

CPTSS herdefiniëren



Traumamaatje

trauma / ptss / cptss

Auteur: Ambrosius Duuk

CPTSS herdefiniëren

CPTSS herdefiniëren

Naar een scherpere definitie en betere behandeling

Een verkenning van de overlap met borderline-
persoonlijkheidsstoornis, een voorstel voor
aangescherpte
diagnostische criteria en de gevolgen voor de
behandeling

CPTSS herdefiniëren

Inleiding

Complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS) is de afgelopen jaren steeds meer in de belangstelling komen te staan. De opname in de ICD-11 was een belangrijke stap, maar de huidige definitie laat nog te veel ruimte voor onduidelijkheid. Vooral de overlap met de borderline-persoonlijkheidsstoornis zorgt in de praktijk voor diagnostische verwarring, wisselende behandelkeuzes en soms onnodig stigma.

Een scherpere definitie is niet alleen een academische kwestie. Zij heeft directe gevolgen voor mensen die met de gevolgen van langdurig interpersoonlijk trauma leven. Wanneer de grenzen met andere diagnoses helderder zijn, wordt sneller duidelijk welke behandeling past: wanneer traumaverwerking centraal kan staan, wanneer eerst stabilisatie nodig is, en wanneer elementen uit borderline-gerichte therapieën relevant blijven. Bovendien kan een preciezere omschrijving helpen om de nadruk te leggen op wat er is gebeurd, in plaats van op wie iemand “is”.

In dit boekje wordt beargumenteerd waarom de huidige criteria voor CPTSS onvoldoende onderscheidend zijn, hoe een aangescherpte definitie eruit zou kunnen zien, en welke concrete veranderingen dat zou betekenen voor diagnostiek en behandeling.

CPTSS herdefiniëren

Inhoud van het boekje

1. **Titelpagina** – CPTSS herdefiniëren
2. **Inleiding** – over het belang van een scherpere definitie
3. **Hoofdstuk 1** – Het controversiële raakvlak tussen CPTSS en BPS
4. **Hoofdstuk 2** – Waarom een betere definitie nodig is
5. **Hoofdstuk 3** – Voorstel voor aangescherpte diagnostische criteria (in ICD-stijl)
6. **Hoofdstuk 4** – Gevolgen voor de behandeling
7. **Hoofdstuk 5** – Voorbeeldbehandelplannen
 - 5.1 “Zuivere” CPTSS
 - 5.2 CPTSS met duidelijke BPS-overlap
 - Vergelijkingstabel
8. **Afsluiting**
9. **Bronnenlijst**

CPTSS herdefiniëren

1. Het controversiële raakvlak tussen CPTSS en BPS

CPTSS en borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) delen kernsymptomen: emotieregulatieproblemen, relationele moeilijkheden, een negatief of verstoord zelfbeeld, en soms impulsiviteit of zelfbeschadigend gedrag. Veel mensen met een BPS-diagnose hebben een geschiedenis van langdurig interpersoonlijk trauma (vaak in de kindertijd), zoals misbruik, verwaarlozing of chronische invalidatie.

In de ICD-11 bestaat CPTSS als aparte diagnose (PTSS-symptomen plus verstoringen in zelforganisatie: affectregulatie, zelfconcept en relaties). De DSM-5 erkent CPTSS niet als aparte categorie en vangt de symptomen deels op onder de uitgebreide PTSS-criteria of andere diagnoses.

Onderzoek toont dat de twee te onderscheiden zijn. Bij CPTSS is trauma een vereiste en is het zelfbeeld vaak stabiel-negatief. Bij BPS is trauma niet verplicht, is het zelfbeeld instabieler, en komen impulsiviteit, intense verlatingsangst en suïcidaal of zelfbeschadigend gedrag vaker voor. Toch is comorbiditeit hoog en is er veel overlap in presentatie. Sommige clinici beargumenteren dat een deel van de BPS-diagnoses in feite (of vooral) traumagerelateerd is en beter als CPTSS begrepen kan worden.

CPTSS herdefiniëren

Waarom dit raakt

Voor mensen met een BPS-label voelt de diagnose vaak als een oordeel over hun persoonlijkheid (“jij bent zo”), met veel stigma, terwijl CPTSS de nadruk legt op wat er is gebeurd (“dit is een gevolg van langdurig trauma”). Dat verschil in framing kan enorm validatie of juist invalidatie geven. Voor trauma-overlevers die jarenlang verkeerd gediagnosticeerd of behandeld zijn, raakt het aan gevoelens van niet-begrepen worden, therapieresistentie en de strijd om erkenning. Het raakt ook aan genderaspecten: BPS wordt onevenredig vaak bij vrouwen gesteld, terwijl mannen met vergelijkbare trauma’s sneller een PTSS-label krijgen.

Waarom het controversieel is

Er is scherpe verdeeldheid. Voorstanders van herdefiniëring of sterkere trauma-focus zien BPS deels als gestigmatiseerde trauma-stoornis en pleiten voor CPTSS of trauma-gerichte benaderingen. Critici benadrukken dat niet iedereen met BPS trauma heeft, dat trauma noch noodzakelijk noch voldoende is voor BPS, en dat de constructen empirisch te scheiden zijn. Een simpele “alles is trauma”-reductie ondermijnt de complexiteit (biologische kwetsbaarheid, andere factoren) en kan sommige patiënten invalideren.

CPTSS herdefiniëren

2. Waarom een betere definitie nodig is

De huidige situatie laat zien dat een scherpere, beter onderbouwde definitie van CPTSS hard nodig is.

Waar het nu mank gaat

ICD-11: CPTSS is wel een aparte diagnose (PTSS-kernsymptomen plus de drie “disturbances in self-organization”). Maar die definitie is bewust symptoomgericht geworden en vereist geen specifiek type trauma meer. Dat maakt hem bruikbaar, maar ook vager dan de oorspronkelijke ideeën van Judith Herman.

DSM-5/DSM-5-TR: CPTSS wordt niet erkend als aparte categorie. De symptomen worden deels opgevangen onder de uitgebreide PTSS-criteria of andere diagnoses. Dat zorgt voor inconsistentie tussen landen en clinici.

Overlap met BPS: Zolang de grenzen niet helder zijn, blijft de discussie “is dit CPTSS of BPS?” doorgaan, met alle gevolgen voor stigma, behandeling en onderzoeksresultaten. Daarnaast is er kritiek dat de constructie soms te veel leunt op een lineair “trauma → stoornis”-model.

Wat een betere definitie zou opleveren

- Misdiagnoses verminderen (vooral de verwarring met BPS)
- Behandelingen beter laten aansluiten (fase-gerichte vs. directe traumaverwerking)
- Onderzoek vergelijkbaarder maken
- Mensen die langdurig interpersoonlijk trauma hebben meegemaakt meer erkenning geven zonder hen te pathologiseren als “persoonlijkheidsstoornis”

3. Voorstel voor aangescherpte diagnostische criteria

Hieronder volgt een voorstel voor aangescherpte diagnostische criteria voor Complexe Posttraumatische Stressstoornis (CPTSS), geformuleerd in de stijl van de ICD-11.

A. Blootstelling aan trauma

Blootstelling aan één of meer uiterst bedreigende of afschuwelijke gebeurtenissen of series van gebeurtenissen die langdurig, herhaald of chronisch van aard zijn en waarbij ontsnapping moeilijk of onmogelijk was.

Voorbeelden: herhaald seksueel of fysiek misbruik in de kindertijd, langdurig huiselijk geweld, marteling, gevangenschap, slavernij, genocide of systematische institutionele mishandeling.

Een eenmalig trauma kan alleen in uitzonderlijke gevallen volstaan wanneer de overige criteria volledig en overtuigend aanwezig zijn.

B. Symptomen van posttraumatische stressstoornis

Aan alle drie de volgende clusters moet worden voldaan (gedurende minstens enkele weken):

1. **Herbeleving in het hier-en-nu.** Herhaalde, onvrijwillige en indringende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis(sen) in de vorm van herbelevingen, flashbacks of nachtmerries.
2. **Vermijding.** Aanhoudende vermijding van gedachten, gevoelens, situaties of prikkels die met de traumatische gebeurtenis(sen) in verband staan.
3. **Gevoel van actuele bedreiging.** Aanhoudende hypervigilantie, verhoogde schrikreactie of een sterk gevoel van huidige onveiligheid.

CPTSS herdefiniëren

C. Verstoringen in zelforganisatie (DSO)

Aan alle drie de volgende domeinen moet worden voldaan, en de symptomen moeten persistent en pervasief zijn:

1. **Affectregulatie.** Ernstige en aanhoudende problemen met het reguleren van emoties, gekenmerkt door langdurige toestanden van hyper- of (vaker) hypoarousal, emotionele verdoving, dissociatie of intense distress die vooral door traumagerelateerde triggers wordt opgeroepen. (Niet primair gekenmerkt door snelle, impulsieve stemmingswisselingen of woede-uitbarstingen als dominant patroon.)
2. **Negatief zelfconcept.** Een stabiel en persistent negatief zelfbeeld, met overtuigingen over zichzelf als waardeloos, verslagen, beschadigd of schuldig, gepaard gaand met schaamte, schuld of mislukkingsgevoelens die duidelijk verband houden met de traumatische ervaringen. (Geen instabiele of sterk wisselende identiteit.)
3. **Relatieproblemen.** Aanhoudende moeilijkheden in het aangaan of handhaven van nabije relaties, gekenmerkt door wantrouwen, vermijding van intimiteit of emotionele afstand als beschermingsstrategie. (Niet primair gekenmerkt door intense idealisatie-devaluatie-cycli of panische verlatingsangst.)

D. Functionele beperking

De symptomen veroorzaken significante beperkingen in persoonlijk, familiaal, sociaal, educatief, beroepsmatig of ander belangrijk functioneren.

E. Duur

De symptomen houden minstens enkele weken aan (meestal maanden tot jaren).

F. Differentiële diagnose

De stoornis is niet beter te verklaren door een andere mentale stoornis. Kenmerken die sterker wijzen op borderline-persoonlijkheidsstoornis (of comorbiditeit) zijn onder andere:

- een instabiel of sterk wisselend zelfbeeld;
- herhaaldelijk zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag als primaire emotieregulatiestrategie;
- intense, chaotische relationele patronen met panische verlatingsangst.

4. Gevolgen voor de behandeling

Een scherpere definitie zou de behandeling van CPTSS op meerdere manieren concreet veranderen. Niet dramatisch in de zin dat alles overhoop moet, maar wel gericht, minder verwarrend en beter afgestemd op wat iemand écht nodig heeft.

Duidelijker behandelpad vanaf het begin

Nu is er vaak aarzeling: “Is dit CPTSS of BPS (of allebei)?” Die onzekerheid leidt tot voorzichtige, soms te lange stabilisatiefases of juist tot te snelle traumaverwerking. Met de aangescherpte criteria zou de diagnostiek sneller uitsluitel geven. Voldoet iemand duidelijk aan de CPTSS-criteria → trauma-gerichte behandeling krijgt eerder prioriteit. Zijn er sterke BPS-kenmerken → eerst of parallel meer nadruk op emotieregulatie, mentaliseren en relationele stabiliteit.

Minder automatische “fase 1 eerst”-aanpak

Bij “zuivere” CPTSS volgens de scherpere definitie zou vaker sneller of parallel met traumaverwerking gewerkt kunnen worden, omdat de affectproblemen meer trigger-gebonden en hypoarousal-gericht zijn, het zelfbeeld stabiel-negatief is (en dus vaak mee verandert door traumaverwerking), en de relationele problemen meer vermijdend dan chaotisch-impulsief zijn. Bij twijfel of sterke BPS-kenmerken blijft een steviger stabilisatiefase of modulaire aanpak verstandiger.

CPTSS herdefiniëren

Gerichtere modules binnen de behandeling

De drie DSO-domeinen zouden concreter sturend worden:

Domein	Focus bij scherpere CPTSS	Minder nadruk op...
Affectregulatie	Trigger-herkenning, hypoarousal/dissociatie, grounding, lichaamswerk	Algemene impulscontrole of woede-management
Negatief zelfconcept	Schaamte- en schuldreductie, herstel van eigenwaarde via traumaverwerking en zelfcompassie	Identiteitsopbouw of “wie ben ik?”-werk
Relaties	Wantrouwen en vermijding aanpakken, veilig nabijheid oefenen	Idealiserings-devaluatie of verlatingspaniek

Betere matching van behandelvormen

Trauma-focused therapieën (EMDR, Imaginaire Exposure, Cognitive Processing Therapy, Narrative Exposure Therapy) zouden vaker als kernbehandeling worden ingezet bij duidelijke CPTSS. Bij sterke overlap met BPS-kenmerken blijft DBT, Mentalization-Based Treatment of schema-therapie relevanter, of een combinatie. Farmacotherapie zou gericht kunnen: minder “algemene borderline-medicatie” en meer aandacht voor trauma-gerelateerde hyperarousal, slaap of dissociatie.

CPTSS herdefiniëren

5. Voorbeeldbehandelplannen

5.1 “Zuivere” CPTSS

(stabiel negatief zelfbeeld, vermijdende relationele stijl, trauma-gerelateerde affectproblemen, duidelijke herbelevingen en vermijding)

Opbouw (circa 6–12 maanden, afhankelijk van ernst)

Startfase (4–8 sessies)

- Veiligheid en stabiliteit checken (huidige leefsituatie, crisisplan, eventuele acute risico's)
- Psycho-educatie over CPTSS en de drie DSO-domeinen
- Eenvoudige grounding- en hypoarousal-technieken
- Opbouwen van werkrelatie en motiveren voor traumaverwerking

Kernfase – traumaverwerking + DSO

- Trauma-focused therapie als centrale as (EMDR, Imaginaire Exposure, CPT of NET)
- Parallel of geïntegreerd: schaamte- en schuldreductie, werken aan wantrouwen en vermijding in relaties, trigger-management
- Modules flexibel inzetten op basis van wat op dat moment het meest belemmert

Afrondingsfase (4–8 sessies)

- Consolidatie van winsten
- Relapse-preventie en terugvalplan
- Focus op herstel van zingeving, sociale contacten en eventueel werk/studie
- Afscheid en nazorgafspraken

CPTSS herdefiniëren

Kenmerk: Traumaverwerking start relatief vroeg. Minder nadruk op intensieve emotieregulatie-training of identiteitswerk.

5.2 CPTSS met duidelijke BPS-overlap

(instabiel zelfbeeld, panische verlatingsangst, impulsief zelfbeschadigend gedrag, chaotische relationele patronen + trauma-symptomen)

Opbouw (vaak 12–24 maanden of langer)

Startfase – stabilisatie en veiligheid (minimaal 8–16 sessies)

- Uitgebreide crisis- en veiligheidsplanning
- Emotieregulatie-vaardigheden (DBT-skills)
- Mentaliseren oefenen (MBT-elementen) en relationele stabiliteit
- Begrenzen van chaotische relationele patronen
- Psycho-educatie over zowel trauma als borderline-kenmerken

Tussenfase – geleidelijke traumaverwerking

- Pas starten met trauma-focused werk wanneer er voldoende stabiliteit is
- Traumaverwerking in kleinere stappen of met extra stabilisatie rondom sessies
- Parallel blijven werken aan identiteitsstabiliteit, verlatingsangst en impulscontrole

Latere fase – integratie en herstel

- Diepere traumaverwerking en betekenisgeving
- Opbouwen van stabielere relaties en dagstructuur
- Afbouw van therapie-intensiteit en toewerken naar zelfstandigheid

CPTSS herdefiniëren

Kenmerk: Langere en stevigere stabilisatiefase. Combinatie van DBT/MBT/schema-elementen + trauma-focused methoden.

Vergelijking op een rij

Aspect	Zuivere CPTSS	CPTSS + BPS-overlap
Start traumaverwerking	Relatief vroeg	Later / voorzichtiger
Emotieregulatie	Licht / triggergericht	Intensief (DBT-achtig)
Zelfbeeld	Focus op schaamte/schuld	Focus op stabiliteit + schaamte
Relaties	Wantrouwen & vermijding	Verlatingsangst & idealisatie
Behandelduur	Vaak korter	Vaak langer
Therapeutische houding	Meer “trauma-expert”	Meer “relationeel/stabiliserend”

CPTSS herdefiniëren

Afsluiting

De behandeling van CPTSS zou met een scherpere definitie minder generiek “complex trauma” worden en meer gepersonaliseerd op basis van het exacte symptoomprofiel. Minder tijd verloren aan diagnostische twijfel, sneller de juiste mix van stabilisatie en traumaverwerking, en duidelijker wanneer BPS-technieken nodig zijn.

Het grootste praktische verschil zit niet in totaal nieuwe methodes, maar in betere triage en timing: wie heeft vooral traumaverwerking nodig, wie heeft eerst stevige regulatie en relationele stabiliteit nodig, en wie heeft allebei.

Dit boekje is bedoeld als aanzet tot gesprek. De voorgestelde criteria en behandelplannen zijn geen definitieve richtlijnen, maar een uitnodiging om de diagnose CPTSS scherper, eerlijker en bruikbaarder te maken voor klinici én voor de mensen die ermee leven.

—

CPTSS herdefiniëren

Bronnenlijst

Brewin, C. R., et al. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15.

Cloitre, M., et al. (2019). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(6), 536–546.

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9.

Karatzias, T., et al. (2023). Is it possible to differentiate ICD-11 complex PTSD from symptoms of borderline personality disorder? *World Psychiatry*, 22(1), 150–151.

Maercker, A., et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.

Resick, P. A., et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251.

World Health Organization. (2019/2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*.

National Center for PTSD – artikelen over Complex PTSD: History and Definitions & Assessment and Treatment

The Guardian (2024): “Is this actually PTSD? Clinicians divided over redefining borderline personality disorder”

Karatzias, T., & Cloitre, M. (2019). Treating adults with complex posttraumatic stress disorder using a modular approach. *Journal of Traumatic Stress*