen om te gaan. Een gezinsprobleem is er één waarvoor het gezin moeite heeft een oplossing te vinden en dat de integriteit en de functionele capaciteit van het gezin bedreigt. Het gaat zowel om affectieve als om praktische problemen.
2. *Communicatie* gaat over de wijze waarop het gezin informatie uitwisselt. Alleen verbale communicatie wordt hier bedoeld. De dimensie evalueert ook of de boodschappen aan anderen helder zijn van inhoud en gericht aan de persoon tot wie gesproken wordt.
3. *Rolvervulling* gaat na of het gezin in staat is de verschillende taken met betrekking tot de dagelijkse gang van zaken goed te verdelen en uit te voeren. De functies worden onderverdeeld in praktische en affectieve domeinen en in noodzakelijke en andere gezinsfuncties. Deze 'andere' gezinsfuncties zijn niet noodzakelijk voor

een goed gezinsfunctioneren maar komen in elk gezin in meer of mindere mate voor.

4. De dimensie *Affectieve Respons* bepaalt in hoeverre gezinsleden in staat zijn te reageren op bepaalde stimuli met de juiste kwantiteit en kwaliteit van gevoel.
5. De dimensie *Affectieve Betrokkenheid* is omschreven als de mate waarin men geïnteresseerd is in en waardering toont voor de activiteiten en interesses van andere gezinsleden.
6. *Gezinscultuur* gaat over het gedrag van de gezinsleden onder verschillende omstandigheden en het naleven van regels en normen.

Epstein, Baldwin & Bishop (1983) ontwikkelden op basis van het model een vragenlijst, de Family Assessment Device (FAD). Met deze vragenlijst wordt een oordeel gevormd over de mate waarin het gezin erin slaagt de taken te volbrengen. De vragenlijst kan gebruikt worden bij de taxatie voorafgaand aan gezinsbehandeling en voor onderzoek. In Engelstalig gebied is de FAD misschien één van de meest onderzochte gezinsbeoordelingsschalen (Sawin & Harrigan, 1995). De psychometrische kwaliteiten zijn in de Engelstalige versie herhaaldelijk goed bevonden (Epstein et al., 1983; Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein & Keitner, 1990).
Onderzoek (Waller, Slade & Calam, 1990) toont dat de FAD ook een goede maat is voor pathologie in gezinnen met een persoon met een eetstoornis. Zo blijken zowel volwassenen als adolescenten met een eetstoornis een negatievere perceptie te hebben van het gezinsfunctioneren wat betreft Probleemoplossen en Communicatie in vergelijking met controles (Friedman, McDermut, Solomon, Ryan, Keitner & Miller, 1997; Waller et al., 1990). Vaders, moeders en dochters blijken vaak te verschillen van mening (Waller, Calam & Slade, 1988; Dare, Legrange & Eisler, 1994).
In 1993 vertaalden Wenniger en collega's de FAD naar het Nederlands (FAD-N). De FAD-N bestond, zoals de originele Engelstalige versie, uit 60 items. Elk item is een uitspraak waarvan door een gezinslid op een vierpuntenschaal moet worden aangegeven in welke mate deze uitspraak voor het gezin waar is (van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'). De items worden onderverdeeld in zeven subschalen, namelijk zes met de dimensies van het McMastermodel of Family Functioning en een zevende algemene schaal, *Algemeen Gezinsfunctioneren*. Deze laatste belicht de algemene gezondheid/pathologie van het gezin en beslaat meerdere aspecten. De vragenlijst wordt door elk gezinslid ingevuld.
In een eerste onderzoek in een steekproef van de algemene Nederlandse populatie bleek de FAD-N bevredigende psychometrische kwaliteiten te bezitten (Wenniger, Hageman & Arrindell, 1993). De Nederlandstalige schalen blijken dezelfde dimensies van familiefunctioneren te meten als de originele Amerikaanse versie. Ook werd ondersteuning gevonden voor de factoriële validiteit. In een zeer gedetailleerd vervolgonderzoek (Wenniger, Garst & Mellenbergh, 2000), opnieuw in niet-klinische gezinnen, vonden de auteurs echter dat de betrouwbaarheid van twee schalen te wensen overliet. In het kader van dit onderzoek, in een klinische populatie, worden daarom een aantal psychometrische kenmerken van de FAD-N geanalyseerd.

Expressed Emotion en de five minutes speech sample

Een ander veel gebruikt concept wanneer we het hebben over 'gezondheid' van gezinsrelaties is de Expressed Emotion (EE). EE is een maat voor de houding en gevoelens van een ouder of "belangrijke andere" ten opzichte van de aangemelde patiënt en evalueert zo een deel van het affectieve klimaat in een gezin. Het begrip Expressed Emotion heeft zijn wortels in onderzoek rond schizofrenie. Daarin werd herhaaldelijk gevonden dat een hoge EE voorspellend is voor psychoserecidive en kennelijk een bron van stress is (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1990; Bebbington & Kuipers, 1994). Wearden et al. (2000) concludeerden in hun review dat Expressed Emotion ook een predictor voor terugval is bij, onder andere, patiënten met een eetstoornis.

Het construct van EE kreeg echter veel kritiek. De validiteit ervan berust grotendeels op zijn predictieve validiteit (Bebbington & Kuipers, 1994). Dit suggereert echter dat het niveau van EE een constant kenmerk van familieleden zou zijn, wat door verschillende studies ontkracht werd (Hogarty et al., 1986; Tarrier, Barrowclough, Porceddu & Watts, 1988; Lenior, 2002). De gebruikte EE-index is dichotoom (hoog/laag), wat geen recht doet aan de complexiteit van gezinsrelaties (Hatfield, Spaniol & Zipple, 1987). Ook de Five Minutes Speech Sample, een instrument waarmee EE wordt gemeten, kwam onder vuur te liggen.

De Five Minutes Speech Sample (FMSS)

Expressed Emotion werd oorspronkelijk gemeten met behulp van een semi-gestructureerd interview, het Camberwell Family Interview (CFI; Vaughn & Leff, 1976). Deze methode kost echter zeer veel tijd: anderhalf à twee uur voor de afname van het interview en drie à vier uur voor het scoren. Magaña et al. (1986) ontwikkelden daarom een alternatieve methode om EE te meten, namelijk de Five Minutes Speech Sample. Deze kan zowel in onderzoek als in de klinische praktijk gebruikt worden. De methode kost ongeveer 7 minuten tijd voor de afname en 15 minuten voor het scoren. Daarbij is de FMSS geschikt voor herhaalde afnamen. Ook biedt de FMSS als voordeel ten opzichte van de CFI dat het interview niet uitsluitend gericht is op symptomen en aan ziekte gerelateerd gedrag, waardoor ook vergelijking mogelijk is tussen EE tijdens opname van een gezinslid en periodes van remissie van een stoornis. De auteur van de vragenlijst vond dat hoge en lage EE-scores beoordeeld op de FMSS significant overeenstemmen met scores volgens de oorspronkelijke EE-indeling op basis van de CFI (Magaña et al., 1986). Bovendien is ondersteuning gevonden voor de betrouwbaarheid en convergente validiteit in crossculturele studies (Leeb et al., 1991).

Desondanks zijn er veel vragen gerezen met betrekking tot de betrouwbaarheid en de validiteit van de FMSS (Magaña, Goldstein, Karmo & Miklowitz, 1986). Zo vonden meerdere studies vonden geen rechtstreeks verband tussen de FMSS en andere gezinsmetingen. Dit was onder andere het geval met de Family Environment Scale (Moos & Moos, 1981).

De afname van de FMSS verloopt volgens een vast protocol. De beide ouders van de patiënt worden gevraagd gedurende vijf minuten te praten over de patiënt zonder hierbij onderbroken te worden door de proefleider: over wat voor een persoon patiënt is en hoe hij/zij met de patiënt overweg kan. Het interview wordt op audioband opgenomen om beoordeeld te kunnen worden. De interviews worden beoordeeld volgens de criteria zoals die zijn omschreven door Magaña (1988). Twee aspecten van het concept EE worden gescoord: *Kritisch* en *Emotioneel Overbetrokken*. Iemand wordt beschouwd als hoog Kritisch bij één of meer van de volgende beoordelingen: (1) een negatieve eerste opmerking; (2) een negatieve beoordeling van de patiënt-ouder-relatie; (3) één of meer kritische opmerkingen over de patiënt. De eerste opmerking is de eerste gedachte of het eerste idee dat de ouder noemt over de patiënt. Deze opmerking kan negatief, neutraal of positief beoordeeld worden. De kwaliteit van de relatie wordt beoordeeld op een aantal gedachten die de ouder noemt over de relatie tussen hem of haar en de patiënt. Deze opmerking kan eveneens negatief, neutraal of positief beoordeeld worden. Een kritische opmerking is een opmerking waaruit antipathie, verwijt of wrok ten aanzien van de patiënt blijkt.
Iemand wordt beoordeeld als hoog Emotioneel Overbetrokken op grond van één of meer van de volgende observaties: (1) een uiting van emotie (bijvoorbeeld huilen) tijdens het interview; (2) als verslag gedaan wordt van zelfopofferend of overbeschermend gedrag; (3) een combinatie van twee of meer van de volgende: overdreven veel details wanneer over iets van de patiënt verteld wordt; een of meer opmerkingen waarin de persoon overdreven gevoelens t.o.v. de patiënt uit ("ik zou alles voor haar doen") en/of een overdreven hoeveelheid (vijf of meer) prijzende opmerkingen. Wanneer iemand beoordeeld is als hoog Kritisch, hoog Emotioneel Overbetrokken of beide, scoort deze persoon hoog op EE. Een persoon die noch Kritisch noch Emotioneel Overbetrokken is scoort laag op EE.

Het opzet van deze studie is een aantal psychometrische kenmerken van de FAD-N verder uit te diepen in een klinische populatie. Verder onderzoeken we de samenhang tussen de FAD-N en de FMSS. Wij gaan ervan uit dat de resultaten op de twee gezinsmaten met elkaar in overeenstemming zullen zijn. Wij verwachten een gelijklopende trend tussen hoge scores op de FAD-N (goed functioneren) en lage scores op de FMSS (lage EE).
De vraagstelling van dit artikel is onderdeel van een ruimer onderzoek, waarin we de invloed van omgevingsfactoren, waaronder familiale, op dissociatieve stoornissen onderzoeken. In dat onderzoek wordt ook nagegaan of de mate van dissociatie varieert op verschillende tijdstippen en in welke mate deze variatie te verklaren is door stress uit de omgeving en het gezin. De hier beschreven instrumenten werden in ons onderzoek gehanteerd om de gezinsvariabelen te meten.

Methode

Deelnemers

Elke nieuw opgenomen patiënt en zijn of haar ouders van een gedragstherapeutische afdeling in het Universitair Centrum St. Jozef te Kortenberg (België) werden benaderd voor deelname aan het onderzoek. De onderzoeksgroep bestaat uit 83 psychiatrische patiënten en hun ouders. De patiënten zijn gediagnosticeerd met een eet- (75% anorexia; 16% boulimie), angst- (6%) en/of depressieve stoornis (12%). Personen met psychotische stoornissen, alcohol- en medicijnmisbruik en organische hersensyndromen werden uitgesloten voor deelname aan het onderzoek. De patiëntengroep bestaat uit 5 mannen en 78 vrouwen. Hun leeftijd varieert van 13 tot 41 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 18,6 jaar (SD = 4; mediaan = 18). Het overgrote deel van de deelnemers is ongehuwd (99%) en inwonend bij een of twee ouders (96%). In totaal waren 80 moeders en 65 vaders betrokken. De groep ouders van wie de FMSS afgenomen werd is kleiner (33 vaders en 46 moeders, onder wie 31 koppels) omdat een aantal ouders om uiteenlopende redenen uiteindelijk niet naar het ziekenhuis kwam voor de afname van het interview.

Metingen en procedure

Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het ziekenhuis. Na instemming met deelname aan het onderzoek werden bij de ouders en patiënt de FAD-N en alleen bij de ouders de FMSS afgenomen.

Een onafhankelijke onderzoekster verzamelde gegevens over de diagnose, gezinssamenstelling en andere demografische kenmerken zoals leeftijd. De beoordeling van de FMSS werd verricht door een hierin getrainde psychologe. Een aantal interviews is tevens door een tweede expert beoordeeld. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was voldoende (Pearson's product-momentcorrelatie = 0.85).

Statistische analyse

Betrouwbaarheid FAD-N: om de bijdrage van een item tot de betrouwbaarheid van een subschaal te meten, wordt de item-rest-correlatie van elk item van de FAD-N berekend. Een hoge waarde betekent dan dat het item in belangrijke mate bijdraagt tot de betrouwbaarheid van de subschaal. De interne consistentie van de subschalen wordt bepaald met behulp van de Cronbach's alfa.

Om het verband tussen de subschalen van de FAD-N onderling vast te stellen werden Pearson's productmoment correlaties gebruikt.

Convergente validiteit (verband FAD-N met FMSS): omdat de FMSS dichotoom gescoord wordt, maar wij ervan uitgaan dat de onderliggende variabele normaal verdeeld is, worden biseriële correlaties gehanteerd.

Het verband tussen de FMSS scores van vaders en moeders, wordt dan ook bestudeerd aan de hand van de tetrachorische correlatiecoëfficiënten.

Resultaten

Item-rest correlatie van de items van de FAD-N

De gebruikte waarden zijn een gemiddelde van de item-rest correlaties van patiënt, vader en moeder. We elimineren de items met een gemiddelde item-rest correlatie van minder dan r = .25. Van de schaal Rolvervulling scoren drie items ondermaats: item 4 ('Als je iemand vraagt iets te doen, moet je nagaan of het gebeurt'), item 8 ('Thuis is soms voor de meest gewone benodigdheden niet gezorgd') en item 23 ('We hebben moeite de eindjes aan elkaar te knopen'). Van de schaal Gezinscultuur worden ook drie items te zwak bevonden: item 7 ('We weten niet wat we moeten doen als zich een noodsituatie voordoet'), item 32 ('Bij ons wordt nooit iemand geslagen'), en item 48 ('In ons gezin is werkelijk alles toegestaan!'). In de schaal Affectieve Betrokkenheid voldoet één item (item 5 'Als één van ons problemen heeft, trekken de anderen het zich veel te veel aan') niet aan de verwachtingen.
Bij verdere berekeningen worden deze items weggelaten. De schalen Probleemoplossen, Communicatie, Affectieve Respons en Algemeen Functioneren behoeven geen aanpassing.

Betrouwbaarheid (interne consistentie) van de FAD-N subschalen

De alfacoëfficiënten laten een goede interne consistentie zien voor de totale vragenlijst en voor de subschalen Affectieve Respons, Affectieve Betrokkenheid en Algemeen Functioneren. De schaal Gezinscultuur doet het niet goed. De overige subschalen beschikken over een matige tot redelijke interne consistentie.

Tabel 1: Interne consistentie van de subschalen van de FAD-N (ruwe scores)

	FAD-N1	FAD-N2	FAD-N3	FAD-N4	FAD-N5	FAD-N6	FAD-N7
	α	α	α	α	α	α	α
Patiënt (N=99)	.81	.84	.71	.88	.83	.59	.92
Vader (N=65)	.75	.79	.71	.76	.79	.63	.82
Moeder (N=80)	.69	.71	.72	.82	.81	.42	.86

FAD-N1 = Probleem oplossen; FAD-N2 = Communicatie; FAD-N3 = Rolvervulling; FAD-N4 = Affectieve respons; FAD-N5 = Affectieve betrokkenheid; FAD-N6 = Gezinscultuur; FAD-N7 = Algemeen functioneren

Correlaties tussen de subschalen van de FAD-N

Vervolgens is het verband tussen de verschillende subschalen van de FAD-N nagegaan aan de hand van Pearson's productmoment correlatiecoëfficiënten tussen de zeven schalen. Alle schalen blijken significant met elkaar samen te hangen voor

vaders, moeders en patiënten, behalve Rolvervulling en Communicatie bij vaders en Affectieve Respons en Probleem oplossen bij patiënten. De significante correlaties variëren van .26 (laag) tot .82 (hoog). Het verband is echter onvoldoende om de schalen samen te nemen in één maat. Bij verdere analyses zal dus voor iedere schaal apart getoetst worden.

Correlaties van de FAD-N-scores tussen de familieleden

Om na te gaan hoeveel overeenstemming er bestaat tussen vader, moeder en patiënt in hun mening over het functioneren van het gezin, zijn Pearson's product-moment-correlaties berekend tussen de FAD-N-scores van de verschillende gezinsleden (tabel 2). De tabel laat zien dat voor alle subschalen behalve Gezinscultuur een significant doch slechts matig verband bestaat tussen moeder en patiënt. Hetzelfde geldt tussen vaders en moeders. De scores van vader en patiënt vertonen minder overeenstemming.

Tabel 2: Pearson's product-momentcorrelaties tussen FAD-N-scores van de gezinsleden onderling

	Patiënten en moeders (n = 80)	Patiënten en vaders (n = 65)	Moeders en vaders (n = 62)
Probleemoplossen	.38**	.32**	.62**
Communicatie	.47**	.24*	.54**
Rolvervulling	.57**	.006	.30*
Affectieve respons	.45**	.31*	.55**
Affectieve betrokkenheid	.45**	.20	.64**
Gezinscultuur	.18	.06	.14
Algemeen functioneren	.46**	.39**	.68**

Significantieniveau: * $p \leq .05$ (éénzijdig); ** $p \leq .01$ (éénzijdig)
FAD-N = Family Assessment Device – Nederlandse versie

De scores op de FMSS

De FMSS is afgenomen bij 33 vaders en 46 moeders, waaronder 31 koppels. Van de 33 vaders scoorden 11 vaders (33%) hoog op EE, waarvan 8 hoog Kritisch en 3 hoog Emotioneel Overbetrokken. 19 moeders kregen een hoge EE-score (41%), waarvan 14 hoog Kritisch en 5 hoog Emotioneel Overbetrokken. Daarvan scoorden 2 moeders zowel hoog Kritisch als hoog Emotioneel Overbetrokken.
Om na te gaan of er een verband bestaat tussen de FMSS-scores van de vaders en de moeders zijn tetrachorische correlatiecoëfficiënten (rt) berekend. De correlatie tussen de algemene EE-scores (hoog/laag) van vaders en moeders is rt = .00. De correlatie tussen de scores van beide ouders op de subschalen Kritisch en Emotioneel Overbetrokken zijn respectievelijk rt = .55 en rt = .04. Vader en moeder blijken dus niet overeen te stemmen in hun EE-score. Enkel een hoge of lage score van vaders op

het aspect 'Kritisch' blijkt licht gerelateerd aan een respectievelijk hoge of lage score van moeders op dit aspect. In de volgende berekening opteren we er bijgevolg voor om de scores niet samen te nemen.

Overeenkomst tussen de FAD-N en de FMSS

Vervolgens is onderzocht of een verband aanwezig is tussen de mate van het functioneren van het gezin gemeten met de FAD (hoge score is goed functioneren) en de FMSS (hoge score is slecht functioneren). De resultaten staan weergegeven in tabellen 3 en 4.

Tabel 3: Biseriële correlaties tussen FAD-N-scores en FMSS-scores van de vaders (n = 33)

	FAD-N1	FAD-N2	FAD-N3	FAD-N4	FAD-N5	FAD-N6	FAD-N7
Expressed Emotion	.36*	.45*	.13	.46*	-.07	-.15	.16
Kritisch	.21	.19	-.16	.24	-.30	-.20	-.04
Emotioneel Overbetrokken	.40*	.63*	.59*	.55*	.43*	.06	.44*

Significantieniveau: * = p ≤ .05 (éénzijdig)
FAD-N1 = Probleem oplossen; FAD-N2 = Communicatie; FAD-N3 = Rolvervulling; FAD-N4 = Affectieve respons; FAD-N5 = Affectieve betrokkenheid; FAD-N6 = Gezinscultuur; FAD-N7 = Algemeen functioneren.

Tabel 4: Biseriële correlaties tussen FAD-N-scores en FMSS-scores van de moeders (n = 46)

	FAD-N1	FAD-N2	FAD-N3	FAD-N4	FAD-N5	FAD-N6	FAD-N7
Expressed Emotion	-.26	-.23	-.21	-.30	-.16	-.03	-.26
Kritisch	-.21	-.36*	-.36*	-.50*	-.26	-.02	-.25
Emotioneel Overbetrokken	-.09	.04	.22	.04	.17	-.08	-.06

Significantieniveau: * = p ≤ .05 (éénzijdig)

Bij de vaders houdt een hoge mate van Expressed Emotion, tegen de verwachting in, geen verband met een negatieve waardering van de verschillende aspecten van gezinsfunctioneren. Een hoge mate van Expressed Emotion blijkt zelfs samen te hangen met een positieve waardering van vaders van Probleemoplossen, Communicatie en Affectieve Respons binnen het gezin. Een hoog niveau van Emotionele Overbetrokkenheid gaat bij vaders samen met een positieve waardering van alle gezinsdimensies zoals gemeten door de FAD-N, behalve bij Gezinscultuur. Een kriti-

sche houding daarentegen hangt niet samen met een negatieve waardering van het gezinsfunctioneren door vaders.

Tabel 4 toont dat bij de moeders, anders dan verwacht, noch een hoge mate van Expressed Emotion noch Emotionele Overbetrokkenheid significant samenhangen met een negatieve waardering van het functioneren van het gezin. Een hoge score op het aspect 'Kritisch' hangt bij moeders, anders dan bij vaders, wel samen met een negatieve waardering van een aantal aspecten zoals gemeten door de FAD-N, namelijk Communicatie, Rolvervulling en vooral Affectieve Respons.

Beschouwing

In dit onderzoek bestudeerden we vooreerst de betrouwbaarheid en convergente validiteit van de FAD-N in een klinische populatie. Aan het onderzoek nam een relatief grote groep opgenomen patiënten en hun ouders deel. Het overgrote deel was vrouw en werd behandeld voor een eetstoornis. De meeste patiënten woonden nog bij hun ouders.
De onderzoeksresultaten tonen dat zeven items van de FAD-N onvoldoende bijdragen tot de betrouwbaarheid van de schalen en zij werden om die reden geëlimineerd. De betrouwbaarheid van de subschaal Gezinscultuur is ondermaats. De andere schalen zijn voldoende betrouwbaar. Onze onderzoeksresultaten bevestigen de bevindingen van Wenniger en collega's (2000) in een niet-klinische populatie. Ook daar bleek de subschaal Gezinscultuur niet voldoende betrouwbaar te zijn, naast ook de subschaal Rolvervulling, en werden enkele items geëlimineerd. Wenniger en collega's (2000) concludeerden nochtans dat de FAD-N betere resultaten gaf dan de Family Environment Scale (Moos & Moos, 1981).
Dat we aanzienlijke overlap tussen de schalen vonden, is niet verwonderlijk. Dit werd al eerder gevonden in ander onderzoek (Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein, 2000; Wenniger et al., 2000) en is consistent met het theoretisch perspectief dat alle aspecten van familiaal functioneren met elkaar verband houden (Miller et al., 2000).

Onze resultaten bevestigen dat de betrouwbaarheid van de FAD-N ook na afname in een klinische populatie voldoende is met uitzondering van de subschaal Gezinscultuur.

De gezinsleden verschillen zoveel in hun perceptie van het gezinsfunctioneren, dat het niet mogelijk is de FAD-N-scores van patiënt, vader en moeder samen te voegen tot één score voor het gezin. Als we de resultaten wat meer in detail bekijken, blijken enkele interessante conclusies mogelijk. Zo stemmen de percepties (volgens de FAD-N) van vaders en moeders redelijk overeen, op vijf van de zeven subschalen zelfs in hoge mate. In de kliniek zien we inderdaad dat, wanneer het intacte gezinnen betreft,

ouders het meestal wel eens zijn over hun beslissng terwijl de conflicten zich polariseren tussen ouders en kind.
De mening van patiënten komt meer overeen met die van de moeders dan met die van de vaders. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het hier wellicht hoofdzakelijk gezinnen betreft met een traditionele taakverdeling, waarbij moeder meer de zorg van de kinderen op zich neemt. Hierdoor zou moeder beter op de hoogte zijn van de eventuele problemen die het kind binnen het gezin ervaart dan vader. De overeenstemming tussen moeders en patiënten sluit ook aan bij de klinische observatie dat moeders van eetstoornispatiënten nauwer betrokken zijn bij de problematiek van hun dochters dan vaders.
Onderzoek suggereerde bovendien dat de perceptie van het gezin door dochters met een eetstoornis meer voorspellend is voor hun psychopathologie dan die van de ouders (Waller et al., 1990). Therapeuten dienen dus rekening te houden met de afwijkende beleving van het gezin door de patiënt. Het kan nuttig zijn het gezin attent te maken op dit verschil in perceptie. De verschillen en overeenkomsten in perceptie, zoals gemeten met de FAD-N, kunnen informatie geven om het therapeutische proces te sturen.

De resultaten van het andere instrument, de FMSS, tonen dat ouders niet overeenstemmen in hun visie op het gezinsfucntioneren. Lenior (2002) constateerde dit ook in haar onderzoek bij gezinnen met een schizofrene patiënt. Ongeveer een derde van de vaders scoorde hoog op EE, waarvan drievierde hoog Kritisch en een vierde hoog Emotioneel Overbetrokken. Iets meer moeders (40%) kregen een hoge EE-score, waarvan eveneens ongeveer drievierde hoog Kritisch en een vierde hoog Emotioneel Overbetrokken. Enkel een hoge of lage score van vaders op de subschaal 'Kritisch' blijkt licht gerelateerd aan een respectievelijk hoge of lage score van moeders op dit aspect. In EE bestaat er alleen een zekere overeenstemming tussen vaders en moeders voor wat betreft de dimensie Kritiek, die voor moeders ook negatief correleert met de FAD-N-scores. Onze resultaten maken duidelijk dat indien het pratisch realiseerbaar is de scores van 'beide' ouders moeten gemeten worden, zoals in ons onderzoek.

Daarnaast ondersteunen onze resultaten een belangrijke trend, die reeds langer in de literatuur wordt gepostuleerd (Lange, 2000). De twee dimensies van de FMSS correleren zeer slecht met elkaar en uiteindelijk wordt "Kritiek" overgehouden als enige belangrijke en bruikbare component. Een hoge mate van Expressed Emotion (EE), gemeten door de FMSS, blijkt niet gerelateerd te zijn aan slecht gezinsfunctioneren zoals gemeten door de FAD-N. Er was zelfs geen verband tussen EE en Affectieve Respons; de dimensie "Emotionele Overbetrokkenheid" blijkt zelfs een positieve invloed te hebben op het gezinsfunctioneren, zeker vanuit de visie van de vaders.
In het oude psychosomatische model van Minuchin (1978) werd een hoge mate van gezinscohesie als negatief en stoornisversterkend gezien. Deze hypothese is reeds eerder bekritiseerd door Coyne en Anderson (1989) en wordt ook in ons onderzoek onderuitgehaald. Overbetrokkenheid van vaders gaat in onze studie samen met

gezond gezinsfunctioneren en is misschien juist een adequate aanpassing aan de eetstoornis. Deze bevinding trekt de validiteit van het EE- en FMSS-concept ernstig in twijfel. Het negatief geladen begrip "Emotionele Overbetrokkenheid" dient vervangen te worden door het neutrale of positieve begrip "Emotionele Betrokkenheid". De (lage) positieve correlatie van Emotionele Overbetrokkenheid met de FAD-N-schalen bij vaders en de negatieve correlatie van Kritiek met de FAD-N bij moeders doen ons besluiten dat het geen zin heeft de dimensie van Emotionele Betrokkenheid te behouden voor de berekening van de EE-score. Het feit dat verscheidene andere studies aantoonden dat de meting van Emotionele Overbetrokkenheid de predictieve validiteit nauwelijks doet stijgen (Van Humbeeck, 2002), bevestigt alleen maar deze indruk. Emotionele Overbetrokkenheid lijkt het verloop van een stoornis en herval in ziektegedrag inderdaad niet te kunnen voorspellen. Enkel de factor "Kritiek" dient aangehouden te worden als een factor die mogelijk gehanteerd kan worden in onderzoek naar het verloop van de stoornis en de behandeling ervan. Dit werd ook in onderzoek bij gezinnen met een schizofrene patiënt herhaaldelijk gevonden (King & Dixon, 1996).

De verschillende meetinstrumenten voor gezinsvariabelen, de FAD-N en de FMSS, zijn dus niet met elkaar in overeenstemming. Ook in ander onderzoek bleek de FMSS bijzonder weinig overeenstemming te vertonen met andere gezinsmetingen, zoals onder andere met de Family Environment Scale (Moos & Moos, 1981). Dit suggereert opnieuw een gebrekkige validiteit van de FMSS.

Een ander probleem met de EE-index is het dichotome karakter van de beoordeling; daardoor worden kleine variaties in de uiting van attitudes genegeerd. King & Dixon (1996) kwamen in hun onderzoek bij gezinnen met een schizofreniepatiënt ook tot deze conclusie.

Fouten in de classificatie tussen 'gezonde' en 'klinische' gezinnen komen bovendien veel voor bij metingen van gezinsfunctioneren, ook aan de hand van observatie (zoals EE) (Waller et al., 1990). Zo vond Van Furth (1991) dat de FMSS in gezinnen met een patiënt met een eetstoornis veel vals-negatieven opleverde. De oorspronkelijke maar ook veel uitgebreidere methode om EE te meten, namelijk het Camberwell Family Interview (CFI, Vaughn & Leff, 1976), bleek veel sensitiever om hoge niveaus van EE op te sporen.

Hoewel een samenhang tussen EE en terugval bij verschillende klinische populaties gevonden is (Wearden et al., 2000) en hoewel algemeen wordt aanvaard dat EE niet pathologiespecifiek is, dient toch gezegd dat de validiteit van de FMSS vooral onderzocht is in studies met gezinnen van schizofrene patiënten en in mindere mate bij patiënten met een eetstoornis. In de meeste studies wordt het sensitievere Camberwell Family Interview gebruikt. Het is niet uitgesloten dat de FMSS minder geschikt is voor niet-schizofrene populaties.

In haar grondige onderzoek van het begrip EE en van de FMMS als meetinstrument ervan merkt Lenior (2002) op dat, terwijl de betrouwbaarheid van het concept EE wel aangetoond is, dit nog niet het geval is voor de validiteit, zoals nu ook bevestigd wordt in onze studie. Daar waar onderzoek de validiteit en betrouwbaarheid van de FAD al

uitgebreid ondersteund heeft, is dit voor de FMSS dus veel minder het geval.
Verder suggereert de FAD-N dat de kinderen een andere perceptie van het gezinsfunctioneren hebben dan de ouders. Dat de FMSS enkel de ouders betrekt, zou dus een belangrijke tekortkoming kunnen betekenen.

De resultaten in dit onderzoek benadrukken nogmaals dat zowel Expressed Emotion als de perceptie van het gezinsfunctioneren volgens de FAD-N een individueel gegeven zijn. Dat we de resultaten niet in één gezinsmaat kunnen en mogen samenvatten, is van groot belang voor de klinische praktijk. In de huidige tijdsgeest van evidence-based praktijk is het zinvol om de complexiteit van gezinnen nogmaals te onderstrepen. Verschillende onderzoeksmethodes, zoals een vragenlijst en een interview, belichten ieder zeer verschillende delen van die werkelijkheid. Gezinnen zijn niet in eenvoudig meetbare, lineaire maten onder te brengen.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Het omvat een beperkt aantal proefpersonen. De FMSS werd slechts bij een beperkt deel van de ouders afgenomen. Gezien er geen Bonferoni correctie werd doorgevoerd dienen de correlaties met een zekere voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.
Wat betreft de FAD, merken we op dat de Nederlandstalige versie nog weinig onderzocht is; nader validatieonderzoek is noodzakelijk.
Dit onderzoek betreft merendeels patiënten met eetstoornissen. Het veralgemenen van onze bevindingen naar andere psychiatrische populaties dient daarom met de nodige voorzichtigheid te gebeuren. Het is wenselijk om onderzoek te doen in andere psychiatrische populaties en deze te vergelijken met die van controlegroepen. Het zou tevens nuttig kunnen zijn om de invloed van het stadium van een stoornis en van de behandeling na te gaan op de verschillende metingen van gezinsfunctioneren.

HOOFDSTUK 5

DISSOCIATIEVE VERSCHIJNSELEN: VERBAND MET STRESS UIT HEDEN EN VERLEDEN

Inleiding

De term dissociatie wordt aangewend voor een uitgebreide reeks processen en fenomenen. Algemeen verwijst de term naar het proces (of het resultaat daarvan) waarbij een gecoördineerde verzameling van handelingen, gedachten, attitudes of emoties afgescheiden raakt van de rest van de persoonlijkheid en onafhankelijk daarvan functioneert (Reber, 1991). Geruime tijd werd aangenomen dat dissociatieve ervaringen kunnen worden beschouwd als een continuüm (Bernstein & Putnam, 1986; Putnam, 1989), waarbij dissociatieve ervaringen in mindere of meerdere mate aanwezig kunnen zijn. Het verschil is met andere woorden kwantitatief. Deze 'continuümhypothese' werd inmiddels door de belangrijkste auteurs op dit terrein verlaten. Actueel gaat men ervan uit dat pathologische en niet-pathologische dissociatie (de zogenaamde 'alledaagse' dissociatie) fundamenteel verschillen op een aantal punten die niet enkel kwantitatief maar ook kwalitatief van aard zijn (Butler, 2004; Collins, 2004; Van Dyck, 2000).
De meeste literatuur over dissociatie legt een verband tussen dissociatie en traumatische gebeurtenissen in het verleden (Putnam, 1989; Sanders & Giolas, 1991; Goodwin & Sachs, 1996). Opvallend is dat in de literatuur weinig aandacht wordt besteed aan een mogelijk verband tussen dissociatieve verschijnselen en de actuele leefsituatie (het gezin bijvoorbeeld). De Wachter en Lange (1996) vonden in een uitgebreid literatuuronderzoek geen enkele studie waarin dissociatie is onderzocht in zijn relationele context. Recent onderzoek bij patiënten met een conversiestoornis (Spinhoven et al., 2004) vormt hierop een uitzondering. De auteurs concluderen dat het traditionele unifactoriële traumamodel moet worden vervangen door een multifactorieel stressmodel. Verscheidene onderzoeken illustreren hoe bepaalde gezinskenmerken mediëren tussen enerzijds het voorkomen van seksueel misbruik en anderzijds het ontwikkelen van dissociatieve pathologie (Nash, Hulsey, Sexton, Harrelson

Dit hoofdstuk is een aanpassing van: Wachter, D. de, Neven, S., Vandewalle, S., Vanderlinden, J., & Lange, A. (aanvaard voor publicatie). Dissociatieve verschijnselen: verband met stress uit heden en verleden. *Tijdschrift voor Psychiatrie.*

& Lambert,1993; Lange et al., 1999; Draijer & Langeland, 1999). Onderzoek van De Wachter, Lange, Vanderlinden, Pouw en Strubbe (1998, 2006) in een niet-klinische populatie toont een samenhang tussen de mate van alledaagse stress en dissociatie.
Dit is opmerkelijk gezien het feit dat voor andere belangrijke psychiatrische stoornissen, zoals depressie, schizofrenie en eetstoornissen, is aangetoond dat er een significant verband bestaat tussen het verloop van deze stoornissen enerzijds en gezinsvariabelen (Lange et al., 1993) en stress anderzijds (Dohrenwend & Martin, 1979; Delongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982; Johnson & Bernstein, 1991). Een aantal theoretische verklaringsmodellen kent wel een plaats toe aan de gezinsomgeving als bijkomende factor in de ontwikkeling van dissociatieve klachten aangezien de gezinscontext invloed heeft op de predispositie van het kind voor dissociëren en op de wijze van verwerking van mogelijke traumatische ervaringen (Mann & Sanders, 1994).
De bevinding dat de gezinscontext een cruciale variabele kan zijn in het verloop van een aantal psychiatrische stoornissen (Lange et al., 1993), heeft ook een belangrijke invloed gehad op de evolutie in de behandelingsmethoden. De Wachter en Lange (1996) vonden bij literatuuronderzoek echter weinig aandacht voor de mogelijkheden van gezinstherapie bij patiënten met een dissociatieve stoornis. Slechts enkele gevalsbeschrijvingen zijn te vinden over patiënten met dissociatieve verschijnselen die systeemgeoriënteerde gezinstherapie ondergingen (Dollinger, 1983; Lange, 2000). Gezinsinterventies worden tot nog toe vooral gezien als aanvulling op individuele therapie (Benjamin & Benjamin, 1993).

In dit onderzoek gaan we na of een verband bestaat tussen actuele stress, zowel binnen als buiten het gezin, en dissociatieve verschijnselen in een klinische populatie. Onze hypothese is dat stress positief samenhangt met dissociatie. Daarnaast gaan we na of een verband kan worden gevonden tussen stress in het verleden in de vorm van traumata en dissociatieve verschijnselen. Verder maken we een onderscheid tussen verhoogde en niet-verhoogde dissociatiescores en onderzoeken we de verschillen in hun samenhang met de stressparameters.
De vraagstelling van dit artikel is onderdeel van een ruimer onderzoek, waarin we de invloed van omgevingsfactoren, waaronder familiale, op dissociatieve ervaringen onderzoeken. In dat onderzoek wordt ook nagegaan of de mate van dissociatie varieert op verschillende tijdstippen en in welke mate deze variatie te verklaren is door stress uit de omgeving en het gezin. De volgende gegevens beslaan de aanvang van het onderzoek.

Methode

Patiënten

Elke nieuw opgenomen patiënt van een gedragstherapeutische afdeling in het Universitair Centrum St.-Jozef te Kortenberg (België) werd benaderd voor deelname

aan het onderzoek. Na informed consent vulden de patiënten vier vragenlijsten in (zie verder bij metingen). Een onafhankelijke onderzoekster verzamelde gegevens over de diagnose volgens As I van de DSM-IV (American Psychological Association, 1994), gezinssamenstelling en leeftijd.

Metingen

De Algemene Problemen Lijst (APL; Vingerhoets, Jeninga, Menges, 1989) is een Nederlandstalige vragenlijst, waarmee men de dagelijkse en chronische ervaren stressfactoren kan nagaan. De 114 items komen van verschillende oorspronkelijke Engelstalige vragenlijsten: de Daily Hassle Scale (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981), de Daily Life Experience-Questionnaire (Stone & Neale, 1982) en de Everyday Problems Scale (Burks & Martin, 1985).
De APL is vaak gebruikt in onderzoek naar de relatie tussen 'stress' en psychobiologisch functioneren en/of het beloop van aandoeningen. (Vingerhoets & Van Tilburg, 1994). In de onderzoeken werd steun gevonden voor de validiteit van de APL.

De Family Assessment Device – Nederlandse versie (FAD-N; Wenninger, Hageman & Arrindell, 1993) gebruiken we als instrument voor het meten van actuele stress binnen het gezin. De FAD (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) bestaat uit de zes dimensies van het McMaster Model of Family Functioning (Epstein, Bishop & Levin, 1978), namelijk *probleem oplossen, communicatie, rolvervulling, affectieve meelevendheid, affectieve betrokkenheid en gezinscultuur,* en een zevende categorie, *algemeen functioneren*. Deze laatste belicht de algehele pathologie/gezondheid inzake het gezin. De dimensies maken een onderscheid tussen gezond en ongezond functionerende gezinnen.
De hier gebruikte versie van de FAD-N is een op basis van validiteitonderzoek licht herwerkte versie met 53 items (De Wachter, Vandewalle, Vansteelandt, Vanderlinden & Lange, 2005, 2006). Bij onze berekeningen maken wij telkens gebruik van de score op de schaal Algemeen Functioneren. Onderzoek toont aan dat deze schaal gebruikt kan worden als evaluatie-instrument (Ridenour, Daley & Reich, 1999).
Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de betrouwbaarheid en validiteit van de FAD (Wenniger et al., 1993) en van de FAD-N voldoende zijn (Wenniger et al., 1993; De Wachter et al., 2005, 2006).

De *Vragenlijst Belastende Ervaringen* (VBE; Nijenhuis et al., 1995, in: Nijenhuis et al., 1998) is een zelfrapportage vragenlijst die traumatische ervaringen retrospectief nagaat. In deze studie werd de oorspronkelijke versie van de VBE afgenomen, bestaande uit 26 items die diverse traumatische gebeurtenissen beschrijven. Naast een totale score, kunnen ook subschaal scores berekend worden, m.n. voor emotionele verwaarlozing en misbruik, seksueel misbruik en lichamelijk misbruik. De scores geven de ernst van trauma (subjectieve belasting) weer zoals aangeduid door de patiënten.

De betrouwbaarheid en validiteit van de VBE scores voor aanwezigheid en ernst van het trauma waren bevredigend (Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 2002) .

Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1993) meet de mate van dissociatieve ervaringen. Factoranalyse resulteerde in vier factoren die 77% van de variantie verklaren: *Identiteitsverwarring en –fragmentatie, Controleverlies*, *Amnesie* en *Verhoogde Concentratie*. Dezelfde factoren werden gevonden in een representatieve steekproef van de algemene populatie (Vanderlinden, 1993). Bij onze berekeningen zullen we telkens gebruik maken van de totaalscore. Onderzoek toonde bevredigende betrouwbaarheid en validiteit van de DIS-Q aan (behalve voor de subschaal Verhoogde Concentratie) (Vanderlinden, 1993).

Data-analyse

De mate van overeenstemming tussen de actuele stressmetingen (FAD-N en APL) wordt berekend aan de hand van Pearson correlatiecoëfficiënten. Pearson correlatiecoëfficiënten worden ook gebruikt om na te gaan of er een verband is tussen actuele stress en dissociatie, tussen trauma en dissociatie, en tussen stress in het heden en stress in het verleden in de vorm van trauma.
We bestuderen of het samengaan van stress en dissociatie zich anders verhoudt naargelang de deelnemers een hoge (pathologische) dan wel lage (niet-pathologische) mate van dissociatie vertonen. Eerder onderzoek (Vanderlinden, 1993) stelde een cut-off voor van 2.5 (DIS-Q totaalscore), waarbij de sensitiviteit (ware positieven) 91% en de specificiteit (ware negatieven) 97% bedroegen. T-toetsen van de gemiddelde scores worden gebruikt om een verschil tussen de twee groepen aan te tonen. Bij alle toetsen worden gebruikelijke criteria voor statistische significantie (alfa = 0.05, 0.01 en 0.001) gebruikt en werd tweezijdig getoetst.

Resultaten

De totale onderzoeksgroep bestaat uit 99 psychiatrische patiënten. De patiënten zijn gediagnosticeerd met een eetstoornis (68% anorexia; 22% boulimie), angststoornis (6%) en/of depressieve stoornis (13%). Personen met psychotische stoornissen, alcohol- en medicijnmisbruik en organische hersensyndromen werden uitgesloten voor deelname aan het onderzoek. De patiëntengroep bestaat uit 5 mannen en 94 vrouwen, van 13 tot 44 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 19 jaar (sd = 4; mediaan 18). Het overgrote deel van de deelnemers is ongehuwd (99%) en inwonend bij een of twee ouders (96%). Voor bepaalde vragenlijsten is de groep deelnemers kleiner omdat niet alle vragenlijsten door iedereen geldig ingevuld waren.
De gemiddelde score op de subschaal Algemeen Functioneren van de FAD-N is 141.89 (sd = 25.13). De gemiddelde totaalscore op de APL is 84.92 (sd = 53.5). De actuele stressmaten, FAD-N en APL, zijn redelijk met elkaar gecorreleerd (Pearson r

= -0,48; p < .0001; de correlatie is negatief omdat een hoge score op de FAD-N wijst op een gezond gezinsfunctioneren). Deze stressmaten meten verschillende dingen (APL algemene stress en FAD-N stress in het gezin) die duidelijk in dezelfde richting wijzen. De gemiddelde score op de DIS-Q is 2.2 (sd = 0.6). 30 van de 92 deelnemers halen een totaalscore hoger dan de cut off van 2.5 voor verhoogde en dus in principe pathologische dissociatie. De gemiddelde scores op de FAD-N en op de APL voor de groep die hoog scoort op de DIS-Q (>2.5) zijn resp. 128,1 (sd = 20,86) en 118.10 (sd = 54) . De groep patiënten met een score lager dan 2.5 op de DIS-Q scoort gemiddeld 147,9 (sd = 24) op de FAD-N en 70 (sd = 47) op de APL.

Het verband tussen actuele stress en mate van dissociatie en trauma

De resultaten (tabel 1) bevestigen een matig verband tussen actuele stress (FAD-N en APL) en dissociatie (DIS-Q). Hoe hoger de actuele stress binnen of buiten het gezin (lage scores op de FAD-N en hoge scores op de APL), hoe meer dissociatieve symptomen de persoon ervaart. Daarnaast zien we eveneens een behoorlijk verband tussen actuele stress en trauma uit het verleden, vooral als het trauma emotioneel of fysiek van aard is. Het is ook opvallend dat seksueel trauma samenhangt met actuele stress zoals gemeten door de APL.

Tabel 1: Samenhang tussen enerzijds dissociatie en trauma en anderzijds actuele stress (Pearson correlatie)

	Gezinsstress°	BI	Algemene stress	BI
Dissociatie	-0,41** (n = 92)	-0,58; -0,25	0,56** (n = 91)	0,40; 0,68
Emotioneel trauma	-0,45** (n = 85)	-0,55; -0,18	0,57** (n = 85)	0,40; 0,69
Fysiek trauma	-0,42** (n = 86)	-0,54; -0,17	0,50** (n = 85)	0,32; 0,65
Seksueel trauma	-0,16 (n = 84)	-0,36; 0,06	0,43** (n = 83)	0,24; 0,59

* p < .05; ** p <.001

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval

° In tegenstelling tot de andere vragenlijsten, waar een hoge score wijst op een sterke aanwezigheid van de variabele, is gezinsstress (FAD-N) hoger naarmate de score lager is. Een negatieve correlatie wijst dus op een positief verband.

Het verband tussen trauma en mate van dissociatie

Zoals in de meeste onderzoeken vinden we ook hier een tamelijk sterk verband tussen dissociatieve symptomen en trauma (tabel 2). Dat is vooral het geval als het trauma emotioneel of fysiek van aard is. Opvallend is dat het verband van dissociatie met seksueel trauma minder duidelijk en zelfs zwak is.

Tabel 2: Samenhang tussen dissociatie en trauma (Pearson correlatie)

	Emotioneel trauma	BI	Fysiek trauma	BI	Seksueel trauma	BI
Dissociatie	0,40** (n =85)	0,21; 0,57	0,39** (n =86)	0,20; 0,56	0,19 (n = 84)	-0,02; 0,39

* p ≤ .01; ** p ≤ .001
Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval

Vergelijking tussen hoog en laag dissociatieven op stressmaten in heden en verleden.

In overeenstemming met het actuele model van dissociatie dat er voor pleit het dissociatie concept als non-lineair te beschouwen, maken we een onderscheid tussen deelnemers met verhoogde dissociatiescores (DIS-Q totaalscore >2.5) en deze met niet-verhoogde dissociatiescores (DIS-Q totaalscore <2.5). Van de 92 patiënten behalen er 30 (33%) een dissociatiescore van meer dan 2.5. T-toetsen bevestigen tevens dat beide groepen (onder of boven de DISQ- cut-off score van 2.5) fundamenteel van elkaar verschillen. Niet alleen op de actuele stressmaten m.n. de APL ($t(97)=3.9$; $p<.001$) en de FAD-N ($t(96)=-4.3$; $p<.001$) vinden we hoog significante verschillen, maar tevens op de traumalijsten m.n. voor emotioneel trauma ($t(39.1)=-2.0$; $p=.05$ en seksueel trauma ($t(35)=-2.0$; $p=.05$), terwijl de verschillen voor wat betreft lichamelijk trauma ($t(39.4)=-2.0$; $p=.06$) net niet significant zijn.
Voor de gehele groep was er een duidelijk verband met de stressmaten. Indeling in twee groepen toont ons verschillende verhoudingen tot de stressmaten. Binnen deze twee groepen vergelijken we de respectievelijke correlaties met de stressmaten.

In de groep met verhoogde dissociatiescores zien we substantiële correlaties van dissociatie met 3 schalen van de traumalijst: emotioneel, fysiek, en seksueel trauma (tabel 3). Qua actuele stress blijft de APL (dagelijkse stress) significant correleren, terwijl de FAD-N (gezinsstress) in deze doelgroep een zwak verband aangeeft. In de groep met niet-verhoogde dissociatiescores blijft enkel de APL een significant verband tonen. De traumalijst vertoont hier geen significante correlatie met dissociatie.

Tabel 3: Verband tussen dissociatie en stressvariabelen apart voor groep met verhoogde dissociatiescores versus groep met milde dissociatiescores (Pearson correlatie)

	Dissociatie in hooggroep	BI	Dissociatie in laaggroep	BI
Gezinsfunctioneren	-0,21 (n = 30)	-0,40; -0,01	-0,17 (n = 62)	-0,36; 0,04
Alledaagse stress	0,43* (n = 29)	0,25; 0,58	0,30* (n = 62)	0,10; 0,48
Emotioneel trauma	0,56** (n = 28)	0,40; 0,69	0,21 (n = 57)	0,00; 0,41
Fysiek trauma	0,50* (n = 29)	0,33; 0,65	0,15 (n = 57)	-0,07; 0,35
Seksueel trauma	0,59** (n = 27)	0,44; 0,72	0,19 (n = 57)	-0,03; 0,39

* $p < .05$; ** $p < .01$

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval. Verhoogde dissociatiescores zijn DIS-Q scores $\geq$ 2.5; milde dissociatiescores zijn DIS-Q scores < 2.5 (Vanderlinden, 1993).

Bespreking

In dit onderzoek gaan we het verband na tussen stress en dissociatie, waarbij we ons niet alleen op belastende ervaringen (trauma) uit het verleden richten, maar ook actuele stress betrekken.

De actuele stressmaten, APL en FAD-N, die respectievelijk dagelijkse stress en gezinsstress meten, vertonen een belangrijke overlap. In een eerste analyse onderzochten we de correlaties tussen deze actuele stressmaten en de mate van dissociatie. Deze correlaties zijn tamelijk hoog: er is een duidelijk verband tussen beide parameters. We kunnen uit dit correlationele verband geen conclusies trekken over de richting ervan: ofwel ervaren patiënten die dissociëren meer stress in het heden omwille van hun gestoorde interactie met de omgeving, ofwel gaan stresserende prikkels uit de omgeving de dissociatieve fenomenen verergeren. In beide gevallen lijkt het belangrijk om de actuele context en de gezinscontext vooral als aangrijpingspunt voor behandeling te nemen. We willen deze evidentie benadrukken omdat de onderzoeksliteratuur hier weinig melding van maakt (De Wachter & Lange, 1996).

Het verband tussen de actuele stressmaten en belastende ervaringen uit het verleden (trauma) is eveneens duidelijk, vooral als het trauma emotioneel of fysiek van aard is. Patiënten met een traumatisch verleden ervaren ook in het heden meer stress, zowel buiten als binnen het gezin. Ook hier kunnen we geen richting van het verband bepalen: traumapatiënten kunnen door hun verleden meer stress in het heden ondervinden of actuele stress kan de traumabeleving verhogen. Ook hier geldt hetzelfde principe jegens behandeling: het aangrijpen van de actuele context is een verwaarloosd gebied in de behandelingsopties die hieromtrent worden beschreven.

Als we de subschalen uit de traumalijst bekijken valt op dat de correlaties tussen actuele stress en seksueel trauma minder hoog zijn dan voor emotioneel en fysiek trauma. De correlatie tussen gezinsstress (FAD-N) en seksueel trauma is zelfs niet significant.

Het lijkt alsof seksueel trauma en slecht gezinsfunctioneren weinig verband houden. Een mogelijke verklaring vinden we misschien terug in de volgende analyses.
Bij onderzoek van het verband tussen dissociatie en trauma vinden we duidelijke correlaties met emotioneel en fysiek trauma. De subschaal seksueel trauma correleert laag. Zonder te vlug conclusies te trekken zouden we toch kunnen zeggen dat het eenvoudige model dat dissociatieve ervaringen rechtstreeks verbindt met seksueel trauma op de helling komt te staan. In deze klinische populatie (voornamelijk eetstoornispatiënten) vinden we een verband met belastende ervaringen maar niet met seksueel trauma alleen. We moeten besluiten dat de samenhang meer complex is.
Om deze complexiteit te ontrafelen, volgen we de actuele visie op dissociatie waarbij niet uitgegaan wordt van een continuümhypothese, maar van een fundamenteel verschil tussen pathologische en niet-pathologische dissociatie. In ons onderzoek maken we gebruik van de DIS-Q totaalscore waarbij we 2.5 als cut-off nemen. Vanderlinden (1993) vond bij een cut-off van 2.5 een sensitiviteit (ware positieven) van 91% en een specificiteit (ware negatieven) van 97%. We kunnen er dus redelijkerwijs van uitgaan dat de groep met hoge scores pathologisch dissocieert en de groep met de score lager dan 2.5 niet. We vergelijken beide groepen (hoog en laag dissociatieven) met t-toetsen en zien dat ze significant van elkaar verschillen op de stressmetingen. Bij de groep met niet-verhoogde scores (DIS-Q < 2.5) vonden we zwakke correlaties met belastende ervaringen (trauma), dit voor alle drie de subschalen. In deze groep is er alleen een verband met alledaagse stress (APL). Patiënten die niet of niet uitgesproken dissociëren vertonen geen duidelijk traumatisch verleden en geen pathologisch actueel gezinsfunctioneren. Indien deze gegevens worden bevestigd door ander onderzoek zou het kunnen betekenen dat behandeling zich hier vooral op actuele, dagelijkse stressoren moet richten. Dissociatie lijkt zich hier voor te doen als een reactie op gewone, alledaagse stress. We vonden analoge resultaten in een vorig onderzoek (De Wachter et al., 1998, 2006) bij een niet-klinische populatie.
In de groep met verhoogde dissociatiescores (DIS-Q> 2.5) zien we andere verbanden. De correlaties met belastende ervaringen zijn hier matig tot substantieel. Er is een duidelijk verband met trauma op emotioneel, fysiek en seksueel vlak. Ook met de maten van actuele stress, zowel buiten als binnen het gezin, zien we een verband. Deze patiënten vertonen op alle domeinen een meer pathologisch functioneren. Het zou kunnen dat een deel van de verwarring en tegenstrijdigheid in het dissociatiedebat te maken heeft met de verwarring tussen dissociatieve fenomenen in het algemeen en pathologische dissociatie in het bijzonder. Door de twee groepen patiënten tegenover elkaar te plaatsen zien we andere verbanden. Wel is het duidelijk dat actuele stress in beide groepen een aanzienlijke rol speelt, een hypothese die onzes inziens in onderzoek te weinig aan bod komt. Deze vaststelling kan een aanknopingspunt zijn om behandelingsmethoden van dissociatieve fenomenen meer te richten op stress in de hier en nu situatie.

Ons onderzoek vertoont uiteraard enkele beperkingen. Ten eerste is de onderzoeksgroep beperkt. Het betrof enkel gehospitaliseerde patiënten met hoofdzakelijk een

eetstoornis. Deze patiënten waren hoofdzakelijk jonge vrouwen, met vooral relatief milde traumatische ervaringen. Het onderzoek is cross-sectioneel. De correlaties zeggen enkel iets over de aanwezigheid van een verband tussen factoren, maar niets over de richting ervan, noch over causaliteit. We dienen de resultaten dus met enige voorzichtigheid te interpreteren .

Conclusie

Ons onderzoek bevestigt het verband tussen dissociatieve fenomenen en actuele stress, gemeten binnen en buiten het gezin. De verbanden tussen dissociatie en trauma zijn meer complex en worden duidelijker als we een onderscheid maken tussen verhoogde en niet-verhoogde dissociatiescores. Bij alledaagse en lichtere vormen van dissociatie zien we enkel een verband met alledaagse stress buiten het gezin. Bij verhoogde dissociatie vinden we uitgesproken verbanden zowel met actuele stressmaten als met belastende ervaringen, zowel emotioneel als fysiek als seksueel. De duidelijke verbanden, in beide groepen, met actuele stressmaten, lijken ons interessant naar het ontwikkelen van een behandelmodel dat tot hiertoe te zeer gericht was op trauma uit het verleden.

HOOFDSTUK 6

CO-EVOLUTIE VAN STRESS EN DISSOCIATIE IN EEN KLINISCHE POPULATIE EEN LONGITUDINALE STUDIE

Inleiding

Recente theorieën en onderzoeksdata (Spinhoven et al., 2004; Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene, & Hoogduin, 2005) suggereren dat niet alleen traumatische gebeurtenissen uit het verleden maar ook stressvolle factoren in het heden een belangrijke impact hebben op de door de patiënt gerapporteerde mate van dissociatieve ervaringen. Het verband tussen vroege trauma's en de aanwezigheid van dissociatie is uitvoerig bestudeerd (Van der Kolk & Van der Hart, 1989; Putnam 1989; Sanders & Giolas, 1991; Goodwin & Sachs, 1996; Dalenbergh & Palesh, 2004). Als gevolg hiervan heeft een eenvoudig lineair trauma-dissociatie-model een soort 'objectieve werkelijkheidswaarde' gekregen in klinische milieus. In deze context wordt dissociatie beschouwd als een defensiemechanisme dat automatisch geactiveerd wordt om beangstigende en emotioneel beladen situaties te hanteren (Ross et al., 1990; Ross et al., 1992; Nijenhuis, 1999). Zo ontstond een hoofdzakelijk individueel georiënteerd behandelmodel dat sterk gericht is op het doorwerken van traumatische ervaringen uit het verleden en dat de behandeling van dissociatieve stoornissen tot op heden domineert (Putnam & Loewenstein, 1993; Sno & Schalken, 1999). De invloed van factoren uit het 'hier en nu', zoals alledaagse stress of gebeurtenissen in het gezin zijn veel minder bestudeerd. De Wachter en Lange (1996) vonden in een uitgebreid literatuuronderzoek geen enkele studie waarin dissociatie is onderzocht in zijn relationele context. Dit is opvallend omdat de relatie tussen alledaagse stress en psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst en schizofrenie veelvuldig is aangetoond (Dohrenwend & Dohrenwend, 1978; Delongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982; Monroe & Roberts, 1990; Johnson & Bernstein, 1991). Resultaten van recent onderzoek bij patiënten met een conversiestoornis (Spinhoven et al., 2004) suggereren de noodzaak van meer aandacht te geven voor recente potentieel traumatiserende ervaringen of comorbide psychiatrische problematiek in het empirisch onderzoek naar dissociatie. In vervolgonderzoek stellen Roelofs et al. (2005) dat het traditionele unifactoriële trau-

Van dit hoofdstuk is een aangepaste versie ingediend voor publicatie bij het *Journal of Nervous and Mental Disease:* Wachter, De, D., Neven, S., Vandewalle, S., Vanderlinden, J., & Lange, A. Co-evolution of stress and dissociation in a clinical population. A longitudinal study.

mamodel moet vervangen worden door een multifactorieel stressmodel. Er is overigens evidentie dat (seksueel) misbruik niet steeds een noodzakelijke factor is in het ontwikkelen van dissociatieve symptomen (Irwin, 1999; Nilsen, 2001; Brown, Schrag & Trimble, 2005).
Zelf toonden we een significant verband en samengaan van actuele stress en dissociatieve ervaringen in een niet-klinische populatie (De Wachter, Lange, Vanderlinden, Pouw & Strubbe, 1998, De Wachter et al., 2006) aan. We onderzochten ook de invloed van actuele stress in een populatie van psychiatrische patiënten (De Wachter et al., in review a). Uit deze studies blijkt het duidelijke samengaan van recente stresserende gebeurtenissen met de aanwezigheid van dissociatieve symptomen. Daarnaast ondersteunen onze bevindingen de stelling dat patiënten met dissociatieve stoornissen andere kenmerken vertonen dan patiënten met 'niet-pathologische' dissociatieve verschijnselen (Van Dyck, 2000). Deze studies omtrent het verband tussen actuele stress en dissociatie geven evenwel geen uitsluitsel over richting of causaliteit. Daarom gaan we in deze longitudinale studie een stap verder: we onderzoeken of de veranderingen in stress gepaard gaan met vergelijkbare veranderingen in dissociatie. Concreet gaan we na of de vermindering in dagelijkse stress en gezinsstress samenvalt met een evenredige vermindering in de scores op de dissociatiemetingen. Verder gaan we dieper in op de vraag of deze evolutie anders verloopt naargelang de deelnemers een hoge dan wel lage mate van dissociatie vertonen. We maken daarbij een onderscheid tussen patiënten met pathologische en niet-pathologische dissociatiescores.

Methode

Patiënten

Elke nieuw opgenomen patiënt van een gedragstherapeutische afdeling in het Universitair Centrum St.-Jozef te Kortenberg (België) werd benaderd voor deelname aan het onderzoek. Zij volgden een behandeling waarbij een gedrags- en systeemtherapeutische invalshoek worden gecombineerd. Na informed consent vulden de patiënten drie vragenlijsten in (zie verder bij metingen). Een onafhankelijke onderzoekster verzamelde gegevens over de diagnose volgens As I van de DSM-IV (American Psychological Association, 1994), gezinssamenstelling en leeftijd. De totale onderzoeksgroep bestond aanvankelijk uit 99 psychiatrische patiënten. De patiënten zijn gediagnosticeerd met een eetstoornis (68% anorexia; 22% boulimie), angststoornis (6%) en/of depressieve stoornis (13%). Personen met psychotische stoornissen, alcohol- en medicijnmisbruik en organische hersensyndromen werden uitgesloten voor deelname aan het onderzoek. De patiëntengroep bestaat uit 5 mannen en 94 vrouwen. Hun leeftijd varieert van 13 tot 44 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 19 jaar (sd=4; mediaan 18). Het overgrote deel van de deelnemers is ongehuwd (99%) en inwonend bij een of twee ouders (96%). Voor bepaalde vragenlijsten is de groep deelnemers kleiner omdat niet alle vragenlijsten door iedereen geldig en/of volledig ingevuld

waren. Op het laatste meetmoment (follow-up na twee jaar) werden gegevens verzameld van 39 patiënten: het is evident dat in een populatie van psychiatrische patiënten zowel tijdens als na de hospitalisatie een dergelijke drop-out onvermijdelijk is.

Behandeling

Eigen aan de behandelsetting is een maximale verblijfsduur van zes maanden. De behandeling is eclectisch georiënteerd: cognitief-gedragstherapeutische principes worden gecombineerd met een gezinsgeoriënteerde aanpak. Naast het normaliseren van eetgewoonten en gewicht wordt gewerkt aan het installeren van een positieve lichaamsbeleving, het vergroten van het zelfvertrouwen, het in vraag stellen van rigide denkpatronen, het aanleren van relaxatietechnieken om het stressniveau te verlagen, en het inoefenen van nieuwe vaardigheden. In de gezinssessies worden ouders aangespoord om een constructieve sfeer te scheppen en samen begripvol en steunend aanwezig te zijn teneinde de oplopende stress in het gezin te verminderen.

Instrumenten

Alledaagse stress

De Algemene Problemen Lijst (APL). De APL (Vingerhoets, Jeninga & Menges, 1989) is een Nederlandstalige vragenlijst, waarmee men de dagelijkse en chronische stressfactoren kan nagaan die een bepaald persoon ervaart. De 114 items beschrijven gebeurtenissen en situaties uit diverse levensgebieden, zoals: eigen uiterlijk, eigen gesteldheid, gezinsleven en sociale relaties, persoonlijke leefomstandigheden, werk- en financiële omstandigheden, confrontaties en maatschappelijke ontwikkelingen. De items komen van verschillende oorspronkelijke Engelstalige vragenlijsten: de Daily Hassle Scale (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981), de Daily Life Experience-Questionnaire (Stone & Neale, 1982) en de Everyday Problems Scale (Burks & Martin, 1985). Drie verschillende scores kunnen berekend worden voor zowel de totale vragenlijst als voor de twee subschalen. In dit onderzoek zal enkel gebruik gemaakt worden van de totaalscore. De APL is vaak gebruikt in onderzoek naar de relatie tussen 'stress' en psychobiologisch functioneren en/of het beloop van aandoeningen. (Vingerhoets & Van Tilburg, 1994). In de onderzoeken werd steun gevonden voor de validiteit van de APL.

Gezinsstress

De Family Assessment Device – Nederlandse versie (FAD-N; Wenninger, Hageman & Arrindell, 1993). De FAD is ontstaan uit het Mc Master Model of Family Functioning (Epstein, Bishop & Levin, 1978). Dit model van gezinsbenadering gaat ervan uit dat de dynamiek van een gezin het best kan worden ontdekt door aandacht te besteden aan uitgesproken en onuitgesproken regels die het gezinsgedrag sturen en beheersen (Wenniger, Benoist & Moleman, 1992). De auteurs vonden daarbij een zestal dimensies welke belangrijk gebleken waren in het behandelen van gezinnen met een hulpvraag en die een onderscheid maakten tussen gezond en ongezond functionerende gezinnen. Het zijn: *probleem oplossen, communicatie, rolvervulling, affectieve mee-*

levendheid, affectieve betrokkenheid en gezinscultuur. De dimensies beschrijven structurele en organisatorische kenmerken van gezinnen en interactiepatronen tussen gezinsleden. De FAD (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983), de vragenlijst die uit het model voortkwam, bestaat uit zeven schalen: de zes dimensies van het Mc Master model en een zevende categorie, *algemeen functioneren*. Deze laatste belicht de algehele pathologie/gezondheid inzake het gezin. In de oorspronkelijke versie bevat de FAD-N 60 items. De hier gebruikte versie van de FAD-N is een op basis van validiteitonderzoek licht herwerkte versie met 53 items (De Wachter, Vandewalle, Vansteelandt, Vanderlinden & Lange, 2005, 2006). Elk item bestaat uit een uitspraak waarvan op een vierpunt schaal moet worden aangegeven in welke mate deze uitspraak voor het gezin waar is. De antwoordcategorieën zijn: 1 = 'helemaal niet mee eens', 2 = 'niet mee eens', 3 = 'mee eens', en 4 = 'helemaal mee eens'. Lagere scores wijzen dus op gezonder gezinsfunctioneren. De totaalscore en de subschaal scores van de test worden berekend door de uitslagen van alle items bij elkaar op te tellen, nadat enkele items zijn omgescoord, en vervolgens de som te delen door het aantal items. Bij onze berekeningen maken wij telkens gebruik van de score op de schaal Algemeen Functioneren. Onderzoek toont aan dat deze schaal de algemene score voor gezinsfunctioneren goed benadert (Ridenour, Daley & Reich, 1999) en dus gebruikt kan worden als evaluatie-instrument.
Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de betrouwbaarheid en validiteit van de FAD voldoende zijn (Wenniger et al., 1993). Ook de Nederlandstalige versie blijkt gunstige psychometrische eigenschappen te bezitten (Wenniger et al., 1993; De Wachter et al., 2005, 2006).

Dissociatie
Dissociation Questionnaire (DIS-Q). De DIS-Q (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1993) is een zelfrapportage lijst gebaseerd op uitspraken van patiënten met een dissociatieve stoornis en items van bestaande vragenlijsten, zoals de Perceptual Alteration Scale (PAS; Sanders, 1986), de Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986) en de Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED; Riley, 1988). De 63 items zijn beschrijvingen van dissociatieve fenomenen. De respondenten omcirkelen één van de vijf antwoordcategorieën, waarmee ze aangeven in welke mate een item voor hen van toepassing is.
Factoranalyse resulteerde in vier factoren die 77% van de variantie verklaren. Deze factoren zijn *Identiteitsverwarring en –fragmentatie* (bv. 'Ik heb regelmatig het gevoel dat alles onwerkelijk is'), *Controleverlies* (bv. 'Het komt wel eens voor dat ik naar iemand luister en dat ik dan opeens merk dat ik een gedeelte of het gehele verhaal niet gehoord heb'), *Amnesie* (bv. 'Soms kom ik tot de ontdekking dat ik iets gedaan heb waarvan ik mij niets kan herinneren') en *Verhoogde Concentratie* (bv. 'Wanneer ik loop ben ik me bewust van elke stap'). Zowel de interne consistentie als de test-hertestbetrouwbaarheid zijn voor de totale schaal en voor de afzonderlijke subschalen (met uitzondering van de vierde schaal) bevredigend. De convergerende, divergerende en criteriumvaliditeit zijn voldoende (Vanderlinden, 1993). Gezien de

hoge correlatie tussen de DIS-Q totaalscore en de subschalen, rapporteren we in deze studie alleen over de totaalcore van de DIS-Q (som van alle scores gedeeld door het aantal items).

Data-analyse

Om na te gaan of de verandering in stress door de tijd samenhangt met verandering in dissociatie in diezelfde periode (meting bij opname, bij ontslag na zes maanden, follow-up na één en twee jaar) werden multilevel modellen (Singer & Wilett, 2003) geschat waarbij dissociatie voorspeld werd op basis van tijdstip en stress gemeten op basis van zowel de APL als de FAD-N. We bestuderen ook of de co-evolutie van stress en dissociatie verschilt naargelang de deelnemers een hoge dan wel lage mate van dissociatie vertonen. We maken daarbij een onderscheid tussen pathologische dissociatiescores en niet-pathologische dissociatiescores. Eerder onderzoek (Vanderlinden, 1993) stelde een cut-off score voor van 2.5 (DIS-Q totaalscore). Bij een cut-off van 2.5 bedroeg de sensitiviteit (de bekwaamheid van de test om de ware positieven te identificeren) 91% en de specificiteit (de bekwaamheid van de test om ware negatieven te identificeren) 97%. Hiervoor worden aparte multilevel modellen geschat voor beide groepen (pathologisch versus niet-pathologisch). Bij alle toetsen worden gebruikelijke criteria voor statistische significantie (alfa = 0.05, 0.01 en 0.001) gebruikt en werd eenzijdig getoetst.

Resultaten

Evolutie van dissociatie en actuele stress (totale groep)

FAD-N

We zien een lineaire stijging van de score op het gezinsfunctioneren tijdens de opname (zie tabel 1). Er is hier sprake van een significante vermindering van stress binnen het gezin ($F(1,137)=14.0$, $p<0.001$).

APL

Wat de mate van actueel ervaren alledaagse stress betreft, merken we een lineaire daling op (zie tabel 1). Er treedt dus een significante vermindering van alledaagse stress op ($F(12,136)=11.65$, $p<0.001$).

DIS-Q

Wat betreft dissociatie blijkt er aanvankelijk een lineaire afname in dissociatie tijdens de opname (zie tabel 1). De daling blijkt significant ($F=12.4$, $p<0.001$). Dissociatie blijkt eerst af te nemen (metingen op 3 maand, 6 maand en een jaar) om zich daarna te stabiliseren (lineaire, $F(1,92)=12.44$, $p>.001$, en kwadratische trend, $F(1,92)=10.72$, $p<.01$).

Tabel 1: Evolutie van dissociatie en actuele stressmaten

	T1		T2		T3		T4	
	Score (Sd)*	n	Score (Sd)*	n	Score (Sd)*	n	Score (Sd)*	n
DIS-Q	2.17 (.64)	92	1.92 (.59)	48	1.81 (.59)	35	1.75 (.64)	39
FAD-N	32.1 (6.8)	99	33.4 (7.2)	54	34.0 (7.0)	45	36.3 (8.4)	39
APL	85.0 (53.5)	98	66.2 (44.7)	54	62.5 (50.2)	44	58.0 (42.4)	39

*= gemiddelde scores
T1=opname, T2=ontslag 6m, T3= follow-up 1j, T4=follow-up 2j
DIS-Q = Dissociation Questionnaire; FAD-N = Family Assessment Device Nederlandse versie; APL = Algemene Problemen Lijst

Co-evolutie van dissociatie en actuele stress (totale groep)

FAD-N en APL als afzonderlijke predictoren

Om na te gaan of de mate van dissociatie (DIS-Q) op dezelfde manier evolueert als de mate van actuele stress, zowel binnen (FAD-N) als buiten het gezin (APL), maakten we gebruik van multi-level modellen met zowel het tijdstip als één van beide stressmaten als afzonderlijke predictoren. De resultaten tonen dat gezinsstress (FAD-N: F=(1,113)=24.6, p<.0001) een significante voorspeller is van dissociatie. Verder blijkt dat er een samenhang is tussen de afname van stress buiten het gezin (APL: F(1,113)=58.16, p<.001) en de afname van dissociatie.

FAD-N en APL als gezamenlijke predictoren

Wanneer we zowel tijdstip als de FAD-N en de APL sàmen als voorspellers in de multi-level analyse opnemen, zien we dat zowel de evolutie van alledaagse stress (APL: F(1,112)=37.96, p<.0001) als de evolutie van stress binnen het gezin (FAD-N: F(1,112)=7.35, p<0.01) samenhangt met dissociatie. Er is een zekere mate van overlapping tussen alledaagse stress en gezinsstress: in een voorgaande studie (De Wachter et al., in review a) vonden we dat de stressmaten FAD-N en APL, behoorlijk met elkaar gecorreleerd zijn. (Pearson r = -0,48; p < .0001).

Co-evolutie van dissociatie en actuele stress naargelang de mate van dissociatie

Een eerdere studie (De Wachter et al., in review a) toonde reeds aan dat de patiënten een verschillende mate van stress ervaren naargelang de ernst van dissociatie die ze vertonen. In navolging van de discontinuüm hypothese, die stelt dat alledaagse en pathologische dissociatie andere kenmerken vertonen (Van Dyck, 2000), maken we een onderscheid tussen deelnemers met pathologische dissociatiescores en deze met niet-pathologische dissociatiescores. Eerder onderzoek (Vanderlinden, 1993) stelde een cut off gelijk aan een DIS-Q totaal score van 2.5 voor, waarbij de sensitiviteit (ware positieven) 91% en de specificiteit (ware negatieven) 97% bedroegen. Van de 92 patiënten met geldige resultaten op de DIS-Q behalen er 30 (33%) een pathologi-

sche dissociatiescore van meer dan 2.5. Via T-toetsen van de gemiddelde scores onderzochten we het onderscheid tussen de twee groepen dissociatieven op de verschillende stressmaten (De Wachter et al., in review a). Op de APL (t(97)=3.9; p<.001) en de FAD-N (t(96)= -4.3; p<.001) vonden we hoog significante verschillen.

Co-evolutie in de groep patiënten die niet pathologisch dissociëren
In de groep patiënten met een DIS-Q score lager dan 2.5 zien we een kleine, maar wel significante, vermindering van dissociatie over de 4 meetmomenten (F=11.3, p=0.001; zie tabel 2). Bij verdere follow-up zien we nog een verdere lichte daling. Bij het vierde meetmoment normaliseren de scores en bevinden zij zich in de range van de scores van de algemene bevolking (Vanderlinden, 1993), zodat verdere afname niet kan verwacht worden. Om na te gaan of dissociatie in deze groep op dezelfde manier evolueert dan de stressmaten,voerden we multi-level regressie-analyses uit. Als we de voorspellende waarde van de FAD-N en APL afzonderlijk bekijken zien we dat, zoals in de totale groep, alledaagse stress (APL: F=15.7, p<.001) een betere voorspeller van de evolutie van dissociatie is dan stress binnen het gezin (FAD-N: F=3.3, p=.07). Wanneer we beide stressmaten sàmen als voorspellers in de analyse opnemen, zien we, anders dan in de totale groep, enkel een lineair dalend verband tussen dissociatie en alledaagse stress (APL: F=12.6, p<.001). De evolutie van dissociatie kan hier dus beter voorspeld worden op basis van alledaagse stress.

Tabel 2: Evolutie van dissociatie in de hooggroep en laaggroep n

	T1		T2		T3		T4	
	Score (Sd)*	n	Score (Sd)*	n	Score (Sd)*	n	Score (Sd)*	n
DIS-Q < 2.5	1.80 (.34)	62	1.71 (.41)	29	1.54 (.48)	23	1.54 (.40)	27
DIS-Q > 2.5	2.93 (.40)	30	2.25 (.61)	19	2.31 (.45)	12	2.23 (.81)	12

T1=opname, T2=ontslag 6m, T3= follow-up 1j, T4=follow-up 2j

Co-evolutie in de groep patiënten die pathologisch dissociëren
In de groep patiënten met een DIS-Q score hoger dan 2.5 zien we dat de mate van dissociatie over de vier meetmomenten heen niet rechtlijnig daalt (zie tabel 2). Tijdens de periode van opname zien we wel een duidelijke en significante afname van dissociatie, maar deze blijft niet in dezelfde mate behouden bij follow-up. Regressie-analyse met de FAD-N en APL als afzonderlijke voorspellers toont, in tegenstelling tot de vorige groep (DIS-Q <2.5), echter wel aan dat zowél dagelijkse stress (APL: F=14.7, p<.001) als stress binnen het gezin (FAD-N: F=5.62, p<.01) de evolutie van dissociatie voorspellen. Regressie-analyse met beide stressmaten samen als predictoren leert ons dat enkel dagelijkse stress (APL: F=9.5, p<.01) op dezelfde manier daalt als dissociatie. Dit verband is bovendien sterker dan in de groep van laag dissociatieven.

Besluit

Voor zover wij weten is het de eerste keer dat het verband tussen stress en dissociatie bestudeerd wordt in een longitudinale studie en dit binnen een klinische populatie.
In vorige studies werd het verband tussen actuele stress en dissociatie aangetoond in niet-klinische (De Wachter et al., 1998, 2006) en klinische populaties (De Wachter et al., in review a). Deze correlationele verbanden leerden ons niets over richting van de samenhang. Het kon zijn dat de aanwezigheid van allerlei dissociatieve symptomen veel stress met zich meebracht of dat een hoog stressniveau resulteerde in een toename van dissociatie.
Het voorliggend onderzoek gaat een stap verder. Hoewel het geen prospectieve studie is kan het toch opgevat worden als een studie met een manipulatief design. De stressparameters worden door de behandeling (zowel tijdens de opname als in de latere nazorg) rechtstreeks beïnvloed. De gedragstherapeutische setting, waarbij het gezin expliciet wordt betrokken, focust op de hier-en-nu beleving van de patiënten en van het gezin. De belangrijkste therapeutische doelstellingen zijn o.a. het vergroten van de zelfcontrole, het bevorderen van een open en directe communicatie, het verlagen van het algemene stressniveau (relaxatietechnieken om het stressniveau te verlagen worden expliciet aangeleerd). In de gezinssessies worden ouders o.a. aangemoedigd de strijd omtrent het eten op te geven en te komen tot een beter begrijpen en ondersteunen van de opgenomen dochter. In deze zin is het verlagen van de stress zowel individueel als binnen de gezinscontext een belangrijk onderdeel van de behandeling.
In deze redenering kunnen we onze stressparameters APL en FAD-N opvatten als variabelen die door het therapeutisch proces worden geviseerd. We zien dat de zo gedefinieerde therapeutische doelstellingen goed worden bereikt: alle stressmaten evolueren gunstig tijdens de opname en blijven ook daarna licht in positieve richting verder lopen. Als we dan kijken naar de dissociatieparameter (DIS-Q) zien we dat die gelijkaardig verloopt: dissociatie neemt significant af tijdens de opname en blijft ook dalen in de follow-up metingen. Als we de evoluties van deze twee respectievelijke stressparameters (individueel gepaard) met elkaar vergelijken door middel van multilevel regressie-analyse zien we dat beide stressmaten inderdaad de evolutie van dissociatie voorspellen. Bij verdere analyse blijkt de APL, als maat van actuele dagelijkse stress, het meest bepalend.
In een tweede reeks analyses delen we de patiënten in naargelang de ernst van dissociatie: pathologische en niet-pathologische dissociatie. Bij patiënten met pathologische dissociatie zien we een grote daling van de dissociatie tijdens de opname, om verder te bestendigen tot 2 jaar na ontslag. Bij patiënten die niet-pathologische dissociëren zien we ook een afname van dissociatie met zelfs een volledige normalisatie in de periode na het ontslag. De 'manipulatie' van de stressparameters door de behandeling heeft voor beide groepen een helend effect.
Nog meer dan onze vorige studies duidt deze longitudinale analyse aan dat er een duidelijk verband is tussen stress en dissociatie. We kunnen nu stellen dat dit verband mogelijk ook causaal is. In ieder geval geeft de studie steun aan de actuele visie op

dissociatie waarmee het lineaire traumamodel vervangen wordt door een multifactorieel stressmodel (Roelofs et al., 2005). In dit model zijn niet alleen trauma uit het verleden maar ook actuele stressmaten mede bepalend voor de ernst van dissociatie. Deze vaststellingen pleiten duidelijk voor het systematisch aanbieden van therapeutische technieken die patiënten helpen de dagelijkse stress te verminderen. Naast deze individuele aanpak van de hier-en-nu situatie vinden we evidentie voor het werken met het gezin. Het rechtstreeks werken aan de dissociatieve symptomen en nagaan van eventuele traumata uit het verleden lijkt niet nodig om deze verschijnselen significant en blijvend te verbeteren. Deze stelling blijkt hier zowel voor pathologische als voor meer alledaagse dissociatieve symptomen op te gaan.
Deze studie kent evenwel enkele beperkingen. De onderzoeksgroep is relatief klein en bestaat hoofdzakelijk uit eetstoornispatiënten. Naar generalisatie van de bevindingen toe, verdient het aanbeveling het onderzoek te repliceren met andere patiëntengroepen. Een grotere respondentengroep zou de power van de studie vergroten. Om deze bevindingen hard te maken zou een prospectieve studie met een controlegroep nodig zijn. Toch durven we stellen dat de samenhang tussen dissociatie en actuele stress onmiskenbaar wordt aangetoond.

HOOFDSTUK 7

TRANSGENERATIONELE ASPECTEN VAN TRAUMA EN DISSOCIATIE: EMPIRISCHE GEGEVENS

Inleiding

Een van de meest beklijvende 'waarheden' in de gezinstherapie is het transgenerationele karakter van trauma. In deze visie worden psychologische trauma's 'overgeërfd' van de ene generatie op de andere en gedragen de psychopathologische symptomen zich als pseudo-erfelijke 'ziekten'. Trauma en dissociatie zijn geen geïsoleerde verschijnselen, maar komen voor in clusters van gezinnen. Als één van de ouders een traumatische jeugd heeft meegemaakt zou de kans op trauma voor een kind uit dat gezin beduidend groter zijn. Enkele onderzoekers hebben de transgenerationele traumaoverdracht empirisch trachten te onderbouwen (Kaufman & Zigler, 1987; Oliver, 1993; Pears & Capaldi, 2001). Dinwiddie en Bucholz (1993) vonden dat zowat één derde van ouders die misbruikt werd als kind, tevens de eigen kinderen gaat misbruiken. Deze studies werden echter ook ernstig bekritiseerd omwille van hun gebrekkige validiteit (Ertem, Leventhal & Dobbs, 2000; Newcomb & Locke, 2001).
Lange tijd werd uitgegaan van een eenvoudig model van herhaling van gedragspatronen. Ouders ontwikkelen ten gevolge van hun eigen traumatische jeugdervaringen pathologische opvoedingspatronen en geven de traumatiserende problematiek zo over de generaties door (Wolfe, 1991; Wolfe, Sandler & Kaufman, 1981). In de klinische literatuur werd deze stelling aangenomen als een evidentie. Dat model kon echter geen afdoende verklaring bieden voor de cyclus van misbruik. Verona en Sachs-Ericson (2005) onderzochten de samenhang tussen psychopathologie, misbruik in de jeugd en symptomen bij ouders. Zij concluderen dat verschillende omgevingsinvloeden de familiale overdracht van destructief gedrag zouden kunnen verklaren, waaronder misbruik en modelling. Ze benadrukken het belang van gezinsinterventies die zich richten op het ouderlijke symptoomgedrag om het risico op herhaling van misbruik bij de kinderen te verminderen.

Een aangepaste versie van dit hoofdstuk is ingediend voor publicatie bij *Tijdschrift voor Psychotherapie.* Wachter, D., De,Neven, S., Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. Transgenerationele aspecten van trauma en dissociatie: empirische gegevens.

Om de herhaling van gedragspatronen te verklaren baseert de recente literatuur zich vooral op modellen die een verstoring van vroegkinderlijke hechting (o.a. Oliver, 1993; Leifer, Kilbane, Jacobsen & Grossman, 2004) en / of een verstoord gezinsfunctioneren (Benjamin & Benjamin, 1994; Sorcher & Cohen, 1997) beschrijven. De theorievorming rond hechting staat vooral beschreven in de psychodynamische literatuur (Fonagy et al., 1991; Fonagy et al., 2002; Van Ijzendoorn, 1995). Dit onderzoek toont aan dat gestoorde hechting met de ouders de gevoeligheid voor dissociatie en voor traumatische ervaringen in het latere leven vergroot (Anderson & Alexander, 1996; Pasquini et al., 2002; Pears & Capaldi, 2001; Ogawa et al., 1997). Recente onderzoeksbevindingen geven steun aan de stelling dat dissociatie een belangrijke voorspeller is in de herhaling van misbruik bij de eigen kinderen (Collin-Vézina et al., 2005; Narang & Contreras, 2005). De neiging om te dissociëren hangt op haar beurt sterk samen met het affectieve gezinsklimaat (Narang & Contreras, 2005). Eerder vond men al dat een affectief koud gezinsklimaat samenhangt met een slechtere coping, zoals pathologische dissociatie (Draijer & Langeland, 1999).
Als we de intergenerationele transmissie van dissociatieve stoornissen en dissociatieve verschijnselen zelf beschouwen, zien we dat de empirische literatuur schaars is. Een aantal klinische gevalsstudies suggereren dat dissociatieve stoornissen vaak bij meerdere familieleden voorkomen (Coons, 1985; Dell & Eisenhower, 1990; Kluft, Braun & Sachs, 1984). Op een methodologisch beperkt onderzoek na (Yeager & Otnow, 1996) vonden we geen enkele studie die meerdere generaties betrekt.
Deze studie wil die opvallende leemte invullen, of althans een aanzet geven. In vorige studies (De Wachter et al., in review a; De Wachter et al., in review b) onderzochten we de invloed van het actuele gezinsfunctioneren op de mate van dissociatie. In deze studie onderzoeken we de samenhang van opvoedingsherinneringen uit de vroege kinderjaren, welke ons een idee geven over de hechting in het gezin, op dissociatie. Daarnaast gaan we na in hoeverre de traumageschiedenis en de mate van dissociatie van ouders bepalend is voor trauma en dissociatie van de kinderen. Aldus willen we de transgenerationele overdracht empirisch onderzoeken. We verwachten een positief verband tussen de mate van dissociatie en negatieve opvoedingsherinneringen en een negatief verband met positieve opvoedingsherinneringen (die voor een goede hechting kunnen staan).

Methode

Onderzoeksgroep

Negenennegentig psychiatrische patiënten en hun ouders werden benaderd voor deelname aan het onderzoek. De deelnemers zijn geworven onder patiënten die nieuw werden opgenomen op een gedragstherapeutische afdeling in het Universitair Centrum St.-Jozef te Kortenberg (België). Alle aangezochte patiënten en hun ouders zegden hun medewerking toe. Na informed consent vulden patiënten en ouders een

aantal vragenlijsten in (zie verder bij metingen). Een onafhankelijke onderzoekster verzamelde gegevens over de diagnose volgens As I van de DSM-IV (APA, 1994), gezinssamenstelling en leeftijd. De patiënten zijn gediagnosticeerd met een eetstoornis (68% anorexia; 22% boulimie), angststoornis (6%) en/of depressieve stoornis (13%). Personen met psychotische stoornissen, alcohol- en medicijnmisbruik en organische hersensyndromen werden uitgesloten voor deelname aan het onderzoek. De patiëntengroep bestaat uit 5 mannen en 94 vrouwen. Hun leeftijd varieert van 13 tot 44 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 19 jaar (sd=4; mediaan 18). 99% Van de patiënten is ongehuwd en 96% is inwonend bij een of twee ouders. De groep deelnemers vulde niet alle vragenlijsten volledig in, waardoor het aantal deelnemers verschilt naargelang de analyses die werden uitgevoerd.

Metingen

Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden et al., 1993a) meet de mate van dissociatieve ervaringen. De DIS-Q is een zelfrapportage lijst bestaande uit 63 items, die allen beschrijvingen zijn van dissociatieve fenomenen. De respondenten omcirkelen één van de vijf antwoordcategorieën, waarmee ze aangeven in welke mate een item voor hen van toepassing is. Factoranalyse resulteerde in vier factoren die 77% van de variantie verklaren. Deze factoren zijn *Identiteitsverwarring en –fragmentatie* (bv. 'Ik heb regelmatig het gevoel dat alles onwerkelijk is'), *Controleverlies* (bv. Het komt wel eens voor dat ik naar iemand luister en dat ik dan opeens merk dat ik een gedeelte of het gehele verhaal niet gehoord heb'), *Amnesie* (bv. Soms kom ik tot de ontdekking dat ik iets gedaan heb waarvan ik mij niets kan herinneren') en *Verhoogde Concentratie* (bv. 'Wanneer ik loop ben ik me bewust van elke stap'). Dezelfde factoren werden gevonden in een representatieve steekproef van de algemene populatie (Vanderlinden, 1993). Aangezien de subschaaluitslagen zeer hoog correleren met de totaalscore zullen we bij onze berekeningen telkens gebruik maken van de totaalscore. De mate van dissociatie wordt geschat met een gemiddelde score (som van alle scores gedeeld door het aantal items). Zowel de interne consistentie als de test-hertest betrouwbaarheid zijn voor de totale schaal en voor de afzonderlijke subschalen (met uitzondering van de vierde schaal) bevredigend. De convergerende, divergerende en criteriumvaliditeit zijn voldoende (Vanderlinden, 1993).

De *Vragenlijst Belastende Ervaringen* (VBE) werd aangewend voor het nagaan van traumatische ervaringen in het verleden. De VBE (Nijenhuis et al., 1995) is een zelfrapportage vragenlijst die traumatische ervaringen retrospectief nagaat. In deze studie werd de oorspronkelijke versie van de VBE afgenomen, bestaande uit 26 items die diverse traumatische gebeurtenissen beschrijven zoals emotioneel, lichamelijk en seksueel trauma. Naast een totale score (som van alle traumata), kunnen ook subschaal scores berekend worden, m.n. voor emotionele verwaarlozing en misbruik, seksueel misbruik en lichamelijk misbruik. De scores geven de ernst van trauma (subjectieve belasting) weer zoals aangeduid door de patiënten per deelgebied (emotioneel, seksueel en lichamelijk).

De psychometrische kenmerken van de VBE werden onderzocht in een groep ambulant behandelde psychiatrische patiënten (Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 2002). De interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit van de VBE scores voor aanwezigheid en ernst van het trauma waren bevredigend.

Egna Minnen Beträffende Uppfostran (EMBU). De EMBU (Perris et al., 1980) is een van oorsprong Zweeds meetinstrument waarmee herinneringen aan de ouderlijke opvoeding retrospectief worden nagegaan. We onderzoeken hiermee de opvoedingsstijl uit de vroege kinderjaren zoals die door de patiënten is beleefd in hun herinnering. De vragenlijst is in het Nederlands vertaald (Arrindell et al., 1989). De vragenlijst bestaat uit 81 items en twee algemene vragen. 64 items zijn verdeeld over vier subschalen: Verwerping (25 items), Warmte (18 items), Overbescherming (16 items) en Bevoordeling (5 items). Voorbeelden van items zijn: 'ik denk dat mijn ouders streng tegen mij waren', 'ik ervoer het als moeilijk mijn ouders te benaderen'; 'mijn ouders prezen mij wel eens'. Uit onderzoek met de Nederlandstalige versie werd ondersteuning gevonden voor de factoriële validiteit van de EMBU (Arrindell et al., 1989). Daarbij werd voor elk van de subschalen (Verwerping, Warmte, Overbescherming, Bevoordeling) een goede interne consistentie gevonden (alfacoëfficiënten waren respectievelijk .95, .93, .84, .82 bij de vaders en .94, .93, .83, .85 bij de moeders). Met uitzondering van de laatste subschaal, werden de andere drie factoren herhaaldelijk terug gevonden in verscheidene cross– nationale studies die duizenden subjecten omvatten (zie Perris, Arrindell & Eisenmann, 1994). Samengevat was de interne consistentie van de vier factoren voldoende hoog (alfacoëfficiënten gaande van 0.70 tot 0.90) over de verschillende populaties. Bovendien bleken alle schalen hetzij ongecorreleerd, hetzij minimaal gecorreleerd met geslacht, leeftijd, sociale status, leeftijd van verlaten van het ouderlijk huis, opleidingsniveau, burgerlijke staat en sociale wenselijkheid.

Data analyse

Om na te gaan of de mate van dissociatie van de ouders verband houdt met de mate van dissociatie van het kind worden Pearson Product moment correlaties berekend tussen de gemiddelde DIS-Q totaalscores van de patiënten en de DIS-Q totaalscores van zowel vaders als moeders. We gaan ook na of er een samenhang is van belastende gebeurtenissen ervaren door de ouders en belastende gebeurtenissen ervaren door het kind. Er zijn nog geen normscores beschikbaar voor de VBE. Om te kunnen spreken van trauma in het verleden hanteren we een cut off score van 3 ("aanzienlijke mate van belasting").

Om na te gaan of de mate van dissociatie samenhangt met bepaalde opvoedingsherinneringen worden Pearson Product moment correlaties berekend tussen de DIS-Q totaalscore en de EMBU subschaal scores van de patiënten. Op basis van onderzoeksliteratuur (Nash et al., 1993; Lange et al., 1999; Draijer & Langeland, 1999) verwachten we dat de subschalen Verwerping en Overbescherming positief samenhangen met de mate van dissociatie en dat de subschaal Warmte negatief samenhangt met de mate

van dissociatie (en dus eerder beschermend werkt). We gaan ook na of er een verband is aan te tonen tussen negatieve opvoedingsherinneringen van de patiënten en traumatisch verleden van de ouders, alsook tussen mate van dissociatie van de ouders en negatieve opvoedingsherinneringen bij de patiënten. Hiertoe berekenen we Pearson Product Moment correlaties tussen de DIS-Q totaalscores en traumascores van de ouders en de EMBU subschaal scores van de patiënten. Bij de beoordeling van de effectgroottes van de verschillende correlaties werd gebruik gemaakt van het volgende classificatiesysteem: 0-39= 'laag'; 40-69= 'middelmatig' tot 'substantieel'; 70-100= 'hoog' tot 'zeer hoog' (Surwillo, 1980).

Resultaten

Traumascores van patiënten, moeders en vaders

Tabel 1 geeft een overzicht (percentages van trauma) van het voorkomen van de verschillende vormen van trauma bij patiënten en hun ouders. Bij gebrek aan normscores kunnen we weinig concluderen uit de grootte van de percentages. Ze geven wel een beeld van de onderlinge verhoudingen van de scores tussen de gezinsleden en tussen de verschillende vormen van trauma.

Tabel 1: VBE-traumascores (%) van patiënten, moeders en vaders

	Totaal	Emotioneel	Fysiek	Seksueel
Patiënten	41 (n=87)	34 (n=85)	9 (n=86)	12 (n=84)
Moeders	39 (n=79)	28 (n=79)	4 (n=79)	13 (n=79)
Vaders	29 (n=62)	11 (n=62)	8 (n=62)	4 (n=62)

Traumascores van ouders en hun respectievelijke kinderen

We geven hier de cijfers en percentages van trauma zoals gerapporteerd door ouders en kinderen. Van de 8 ouderparen die beide trauma rapporteren, vermelden 3 kinderen (37.5%) trauma. Van de 54 ouderparen die geen van beide trauma vermelden, rapporteren 33 kinderen (61.1%) trauma. Van de 31 moeders die trauma vermelden, rapporteren 14 kinderen (45.2%) trauma. Van de 48 moeders die geen trauma vermelden, vermelden 22 kinderen (45.8%) trauma. Van de 18 vaders die trauma rapporteren, maken 6 kinderen (33.3%) melding van trauma. Van de 44 vaders zonder traumatische ervaring, rapporteren 30 kinderen (68.2%) trauma.

Het verband tussen trauma bij de ouders en bij het kind

Patiënten behalen een gemiddelde score van 3.0 (sd = 3.2) op de VBE. Voor de moeders bedraagt deze gemiddelde score 2.5 (sd=2.7), en voor de vaders 1.7 (sd=1.8). Er is geen verband tussen de mate van belastende ervaringen bij de vaders en moeders

(r=0.07; p=0.60). Er is een significante, maar lage samenhang tussen de traumascores van kind en moeder (r=.24; p ≤ .01).

Het verband tussen dissociatie bij de ouders en bij het kind

De gemiddelde score van de patiënten op de DIS-Q is 2.17 (sd = 0.64), die van de moeders 1.44 (sd = 0.32) en die van de vaders 1.41 (sd = 0.37). De dissociatiescores van beide ouders zijn gecorreleerd (r=0.47; p ≤ .001). Het verband tussen de mate van dissociatie bij de moeder en patiënt is significant maar laag (r = .29; p .≤ .01). Het verband tussen de scores van vader en patiënt is niet significant.

Het verband tussen trauma, dissociatie en opvoedingsherinneringen

Trauma, dissociatie en opvoedingsherinneringen bij patiënten

Zoals verwacht (zie tabel 2) vinden we bij de patiënten een significant verband tussen trauma en de subschalen 'verwerping' (r=.58) en 'overbescherming' (r=.41) uit de opvoedingsherinneringen. Met de subschaal 'warmte' vinden we een negatief verband (r=-.37). Dezelfde correlaties, zij het iets minder hoog, vinden we tussen dissociatie en opvoedingsherinneringen. De subschaal 'bevoordeling' vertoont geen significante correlaties.

Tabel 2: Pearson correlaties tussen trauma, dissociatie en opvoedingsherinneringen van patiënten (subschalen EMBU)

	Verwerping	Warmte	Overbescherming	Bevoordeling
Trauma patiënt	.58** (n=87)	-.37** (n=87)	.41** (n=87)	.05 (n=87)
DIS-Q patiënt	.37* (n=92)	-.14 (n=92)	.29* (n=92)	-.01 (n=92)

* = p ≤ 0.01, ** = p ≤ 0.001

Trauma en dissociatie bij ouders en opvoedingsherinneringen bij patiënten

Er is een laag doch significant verband tussen de mate van gerapporteerd trauma bij moeders en de subschalen 'verwerping' (r=.38) en 'overbescherming' (r=.32) uit de opvoedingsherinneringen van de patiënt (zie tabel 3). De subschalen 'warmte' en 'bevoordeling' correleren niet significant. De correlaties voor de gerapporteerde trauma's bij vaders vertonen een ander patroon; de correlaties zijn nergens significant. Als we de dissociatiematen van de ouders beschouwen en de correlaties met de opvoedingsherinneringen van patiënten, zien we analoge trends; de correlaties zijn echter lager en niet meer significant.

Tabel 3: Pearson correlaties tussen trauma en dissociatie van ouders en opvoedingsherinneringen van patiënten

	Verwerping	Warmte	Overbescherming	Bevoordeling
Trauma moeders	.38*** (n=87)	.01 (n=79)	.32** (n=79)	.03 (n=79)
Trauma vaders	.13 (n=62)	.04 (n=62)	.04 (n=62)	-.23 (n=62)
DIS-Q moeders	.21 (n=79)	-.02 (n=79)	.16 (n=79)	.16 (n=79)
DIS-Q vaders	.08 (n=63)	.02 (n=63)	.08 (n=63)	.25* (n=63)

* = $p \leq 0.05$, ** = $p \leq 0.01$, *** = $p \leq 0.001$

Discussie

De resultaten van dit onderzoek zijn verrassend en zetten een aantal gezinstherapeutische waarheden op de helling. Algemeen kunnen we stellen dat het eenvoudig 'overerven' van trauma en dissociatie over de generaties heen uit onze cijfers niet kan besloten worden.

Alvorens dieper in te gaan op de resultaten vermelden we enkele de beperkingen van deze studie. Het gaat om een onderzoek bij een relatief kleine (N=99) populatie die daarenboven vrij specifiek is (opgenomen psychiatrische patiënten, vooral meisjes die bij hun ouders wonen, met voornamelijk ernstige eetstoornissen als diagnose). Aangezien het onderzoek retrospectief is en er gebruik gemaakt wordt van vragenlijsten, kunnen we geen causale uitspraken doen over de gevonden verbanden tussen gegevens over het verleden (EMBU, traumalijst) en het huidige functioneren (DIS-Q). Bovendien dient rekening gehouden te worden met het feit dat we in de problematiek van trauma en dissociatie onvermijdelijk stuiten op een wereld van geheimen, taboes en misvormde werkelijkheden. Toch vinden we onze gegevens belangrijk omdat ze nagenoeg afwezig zijn in de wetenschappelijke literatuur.

Interessant lijken ons vooreerst de naakte cijfers die onomwonden aantonen dat de kans op trauma bij kinderen niet groter is als één van de ouders zelf trauma vermeldt in de voorgeschiedenis, zelfs niet als beide ouders melding maken van trauma. De voorgeschiedenis van trauma bij de ouders heeft in onze studie geen enkele invloed op het vermelden van trauma bij het kind. Deze opmerkelijke gegevens pleiten, met alle reserves die voortvloeien uit de hoger genoemde beperkingen van onze studie, regelrecht in tegen de visie betreffende de transgenerationele overdracht van trauma.

In een volgende fase bekeken we de correlaties tussen de dissociatiescores van vaders, moeders en patiënten (kinderen). We vonden geen verband tussen de scores van vaders en patiënten, maar toch wel (lage) correlaties tussen moeders en patiënten. Hetzelfde patroon zagen we voor de traumascore. De resultaten van de correlationele studie nuanceren de forse bevindingen die we met de absolute cijfers hadden: blijkbaar is er toch een verband tussen moeders en patiënten, maar dit verband is erg zwak. Vervolgens betrekken we de subjectieve opvoedingsherinneringen in de analyses. In

tegenstelling tot de vorige gegevens bestaat hierover wel een uitgebreide onderzoeksliteratuur (Nash et al., 1993; Lange et al., 1999; Draijer & Langeland, 1999) die het verband aantonen tussen negatieve beleving van de kinderjaren en trauma en dissociatie.

Onze resultaten bevestigen vorige bevindingen en ondersteunen onze onderzoekshypothese: een laag tot middelmatig verband met de EMBU-subschalen 'verwerping', 'overbescherming' en 'warmte' (negatief). Trauma en dissociatie worden meer gerapporteerd door patiënten die hun opvoeding als koel, onbegrepen en toch gecontroleerd en geregeld ervaren.

Nog interessanter zijn de gegevens die trauma en dissociatie van de ouders in verband brengen met de opvoedingsherinneringen van hun kind, omdat we hier opnieuw transgenerationele elementen kunnen bestuderen. Zoals we eerder reeds een significant verband vonden tussen de dissociatiescores van moeders en patiënten, vinden we ook hier een significant samengaan van de opvoedingsherinneringen van de patiënt en de traumascores (niet de dissociatiescores) van de moeders, niet van de vaders. In een voorzichtige interpretatie van deze gegevens zouden we kunnen concluderen dat moeders in het transgenerationele mechanisme een grotere rol spelen, meer bepaald in het impact van hun (traumatische) geschiedenis op de (negatieve) opvoedingsherinneringen van hun kinderen. Blijkbaar is de transgenerationele overdracht van trauma en dissociatie een ingewikkelde materie die tot voorzichtige conclusies moet leiden. Uit onze cijfers blijkt dat het niet gaat over een eenvoudig causaal mechanisme.

Vanuit onze klinische ervaring verbaast deze conclusie niet. Vaak zien we hoe moeders met een traumatisch verleden het heel goed willen doen in hun eigen gezin en hoe ze hierbij hun kinderen meer gaan beschermen en controleren om hen te behoeden voor mogelijke gevaren. Samengaand met deze houding vinden we dikwijls een koele, afstandelijke atmosfeer terug: omwille van hun traumaverleden hebben deze moeders niet voldoende geleerd een affectief klimaat te creëren binnen het nieuwe gezin.

Dat de geschiedenis van vaders geen invloed zou hebben stemt tot nadenken. Mogelijk kan dit verklaard worden uit het feit dat de meeste patiënten opgroeiden in een klassiek "Westers" gezinsmodel waarbij moeders duidelijk meer betrokken waren in de opvoeding van de kinderen.

Volgens onze kennis is dit de eerste studie die de complexe relatie tussen trauma, dissociatie en gezinskenmerken onderzocht vanuit een transgenerationele visie. Ondanks de beperkingen van een kleine, specifieke onderzoekspopulatie vinden we toch belangwekkende resultaten. In combinatie met onze vorige bevindingen over de invloed van actuele stress in de problematiek van trauma en dissociatie (De Wachter et al., in review a) vinden we hier opnieuw argumenten die pleiten voor een complex en multifactorieel model in de samenhang tussen trauma en dissociatie, en voor het belang van omgevingsinvloeden. Dit is een hoopgevende gedachte: elke nieuwe generatie krijgt, onafhankelijk van het al of niet aanwezig zijn van een traumaverleden, nieuwe kansen.

SAMENVATTING EN BESLUIT

We hebben dit onderzoek opgezet vanuit de vaststelling dat haast niets bekend is over de impact van actueel ervaren stress en gezinsfunctioneren op de mate van dissociatie. De onderzoeksliteratuur richt zich voornamelijk op de traumatische ervaringen uit het verleden en de therapeutische benadering blijkt eenzijdig gericht op vroegkinderlijke trauma's die aangepakt worden in een individuele behandelsetting (Hoofdstuk 2). Omdat er geen duidelijke resultaten beschikbaar zijn over de effectiviteit van deze individuele behandeling en omdat een gezinsgerichte aanpak zijn nut en efficiëntie bewezen heeft bij andere psychiatrische problemen (Lange et al., 1993), leek het ons interessant om een benadering te exploreren waarin actuele stress en gezinsstress centraal staan.

In een eerste fase werd getracht om de onderzoeksopzet te operationaliseren. Voor het meten van dissociatie maakten we gebruik van de Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, 1993a), die in het Nederlandse taalgebied het referentie-instrument is. Omdat er geen internationale 'gouden standaard' beschikbaar is voor het afgrenzen van dissociatieve stoornissen in de enge zin, opteerden we voor het aanwenden van de cut-off scores van de DIS-Q. In de actuele visie op dissociatie wordt een onderscheid gemaakt tussen milde (alledaagse), en verhoogde (pathologische) dissociatie (Van Dyck, 2000). In onze analyses hebben we dit onderscheid ook doorgetrokken.

Om de complexiteit van het begrip stress in onze patiëntenpopulatie te bestuderen, zochten we naast een maat voor algemene stress naar een instrument om gezinsstress te meten. Als maat voor algemene stress maakten we gebruik van de Alledaagse Problemen Lijst (APL; Vingerhoets, Jeninga & Menges, 1989). Deze lijst meet de hoeveelheid en intensiteit van stressvolle gebeurtenissen uit verschillende levensgebieden. We gebruikten deze maat in navolging van het onderzoek over actuele stress en psychopathologie dat in vele publicaties wordt beschreven (Dohrenwend & Dohrenwend, 1978; Delongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982). In een eerste onderzoek (Hoofdstuk 3), binnen een niet-klinische populatie, bestudeerden we het verband tussen actuele stress en dissociatie. Bij een groep respondenten, werknemers die bedreigd werden met gedwongen ontslag (meetmoment 1) en die door begeleiding enkele maanden later terug in een genormaliseerde situatie kwamen (meetmoment 2), hadden we de gelegenheid om een naturalistisch experiment te bestuderen: op deze twee meetmomenten konden we het verschil in dissociatie en alledaagse stress vergelijken. Onze hypothese werd bevestigd: de mate van dissociatie is groter naarmate de mate van stress groter is en een verandering (vermindering) van stress gaat gepaard met een vergelijkbare verandering in dissociatie. Deze resultaten zetten ons aan om deze hypothese verder te exploreren, ditmaal binnen een klinische populatie met zowel pathologische als niet-pathologische dissociatieve verschijnselen.

Een specifieke maat voor gezinsstress vonden we in de FAD (Family Assessment Device; Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) die een internationaal gebruikte vragenlijst is die veel aangewend wordt in onderzoek naar de relatie tussen gezinsfunctioneren en psychopathologie (Keitner, 1990; Keitner et al., 1991). Van de lijst is een Nederlandstalige versie ontwikkeld (FAD-N; Wenninger et al., 1992) die gevalideerd werd in een niet-klinische populatie. Aangezien geen gegevens bekend waren over betrouwbaarheid en validiteit van de FAD-N in een klinische populatie, besloten we vooreerst de FAD-N als instrument grondig door te lichten (Hoofdstuk 4). Enkele items werden geëlimineerd en één subschaal ('Gezinscultuur') bleek onvoldoende betrouwbaar. Uiteindelijk hielden we een gezinsmaat over die zeer bruikbaar blijkt in de klinische praktijk voor het evalueren van gezinnen en het opvolgen van therapeutische doelstellingen.

Naast een vragenlijst opteerden we voor een andere invalshoek voor het meten van stress binnen het gezin: de Five Minutes Speech Sample (FMSS; Magaña et al., 1986). Dit is een semi-gestructureerd interview gebaseerd op het concept Expressed Emotion, dat een standaard is geworden voor het gezinsonderzoek naar schizofrenie en andere psychiatrische aandoeningen (Bebbington & Kuipers, 1994). Onze resultaten konden de validiteit van de FMSS bij onze patiëntenpopulatie echter niet bevestigen. Enkele trends uit de internationale literatuur, zoals de twijfel rond de dimensie 'Emotionele Betrokkenheid', en de verschillen tussen vaders en moeders, worden bevestigd. De grote verschillen en het gebrek aan samenhang tussen de FAD-N en de FMSS illustreerden de complexiteit van gezinsfunctioneren en de moeilijkheid om eenvoudige en eenduidige parameters te vinden om gezinnen in kaart te brengen. Daarnaast vonden we een opmerkelijk en interessant resultaat met betrekking tot de positie van vaders: hun 'Emotionele Overbetrokkenheid', ook een dimensie van hoge EE, zou eerder een positieve en beschermende invloed hebben en samengaan met een gezond gezinsfunctioneren.

De klinische onderzoeksgroep bestond uit een relatief grote groep opgenomen psychiatrische patiënten (n=99), een meerderheid met een ernstige eetstoornis, vooral meisjes die nog bij hun ouders woonden. In een eerste fase (Hoofdstuk 5) werden stressfactoren buiten (APL) en binnen (FAD-N) het gezin bestudeerd en vergeleken met de dissociatiemaat (DIS-Q). Daarnaast gingen we de invloed na van trauma uit het verleden door middel van de Vragenlijst Belastende Ervaringen (VBE; Nijenhuis et al., 1995). We vonden vooreerst een belangrijke correlatie tussen de stressmaten APL en FAD-N. Zowel dagelijkse stress als gezinsstress kan beschouwd worden als vormen van actuele stress, in het hier-en-nu. Onze data illustreren verder dat er samenhang bestaat tussen beide actuele stressparameters en de gerapporteerde belastende ervaringen uit het verleden: zonder dat we een richting kunnen aangeven (trauma veroorzaakt meer stress of stress verhoogt de traumabeleving) ondersteunen onze bevindingen de hypothese dat actuele stress een focus kan zijn in de behandeling van traumapatiënten, zonder dat het verleden expliciet geëxploreerd dient te worden. Verder onderzochten we de link tussen de trauma- en stressparameters enerzijds en de dissociatiescores anderzijds. In navolging van de eerder genoemde visie op dissocia-

tie (Van Dyck, 2000) die stelt dat verhoogde dissociatie (en dissociatieve stoornissen) fundamenteel verschillend is van de milde en meer alledaagse dissociatieve verschijnselen, maakten we een onderscheid tussen hoge en lage scores op de DIS-Q, op basis van de cut-off score. Onze resultaten bevestigen dat deze twee groepen significant verschillen op allerlei parameters en geven op deze wijze steun aan het opdelen van de onderzoekspopulatie in laag en hoog dissociatieven.
Bij de patiënten met sterk verhoogde dissociatiescores vonden we een duidelijke samenhang tussen dissociatie en trauma (emotioneel, fysiek en seksueel) en eveneens tussen dissociatie en stress buiten en binnen het gezin. In de groep met niet tot licht verhoogde dissociatiescores vonden we zwakke correlaties met trauma, in alle subschalen. Deze patiënten vertoonden verhoogde verbanden tussen dissociatiescores en alledaagse stress, zoals in ons eerder onderzoek in de niet-klinische populatie (De Wachter et al., 2006).

In het vorige onderzoek werd het verband tussen dissociatie en actuele stress weliswaar aangetoond, maar omdat het ging over een correlationeel onderzoek, op één meetmoment, konden we niets zeggen over de richting van de gevonden verbanden: veroorzaakt dissociatie meer stress of veroorzaakt stress meer dissociatie? Daarom werd het onderzoek in een volgende fase (Hoofdstuk 6) uitgebreid naar een longitudinale studie waarin we over vier meetmomenten nagingen of de verandering in stressparameters gepaard ging met een evenredige verandering in dissociatie. Dezelfde instrumenten voor het evalueren van stress werden afgenomen in verschillende fases van de behandeling (begin van de opname, einde van de opname, na 1 jaar en na 2 jaar). Deze behandeling was georiënteerd op gedragstherapeutische en gezinstherapeutische principes, zonder te focussen op het verleden (Vanderlinden & Vandereycken, 1989). In deze zin konden we ook hier spreken van een manipulatief design waarbij de gevolgde behandeling rechtstreeks de stressparameters wil verminderen zowel individueel als binnen het gezin. In het onderzoek vonden we dat dit inderdaad gebeurde: zowel de scores op de APL als de FAD-N verminderden significant bij ontslag en ze bleven bij de verdere follow-up metingen gunstig evolueren. De dissociatieparameters volgden hetzelfde patroon zodat we konden spreken van een gelijklopende evolutie van stress en dissociatie, waarbij de alledaagse stress meer bepalend bleek dan de gezinsstress. Wanneer we vervolgens het verband tussen stress en dissociatie in de afzonderlijke groepen bestudeerden, kunnen we deze conclusies doortrekken: zowel in de groep met verhoogde dissociatie als in de groep met milde dissociatie vinden we een duidelijk gelijklopende evolutie van actuele stress en dissociatie.
Rekening houdend met de beperkingen van het onderzoek wat betreft populatie en methode leek het ons nu toch duidelijk dat een multifactorieel stressmodel meer gepast is in het denken over dissociatie dan het steeds genoemde causale traumamodel. In dit multifactoriële model wordt gesteld dat een combinatie van vroege en latere opeenvolgende stresserende gebeurtenissen psychopathologie kunnen uitlokken (Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene, & Hoogduin, 2005). Voor de behandeling

betekent dit dat een rechtstreekse focus op actuele stress, zowel binnen als buiten het gezin, cruciaal is in de aanpak, en dat het werken met traumata uit het verleden veel minder nodig is, dan tot hiertoe werd aangenomen.
In een laatste fase richtte ons onderzoek zich op de transgenerationele aspecten van trauma (Hoofdstuk 7). Uitgangspunt was analoog met het onderzoek rond stress en dissociatie: de evidentie waarmee transgenerationele processen werden aangenomen zonder enige empirische toetsing. We onderzochten de gegevens over trauma en dissociatie bij onze patiëntenpopulatie en tegelijk ook bij hun respectievelijke ouders. Tot onze verwondering bleek dit nooit eerder op deze manier onderzocht. Ondanks het feit dat we een licht significant verband vonden tussen de scores op dissociatie en trauma tussen moeders en kinderen (niet tussen vaders en kinderen) pleiten de resultaten tegen de gangbare stelling dat trauma transgenerationeel wordt doorgegeven. Er bestaat geen verhoogd voorkomen van trauma bij kinderen als ouders trauma vermelden. Als we ook de opvoedingsherinneringen in het onderzoek betrekken (EMBU; Egna Minnen Beträffende Uppfostran, Perris et al., 1980) vonden we een samenhang tussen negatieve opvoedingsherinneringen bij patiënten met trauma van hun moeders. Bij de vaders vonden we geen verbanden. Opnieuw pleiten deze gegevens voor een complexe relatie tussen trauma, dissociatie en gezinskenmerken en tegen het poneren van al te eenvoudige verbanden.

Het blijft belangrijk dat we de beperkingen van dit onderzoekswerk duidelijk aflijnen: het betreft een relatief kleine onderzoekspopulatie, met voornamelijk eetstoornispatiënten die retrospectief worden onderzocht. De conclusies die we trekken moeten ons in dit licht steeds nopen tot voorzichtigheid, relativiteit en bescheidenheid.
Als we het gehele onderzoek aanschouwen komen enkele tendensen steeds weer naar voren. Vooreerst de noodzaak van *onderzoek* in de gezinstherapie. Over het belang van gezinsfunctioneren in het ontwikkelen en in het behandelen van psychiatrische stoornissen wordt niet meer getwijfeld. Zowel en de brede publieke opinie als in academische milieus is hierover eensgezindheid, die niet weerspiegeld wordt in de kwantitatieve en kwalitatieve output van publicaties. Als de gezinstherapie en het gezinsgericht nadenken zijn plaats wil behouden in de moderne psychiatrie zal ze moeten investeren in onderzoeksmodellen en empirische methodologie. Hoewel ik zelf moet erkennen dat het domein complex en moeilijk is, hoop ik aangetoond te hebben dat valide instrumenten bestaan en dat hypothesen kunnen worden getoetst.
Verder denk ik dat dit onderzoek aantoont dat *omgevingsfactoren* inderdaad cruciaal zijn in het denken over psychopatholgie. In een tijd waarin genetisch-biologische verklaringsmodellen de overhand hebben is het belangrijk om te wijzen op deze visie. Het lijkt mij onhoudbaar om nog over psychiatrie en psychologie te denken zonder het gezin en de maatschappelijke context te betrekken. Ik hoop dat deze studie dit op een transparante en reproduceerbare manier kan illustreren, waarbij duidelijkheid en helderheid wordt nagestreefd, evenredig aan de complexiteit en de ingewikkeldheid van de materie.

Een laatste conclusie betreft de pragmatiek van zowel onderzoek als behandeling. Al te vaak neigt de psychotherapeutische literatuur naar beschouwende en intellectuele bijdragen die niet gedragen worden door empirisch aantoonbare effecten. Ook hier hoop ik, als fervent verdediger van de subjectieve unieke casus en geïnspireerd door literatuur en kunst, te tonen dat de objectiverende methodiek zijn plaats heeft in het broze evenwicht tussen 'maakbaarheid' en 'zingeving', tussen 'evidence' en 'onbeheersbaarheid' dat ons vak zo boeiend maakt.

Als grensgebied tussen medische wetenschap, met zijn reductionistische retoriek enerzijds en de hoogst individuele, empatisch poëtische complexiteit van de humane wetenschap anderzijds, heeft de psychiatrie en de psychotherapie een unieke plaats, die verloren gaat als ze afglijdt in de ene of de andere richting.

Als deze wat hoogdravende conclusies enkele mensen kunnen aanzetten of blijven motiveren tot onderzoek, therapie en goede zorg voor hun patiënten, durf ik, met Gerard Reve in gedachten, besluiten: 'Het is gezien, het is niet onopgemerkt gebleven'.

SUMMARY AND DISCUSSION

We planned this study because of the striking lack of data concerning the influence of current stress and family functioning on dissociative phenomena. The scientific literature has mainly focused on traumatic experiences in the past and the therapeutical approach is often only focusing on the themes of early childhood abuse within an individual therapeutical setting (Chapter 2). Since evidence-based data supporting the effectiveness of this individual treatment are lacking and since a family-oriented approach has proved to be useful and effective in other psychiatric disorders (Lange et al., 1993), we decided to explore and study the impact of current stress and family stress on dissociative phenomena.

Firstly, we tried to operationalise the theoretical framework of our research study. The Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, 1993) was selected to measure psychological dissociation. The DIS-Q has been widely used in the Dutch speaking area. Since there is no 'golden standard' to distinguish clearly the major dissociative disorders from other disorders, we decided to use the cut-off scores of the DIS-Q. In the actual view on dissociation, a distinction is made between mild (everyday) dissociation and high (pathological) dissociation (Van Dyck, 2000). We therefore used the same distinction in our analyses. To study the complexity of the concept 'stress', we looked for instruments to measure daily stress as well as family stress. To measure current stress the Daily Problem Checklist (Alledaagse Problemen Lijst; Vingerhoets, Jeninga & Menges, 1989) was selected. This Dutch self-report questionnaire measures the frequency and the intensity of stressful events within several life domains. Many important research publications regarding the influence of actual stress on psychopathology motivated our choice (Doherwend & Dohrenwend, 1978; Delongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982).
In a first exploratory study (Chapter 3), carried out within a non-clinical population, we studied the relationship between current stress and dissociation. The subjects were all employees who were suddenly threatened with dismissal from their job (measurement 1). They received intensive psychological support by which the levels of stress normalised after three months (measurement 2). When comparing the data from the two measurements, the results showed that dissociative experiences were elevated when subjects experience high levels of current stress. Furthermore, it appeared that a decrease in the level of stress was associated with a concurrent decrease of dissociative phenomena. These data from a non-clinical population motivated us to study our hypothesis within a clinical population, including both mild dissociation and dissociative disorders in the restricted sense.

To measure family stress the FAD (Family Assessment Device; Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) was selected. The FAD is an internationally well-known questionnaire

used in research on family functioning and psychopathology (Keitner, 1990; Keitner et al., 1991).
The Dutch version of the questionnaire (FAD-N; Wenniger et al, 1992) was validated in a non-clinical population. Since data concerning reliability and validity of the FAD-N in a clinical population were lacking, we decided to explore its validity and reliability within a clinical population. (Chapter 4). Some items were eliminated and one subscale (Roles) was found to be invalid. The new version of the FAD-N shows to be very useful for both administering in clinical practice and for research purposes on family functioning.
Besides the FAD (a self report-questionnaire), we chose a very different instrument to measure family stress: the Five Minutes Speech Sample (FMSS; Magana et al., 1986). The FMSS is a semi-structured interview, based on the concept of Expressed Emotion, which has become an international standard in family research in schizophrenia and other psychiatric disorders (Bebbington & Kuipers, 1994). However, our own results could not support the validity of the FMSS within our clinical population. Our data corroborated findings from the international literature especially regarding the lack of validity of the dimension "Emotional Overinvolvement" and the different results between mothers and fathers. These different results and the low correlations between the scores on the FMSS and the FAD-N showed us the complexity of family functioning and the difficulty to find a universal and simple measure to study family relationships.
Furthermore, some interesting and remarkable results concerning the position of fathers in the family showed up. In contrast with the FMSS hypotheses, "Emotional Overinvolvment", a dimension of high EE, would rather be a positive and protective factor and a measure of healthy family functioning in our sample.

Our clinical population consisted of a relatively large sample (n=99) of psychiatric inpatients, a majority of them had a severe eating disorder and they were mainly young women living with their parents. In a first phase of the clinical part of the study (Chapter 5), we studied the levels of current stress outside (Daily Problem Checklist) and inside (FAD-N) the family, and its relationship with the scores on the dissociation questionnaire (DIS-Q). At the same time, the influence of childhood trauma on the self-reported level of dissociation (using the DIS-Q) was studied by means of the Trauma Checklist (Vragenlijst Belastende Ervaringen, VBE; Nijenhuis et al., 1995). Firstly, a significant correlation was found between both instruments measuring stress, namely the APL and FAD-N questionnaires. Both 'everyday' stress and family stress can be considered as forms of current here-and-now stress. Furthermore, the results indicate a clear relationship between both current stress measures on the one hand and traumatic experiences in the past on the other hand. We cannot give a direction to this relationship (trauma could lead to more current stress or current stress could lead to more traumatic experiences) but these findings support the hypothesis that current stress can be the focus of treatment in traumatized patients, without directly exploring their traumatic past.

Finally, we studied the link between trauma and current stress on the one hand and dissociative experiences on the other. In line with the actual theory on dissociation (Van Dyck, 2000), a distinction was made between high dissociation scores (within the pathological range) and mild dissociation scores (the so called everyday dissociative experiences). As mentioned earlier, the cut-off scores of the DIS-Q were used to make this distinction. Our results supported our decision to make a distinction between the two different groups. Within the patient sample with high, pathological dissociation scores, a significant link between dissociation and trauma (emotional, physical and sexual) was detected together with a milder link between dissociation and current stress within and outside the family. However, patients reporting dissociation scores within the normal range showed only a very mild link with trauma, on all three subscales. At the same time, this sample showed a highly significant link between dissociation and current stress, a finding corroborating the results of our first study in a non-clinical population (De Wachter et al., 2006).

In the former study the relationship between dissociation and current stress was significant, but we could not give any direction to this relationship, since it was a correlational design evaluating the scores administered during one particular assessment moment. The question was raised whether dissociation is causing more stress in the 'here an now' situation or whether stress in the here and now is causing more dissociative experiences? Therefore, in a next study, we studied this mutual relationship between stress and dissociation within the framework of a longitudinal design (Chapter 6). During four subsequent moments of time (admission, discharge, follow-up after one year and follow-up after two years), we measured and studied whether the reported changes in stress level were accompanied by a subsequent or equal change in reported dissociation. The treatment during hospitalisation consisted of an eclectic approach with behavioural and family-oriented elements, focusing mostly on the here and now situation of both the individual patient and his family, and clearly not focusing on the past (Vanderlinden & Vandereycken, 1989). Hence, it can be assumed that the treatment can be considered as a kind of manipulative design aiming at reducing the current individual and family stress. Our results show that the dissociation scores do follow the same pattern as the two stress measures, especially the daily stress measurements. The results clearly show a concurrent evolution of stress and dissociation. When distinguishing the two different groups of dissociation (high and low) as we explained above, the same conclusions can be drawn for both the patients with mild and everyday dissociation and for those patients with high and pathological dissociation.
Taking into account the limitations of this study concerning its patient sample and methodology, it seemed clear to us that a multifactorial stress-model fits better to the problem of dissociation than the causal trauma-model which is still widely used and popular in most of the literature. Our findings may have important consequences regarding the treatment of dissociative symptoms: a direct focus on current stress, inside and outside the family, seems to be sufficient in reducing the dissociative

symptoms and the handling of traumatic experiences of the past does not seem to be a necessary ingredient (in contrast with the actual view).

In the last part of our study (Chapter 7), we focused on the transgenerational aspects of trauma. As was the case in the previous chapters, again we were confronted with the lack of empirical research and the uncritical way in which theories are described.in the literature. We studied the data on trauma and dissociation of both our patients and their respective parents. Surprisingly, no previous study on this topic was found in the international literature. Although we found a small significant correlation between the scores of dissociation and trauma between mothers and children (not between fathers and children) the results argue against the current theory that trauma is repeated from one generation to the other generation. Compared with parents reporting no trauma, we found no higher frequency of trauma in children if their parents mention trauma. If we considered the "memories of parental rearing behaviour" (EMBU; Egna Minnen Beträffende Uppfostran, Perris et al., 1980) in our analysis, we found a link between negative memories of patients and trauma of their mothers. There were no links between patients and fathers. Once again, our results point towards a complex relationship between trauma, dissociation and family factors and against simple causal links.

Once more, it is important to note the limitations of this study: we used a relatively small sample, a majority of our patients were diagnosed with a severe eating disorder and our methodology was retrospective in nature. Hence, we must come to prudent and tempered conclusions.

Overlooking all our data, some general conclusions can be drawn. First, there is an urgent need for more research in the area of family therapy. Despite the lack of scientific publications, consensus exists both in the general population as in academic circles, concerning the importance of family factors in both the development and treatment of psychiatric disorders. If family therapy and family-based approaches want to survive in modern psychiatry, more investment is needed in empirical research and in studying family methodology. However, I must confess that studying families is very complex and difficult, but it is my hope that this study may show that valid and reliable instruments to study family dynamics exist and hence that complex hypotheses can be tested.
Moreover, I think that this study shows that the influence and impact of environmental factors are crucial in modern thinking about psychopathology. In an era of genetic and neurobiological dominance, it is important to stress the influence of the environment and family context. It seems impossible to me to think and reflect about psychiatry and psychology without taking into account the importance of the family system and the larger social context. I hope that this study shows that this can be done in a transparent and reproducible way, without denying the complexity of the material studied.

A last conclusion needs to be drawn concerning the pragmatics of both research and therapy. All too often, the psychotherapeutic literature looses itself into reflecting and intellectual considerations that are not at all supported by empirical or evidence-based data. I hope that this study proves that methodology can create some objectivity in our field in contrast with the unique, subjective and even poetical position of the therapeutic reality. The fragile equilibrium between 'evidence' and 'impossibility', between 'control' and 'spirituality' makes this profession ultimately interesting.

As a borderland between medical science, with it's objectivistic discourse on the one hand and the individualistic, subjective, artistic language of human science on the other, psychiatry and psychotherapy have a difficult but unique place that will get lost when it moves all too far away from one of its poles.

If these rather grandiloquent conclusions can help some people to continue their work in research, therapy or care for their patients, I dare to conclude with the famous words of Gerard Reve: "It has been seen, it has not been unnoticed".

CURRICULUM

Dirk De Wachter werd geboren te Wilrijk (België) op 3 maart 1960.
Hij deed zijn middelbare studies aan het Onze-Lieve-Vrouwcollege te Boom en studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Daarna specialiseerde hij zich in de neuropsychiatrie te Brugge, Parijs en Antwerpen. Tegelijkertijd volgde hij een brede psychotherapeutische vorming in de client-centered therapie, de psychoanalytische therapie, de transactionele analyse, de hypnotherapie en vooral in de systeemtherapie.
Sinds 1990 is hij diensthoofd systeem- en gezinstherapie aan het Universitair Psychiatrisch Centrum van de Katholieke Universiteit Leuven, campus Kortenberg. Hij is opleider familietherapie aan de Voortgezette Academische Opleiding in de Relatie- Gezins- en Systeemtherapie van de KULeuven. In het UC Kortenberg is hij verder verantwoordelijk voor het dagactiviteitencentrum en voor het beschut wonen en is hij voorzitter van het Ethisch Comité. Hij heeft daarnaast een private praktijk te Antwerpen.
Naast zijn opleidings- en supervisieactiviteiten in de gezinstherapie interesseert hij zich aan maatschappelijke en ethische aspecten van de psychiatrie.

LITERATUUR

Aldridge-Morris, R. (1998). *Multiple Personality. An exercise in deception.* Hove & London: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*. Washington, DC.

Anderson, C.L., & Alexander, P.C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry, 59,* 240-254.

Anderson, C.M., Hogarty, G.I., & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin, 6,* 490-505.

Arrindell, W.A., Ende, J. van der, Methorst, G.J., Kwee, M.G.T., Pol, E., & Moritz, B.J.M. (1989). Expanding the validity of a measure of reported parental rearing practices with psychiatric inpatients: further Dutch experiences with the EMBU. *Personal and Individual Differences, 10,* 493-500.

Barach, P.M.M. (1991). Multiple Personality Disorder. *Dissociation*, *3,* 117-123.

Barach, P.M.M. (1997). *ISSD Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults*. Skokie, I.L.: International Society for the Study of Dissociation.

Barrett, J.E. (1979). *Stress and mental disorder. American Psychopathological Association Series.* New York: Raven Press.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioural Science, 1,* 251-264.

Beal, E.W. (1978). Use of the extended family in the treatment of multiple personality. *American Journal of Psychiatry, 135*, 539-542.

Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, *24*, 707-718.

Benjamin, L. R., & Benjamin, R. (1994). Various perspectives on parenting and their implications for the treatment of dissociative disorders. *Dissociation, 7,* 246-260.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1992). An overview of family treatment in dissociative disorders. *Dissociation, 5,* 236-241.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1993) Interventions with children in dissociative families : a family treatment model. *Dissociation, 6,* 54-65.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 a). Application of contextual therapy to the treatment of M.P.D. *Dissociation, 7,* 12-22.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 b). A group for partners and parents of MPD clients Part I: Process and format. *Dissociation, 7,* 35-43.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 c). A group for partners and parents of MPD clients Part. II : Themes and responses. *Dissociation, 7,* 104-111.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 d). A group of partners and parents of MPD clients Part III : Marital types and dynamics. *Dissociation, 7,* 191-196.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 e). Issues in the treatment of dissociative couples. *Dissociation, 7,* 229-238.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 f). Utilizing parenting as a clinical focus in the treatment of dissociative disorders. *Dissociation, 7,* 239-245.

Benjamin, L.R., & Benjamin, R. (1994 g). Various perspectives on parenting and their implications for the treatment of dissociative disorders. *Dissociation, 7,* 246-260.

Berkowitz, R. (1984). Therapeutic interventions with schizophrenic patients and their families: a description of a clinical research project. *Journal of Family Therapy, 6,* 211-233.

Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174,* 727-735.

Boon, S., & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands : A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 458-462.

Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A study of reliability and validity of the diagnosis.* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Boon, S., & Hart, O. van der (1995). De Behandeling van de Multipele Persoonlijkheidsstoornis. In: O. Van der Hart (Ed.), *Trauma, Dissociatie en Hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeilinger.

Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D.N. (1981). Contextual family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 159-186). New York: Brunner/Mazel.

Braun, B.G. (1985). The transgenerational incidence of dissociation and multiple personality disorder. In : R.P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 127-150). Washington, DC.: American Psychiatric Press.

Brown, G.W., & Birley, J.L.T. (1968). Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior, 9*, 203-214.

Brown, R.J., Schrag, A., & Trimble, M.R.(2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162,* 899-905.

Brunet, A., Holowka, D.W., & Laurence, J.R. (2001). Dissociation. In: Aminoff, M.J. & Daroff, R.B. (Eds.), *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, San Diego: Academic Press.

Burks, N., & Martin, B. (1985). Everyday problems and life change events: ongoing versus acute sources of stress. *Journal of Human Stress, 2,* 27-35.

Butler, L.D. (2004). The dissociations of everyday life. *Journal of Trauma and Dissociation, 5*, 1-9.

Collins, F. (2004). What is dissociation? *Dissociation Australia*, url: www.arts.monash.edu.au.

Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parental practices. *Journal of Trauma and Dissociation, 6*, 71-95.

Coons, P.M. (1985). Children of parents with multiple personality disorder: In: R.P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington: American Psychiatric Press.

Coyne, J.C., & Anderson, B.J. (1989). The 'psychosomatic family' reconsidered II; Recalling a defective model and looking ahead. *Journal of Marital and Family Therapy, 15,*139-148.

Cozolino, L.J., Goldstein, M.J., Nuchterlein, K.H., West, K.L., & Snyder, K.S. (1988). The impact of education about schizophrenia on relatives varying in Expressed Emotion. Schizophrenia Bulletin, 14, 675-687.

Dalenberg, C.J., & Palesh, O.G. (2004). Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in Russian college students. *Child Abuse & Neglect , 4,* 46174.

Dell, P.F., & Eisenhouwer, J.W. (1990). Adolescent Multiple Personality Disorder: A preliminary study of eleven cases. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 359-366.

Delongis, A., Coyne, J.C., Dakof, G., Folkman, G., & Lazarus, R.S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Journal of Psychology*, *1*, 119-136.

Dinwiddie, S.H., & Bucholz, K.K. (1993). Psychiatric diagnosis of self-reported child abusers. *Child Abuse and Neglect, 17*, 465-476.

Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psycho education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 26,* 5-20.

Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (1978). Some issues in research on stressful life events. *Journal of Nervous and Mental Disease, 166,* 7-15.

Dohrenwend, B.S., & Martin, J.L. (1979). Personal versus situational determination of anticipation and control of the occurrence of stressful life events. *American Journal of Community Psychology, 7*, 453-468.

Dollinger, S.J. (1983). A case report of dissociative neurosis (depersonalisation disorder) in an adolescent treated with family therapy and behaviour modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 479-484.

Draijer, N., & Langeland, W.M.A. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the aetiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 156*, 379-385.

Dyck, R. van (2000). Dissociatieve stoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Handboek Psychopathologie. Deel 1: Basisbegrippen.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Egeland, B. (1993). A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: R.J. Gelles & D.R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp.197-208). Newbury Park, NJ: Sage.

Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The Mc Master Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*, 171-180.

Epstein, N.B., Bishop, D.S., & Levin, S. (1978). The Mc Master model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling, 4*, 19-31.

Ertem, I.O., Leventhal, J.M., & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet, 2*, 814-819.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & Mc Gill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia.* New York: Guilford.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Steele, H., Morean, G., & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective Self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental Health Journal, 1*3, 200-217.

Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their families.* New York: W.W. Norton.

Furth, E. van, Strien, D.C., Son, M.J. van, & Egeland, H. (1993). The validity of the Five-Minute Speech Sample as an index of Expressed Emotion in parents of eating disorder patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34 (7)*, 1253-1260.

Gold, S.N., Elhai, J.D., Rea, B.D., Weiss, D., Masino, T., Morris, S.L, & Mc Ininch, J. (2001). Contextual treatment of Dissociative Identity Disorder: three case studies. *Journal of Trauma and Dissociation, 2,* 5-36.

Goodwin, J.M., & Sachs, R.G. (1996). Child abuse in the aetiology of dissociative disorders. In: L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation: theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press.

Harber, K.D., & Pennebaker, J.W. (1992). Overcoming traumatic memories. In: S.A. Christianson (ed), *The handbook of emotion and memory.* Research and theory. New York, Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Ijzendoorn, M.H. van (1994). *Gehechtheid van ouders en kinderen: intergenerationele overdracht van gehechtheid in theorie: (klinisch) onderzoek en gevalsbeschrijvingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Irwin, H.J. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182,* 456-460.

Irwin, H.J. (1999). Pathological and non-pathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology, 133,* 157-164.

Johnson, J.G., & Bernstein, R.F. (1991). Does daily stress independently predict psychopathology? *Journal of Social and Clinical Psychology,* 10, 58-74.

Kabacoff, R.I., Miller, I.W., Bishop, D.S., Epstein, N.B., & Keitner, G.I. (1990). A psychometric study of the Mc Master Family Assessment Device in psychiatric, medical and non clinical samples. *Journal of Family Psychology, 3*, 431-439.

Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily Hassles and uplift versus major life-events. *Journal of Behavioural Medicine, 4*, 1-39.

Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive adults? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 591-600.

Keitner, G.I. (ed.) (1990). *Depression and families: impact and treatment.* Washington, D.C.: American psychiatric Press.

Keitner, G.I., Fodor, J., Ryan, C.E., Miller, I.W., Epstein, N.B., & Bishop, D.S. (1991).

A cross cultural study of major depression and family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 254-258.

Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., & Norman, W.H. (1992). Recovery and major depression: Factors associated with 12-month outcome. *American Journal of Psychiatry, 149*, 93-99.

King, S., & Dixon, M.J. (1996). The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1098-1104.

Kinzl, J.F., Traweger, C., & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunction: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a non clinical sample. *Child Abuse and Neglect, 19,* 758-792 .

Kluft, R.P, Braun, B.G., & Sachs, R.G. (1984). Multiple personality, intra familial abuse, and family psychiatry. *International Journal of family psychiatry, 5*, 283-301.

Kluft, R.P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 7,* 9-29.

Kluft, R.P. (1987). The parental fitness of mothers with multiple personality disorder. *Child Abuse and Neglect, 2,* 273-280.

Kluft, R.P. (1993). Clinical approaches to the integration of personalities. In: R.P. Kluft & E.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101-103). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

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.

Lange, A. (1994a). *De verzuiling in de psychotherapie.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

Lange, A. (1994b). *Gevalsbeschrijvingen bij Gedragsverandering in gezinnen (Casebook with Behavioural Family Therapy).* Groningen: Wolters-Noordhoff.

Lange, A. (1996). Family therapy, from ideology to craftmanship. *Context Magazine, Assessment Family Therapy.*

Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen* (7e uitgave). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen, cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Groningen: Wolters Noordhoff.

Lange, A., Beurs, E. de, Dolan, C., Lachnit, T., Sjollema, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 150-158.

Lange, A., Schaap, C., & Widenfelt, B. van (1993). Family therapy and psychopathology: developments in research and approaches to treatment. *Journal of Family Therapy, 15*, 113-146.

Leifer, M., Kilbane, T., Jacobsen, T., & Grossman, G. (2004). A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse. *Journal of Clinical Child and*

Adolescent Psychology, 33, 662-672.

Lenior, M.E. (2002). *The social and symptomatic course of early-onset schizophrenia. Five-year follow-up of a psychosocial intervention.* Amsterdam: Thela Thesis.

Magaña, A.B. (1988). *Manual for coding expressed emotion from the five minute speech sample.* UCLA Family Project.

Magaña, A.B., Goldstein, M.J., Karmo, M., Miklowitz, D.J., Jenkins, J., & Falloon, I.R.H. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatric Research, 17*, 203-212.

Mann, B.J., & Sanders, F.(1994). Child dissociation and the family context. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22,* 373-388.

Miller, I.W., Epstein, N.B., Bishop, D.S., & Keitner, G.I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy, 11*, 345-356.,

Miller, I.W., Kabacoff, R.I., Keitner, G.I., Epstein, N.B., & Bishop, D.S. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry, 27,* 302-312.

Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S., & Epstein, N.B. (2000). The Mc Masterapproach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of FamilyTherapy, 22,* 168-189.

Minuchin, S.,Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press.

Monroe, S.M., & Roberts, J.E. (1990). Conceptualising and measuring life stress: problems, principles, procedures, progress. *Stress Medicine, 6,* 209-216.

Mulaik, A.M. (1972). *The foundation of factor analysis.* New York: McGraw-Hill Book Company.

Murphy, P.E. (1994). Dissociative experiences and dissociative disorders in a non-clinical university student group. *Dissociation, 7,* 28-34.

Narang, S.N., & Contreras, J.M. (2005). The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse. *Child Abuse and Neglect, 29*, 683-699.

Nash, M.R., Hulsey, T.L., Sexton, M.C., Harralson, T.L., & Lambert, W. (1993). Long-term sequellae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 276-283.

Newcomb, M.D., & Locke, T.F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse and Neglect, 25, 1219-1240.*

Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation. Phenomena, measurement, and theoretical issues.* Assen: Van Gorcum.

Nijenhuis, E.R.S., Hart, O. van der, & Kruger, K. (2002). *The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients.* Clinical Psychology and Psychotherapy, 9(3), 200-210.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1995). *Psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study.* Psychotherapy & Psychosomatics, 67, 17-23.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 711-730.

Nilsen, W.J. (2001). The relationship between trauma and dissociation: is the development of dissociative symptoms mediated by family functioning? *Dissertation Abstracts International: section B – the sciences and engineering, 62,* 2962.

Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfeld, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a non clinical sample. *Developmental Psychopathology, 9,* 855-879.

Oliver, J.E. (1993). Intergenerational transmissions of child abuse rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1315-1323.

Panos, P.T., Panos, A., & Allred, G.H. (1990). The need for marriage therapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation, 3,* 10-14.

Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenicrelapse: An analysis of the aggregated data. *Psychological Medicine, 20, 961-965.*

Pasquini, P., Liotti, G., Mazzotti, E., Fassone, G., & Picardi, A. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105,* 110-116.

Paykel, E.S. (1974). Life events and psychiatric disorder. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 135-149). New York: Wiley.

Pears, K.C., & Capaldi, D.M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse and Neglect, 25, 1439-1461.*

Pennebaker, J.W., & Beal, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. Journal of Abnormal Psychology, 95, 274-281.

Perris, C., Arrindell, WA., & Eisenmann, M. (1994). *Parenting and psychopathology.* Chichester: Wiley.

Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Knorring, L. von, & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61*, *265-274.*

Porter, S., Kelly, K.A., & Grame, C.J. (1993). Family treatment of spouses and children of patients with multiple personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 57,* 371-379.

Putnam, F.W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, *2,* 413-429.

Putnam, F.W., & Loewenstein, R.J. (1993). Treatment of multiple personality disorder: a survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.

Reber, A.S. (1991). *Woordenboek van de psychologie: Termen, theorieën en verschijnselen (2e ed.).* Amsterdam: Bert Bakker.

Ridenour, A., Daley, J.G., & Reich, W. (1999). Factor analyses of the Family Assessment Device. *Family Process, 38*, 497-510.

Riley, K.C. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 449-450.

Rivera, M. (1991). Multiple personality disorder and the social systems : 185 cases. *Dissociation, 4,* 79-82.

Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F., & Hoogduin, K. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *Jounal of Nervous ad Mental Disease, 193,* 508-514.

Ross, C.A., Kronson, J., Koensgen, S., Barkman, K., Clark, P., & Rockman, G. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital and Community Psychiatry, 43,* 840-842.

Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centres. *American Journal of Psychiatry, 147,* 596-601.

Sachs, R.G., Frischolz, E.J., & Wood, J.I. (1988). Marital and family therapy in the treatment of multiple personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy, 4,* 249-259.

Sanders, B., & Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed children. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 50-54.

Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis, 29*, 95-102.

Sawin, K.J., & Harrigan, M.P. (1995). *Measures of family functioning for research and practice.* New York: Springer Publishing Co.

Saxe, G.N., Kolk, B.A. van der, Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1037-1042

Singer, J.D., & Wilett, J.B. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis: Modelling Change and Event Occurrence.* New York: Oxford University Press.

Sno, H.N., & Schalken, H.F. (1999). Dissociative identity disorder: diagnosis and treatment in the Netherlands. *European Psychiatry, 14,* 270-277.

Sorcher, N., & Cohen, L.J. (1997). Trauma in children of Holocaust survivors: transgenerational effects. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 493-500.

Spinhoven P., Roelofs K., Moene F., Kuyk J., Nijenhuis E., Hoogduin K., & Dijck, R. van (2004). Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 34,* 305-18.

Steinberg, M., Rounsaville, D., & Ciccetti, 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.

Stone, A.A., & Neale, J.M. (1982). Development of a methodology for assessing daily experiences. In: A. Baum & J.J. Singer (Eds.), *Advances in experimental psycholo-*

gy: Vol. 4. Environment and health. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Surwillo, W.W. (1980). *Experimental design in psychiatry: research methods for clinical practice.* New York: Grune & Stratton.

Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences, trauma and hypnosis*. Amsterdam: Academic thesis, Vrije Universiteit.

Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences, trauma and hypnosis: Research findings and clinical applications in eating disorders.* Delft : Eburon.

Vanderlinden, J., & Vandereycken (1989). Overview of family therapy literature. In: W. Vandereycken, E. Kog, & J. Vanderlinden (eds.), *The Family Approach to eating Disorders.* New York: PMA.

Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1993a). The Dissociation Questionnaire: Development and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *1*, 21-27.

Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1993b). Dissociation and traumatic experiences in the general population of the Netherlands. *Hospital and Community psychiatry, 44*, 786-788.

Verona, E., & Sachs-Ericson, N. (2005). The intergenerational transmission of externalising behaviours in adult participants: the mediating role of childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology ,73,* 1135-1145.

Vingerhoets, A.J.J.M., & Tilburg, M.A.L. van (1994). *Alledaagse Problemenlijst (APL).* Lisse: Swets en Zeitlinger.

Vingerhoets, A.J.J.M., Jeninga, A.J., & Menges, L.J. (1989). Het meten van chronische en alledaagse stressoren: Eerste onderzoekservaringen met de Alledaagse Problemen Lijst (APL) II. *Gedrag en Gezondheid*, *17*, 10-17.

Wachter, D. de, & Lange, A. (1996). Dissociatieve stoornissen en gezinstherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 38*, 150-158.

Wachter, D. de, Lange, A., Vanderlinden, J., Pouw, J, & Strubbe, E. (1998). De invloed van alledaagse stress op dissociatieve verschijnselen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *40*, 335-343.

Wachter, D. de, Lange, A., Vanderlinden, J., Pouw, J., & Strubbe, E. (2006). The influence of current stress on dissociative experiences. An exploratory study in a non-clinical population. *Journal of Trauma and Dissociation, 1*, 87-96.

Wachter, D., de, Neven, S., Vandewalle, S., Vanderlinden, J., & Lange, A. (in review a). Dissociatieve verschijnselen: verband met stress uit heden en verleden. *Tijdschrift voor Psychiatrie.*

Wachter, D., de, Neven, S., Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. (in review b). Co-evolutie van stress en dissociatie in een klinische populatie. Een longitudinale studie.

Wachter, D., De, Neven, S., Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. (in review c). Transgenerationele aspecten van trauma en dissociatie: empirische gegevens. *Tijdschrift voor Psychotherapie.*

Wachter, D., de, Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lang, A.

(2005). FAD-N en FMSS: twee verschillende instrumenten voor het meten van gezinsfunctioneren. *Systeemtherapie, 2,* 82-96.

Wachter, D., de, Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. (2006). Een psychometrische exploratie van de Nederlandse versie van de Family Assessment Device. *Directieve Therapie, 1,* 43-57.

Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 156*, 546-550.

Waller, N.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and Dissociative types: a taxometric analysis of Dissociative experiences. *Psychological Methods, 1,* 300-321.

Wearden, A.J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R., & Armstrong-Rahill, A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review, 20(5)*, 635-666.

Wenniger, W.F. M. d. B., Benoist, R.H.I., Moleman, N., et al. (1992). Het Mc Mastermodel als uitgangspunt voor gezinsdiagnostiek. *Kind en Adolescent, 4,* 179-184.

Wenniger, W.F. M. d. B., Hageman, W.J.J.M., & Arrindell, W.A. (1993). Cross-national validity of dimensions of family functioning: first experiences with the Dutch version of the Mc Master Family Assessment Device (FAD). *Personality and Individual Differences, 14 (6)*, 769-781.

Wenniger, W.F. M.d.B., Garst, H., & Mellenbergh, G.J. (2000). *The Dutch version of the Mc Master Family Assessment Device (FAD-N) investigated in a sample of healthy families.* Niet gepubliceerd manuscript.

Williams, M.B. (1991). Clinical work with families of MPD patients: assessments and issues for practice. *Dissociation, 4,* 92-98.

Wolfe, D.A (1991). *Preventing physical and emotional abuse of children*. New York: Guilford Press.

Wolfe, D.A., Sandler, J., & Kaufman, K. (1981). A competency-based parent training program for child abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 633-640.

Yeager, C.A., & Otnow, D. (1996). The intergenerational transmission of violence and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *5,* 393-430.

Zilbach, J.J. (1986). *Young children in family therapy.* New York: Brunner/Mazel.