



Auteur: Ambrosius Duuk

Trauma in Controverse

Een boek over wetenschap, ervaring en de zoektocht naar betekenis

Trauma in Controverse

Voorwoord: Trauma als spiegel van het onzegbare

Een uitnodiging om te kijken, te voelen en te twijfelen

1. Trauma als levende vraag

Trauma is **geen vaststaand feit**. Het is een **spiegel** die ons confronteert met wat we **weten**, wat we **vermoeden**, en wat we **niet kunnen vatten**. Het toont ons de **grenzen van wetenschap** – waar meetinstrumenten tekortschieten, waar diagnoses **te eng** zijn, waar theorieën **stuklopen** op de complexiteit van een mensenleven. Het onthult de **rijkdom van menselijke ervaring** en de **pijn** die woorden te boven gaat, de **veerkracht** die zich uit in stilte, de **hoop** die zich vastklampen aan kleine momenten. En het dwingt ons om onder ogen te zien hoe **cultuur**, **macht** en **geschiedenis** bepalen wie **gehoord** wordt en wie **onzichtbaar** blijft.

Dit boek is geschreven voor **iedereen die geraakt wordt door trauma**, niet als een **antwoord**, maar als een **uitnodiging** om dieper te kijken. Voor **cliënten** die **erkenning** zoeken in een wereld die vaak **wegkijkt**. Voor **therapeuten** die **worstelen** met de **ethische dilemma's** van hun vak: *Wanneer help je, en wanneer doe je meer kwaad dan goed?* Voor **onderzoekers** die **balanceren** tussen **precisie** en **menselijkheid**, tussen **meten** en **begrijpen**. Voor **beleidsmakers** die **zorgsystemen** willen bouwen die **recht doen** aan lijden en niet als een **abstract probleem**, maar als een **levenservaring** van echte mensen. En voor **ieder die ooit heeft gevoeld** dat woorden **tekortschieten** als het gaat om pijn, verlies of onrecht.

Trauma in Controverse

2. Drie ambities: Wetenschap, ervaring en praktijk+

Dit boek heeft **drie doelen**, die samen een **brug** slaan tussen **kennis** en **levenswereld**:

2.1 Wetenschappelijke verdieping: De onrustige grond van kennis

We duiken in **actuele inzichten**:

- **Neurobiologie**: Hoe trauma **sporen achterlaat** in brein en lichaam en waarom sommige herinneringen **fragmentarisch** blijven, terwijl andere **als een film** terugkomen.
- **Psychologie**: De **dynamiek** van geheugen, verdringing en herstel en waarom **herinneren** soms **pijnlijker** is dan vergeten.
- **Transcultureel onderzoek**: Hoe trauma **anders wordt ervaren** in verschillende culturen en wat er gebeurt als **westerse diagnostiek** botst met **lokale betekenisgeving**.

Maar we **vermijden simpele antwoorden**. Integendeel: we **omarmen de controverses**. Want trauma-onderzoek is **geen exacte wetenschap**. Het is een **veld vol spanningen**:

- **Objectiviteit vs. subjectiviteit**: Wanneer is een herinnering **waar**, en wanneer een **constructie**?
- **Universaliteit vs. relativisme**: Bestaan er **universele traumapatronen**, of is elk verhaal **uniek**?
- **Evidence vs. ervaring**: Wat als een behandeling **wetenschappelijk effectief** is, maar **niet werkt** voor deze specifieke persoon?

Trauma dwingt ons om te erkennen dat wetenschap niet alle antwoorden heeft en dat dat oké is.

Trauma in Controverse

2.2 Ervaringsgerichte verhalen: De stemmen achter de symptomen

Trauma is **meer dan een diagnose**. Het is een **menselijk verhaal**, soms **luid en duidelijk**, soms **fluisterend en gefragmenteerd**. Daarom combineren we **wetenschappelijke inzichten** met:

- **Essayistische reflecties**: Persoonlijke, **poëtische** en **filosofische** beschouwingen over wat trauma **betekent** voor individuen, families en gemeenschappen.
- **Casestudies: Echte verhalen** (geanonimiseerd) van mensen die **leven met trauma** en de **therapeuten, artsen en onderzoekers** die met hen werken.
- **Culturele perspectieven**: Hoe **verschillende samenlevingen** omgaan met lijden, herstel en hoop van **westerse therapie** tot **traditionele genezing**.

Want trauma is niet alleen iets dat je hebt. Het is iets dat je bent en dat vraagt om een taal die recht doet aan die complexiteit.

2.3 Brugslag naar de praktijk: Kennis die werkt

Dit boek wil **meer** zijn dan een **theoretische verhandeling**. Het biedt **concrete handvatten** voor:

- **Clënten en naasten**: **Psycho-educatie**, **zelfhulpstrategieën** en **vragen om mee te nemen** naar therapie.
- **Therapeuten**: **Klinische inzichten**, **ethische dilemma's** en **praktische tools** voor behandeling van **PTSS** tot **complex trauma**.
- **Onderzoekers**: **Onderzoek lacunes**, **methodologische uitdagingen** en **toekomstperspectieven** in trauma-studies.
- **Beleidsmakers**: **Aanbevelingen** voor **trauma-sensitieve zorgsystemen**, **preventie** en **toegankelijkheid** van hulp.

Want kennis is pas waardevol als ze leeft in gesprekken, behandelkamers en gemeenschappen.

Trauma in Controverse

3. Een uitnodiging tot twijfel

Elk hoofdstuk in dit boek **nodigt uit** tot **begrip** maar ook tot **twijfel**. Want trauma is **geen puzzel** die opgelost kan worden. Het is een **landschap** dat **verkend** moet worden, met **nieuwsgierigheid, compassie en moed**.

We stellen **vragen** die **geen eenvoudige antwoorden** hebben:

- **Wanneer wordt lijden een "stoornis"** en wie beslist dat?
- **Kan herstel betekenen dat je leert leven met pijn**, in plaats van ervan "genezen" te zijn?
- **Hoe kunnen we trauma begrijpen zonder het te reduceren tot een diagnose?**
- **Wat als de meest helende "therapie" geen protocol is, maar een gesprek, een ritueel, of gewoon iemand die luistert?**

Dit boek **pretendeert niet** alle antwoorden te hebben. Integendeel: het **erkent** dat trauma ons **voor raadsels stelt** die we **samen** moeten verkennen, als **cliënten, therapeuten, onderzoekers en menselijke wezens**.

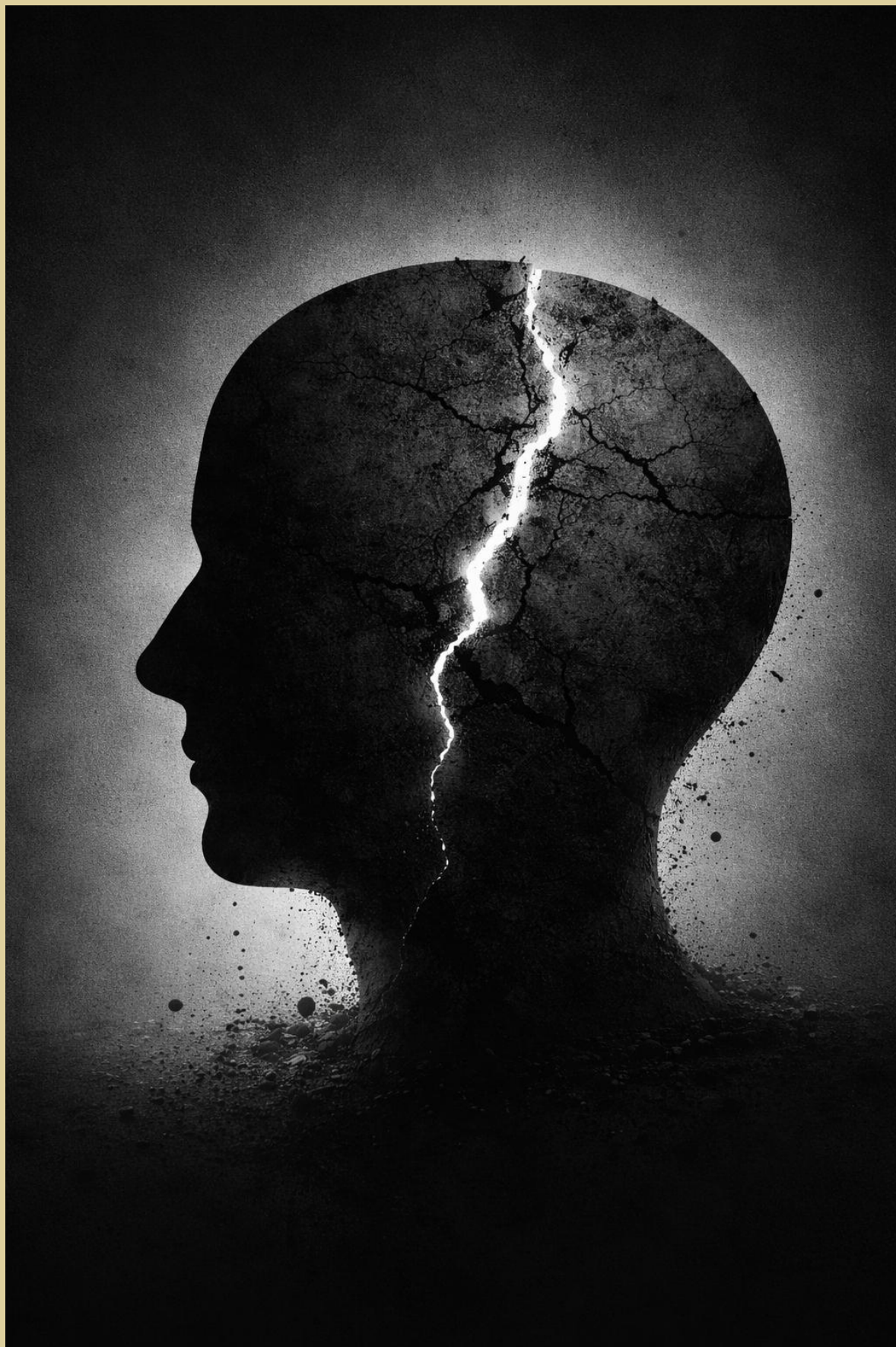
4. Een laatste gedachte: Trauma als gesprek

Trauma is **geen onderwerp** dat afgesloten kan worden met een **punt**. Het is een **gesprek** tussen **wetenschap en ervaring**, tussen **individu en gemeenschap**, tussen **verleden en toekomst**.

Dit boek is **geen eindstation**, maar een **uitnodiging** om dat gesprek voort te zetten:

- **In de spreekkamer**, waar therapeuten en cliënten **samen zoeken** naar betekenis.
- **In onderzoekslabs**, waar wetenschappers **kritisch en nieuwsgierig** blijven.
- **In gemeenschappen**, waar mensen **verhalen delen** en **steun vinden**.
- **In het dagelijks leven**, waar we allemaal **leren omgaan** met de **kwetsbaarheid** die ons mens maakt.

Misschien is het grootste geschenk van trauma niet dat we leren hoe we het kunnen overwinnen, maar dat we leren hoe we, ondanks alles, toch kunnen leven, met onze littekens, onze verhalen, en de hoop die ons draagt.



Trauma in Controverse

Inhoudsopgave

Deel I: Definities en Dilemma's

1. Wat bedoelen we eigenlijk met trauma?

- *Essay*: Trauma als containerbegrip: van dagelijkse pijn tot wetenschappelijke precisie
- *Wetenschap*: Criterion A onder de loep: objectiviteit versus subjectieve ervaring
- *Nuance*: Wanneer wordt lijden pathologie? Een ethische afweging
- *Casus*: "Ik voel me niet erkend". Het grijs gebied van emotionele verwaarlozing
- *Reflectievraag*: Hoe zou jij trauma definiëren als je één zin mocht gebruiken?

2. Normaliteit versus pathologie: Wanneer is een reactie 'te veel'?

- *Essay*: Het zenuwstelsel als overlevingsmechanisme
- *Wetenschap*: Stressreacties als adaptatie en wanneer ze vastlopen
- *Kritiek*: Het risico van medicalisering: van verdriet naar diagnose
- *Intermezzo*: "Ik ben niet ziek, ik ben gewond". Een cliëntperspectief
- *Praktijk*: Hoe bespreek je normaliteit met cliënten zonder hun ervaring te bagatelliseren?

3. CPTSS: Noodzakelijke erkenning of conceptuele verwarring?

- *Essay*: "Eindelijk een naam voor wat ik voel". De impact van een diagnose
- *Wetenschap*: De neurobiologie van langdurige traumatisering
- *Controverse*: Overlap met borderline, depressie en dissociatie
- *Casus*: "Mijn lichaam voelt als een vijand". Leven met DSO-symptomen
- *Reflectievraag*: Wat als CPTSS zowel bevrijdt als beperkt?

Trauma in Controverse

Deel II: Wetenschap en Werkelijkheid

4. **DSM en ICD: Twee talen voor hetzelfde lijden**

- *Essay*: Diagnoses als vertalingen; wat gaat er verloren?
- *Wetenschap*: PTSS in DSM-5 versus ICD-11: wat verandert er voor cliënten?
- *Kritiek*: Diagnostic drift en de gevolgen voor zorgtoegang
- *Intermezzo*: "In Amerika heb ik PTSS, in Nederland niet". Een cliëntvertelling
- *Praktijk*: Hoe kies je als therapeut tussen classificatiesystemen?

5. **Behandeling onder vuur: Wat werkt, wat schaadt, en wat weten we niet?**

- *Essay*: Therapie als belofte en als risico
- *Wetenschap*: Evidence-based methoden (EMDR, CGT, exposure) en hun grenzen
- *Controverse*: Lichaamsgerichte therapieën; hoop of hype?
- *Casus*: "EMDR hielp mij, maar mijn vriendin werd er slechter van". Individuele verschillen
- *Reflectievraag*: Hoe ga je om met behandelmethoden die wetenschappelijk omstreden zijn?

6. **Het lichaam als geheugen: Mythe, metafoor of mechanisme?**

- *Essay*: "Mijn lichaam weet het nog". De taal van spanning en ontspanning
- *Wetenschap*: Neurobiologie van embodied memory: amygdala, hippocampus en het autonome zenuwstelsel
- *Kritiek*: Het risico van overinterpretatie: niet elke pijn is trauma
- *Intermezzo*: Yoga, ademhaling en traumaverwerking; Een therapeutisch perspectief
- *Praktijk*: Hoe integreer je somatische signalen in gesprekstherapie?

Trauma in Controverse

Deel III: Cultuur, Taal en Toekomst

7. Herinneringen, verdringing en waarheid: Wat mogen we geloven?

- *Essay*: Het onbetrouwbare geheugen en waarom dat niet erg is
- *Wetenschap*: Neuroplasticiteit en de dynamiek van traumatische herinneringen
- *Controverse*: Recovered memories; van therapeutische doorbraak tot juridisch mijnenveld
- *Casus*: "Ik weet niet of het echt gebeurd is, maar ik voel het wel". Een cliëntdilemma
- *Reflectievraag*: Hoe ga je om met onzekerheid in herinneringen?

8. Trauma als cultureel verhaal: Universeel of uniek?

- *Essay*: Trauma in verschillende talen; van somatisatie tot spirituele crisis
- *Wetenschap*: Transculturele psychologie en de variatie in symptoomuiting
- *Kritiek*: Westerse trauma-modellen in niet-westerse contexten
- *Intermezzo*: "Bij ons praat je niet over trauma, je bidt". Een cultureel perspectief
- *Praktijk*: Hoe pas je evidence-based behandelingen aan aan culturele behoeften?

9. Populaire trauma-taal: Empowerment of inflatie?

- *Essay*: Hashtags, memes en zelfdiagnose; de democratisering van trauma
- *Wetenschap*: De impact van online gemeenschappen op herstel en stigma
- *Kritiek*: Wanneer wordt taal een gevangenis?
- *Casus*: "Ik dacht dat ik CPTSS had, maar mijn therapeut zei van niet". De valkuilen van zelfdiagnose
- *Reflectievraag*: Hoe gebruik jij trauma-taal in je dagelijks leven?

10. Controversiële onderzoeksgebieden: Wat mag je meten, en wat niet?

- *Essay*: De ethiek van trauma-onderzoek; tussen nieuwsgierigheid en schade
- *Wetenschap*: Actuele debatten (recovered memories, neurobiologisch determinisme, EMDR-mechanismen)
- *Kritiek*: Wie bepaalt de onderzoeksagenda?
- *Intermezzo*: "Ik was proefpersoon in een trauma-studie en dit is wat ik leerde"
- *Praktijk*: Hoe blijf je als onderzoeker kritisch en compassievol?

11. Herstel, hoop en toekomstperspectieven

- *Essay*: Herstel als pad, niet als bestemming

Trauma in Controverse

- *Wetenschap*: Factoren die herstel bevorderen (sociale steun, narratieve integratie, agency)
- *Nuance*: Posttraumatische groei – mythe of mogelijkheid?
- *Casus*: "Ik ben niet 'genezen', maar ik leef weer". Een cliënt over gedeeltelijk herstel.
- *Reflectievraag*: Wat geeft jou hoop in het werk met trauma?

Deel IV: Praktijk en Perspectief

12. Trauma in de spreekkamer: Een therapeutisch kompas

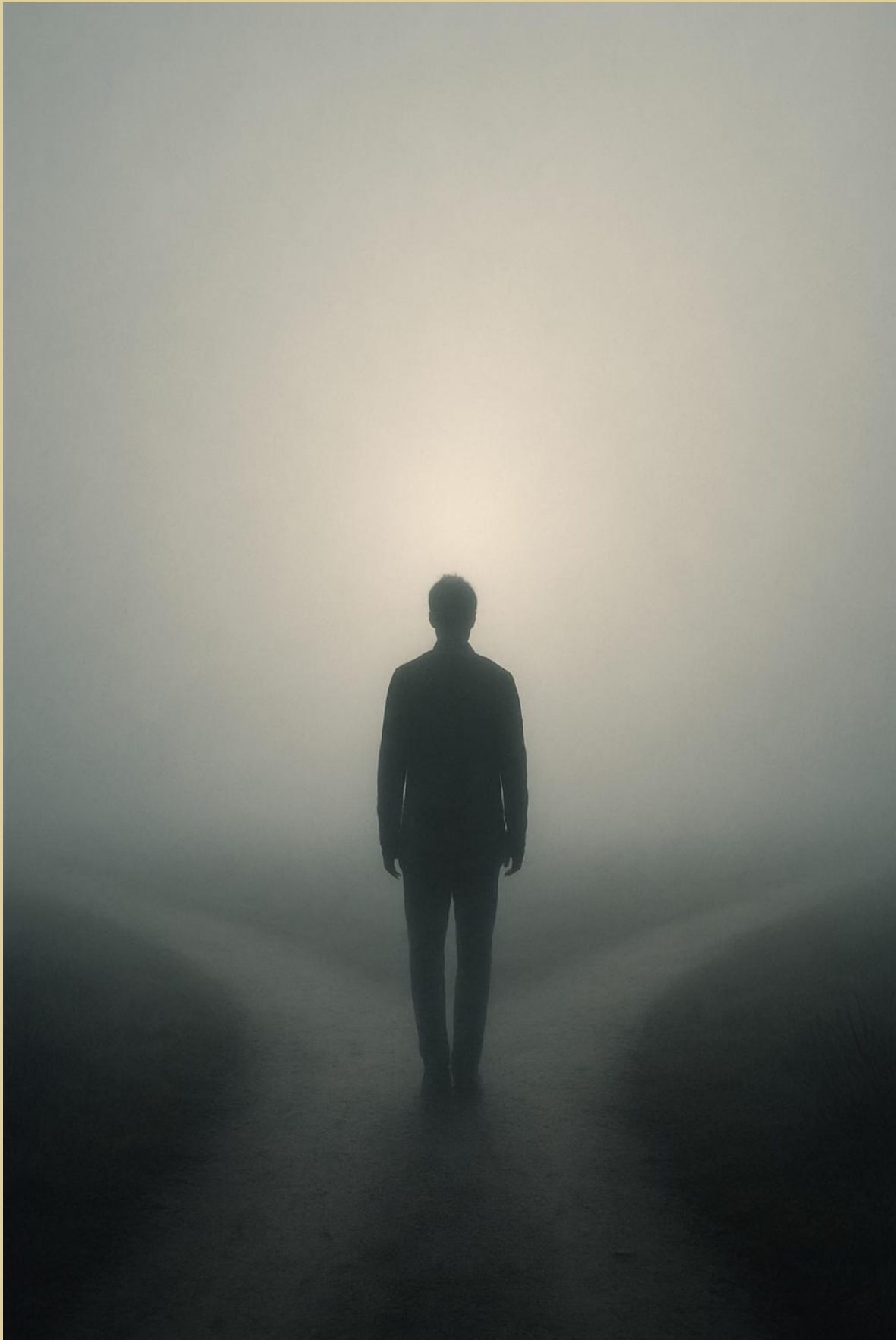
- *Praktijk*: Stapsgewijze beslissingsbomen voor behandelkeuzes
- *Ethiek*: Wanneer doorverwijzen? Wanneer afwachten?
- *Casus*: "Mijn cliënt wil praten, maar ik zie dat haar lichaam 'nee' zegt"
- *Reflectievraag*: Wat is jouw grootste dilemma in de traumazorg?

13. Trauma en samenleving: Van individueel lijden naar collectieve verantwoordelijkheid

- *Essay*: Trauma als maatschappelijke uitdaging
- *Beleid*: Hoe kunnen zorgsystemen beter aansluiten bij traumabehoefte?
- *Kritiek*: De commercialisering van trauma; van zelfhulpboeken tot trauma-coaches
- *Intermezzo*: "Mijn werkgever snapte niet wat trauma met me deed". Een cliënt over stigma
- *Praktijk*: Hoe creëer je een trauma-sensitieve omgeving?

14. Nawoord: Trauma als uitnodiging

- *Persoonlijk*: Wat dit boek mij leerde over menselijkheid
- *Wetenschappelijk*: Open vragen en toekomstig onderzoek
- *Samen*: Een oproep tot dialoog tussen wetenschap, praktijk en ervaring



Trauma in Controverse

Hoofdstuk 1: Wat bedoelen we eigenlijk met trauma?

Een verkennende reis door definitie, wetenschap en menselijke ervaring

1. Essayistische inleiding: Trauma als containerbegrip

Trauma is een woord dat **zwaar weegt**. Het klinkt als een vonnis, een label, een verklaring. In het dagelijks taalgebruik is het uitgegroeid tot een container voor alles wat pijn doet, schuurt of niet wil helen: een moeilijke scheiding, pesten op school, een vernederende baas, het verlies van een dierbare. Maar in de wetenschap is trauma een **wankel, betwist concept**, voortdurend in beweging, herijkt door nieuwe inzichten, culturele verschuivingen en klinische ervaringen.

Wie het woord "trauma" gebruikt, zegt niet alleen iets over **wat er is gebeurd**, maar ook over **wat daarna niet meer vanzelf ging**. Over een breuk in betekenis, in veiligheid, in de beleving van tijd. De vraag is: wanneer noemen we die breuk "trauma", en wanneer is het "gewone" menselijke lijden? En wie beslist dat?

2. Wetenschappelijke kern: Criterion A onder het vergrootglas

2.1 De DSM-traditie: Objectiviteit als uitgangspunt

In de **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)** wordt trauma gedefinieerd aan de hand van **Criterion A**: blootstelling aan daadwerkelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Deze definitie is ooit bedoeld om **diagnostische inflatie** te voorkomen en onderzoek vergelijkbaar te houden. Het idee: als we trauma strikt afbakenen, kunnen we betrouwbaarder meten, behandelen en onderzoeken.

Voorbeelden van Criterion A-gebeurtenissen:

- Oorlogservaringen
- Seksueel geweld
- Ernstige ongevallen
- Natuurrampen

2.2 Kritiek op Criterion A: De subjectieve ervaring

Onderzoekers als **Chris Brewin** (2005), **Richard McNally** (2003) en **Gerald Rosen** (2004) hebben echter al jaren gewezen op de **beperkingen** van deze definitie. Hun kernvraag: *Is het objectieve karakter van een gebeurtenis werkelijk doorslaggevend, of is de subjectieve ervaring minstens zo bepalend voor het ontstaan van traumagerelateerde klachten?*

Empirische bevindingen:

- **Meta-analyses** (bijv. Brewin et al., 2009) laten zien dat **PTSS-achtige symptomen** ook kunnen ontstaan na gebeurtenissen die **niet onder Criterion A vallen**, zoals:
 - Emotionele verwaarlozing in de kindertijd
 - Langdurige pesterijen
 - Relationele vernedering (bijv. gaslighting)
 - Systemische discriminatie
- **Omgekeerd** ontwikkelt lang niet iedereen PTSS na een "erkend" traumatische gebeurtenis. Uit onderzoek naar **oorlogsveteranen** (bijv. Litz et al., 2016) blijkt dat slechts **20-30%** daadwerkelijk PTSS ontwikkelt.

Conclusie: De subjectieve ervaring van **bedreiging, hulpeloosheid en ontwrichting** lijkt minstens zo belangrijk als de objectieve aard van de gebeurtenis.

3. Nuance: Bescherming versus uitsluiting

3.1 Het argument voor strikte definities

Voorstanders van een **strikte traumadefinitie** (bijv. **Allen Frances**, hoofdredacteur DSM-IV) benadrukken dat een te brede definitie het concept **uitholt**. Als alles trauma is, wordt het begrip betekenisloos. Dit heeft gevolgen voor:

- **Onderzoekskwaliteit:** Vergelijkbaarheid van studies neemt af.
- **Behandelkeuzes:** Therapieën kunnen minder gericht worden ingezet.
- **Maatschappelijke geloofwaardigheid:** Overdiagnosticering leidt tot scepticisme ("Is trauma niet gewoon een modewoord?").

3.2 Het risico van uitsluiting

Critici (bijv. **Bessel van der Kolk**, 2014) wijzen op de **keerzijde**: mensen met diepgaande klachten voelen zich **niet erkend** omdat hun ervaringen niet "ernstig genoeg" zouden zijn. Vooral bij **chronische, relationele en ontwikkelingsgerelateerde stress** ontstaat een **grijs gebied** waarin lijden reëel is, maar diagnostisch moeilijk te plaatsen.

Voorbeeld:

- Een vrouw die jarenlang emotioneel werd genegeerd door haar ouders, ontwikkelt als volwassene chronische angst, depressie en moeite met hechting. Haar klachten passen niet in het **DSM-kader van PTSS**, maar zijn wel degelijk **traumagerelateerd**.

4. Essayistische verdieping: Het probleem van de meetlat

Misschien zit het probleem niet in de mens, maar in de **meetlat**. Trauma laat zich slecht vangen in categorieën omdat het niet alleen gaat over **wat er gebeurde**, maar over **wat er ontbrak**: bescherming, getuigenis, herstel.

Neurobiologisch perspectief:

- **Kinderbreinen** die chronisch worden blootgesteld aan stress (bijv. verwaarlozing) ontwikkelen een **hyperactief alarmsysteem** (amygdala) en een **verzwakte remmende controle** (prefrontale cortex). Dit leidt tot:
 - Verhoogde waakzaamheid
 - Moeite met emotieregulatie
 - Dissociatieve neigingen
- **Onderzoek** (bijv. **Bruce Perry**, 2006) toont aan dat deze veranderingen **net zo ingrijpend** kunnen zijn als die na een eenmalig geweldsincident.

Existentieel perspectief:

- Voor de persoon die het meemaakt, maakt het niet uit of zijn lijden "officieel" als trauma wordt erkend. Het lichaam en de geest **ervaren de gevolgen hetzelfde**.

5. Wetenschappelijke reflectie: Richting een procesbenadering

Steeds meer onderzoekers (bijv. **Ruth Lanius**, 2018; **Julian Ford**, 2015) pleiten voor een **procesgerichte benadering** van trauma. Niet de **gebeurtenis** staat centraal, maar de **ontregeling** die erop volgt:

- Veranderingen in **arousal**(hyper- of hypoactivatie)
- **Geheugenintegratie** (fragmentatie, intrusies)
- **Zelfbeeld** (schuld, schaamte, identiteitsverlies)
- **Relationeel functioneren** (wantrouwen, isolatie)

ICD-11 en CPTSS: De **ICD-11** (2018) heeft voorzichtig ruimte gemaakt voor deze verschuiving door de introductie van **Complexe PTSS (CPTSS)**, waarbij **langdurige, relationele traumatisering** centraal staat. Toch blijft de vraag: *Hoever kan deze verbreding gaan zonder dat het begrip "trauma" zijn scherpte verliest?*

6. Casus: "Ik voel me niet erkend" – Het grijs gebied van emotionele verwaarlozing

Achtergrond: Marieke (34) komt in therapie met klachten van chronische angst, slaapproblemen en moeite met relaties. Ze beschrijft haar jeugd als "leeg": haar ouders waren emotioneel afwezig, er was geen fysiek geweld, maar ook geen warmte of bescherming.

Diagnostisch dilemma:

- Volgens **DSM-5** voldoet Marieke niet aan Criterion A.
- Haar klachten passen wel bij **CPTSS (ICD-11)**, maar deze diagnose is in Nederland nog niet algemeen geaccepteerd.
- Marieke voelt zich **niet gehoord**: "Alsof mijn pijn niet telt omdat er geen 'grote gebeurtenis' was."

Trauma in Controverse

Therapeutische benadering: Haar therapeut kiest voor een **procesgerichte aanpak**:

1. **Psycho-educatie:** Uitleg over hoe chronische stress het brein beïnvloedt.
2. **Lichaamsgerichte oefeningen:** Ademhaling en grounding om hyperarousal te reguleren.
3. **Narratieve integratie:** Helpen om haar ervaringen een plaats te geven in haar levensverhaal.

Resultaat: Marieke ervaart **erkenning** en leert haar klachten te begrijpen als **logische reacties** op haar jeugd, ook al past het niet in een hokje.

7. Reflectievragen

1. **Voor cliënten:** Welke ervaringen in jouw leven voelen als "trauma", ook al worden ze niet altijd zo genoemd?
2. **Voor therapeuten:** Hoe ga je om met cliënten deren lijden niet past in de DSM/ICD-kaders? Hoe bied je erkenning zonder te pathologiseren?
3. **Voor onderzoekers:** Hoe kunnen we trauma definiëren op een manier die **wetenschappelijk bruikbaar** is, maar ook **recht doet aan subjectieve ervaringen**?
4. **Voor beleidsmakers:** Hoe kunnen zorgsystemen flexibeler omgaan met "grijs gebied"-trauma's?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor therapeuten:

- **Gebruik een procesgerichte benadering:** Focus op **ontregeling** in plaats van alleen op de gebeurtenis.
- **Wees transparant over diagnostische grenzen:** Leg uit waarom bepaalde ervaringen wel/niet als trauma worden geclassificeerd, maar benadruk dat **erkenning niet afhangt van een label**.
- **Combineer top-down (cognitief) en bottom-up (lichaamsgericht) interventies.**

Trauma in Controverse

8.2 Voor cliënten:

- Je ervaring is geldig, ook als het geen "officiële" trauma-diagnose heeft.
- Zoek een therapeut die openstaat voor **complexe, niet-categoriseerbare** ervaringen.
- Lichaamssignalen (bijv. spanning, vermoeidheid) zijn vaak **belangrijke indicaties** van onverwerkte stress.

8.3 Voor onderzoekers:

- Onderzoek "grijs gebied"-trauma's (bijv. emotionele verwaarlozing, systemische discriminatie) met **kwalitatieve en kwantitatieve methoden**.
- Ontwikkel meetinstrumenten die **subjectieve ervaringen** beter vastleggen.
- Bestudeer **culturele verschillen** in trauma-perceptie.

9. Slot: Een open definitie als ethische keuze

De definitie van trauma is geen **puur technische kwestie**. Het is een **ethische keuze**:

- Wie nemen we serieus, en wie niet?
- Wie krijgt toegang tot zorg, taal en erkenning?
- Hoe voorkomen we dat mensen **tussen wal en schip** vallen?

Dit hoofdstuk biedt geen **definitief antwoord**, maar stelt een andere vraag: *Kunnen we leren leven met een definitie die niet sluit, maar ademt?* En kunnen we als wetenschap, zorg en samenleving **verdragen** dat sommige vormen van lijden zich niet netjes laten rubriceren?



Trauma in Controverse

Hoofdstuk 2: Normaliteit versus pathologie

Wanneer is een reactie op trauma "normaal", en wanneer wordt het een stoornis?

1. Essayistische inleiding: De dunne lijn tussen overleven en ziek zijn

Er is een **dunne, wankelende lijn** tussen wat we "normaal" noemen en wat we "pathologisch" labelen. Mensen die iets afschuwelijks meemaken, reageren vaak heftig: ze slapen slecht, schrikken van harde geluiden, vermijden plaatsen die hen aan het trauma herinneren, voelen zich vervreemd van anderen. Dat is geen afwijking—dat is het **menselijk zenuwstelsel dat probeert te overleven**.

De vraag is niet: *Waarom reageren mensen zo?* Maar: *Waarom besluiten we soms dat deze reacties niet meer "normaal" mogen heten?*

Wanneer wordt een **overlevingsmechanisme** een **stoornis**? Wie beslist dat? En wat zijn de gevolgen van dat oordeel voor de persoon zelf, voor de zorg, voor de samenleving?

2. Wetenschappelijke kern: Stressreacties als adaptatie

2.1 Neurobiologisch perspectief: Het zenuwstelsel in overlevingsmodus

Traumagerelateerde symptomen zijn vaak **adaptief**, ze hebben een **evolutionaire functie**:

- **Verhoogde waakzaamheid** (hypervigilantie) vergroot de kans om gevaar tijdig te signaleren.
- **Vermijding** van trauma-gerelateerde prikkels voorkomt hernieuwde blootstelling aan dreiging.
- **Emotionele verdooving** (numbing) kan tijdelijk beschermen tegen overweldiging.

Trauma in Controverse

Onderzoek naar veerkracht:

- Studies (bijv. **Bonanno, 2004**) laten zien dat **50-60%** van de mensen na een ingrijpende gebeurtenis **spontaan herstelt**, zonder formele behandeling.
- Dit heeft geleid tot het concept van **natural recovery**: het vermogen van mensen om zichzelf te herstellen door sociale steun, tijd en interne copingmechanismen.

Neurobiologische mechanismen:

- De **amygdala** (angstcentrum) wordt hyperactief, terwijl de **prefrontale cortex** (rationele controle) tijdelijk onderdrukt wordt.
- Het **autonome zenuwstelsel** schakelt naar een staat van **chronische alertheid**, wat leidt tot symptomen als:
 - Slaapproblemen
 - Concentratieverlies
 - Prikkelbaarheid
 - Lichamelijke spanning

2.2 Wanneer herstel stopt: Van adaptatie naar pathologie

Niet iedereen herstelt spontaan. Bij een **subgroep** (ca. 10-30%, afhankelijk van de studie) blijven klachten bestaan of verergeren ze. **Risicofactoren** voor chronificering:

- **Eerdere traumatisering** (bijv. kindermishandeling)
- **Gebrek aan sociale steun**
- **Aanhoudende dreiging** (bijv. huiselijk geweld, oorlog)
- **Morele verwonding** (bijv. schuldgevoelens bij militairen)
- **Genetische kwetsbaarheid** (bijv. polymorfismen in het FKBP5-gen, dat de stressrespons reguleert)

Vraagstuk: Hoe onderscheiden we een **normale stressreactie** van een **patroon dat vastloopt** en ingrijpen vereist?

Trauma in Controverse

Onderzoek van Yehuda (2002):

- **Epigenetische veranderingen** bij PTSS-patiënten tonen aan dat trauma **biologische sporen** achterlaat die generaties kunnen beïnvloeden.
- Dit suggereert dat trauma niet alleen een **psychologische**, maar ook een **lichamelijke en intergenerationele** realiteit is.

3. Nuance: Het risico van medicalisering

3.1 Pathologisering van menselijk lijden

Critici (bijv. **Allen Frances, Thomas Szasz**) waarschuwen voor de **medicalisering** van normaal menselijk lijden:

- **Verdriet** wordt een **depressie**.
- **Angst** wordt een **stoornis**.
- **Ontregeling** wordt een **diagnose**.

Gevolgen van overdiagnosticering:

- **Identiteitsversmalling:** Mensen gaan zichzelf zien als "patiënt" in plaats van als iemand die een moeilijke ervaring verwerkt.
- **Zelfstigmatisering:** "Ik ben kapot" in plaats van "Ik ben aan het herstellen."
- **Verschuiving van verantwoordelijkheid:** Van **sociaal** (gemeenschap, context) naar **individueel** (de persoon is "ziek").

Onderzoek van Haslam (2016):

- Het toekennen van een **psychiatrisch label** kan leiden tot:
 - **Verlaging van verwachtingen** ("Ik kan niet beter worden").
 - **Toename van afhankelijkheid** van professionele hulp.
 - **Sociale uitsluiting** ("Ik ben nu een patiënt").

3.2 De klinische paradox: Te vroeg of te laat ingrijpen?

Therapeuten bevinden zich in een **paradoxe positie**:

- **Te vroeg ingrijpen** kan **natuurlijk herstel** ondermijnen (bijv. onnodige exposure bij acute stress).
- **Te laat ingrijpen** kan **lijden verdiepen** (bijv. chronische PTSS door gebrek aan vroege interventie).

Voorbeeld uit de praktijk:

- Een vrouw die kort na een aanranding **direct EMDR** krijgt, ervaart dit als retraumatiserend omdat ze nog niet stabiel is.
- Een man die **maanden wacht** met therapie ontwikkelt **chronische vermijding** en depressie.

Oplossingsrichting:

- **Gefaseerde zorg:**
 1. **Stabilisatie** (veiligheid, psycho-educatie).
 2. **Traumaverwerking** (exposure, EMDR, narratieve therapie).
 3. **Reïntegratie** (sociale steun, betekenisgeving).

4. Essayistische verdieping: Wie bepaalt de norm?

"Normaliteit" is geen **natuurwet**. Het is een **afsprake**, gemaakt binnen een **cultuur**, een **tijdsgewricht**, een **zorgsysteem**.

Culturele invloeden:

- In **individualistische samenlevingen** (bijv. Nederland, VS) wordt snel verwacht dat mensen "weer functioneren."
- In **collectivistische culturen** (bijv. Japan, Latijns-Amerika) is er meer ruimte voor **langdurige rouw** en **sociale steun**.

Trauma in Controverse

Maatschappelijke druk:

- Wie te lang "vastzit" in trauma-gerelateerde klachten, past niet in het **productiviteitsideaal**.
- **Pathologie** wordt dan ongemerkt een **correctiemechanisme**: "Je moet er nu overheen zijn."

Voorbeeld:

- Een Syrische vluchteling met PTSS wordt in Nederland **gedwongen** om snel te integreren, terwijl zijn gemeenschap thuis **tijd en rituelen** zou bieden voor verwerking.

5. Wetenschappelijke reflectie: Dimensioneel denken

Steeds meer onderzoekers (bijv. **Kessler et al., 2011**) pleiten voor een **dimensionele benadering** van traumaklachten:

- Niet: "Heb je PTSS ja/nee?"
- Wel: "In welke mate ervaar je ontregeling, en hoe belemmert dit je leven?"

Voordelen:

- **Minder stigmatiserend** (geen harde labels).
- **Meer ruimte voor individuele verschillen**.
- **Beter aansluitend bij natuurlijke herstelprocessen**.

Praktijkvoorbeeld:

- Een cliënt scoort hoog op **hyperarousal** en **vermijding**, maar laag op **intrusies**. Een dimensionele benadering maakt **maatwerk** mogelijk.

Trauma in Controverse

6. Casus: "Ik ben niet ziek, ik ben gewond". Een cliëntperspectief

Achtergrond: Ahmed (28), een voormalig tolken voor het Nederlandse leger in Afghanistan, komt in therapie met klachten van nachtmerries, woede-uitbarstingen en schuldgevoelens. Hij weigert de diagnose PTSS: *"Ik ben niet ziek. Ik heb gewoon dingen meegemaakt die niemand zou moeten meemaken."*

Dilemma:

- Zijn **boosheid** wordt door sommige therapeuten gezien als een **symptoom** dat "behandeld" moet worden.
- Ahmed ervaart het als een **normale reactie** op onrecht en verlies.

Therapeutische benadering: Zijn therapeut kiest voor een **contextuele benadering**:

1. **Normaliseren:** "Je reacties zijn logisch, gegeven wat je hebt meegemaakt."
2. **Sociaal-politieke erkenning:** Bespreken hoe zijn ervaringen verbonden zijn met **systeemfalen** (bijv. gebrek aan bescherming voor tolken).
3. **Lichaamsgerichte technieken:** Om zijn **woede en spanning** te reguleren zonder het te pathologiseren.

Resultaat: Ahmed voelt zich **gehoord** en leert zijn reacties te zien als **deel van zijn verhaal**, niet als een stoornis.

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- Welke reacties op trauma worden in jouw omgeving gezien als "normaal" of "abnormaal"? Wie bepaalt dat?
- Voel jij je soms **gedwongen** om "sneller beter" te zijn dan je eigenlijk kunt?

2. Voor therapeuten:

- Hoe balanceer jij tussen **erkenning van lijden** en **het voorkomen van overpathologisering**?
- Welke **culturele aannames** spelen mee in jouw beoordeling van "normaliteit"?

3. Voor onderzoekers:

- Hoe kunnen we **dimensionele modellen** beter integreren in diagnostische systemen?
- Wat zijn de **ethische implicaties** van het labelen van stressreacties als "stoornis"?

4. Voor beleidsmakers:

- Hoe kunnen zorgsystemen **ruimte bieden** voor natuurlijk herstel, zonder mensen in de steek te laten?
- Hoe voorkomen we dat **diagnoses** worden gebruikt om mensen **uit te sluiten** (bijv. vluchtelingen, slachtoffers van systeemgeweld)?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor therapeuten:

- **Gebruik een traumagevoelige benadering:**
 - Vraag: "*Wat heeft je geholpen om tot nu toe te overleven?*" in plaats van "*Wat mankeert er aan je?*"
 - **Psycho-educatie:** Leg uit dat klachten **logische reacties** zijn, geen tekortkomingen.
- **Wees terughoudend met labels:**
 - Bespreek de **voordelen en nadelen** van een diagnose met de cliënt.
 - Gebruik **dimensionele taal**: "Je ervaart veel spanning en alertheid" in plaats van "Je hebt PTSS."
- **Betrek de context:**
 - Vraag naar **sociale steun, culturele achtergrond** en **systeemfactoren** (bijv. armoede, discriminatie).

Trauma in Controverse

8.2 Voor cliënten:

- **Je reacties zijn normaal**, gegeven wat je hebt meegemaakt.
- **Trauma is geen identiteit**—het is iets wat je is overkomen, niet wie je bent.
- **Zoek steun** bij mensen die **begrip** hebben voor je ervaring, zonder je te reduceren tot een label.

8.3 Voor onderzoekers:

- **Bestudeer natuurlijke herstelprocessen:**
 - Wat maakt dat sommige mensen **spontaan herstellen**? Hoe kunnen we dit versterken?
- **Onderzoek culturele verschillen:**
 - Hoe worden trauma-reacties in **niet-westerse culturen** begrepen en behandeld?
- **Ontwikkel dimensionale meetinstrumenten:**
 - Bijv. schalen die **gradaties van ontregeling** meten in plaats van dichotome diagnoses.

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Investeer in preventie:**
 - Sociale veerkracht versterken (bijv. gemeenschapsprogramma's, armoedebestrijding).
- **Vermijd medische reductie:**
 - Zorg dat trauma-zorg **niet alleen** via GGZ-loopt, maar ook via **sociaal werk, onderwijs en gemeenschapsinitiatieven**.
- **Erken systeemtrauma's:**
 - Bijv. **racisme, seksueel geweld in instituten, klimaatangst**.

Trauma in Controverse

9. Slot: Pathologie als relatie, niet als eigenschap

Misschien is **pathologie** geen eigenschap van een persoon, maar van een **relatie**:

- Tussen **mens en context** (veiligheid vs. dreiging).
- Tussen **verleden en heden** (herinnering vs. herbeleving).
- Tussen **draagkracht en belasting** (veerkracht vs. overweldiging).

Traumazorg vraagt niet om **snellere diagnoses**, maar om **tragere aandacht**:

- Ruimte voor **ontregeling** zonder haar te romantiseren.
- Erkenning dat **normaal en pathologisch** geen tegenpolen zijn, maar **buren**.

De uitdaging: Hoe creëren we een zorgsysteem dat **zowel wetenschappelijk precies als menselijk compassievol** is? Hoe kunnen we **lijden erkennen** zonder het vast te zetten in een label? En hoe blijven we **nieuwsgierig** naar de verhalen achter de symptomen?



Hoofdstuk 3: CPTSS – Noodzakelijke erkenning of conceptuele verwarring?

De strijd om erkenning, de valkuilen van diagnostiek, en de zoektocht naar betekenis voor wie "te complex" is voor PTSS

1. Essayistische inleiding: Een woord als redding en als valkuil

Sommige woorden komen **te laat**, maar "te laat" is niet hetzelfde als "onnodig". Voor velen voelde de introductie van **Complexe Posttraumatische Stresstoornis (CPTSS)** niet als een nieuwe diagnose, maar als **eindelijk taal** voor wat ze al jaren ervoeren: een diepe, chronische ontwrichting die niet paste in het platte beeld van PTSS. Alsof iemand zei: *"Wat jij meemaakt is niet vreemd, niet zwak, niet onverklaarbaar. Het is een logisch gevolg van langdurige onveiligheid."*

Maar datzelfde woord bracht **onrust**. Want elke nieuwe diagnose opent deuren, maar verschuift ook grenzen. Het biedt **erkenning**, maar riskeert **inflatie**. Het geeft **hoop**, maar kan ook **vastzetten**. CPTSS is zowel een **redding** als een **raadsel** – een concept dat **levens verklaart**, maar ook **vragen oproept**.

Wat als de diagnose die je eindelijk ziet, ook een nieuwe gevangenis wordt?

2. Wetenschappelijke kern: Het ontstaan van CPTSS

2.1 De leemte in de DSM: Waarom PTSS niet volstond

De **DSM-5** (2013) erkende weliswaar **Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)**, maar liet een cruciale groep cliënten **onderbelicht**:

- Mensen met **langdurige, herhaalde traumatisering**, vaak in **relationele contexten** (bijv. kindermishandeling, huiselijk geweld, mensenhandel).
- Bij hen waren de klassieke PTSS-symptomen (herbeleving, vermijding, hyperarousal) **slechts het topje van de ijsberg**.

Trauma in Controverse

Probleem:

- PTSS focust op **enkelvoudige, acute trauma's** (bijv. een ongeluk, aanranding).
- Maar wat als het trauma **jaren duurde**? Wat als het **door iemand werd aangedaan van wie je afhankelijk was**? Wat als **ontsnappen onmogelijk** was?

Oplossing: De **ICD-11** (2018) introduceerde **CPTSS** als apart diagnostisch beeld, met **drie extra domeinen** (naast PTSS-symptomen):

1. **Affectregulatieproblemen** (extreme stemmingswisselingen, woede-uitbarstingen, emotionele verdooving).
2. **Negatief zelfbeeld** (diepgewortelde schaamte, gevoelens van waardeloosheid, zelfhaat).
3. **Relationele ontregeling** (moeite met vertrouwen, isolatie, herhaling van onveilige relaties).

2.2 Empirisch bewijs: Is CPTSS meer dan "ernstige PTSS"?

Onderzoekers als **Marylene Cloitre** (2012, 2015) en **Judith Herman** (1992) toonden aan dat CPTSS **statistisch onderscheidbaar** is van PTSS:

- **Factoranalyses** (bijv. Cloitre et al., 2013) lieten zien dat de **DSO-symptomen** (Disturbances in Self-Organization) een **aparte cluster** vormen.
- **Neurobiologisch onderzoek** (bijv. Lanius et al., 2010) toonde aan dat CPTSS gepaard gaat met **andere hersenpatronen** dan PTSS, met name in gebieden als de **default mode network** (zelfreflectie) en de **insula** (lichaamsbewustzijn).

Trauma in Controverse

Belangrijkste verschillen met PTSS:

Kenmerk	PTSS	CPTSS
Trauma-type	Enkelvoudig, acuut	Langdurig, relationeel, herhaald
Kernsymptomen	Herbeleving, vermijding, hyperarousal	+ Affectregulatie, zelfbeeld, relaties
Neurobiologie	Amygdala-hyperactiviteit	+ Default mode network ontregeling
Behandeling	Exposure, EMDR	Gefaseerd: stabilisatie → verwerking → integratie

Conclusie: CPTSS is **geen ernstigere vorm van PTSS**, maar een **kwalitatief ander patroon** met andere **oorzaken, symptomen** en **behandelbehoeften**.

3. Kritiek en controverse: Overlap, vaagheid en het risico van inflatie

3.1 "CPTSS is een containerbegrip"

Tegenstanders (bijv. Joel Paris, 2012) wijzen op **twee hoofdproblemen**:

1. Overlap met andere diagnoses:

- De **DSO-symptomen** (affectregulatie, zelfbeeld, relaties) komen ook voor bij:
 - Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)
 - Dissociatieve stoornissen
 - Ernstige depressie
- **Vraag:** Is CPTSS dan wel een **aparte stoornis**, of een **samenraapsel van bestaande labels**?

2. Gebrek aan specificiteit:

- De criteria voor DSO zijn **subjectief** (bijv. "negatief zelfbeeld" – wie bepaalt wat "negatief genoeg" is?).
- **Risico:** CPTSS wordt een **vage paraplu** voor allerlei complex lijden, zonder duidelijke behandelrichtlijnen.

Voorbeeld uit de praktijk:

- Een cliënt met **chronische depressie** en **hechtingsproblemen** krijgt de diagnose CPTSS, terwijl haar klachten beter passen bij **BPS**. De behandeling (stabilisatie, schema-therapie) is echter **vergelijkbaar**.

3.2 "CPTSS medicaliseert sociaal lijden"

Critici als **Allen Frances** (hoofdredacteur DSM-IV) waarschuwen dat CPTSS **maatschappelijke problemen individualiseert**:

- **Armoede, racisme, seksueel geweld** en **systeemfalen** (bijv. jeugdzorg) zijn **structurele oorzaken** van trauma.
- Door dit onder te brengen in een **individuele diagnose**, verschuift de focus van **systeemverandering** naar **individuele behandeling**.

Voorbeeld:

- Een vluchteling met CPTSS door **jarenlange oorlog en vlucht** heeft niet alleen **therapie** nodig, maar ook **veilige huisvesting, werk en sociale erkenning**.

Tegenwerping:

- **Marylene Cloitre**: "CPTSS is geen vervanging voor sociale rechtvaardigheid, maar een **erkenning** dat langdurig lijden **echte, meetbare gevolgen** heeft voor het brein en het functioneren."

3.3 Culturele en geslachtsgebonden bias

- **Vrouwen** krijgen vaker de diagnose CPTSS dan mannen (vanwege hogere prevalentie van **seksueel geweld** en **huiselijk geweld** in hun voorgeschiedenis).
- **Mannen** met soortgelijke klachten worden eerder gediagnosticeerd met **verslavingsproblemen** of **antisociale trekken**.
- **Nicht-westerse cliënten** worden soms **ten onrechte** uitgesloten van CPTSS-diagnoses omdat hun symptomen **anders geuit** worden (bijv. somatisch in plaats van emotioneel).

Trauma in Controverse

Onderzoek van Hinton & Lewis-Fernández (2010):

- In **Latijns-Amerikaanse gemeenschappen** wordt trauma vaak uitgedrukt via **lichamelijke klachten** (bijv. "nervios"), die niet passen in het **westerse CPTSS-plaatje**.

4. Essayistische verdieping: "Eindelijk een naam".

De kracht en het gevaar van erkenning

Voor veel cliënten is CPTSS **geen modeterm**, maar een **levenslijn**:

- *"Ik dacht dat ik gek was, maar nu weet ik: mijn brein doet wat het moest doen om te overleven."*
- *"Het is geen zwakte. Het is een **logisch gevolg** van wat me is aangedaan."*

Maar erkenning heeft een schaduwkant:

- **Diagnose als identiteit**: *"Ik ben geen mens meer, ik ben een CPTSS-patiënt."*
- **Vastzetten in het verleden**: *"Nu ik een label heb, voel ik me **gedwongen** om te blijven stilstaan bij mijn trauma."*
- **Stigmatisering**: *"Mensen behandelen me anders als ze weten dat ik 'complex trauma' heb."*

Voorbeeld:

- Een cliënte begint een **trauma-blog** en merkt dat ze **steeds meer** in de **slachtofferrol** wordt geduwd door volgers. *"Ik wilde erkenning, maar nu voel ik me gevangen in mijn eigen verhaal."*

Trauma in Controverse

5. Wetenschappelijke nuance: Ernst, duur en context als sleutelfactoren

5.1 Langdurige traumatisering vs. enkelvoudig trauma

Onderzoek (bijv. **van der Kolk, 2014**) laat zien dat **duur** en **relationele context** van trauma **cruciale moderatoren** zijn:

- **Enkelvoudig trauma** (bijv. een auto-ongeluk) leidt vooral tot **PTSS-symptomen** (herbeleving, vermijding).
- **Langdurig, relationeel trauma** (bijv. incest, gevangenschap) leidt tot:
 - **Diepere affectregulatieproblemen** (bijv. zelfverminking, dissociatie).
 - **Structurele veranderingen in het zelfbeeld** ("Ik ben slecht/waardeloos").
 - **Herhaling van onveilige relaties** (bijv. steeds weer partners kiezen die misbruik maken).

Neurobiologisch mechanisme:

- **Chronische stress** in de **vroege ontwikkeling** leidt tot:
 - **Verkleinde hippocampus** (geheugenproblemen).
 - **Hyperactieve amygdala** (overdreven angstreacties).
 - **Verminderde prefrontale controle** (impulsiviteit, moeite met plannen).

5.2 CPTSS als ontwikkelingsstoornis

Sommige onderzoekers (bijv. **Bessel van der Kolk**) beschouwen CPTSS als een **ontwikkelingsstoornis**:

- Het brein en het lichaam **leren** in een **chronisch onveilige omgeving** te functioneren.
- Dit leidt tot **aanpassingen** die later **dysfunctioneel** blijken in een veilige context.

Trauma in Controverse

Voorbeeld:

- Een kind dat leert **emoties te onderdrukken** om veilig te blijven, heeft later moeite met **intimiteit** en **zelfexpressie**.

6. Klinische implicaties: Behandeling van CPTSS – Gefaseerd en relationeel

6.1 Standaard-PTSS-behandelingen werken vaak niet

- **Exposure-therapie** kan **retraumatiserend** zijn als er **geen veilige basis** is.
- **EMDR** kan **overweldigend** zijn zonder **affectregulatievaardigheden**.

Onderzoek van Cloitre et al. (2012):

- **70%** van de CPTSS-cliënten heeft **eerst stabilisatie** nodig voordat traumaverwerking kan beginnen.

6.2 Gefaseerd behandelmodel

Fase	Doel	Interventies
1. Veiligheid	Stabilisatie, affectregulatie	Psycho-educatie, grounding, DBT-vaardigheden
2. Verwerking	Trauma integreren	EMDR (aangepast), narratieve therapie
3. Integratie	Nieuwe identiteit, relaties	Schema-therapie, mentale training

Casus:

- **Lisa (30)** heeft CPTSS door jarenlang incest. Haar therapeut begint **niet** met exposure, maar met:
 1. **Lichaamsgerichte oefeningen** (ademhaling, yoga) om **dissociatie** te verminderen.
 2. **Zelfcompassie-training** om haar **zelfhaat** te doorbreken.
 3. **Pas na 6 maanden** begint ze met **voorzichtige traumaverwerking**.

6.3 De rol van de therapeut: Meer dan een technicus

CPTSS vraagt om een **relationele benadering**:

- **Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT)** werkt alleen als er **vertrouwen** is.
- **Therapeutische alliantie** is de **belangrijkste voorspeller** van succes (Lambert, 2013).
- **Countertransference** (bijv. boosheid, hulpeloosheid bij de therapeut) moet **actief bewerkt** worden.

Valkuil:

- Therapeuten die **te snel** willen "helen" en daardoor **herhaaltrauma** veroorzaken (bijv. door te pushen met exposure).

7. Casus: "Mijn lichaam is een vijand". Leven met DSO-symptomen

Achtergrond: Mark (42) groeide op in een gezin met **chronisch geweld** en **emotionele verwaarlozing**. Als volwassene heeft hij:

- **Extreme woede-uitbarstingen** (bijv. gaten in de muur slaan).
- **Diepe schaamte** ("Ik ben een monster").
- **Moeite met relaties** (steeds weer partners kiezen die hem vernederen).

Diagnostisch dilemma:

- Zijn woede wordt eerst gezien als **BPS**, maar past beter bij **CPTSS**.
- Hij krijgt **dialectische gedragstherapie (DBT)**, maar heeft ook **traumaverwerking** nodig.

Behandeltraject:

1. **Stabilisatie:** Leren om **woede te herkennen** als een **overlevingsreactie**.
2. **Lichaamswerk: Somatic Experiencing** om zijn **chronische spanning** te verminderen.
3. **Traumaverwerking: Narratieve exposuretherapie (NET)** om zijn levensverhaal te **herstructureren**.

Trauma in Controverse

Doorbraak:

- "Ik begrijp nu dat mijn woede niet 'slecht' is, het is een **alarmbel** van mijn lichaam. Ik hoef me niet te schamen."

8. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- Heb jij het gevoel dat de diagnose CPTSS je **heeft geholpen** of **beperkt**? Waarom?
- Welke **overlevingsstrategieën** uit je verleden helpen je nu nog? Welke **belemmeren** je?

2. Voor therapeuten:

- Hoe **herken** je CPTSS bij cliënten die **niet direct** over trauma praten?
- Hoe **voorkom** je dat je in de **reddersval** trapt (te veel willen "fixen")?

3. Voor onderzoekers:

- Hoe kunnen we CPTSS **beter onderscheiden** van BPS en depressie?
- Wat zijn de **ethische implicaties** van het diagnosticeren van CPTSS bij kinderen?

4. Voor beleidsmakers:

- Hoe kunnen we **zorgsystemen** zo inrichten dat ze **langdurige traumatisering** beter opvangen?
- Hoe voorkomen we dat CPTSS een **excuus** wordt om **systeemproblemen** (bijv. jeugdzorg, vluchtelingenbeleid) te individualiseren?

9. Praktische implicaties

9.1 Voor cliënten:

- CPTSS is geen levensvonnis – herstel is mogelijk, maar vraagt **tijd en geduld**.
- Zoek een **therapeut** die **ervaring heeft** met **complex trauma** en **gefaseerde behandeling**.
- **Lichaamssignalen** (spanning, dissociatie) zijn **belangrijke boodschappers** – leer ze te begrijpen.

Trauma in Controverse

9.2 Voor therapeuten:

- **Begin met stabilisatie** – nooit direct met traumaverwerking.
- **Wees alert op herhaaltrauma** in de therapeutische relatie.
- **Gebruik psycho-educatie** om cliënten te helpen hun symptomen te begrijpen als overlevingsstrategieën.

9.3 Voor onderzoekers:

- **Onderzoek de neurobiologie** van CPTSS verder, met name de **default mode network** en **insula**.
- **Bestudeer culturele verschillen** in symptoompresentatie.
- **Ontwikkel betere meetinstrumenten** voor DSO-symptomen.

9.4 Voor beleidsmakers:

- **Erken CPTSS als een legitieme diagnose** in zorgvergoedingen.
- **Investeer in traumasensitieve zorg** (bijv. scholing voor huisartsen, leerkrachten).
- **Zorg voor integrale hulp** (niet alleen therapie, maar ook **huisvesting, werk, sociale steun**).

10. Slot: CPTSS als richtingwijzer, niet als eindstation

CPTSS is **geen eindconclusie**, maar een **hypothese**, een poging om **patronen** te begrijpen die te lang **versnipperd** zijn benaderd.

De kernvraag is niet: "Bestaat CPTSS wel?" Maar: "Hoe gebruiken we deze diagnose **zorgvuldig** – als **richtingwijzer** in plaats van als **identiteit**?"

Wat CPTSS vooral vraagt, is iets wat in de zorg schaars is:

- **Tijd** (om te stabiliseren, te verwerken, te integreren).
- **Relationele aandacht** (een therapeut die **blijft**, ook als het moeilijk wordt).
- **Verdraagzaamheid voor complexiteit** (niet alles hoeft meteen opgelost te worden).

****Misschien is CPTSS wel het beste bewijs dat trauma niet alleen een gebeurtenis is, maar een levenslang proces en dat herstel niet betekent dat je "genezen" bent, maar dat je leert **leven met de littekens**.**



Hoofdstuk 4: DSM en ICD: Twee talen voor hetzelfde lijden

Diagnostische systemen als spiegel van cultuur, wetenschap en macht

1. Essayistische inleiding: De illusie van objectiviteit

Diagnostische handleidingen als de **DSM** en de **ICD** lijken op het eerste gezicht **neutrale catalogi**: lijsten van stoornissen, criteria, codes. Maar achter die schijnbare objectiviteit schuilt een **wereld van keuzes, interpretaties en belangen**. Twee systemen, dezelfde mens, soms **totaal verschillende uitkomsten**.

Voor de persoon die lijdt, kan dit **dubbel voelen**:

- **Erkenning** aan de ene kant ("Eindelijk een naam voor wat ik voel!").
- **Verwarring** aan de andere kant ("Waarom krijg ik in Amerika wel een diagnose en in Nederland niet?").

Het is alsof twee talen spreken over dezelfde pijn, maar met **net andere grammatica**. En wie beslist welke taal de **juiste** is?

Wat als de code die jouw lijden beschrijft, niet past bij de taal die jij spreekt?

2. Wetenschappelijke kern: DSM-5 versus ICD-11 – Verschillen en overeenkomsten

2.1 De DSM-5: Een Amerikaans perspectief

De **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**, voornamelijk gebruikt in de **Verenigde Staten**, is **descriptief en symptomatisch**:

- **Focus op observeerbare symptomen** (bijv. herbeleving, vermijding, hyperarousal).
- **Strikte criteria** voor PTSS (bijv. Criterion A: blootstelling aan dreigende dood/geweld).
- **Subtypes** voor kinderen en specifieke trauma's (bijv. seksueel geweld).

Trauma in Controverse

Voordelen:

- **Hoge betrouwbaarheid** (goede interbeoordelaarsovereenkomst).
- **Brede acceptatie** in onderzoek en klinische praktijk.

Beperkingen:

- **Te rigide** voor complex trauma (bijv. CPTSS ontbreekt als aparte diagnose).
- **Cultuurgebonden** (westerse normen voor "abnormaal" gedrag).

2.2 De ICD-11: Een internationaal perspectief

De **International Classification of Diseases (ICD-11)**, wereldwijd gehanteerd, combineert een **medisch en functioneel perspectief**:

- **Inclusie van CPTSS** als aparte diagnose.
- **Nadruk op relationele en ontwikkelingscontexten** (bijv. kindermishandeling, langdurige onveiligheid).
- **Minder strikt** dan DSM-5 (bijv. ruimere definitie van trauma).

Voordelen:

- **Beter aansluitend** bij complex trauma.
- **Meer culturele sensitiviteit** (bijv. erkenning van somatische uitingen van trauma).

Beperkingen:

- **Minder gedetailleerd** dan DSM-5 (minder specifieke criteria).
- **Nog niet volledig geïmplementeerd** in alle landen (bijv. Nederland gebruikt nog steeds DSM-5 als hoofdreferentie).

Trauma in Controverse

2.3 Belangrijkste verschillen in traumadiagnoses

Aspect	DSM-5	ICD-11
Traumadefinitie	Strikt (Criterion A)	Ruimer (ook langdurige onveiligheid)
CPTSS	Niet als aparte diagnose	Wel als aparte diagnose
Kinderspecifieke criteria	Ja (bijv. PTSS bij kinderen)	Minder gedetailleerd
Culturele aanpassingen	Beperkt	Meer ruimte voor culturele uitingen
Gebruik in Nederland	Primair systeem	Langzaam in opkomst

3. Kritiek: Macht, handelingsruimte en beperking

3.1 Diagnostische systemen als machtsinstrument

Diagnostische labels zijn **nooit neutraal**. Ze:

- **Creëren taal** voor ervaringen (bijv. "PTSS" als erkenning van lijden).
- **Beperken hoe lijden mag worden gemeten** (bijv. alleen "erkende" trauma's tellen mee).
- **Bepalen wie toegang krijgt tot zorg** (bijv. verzekeringsdekking, behandelplannen).

Voorbeeld:

- Een vluchteling met **chronische pijn en angst** krijgt in Nederland **geen PTSS-diagnose** omdat zijn klachten niet passen in het **DSM-5-plaatje**. Gevolg: **geen vergoede behandeling**.

Trauma in Controverse

3.2 "Diagnostic drift" en "crosswalk"-problemen

- **"Diagnostic drift"**: Diagnoses verschuiven door **culturele trends** (bijv. "trauma" als containerbegrip).
- **"Crosswalk"-problemen**: Hoe vertaal je een diagnose van **DSM naar ICD**? Het antwoord is zelden eenduidig.

Onderzoek van Reed et al. (2019):

- **30%** van de cliënten krijgt een **andere diagnose** in DSM-5 dan in ICD-11.
- **Gevolg**: Verschillende behandelplannen, verzekeringsproblemen, onderzoeksvergelijkingen worden moeilijk.

3.3 Het menselijke gezicht achter de codes

Voor de persoon die lijdt, zijn diagnostische criteria **abstracties**. Zij voelen geen **A1-criteria**, zij voelen:

- **Angst** die hen 's nachts wakker houdt.
- **Schaamte** die hen doet zwijgen.
- **Verdriet** dat geen woorden lijkt te hebben.

Casus:

- *"Mijn therapeut zei dat ik geen PTSS heb omdat ik niet 'direct in levensgevaar' ben geweest. Maar ik voel me alsof ik elke dag opnieuw sterf."* Cliënt met **chronische emotionele verwaarlozing**.

4. Essayistische verdieping: De taal van het lijden

Elk diagnostisch systeem is een **vertaling** – en elke vertaling **verliest iets**.

- **DSM-5** spreekt de taal van **wetenschap en verzekeraars**.
- **ICD-11** probeert de taal van **menselijke ervaring** te vatten.
- Maar **geen van beide** vangt **het hele verhaal**.

Metafoor: Stel je voor dat je een **gedicht** vertaalt naar een andere taal. Sommige regels klinken mooier, andere verliezen hun ritme. **Diagnoses zijn als vertalingen** – ze geven **toegang**, maar ook **verlies**.

Vraag: *Wat als de code die jouw pijn beschrijft, niet de taal spreekt die jij nodig hebt om gehoord te worden?*

5. Wetenschappelijke nuance: Convergentie en divergentie

5.1 Waar DSM en ICD elkaar overlappen

- **PTSS-diagnoses:** **70-80%** overlap tussen DSM-5 en ICD-11 (bijv. herbeleving, vermijding, hyperarousal).
- **Behandelrichtlijnen:** Beide systemen adviseren **traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT)** en **EMDR** als eerste keus behandelingen.

Onderzoek van Maercker et al. (2013):

- Cliënten die voldoen aan **beide PTSS-definities** (DSM en ICD) hebben **beter behandelresultaten** dan cliënten die alleen in één systeem een diagnose krijgen.

5.2 Waar DSM en ICD uit elkaar gaan

- **CPTSS:** ICD-11 erkent het wel, DSM-5 niet.
 - **Gevolg:** In landen die DSM-5 gebruiken (bijv. Nederland), krijgen cliënten met **complex trauma** vaak **geen passende diagnose**.
- **Culturele uitingen:** ICD-11 heeft **meer ruimte** voor somatische en culturele symptomen (bijv. "ataques de nervios" in Latijns-Amerikaanse gemeenschappen).

Voorbeeld:

- Een cliënt met **chronische buikpijn en dissociatie** na jarenlang huiselijk geweld krijgt in **ICD-11** de diagnose **CPTSS**, maar in **DSM-5** alleen "**onspecifieke somatische klachten**".

6. Casus: "In Amerika heb ik PTSS, in Nederland niet". Een cliëntvertelling

Achtergrond: Fatima (35) vluchtte uit Syrië naar Nederland. In de VS, waar ze tijdelijk verbleef, kreeg ze de diagnose **PTSS en depressie**. In Nederland zei een psychiater: "Je voldoet niet aan Criterion A. Je hebt geen PTSS."

Dilemma:

- Fatima's klachten (**nachtmerries, hypervigilantie, somatische pijn**) waren **reëel**, maar pasten niet in het **DSM-5-kader**.
- **Gevolg:** Geen vergoede traumatherapie, alleen **antidepressiva**.

Oplossing:

- Een **traumasensitieve huisarts** diagnosticeerde haar **asielgerelateerde stress** (een **ICD-11-categorie**) en verwees haar naar **specialistische hulp**.
- Fatima: "Eindelijk voelde ik me niet meer gek. Mijn pijn had een naam – alleen niet de naam die ze in Nederland wilden horen."

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- Heb jij ooit het gevoel gehad dat jouw klachten **niet serieus werden genomen** omdat ze niet pasten in een diagnose? Hoe voelde dat?
- Welk **diagnostisch systeem** (DSM of ICD) spreekt jou meer aan? Waarom?

2. Voor therapeuten:

- Hoe **communiceer** je met cliënten over de **beperkingen van diagnostische labels**?
- Welk systeem (DSM of ICD) gebruik jij **primair**? Waarom?

3. Voor onderzoekers:

- Hoe kunnen we **diagnostische systemen** beter **afstemmen op culturele diversiteit**?
- Wat zijn de **gevolgen** van het ontbreken van CPTSS in de DSM-5 voor **onderzoek en zorg**?

4. Voor beleidsmakers:

- Hoe kunnen we **zorgsystemen** zo inrichten dat ze **flexibeler** omgaan met diagnostische verschillen?
- Wat is nodig om **ICD-11** in Nederland **breder te implementeren**?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- **Weet dat diagnoses niet alles zeggen:** Jouw ervaring is **geldig**, ook als deze niet in een hokje past.
- **Vraag om uitleg:** Als een hulpverlener zegt dat je "geen PTSS hebt", vraag dan: "*Waarom niet? En wat betekent dat voor mijn behandeling?*"
- **Zoek een traumasensitieve professional:** Sommige therapeuten werken **meer met ICD-11** en zijn daardoor **flexibeler** in hun benadering.

8.2 Voor therapeuten:

- **Wees transparant over diagnostische keuzes:**
 - Leg uit **welk systeem** je gebruikt (DSM of ICD) en **waarom**.
 - Bespreek de **voordelen en beperkingen** van een diagnose met de cliënt.
- **Gebruik beide systemen als gereedschapskist:**
 - **DSM-5** voor **duidelijke PTSS-criteria**.
 - **ICD-11** voor **complex trauma en culturele uitingen**.
- **Let op "diagnostic overshadowing":**
 - Een cliënt met **autisme** en **trauma** krijgt soms **alleen** de autisme-diagnose, terwijl trauma **onbehandeld** blijft.

8.3 Voor onderzoekers:

- **Vergelijk DSM en ICD in studies:**
 - Hoe verschillen **prevalentiecijfers** tussen de systemen?
 - Welke **behandeluitkomsten** zijn beter voorspeld door DSM of ICD?
- **Onderzoek culturele validiteit:**
 - Hoe worden **traumaklachten** in **niet-westerse culturen** uitgedrukt? Passen deze in DSM/ICD?
- **Ontwikkel "crosswalk"-tools:**
 - Hoe kunnen klinici **makkelijker vertalen** tussen DSM en ICD?

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Stimuleer ICD-11-implementatie:**
 - **Scholing** voor psychologen en psychiaters.
 - **Aanpassing van verzekeringsprotocollen** (bijv. erkenning van CPTSS).
- **Investeer in traumasensitieve zorg:**
 - **Niet alleen** gericht op **individuele behandeling**, maar ook op **systeemverandering** (bijv. jeugdzorg, vluchtelingenbeleid).
- **Betrek cliënten bij diagnostische beslissingen:**
 - **Gedeelde besluitvorming** tussen cliënt en hulpverlener over welke diagnose het beste past.

9. Slot: Diagnoses als bruggen, niet als muren

DSM en ICD zijn **instrumenten** – krachtig, maar **beperkt**. Ze geven **richting**, maar geen **totaalbeeld**.

Misschien is het wijs om diagnoses te zien als:

- **Bruggen** tussen **wetenschap, klinische praktijk en menselijk lijden**.
- **Kaarten** die helpen navigeren, maar **niet het terrein zelf**.

De uitdaging voor de toekomst:

- Hoe gebruiken we diagnostische systemen **zodat ze verbinden** in plaats van uitsluiten?
- Hoe zorgen we dat **taal** (of het nu DSM of ICD is) **dient** aan het begrip van lijden, in plaats van het te **beperken**?

Laatste gedachte: *Misschien is de meest helende diagnose niet een code, maar een verhaal – en de meest effectieve behandeling niet een protocol, maar een relatie.*



Hoofdstuk 5: Behandeling onder vuur: Wat werkt, wat schaadt, en wie beslist dat?

De strijd om evidence, ethiek en menselijke verbinding in traumatherapie

1. Essayistische inleiding: Therapie als belofte en als gok

Therapie klinkt als een **belofte**: een ruimte waar pijn gehoord wordt, waar littekens mogen helen, waar het verleden zijn greep verliest. Maar onder die belofte ligt **spanning**. Want wat **werkt** echt? Wat is **hoopvol**, en wat kan zelfs **schade** veroorzaken? In het veld van traumabehandeling is de strijd om **bewijs**, **veiligheid** en **effectiviteit** niet alleen **wetenschappelijk**, maar ook **persoonlijk**.

Clënten zoeken **verlichting**. Therapeuten zoeken **houvast**. Onderzoekers zoeken **bewijslast**. En wat overblijft, is een landschap vol **innovatie**, **overtuiging** en **controverse**.

Wat als de behandeling die jou moet redden, je juist dieper in de afgrond duwt?

2. Wetenschappelijke kern: Evidence-based versus experimenteel. **Wat zegt het bewijs?**

2.1 De gouden standaard: Cognitieve gedragstherapie en EMDR

Drie behandelingen worden wereldwijd gezien als **evidence-based** voor PTSS:

- 1. Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT)**
 - **Doel:** Herstructureren van traumatische herinneringen en gedachten.
 - **Bewijs:** Meta-analyses (bijv. **Bisson et al., 2013**) tonen **grote effectgroottes** (Cohen's $d = 1.2-1.5$).
 - **Critiek:** Te **cognitief** voor cliënten met **dissociatie** of **affectregulatieproblemen**.
- 2. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**
 - **Doel:** Herinneringen verwerken via **bilaterale stimulatie** (oogbewegingen, taps).
 - **Bewijs:** **Effectief** voor PTSS (bijv. **Chen et al., 2014**), maar het **werkingsmechanisme** is **omstreden**.

Trauma in Controverse

- **Controverse:**
 - **Skeptici** (bijv. Lilienfeld, 2010): "EMDR werkt door **exposure**, niet door oogbewegingen."
 - **Voorstanders** (bijv. van den Berg & van der Gaag, 2012): "Oogbewegingen **versnellen** de verwerking."

3. Exposuretherapie (PE – Prolonged Exposure)

- **Doel:** Systematische blootstelling aan trauma-gerelateerde prikkels.
- **Bewijs: Robuust** (bijv. Foa et al., 2018), maar **hoge dropout** (30–50%) door **te intense angst**.

Conclusie:

- Deze methoden **werken** voor **vele cliënten**, maar **niet voor iedereen**.
- **Succes hangt af van:**
 - **Timing** (te vroeg = hertraumatiserend).
 - **Therapeutische vaardigheid** (onervaren therapeuten kunnen schade aanrichten).
 - **Cliëntkenmerken** (bijv. dissociatie, comorbiditeit).

2.2 De grijze zone: Lichaamsgerichte en alternatieve benaderingen

Naast de "gouden standaard" zijn er **andere benaderingen**, vaak **minder onderzocht**, maar **populair in de praktijk**:

1. Somatic Experiencing (SE) – Peter Levine

- **Doel:** Trauma vastgehouden in het **lichaam** loslaten via **lichaamsbewustzijn**.
- **Bewijs: Kleinschalige studies** (bijv. Levine, 2015) tonen **positieve effecten**, maar **geen grote RCT's**.
- **Critiek:** Te **vaag**, risico op **overinterpretatie** ("Trauma zit in je spieren").

2. Sensorimotor Psychotherapy – Pat Ogden

- **Doel:** Integratie van **lichaam en geest** via beweging en aandacht.
- **Bewijs: Beloftevol** (bijv. Ogden & Fisher, 2015), maar **geen grootschalige studies**.
- **Critiek: Duur en intensief** – niet voor iedereen toegankelijk.

Trauma in Controverse

3. Yoga en meditatie

- **Doel:** Regulatie van het **autonome zenuwstelsel**.
- **Bewijs:** **Meta-analyses** (bijv. **Cramer et al., 2018**) tonen **matige effecten** op PTSS-symptomen.
- **Critiek:** **Geen vervanging** voor traumatherapie, maar **goede aanvulling**.

Dilemma:

- **Wanneer** zijn deze methoden **nuttig**, en wanneer zijn ze **gevaarlijk** (bijv. te snel lichaamswerk bij **dissociatie**)?

3. Kritiek en nuance: Wanneer helpt behandeling niet of verergert ze?

3.1 Het risico van hertraumatisering

Exposuretherapie en EMDR kunnen **schadelijk** zijn als:

- De cliënt **niet stabiel genoeg** is (bijv. suïcidale neigingen, dissociatie).
- De therapeut **te snel** gaat of **onvoldoende veiligheid** creëert.
- Er **geen goede aftercare** is (bijv. cliënt blijft alleen achter met overweldigende emoties).

Casus:

- *"Na EMDR voelde ik me alsof ik **opnieuw was verkracht** – maar dan zonder dat er iemand was om me op te vangen."*
Cliënt met **CPTSS na kindermishandeling**.

Oplossing:

- **Gefaseerde aanpak** (eerst stabilisatie, dan verwerking).
- **Traumasensitieve therapeuten** die **lichaamssignalen** herkennen (bijv. dissociatie, freeze-reacties).

3.2 De mythe van "one size fits all"

Probleem:

- **Richtlijnen** (bijv. **ISPT, 2020**) adviseren **TF-CBT of EMDR als eerste keus**.
- Maar **niet alle cliënten** passen in dit **protocolaire keurslijf**:
 - Cliënten met **dissociatie** hebben baat bij **stabilisatie-eerst-benaderingen** (bijv. **DBT, SE**).
 - Cliënten met **complex trauma** (CPTSS) hebben **langerdurige, relationele therapie** nodig.

Onderzoek van Cloitre et al. (2012):

- **30%** van de PTSS-clients **reageert niet** op TF-CBT of EMDR.
- **Reden:** Te **cognitief** of te **confronterend** voor cliënten met **affectregulatieproblemen**.

Alternatief:

- **STAIR/NST** (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation + Narrative Story Telling) – **Marylene Cloitre**.
- **Gefaseerde behandeling**:
 1. **Stabilisatie** (veiligheid, affectregulatie).
 2. **Traumaverwerking** (langzaam, lichaamsgericht).
 3. **Integratie** (nieuwe identiteit, relaties).

3.3 De rol van de therapeut: Kunst of ambacht?

Succesvolle traumatherapie hangt niet alleen af van de methode, maar van:

1. **Therapeutische alliantie** (vertrouwen, veiligheid).
2. **Klinische intuïtie** (weten wanneer te pushen, wanneer af te remmen).
3. **Culturele sensitiviteit** (begrip voor **niet-westerse uitingen** van trauma).

Trauma in Controverse

Valkuil:

- **Protocollen volgen zonder flexibiliteit** ("Ik doe gewoon EMDR, want dat staat in de richtlijn").
- **Te veel focus op techniek, te weinig op relatie.**

Citaat van Bessel van der Kolk (2014): "Traumatherapie is geen techniek, het is een *ontmoeting* tussen twee mensen, waarvan er één de weg weet uit de hel."

4. Essayistische verdieping: Het menselijk dilemma – Wanneer is "goed genoeg" genoeg?

Therapie is **meer dan protocollen**. Het gaat om:

- **Relaties** (de band tussen cliënt en therapeut).
- **Timing** (het juiste moment voor confrontatie).
- **Vertrouwen** (de cliënt moet **voelen** dat de therapeut hem niet in de steek zal laten).

Dilemma:

- **Wanneer** is een therapeut **te voorzichtig** (en laat daardoor cliënten steken in hun trauma)?
- **Wanneer** is een therapeut **te pushy** (en riskeert herhaalde traumatisering)?

Voorbeeld:

- Een cliënt met **CPTSS** wil **direct** met EMDR beginnen, maar de therapeut **weigert** omdat ze eerst **stabilisatie** nodig heeft.
- **Conflict:** Cliënt voelt zich **niet gehoord**; therapeut voelt zich **verantwoordelijk**.

Oplossing:

- **Gedeelde besluitvorming:** "Wat heb jij nodig om je veilig te voelen?"
- **Flexibiliteit:** Soms is een klein stukje **exposure** al genoeg om **hoop** te geven.

5. Wetenschappelijke reflectie: Gepersonaliseerde traumatherapie – De toekomst?

5.1 Precision medicine in trauma-zorg

Onderzoekers (bijv. Lanius et al., 2018) pleiten voor **gepersonaliseerde traumabehandeling**, gebaseerd op:

- **Neurobiologisch profiel** (bijv. hyperarousal vs. dissociatie).
- **Traumatype** (enkelvoudig vs. complex).
- **Persoonlijkheid en copingstijl**.

Voorbeeld:

- Een cliënt met **dissociatie** heeft baat bij **lichaamsgerichte therapie** (SE, yoga).
- Een cliënt met **hyperarousal** reageert beter op **exposure + ontspanningstraining**.

5.2 De rol van technologie: VR, apps en online therapie

Nieuwe ontwikkelingen:

1. **Virtual Reality Exposure Therapy (VRET)**
 - **Voordelen:** Gecontroleerde blootstelling aan trauma-gerelateerde omgevingen.
 - **Bewijs:** Effectief voor PTSS (bijv. Rothbaum et al., 2014).
 - **Risico:** Te intensief voor cliënten met **dissociatie**.
2. **Online traumatherapie (bijv. PE via videocall)**
 - **Voordelen:** Toegankelijker voor mensen in afgelegen gebieden.
 - **Bewijs:** Net zo effectief als face-to-face (bijv. Acierno et al., 2016).
 - **Risico:** Minder non-verbale signalen (therapeut mist lichaamstaal).
3. **Self-help apps (bijv. PTSD Coach, Mindfulness for PTSD)**
 - **Voordelen:** Laagdrempelig, goedkoop.
 - **Bewijs:** Matige effecten (bijv. Kuhn et al., 2017).
 - **Risico:** Geen vervanging voor echte therapie bij **ernstig trauma**.

Trauma in Controverse

Dilemma:

- **Wie heeft toegang tot deze nieuwe technologieën?**
- **Hoe voorkomen we dat therapie te geprotocoliseerd wordt?**

6. Casus: "EMDR hielp mij, maar mijn vriendin werd er slechter van" Individuele verschillen

Achtergrond:

- **Sarah (28)** had PTSS na een **aanranding**. EMDR hielp haar **binnen 12 sessies**.
- **Lisa (32)** had CPTSS na **jarenlang huiselijk geweld**. Na 3 EMDR-sessies **dissocieerde ze volledig** en moest ze **opgenomen** worden.

Vraag: *Waarom werkt dezelfde behandeling voor de één wel, en voor de ander niet?*

Antwoord:

1. **Traumatype:**
 - Sarah: **Enkelvoudig trauma** → EMDR **werkt goed**.
 - Lisa: **Complex, langdurig trauma** → EMDR **te intens**.
2. **Stabiliteit:**
 - Sarah had **goede sociale steun** en **geen dissociatie**.
 - Lisa had **geen veilige basis** en **ernstige affectregulatieproblemen**.
3. **Therapeutische aanpak:**
 - Sarah's therapeut volgde het **standaardprotocol**.
 - Lisa's therapeut **overschatte haar stabiliteit**.

Les:

- **EMDR is geen wondermiddel**, het moet **aangepast** worden aan de cliënt.
- **Stabilisatie eerst bij complex trauma**.

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- Heb jij ooit een **behandeling** gehad die **meer kwaad dan goed** deed? Wat was de reden?
- Wat zou voor **jou** de **ideale balans** zijn tussen **structuur** en **flexibiliteit** in therapie?

2. Voor therapeuten:

- Hoe **beslis je** wanneer een cliënt **klaar is** voor traumaverwerking?
- Hoe ga je om met **cliëntervaringen** die niet passen in de **evidence-based protocollen**?

3. Voor onderzoekers:

- Hoe kunnen we **betere voorspellers** ontwikkelen voor wie **wel/niet** baat heeft bij exposure of EMDR?
- Wat zijn de **ethische risico's** van **technologie in traumatherapie** (bijv. VR, apps)?

4. Voor beleidsmakers:

- Hoe kunnen we **toegang tot traumazorg** verbeteren voor mensen die **niet passen** in de standaardprotocollen?
- Wat is nodig om **therapeuten beter op te leiden** in **complex trauma**?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- **Therapie is geen "one size fits all"** – wat voor de één werkt, werkt niet voor de ander.
- **Vraag om uitleg:** "*Waarom kiezen we voor deze methode? Wat zijn de risico's?*"
- **Luister naar je lichaam:** Als een behandeling **te intens** voelt, **mag je dat** zeggen.

8.2 Voor therapeuten:

- **Wees flexibel:** Pas **protocollen aan** aan de cliënt, niet andersom.
- **Stabilisatie eerst:** Bij **CPTSS** of **dissociatie**, begin **niet** met exposure/EMDR.
- **Blijf leren:** **Lichaamsgerichte benaderingen** (SE, yoga) kunnen **levensreddend** zijn voor cliënten die **niet reageren** op praten.

Trauma in Controverse

8.3 Voor onderzoekers:

- **Onderzoek wie baat heeft bij welke behandeling:**
 - **Biomarkers** (bijv. hartritmevariabiliteit, hersenscans).
 - **Persoonlijkheidskenmerken** (bijv. dissociatieneiging, affectregulatie).
- **Bestudeer langetermijneffecten:**
 - Werkt EMDR **nog** na 5 jaar?
 - Wat zijn de **risico's** van **vroege exposure**?

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Zorg voor diversiteit in behandelopties:**
 - **Niet alleen TF-CBT/EMDR**, maar ook **lichaamsgerichte, relationele en cultureel sensitieve benaderingen**.
- **Investeer in opleiding:**
 - **Traumasesensitieve basiszorg** voor huisartsen, verpleegkundigen, leerkrachten.
 - **Specialisatie in complex trauma** voor psychologen en psychiaters.
- **Reguleer nieuwe technologieën:**
 - **VR en apps** moeten **veilig** en **toegankelijk** zijn.

9. Slot: Therapie als dans tussen wetenschap en menselijkheid

Traumabehandeling is **geen exacte wetenschap** en ook **geen pure kunst**. Het is een **samenspel**:

- **Evidence-based kennis** (wat werkt volgens onderzoek?).
- **Relationele vaardigheid** (kan de therapeut **veiligheid** bieden?).
- **Ethische reflectie** (wat als de "beste" behandeling **niet past** bij deze cliënt?).

De grootste uitdaging?

- **Balanceren tussen hoop en realisme.**
- **Weten wanneer te pushen – en wanneer los te laten.**
- **Begrijpen dat herstel niet lineair is.**

Laatste gedachte: *Misschien is de meest effectieve traumatherapie niet een protocol, maar een relatie en het meest helende niet een techniek, maar het vermogen om te zeggen: "Ik blijf hier, ook als het moeilijk wordt."*



Hoofdstuk 6: Het lichaam als geheugen: Mythe, metafoor of mechanisme?

Trauma, neurobiologie en de taal van het onuitsprekelijke

1. Essayistische inleiding: Het lichaam dat niet vergeet

Trauma wordt vaak **gedacht als iets van het hoofd**: herinneringen die terugkomen, gedachten die malen, emoties die overweldigen. Maar het **lichaam zwijgt niet**. Het draagt verhalen die woorden niet kunnen vatten, een taal van **spanning, trilling, verkramptheid, ontspanning**. Wie "trauma" zegt, zegt ook "lichaam".

Het idee dat trauma **in het lichaam leeft** is zowel **poëtisch** als **wetenschappelijk** en tegelijkertijd bron van **controverse**. Het biedt **houvast** voor wie geen woorden heeft, maar roept ook vragen op:

- Hoe **letterlijk** moeten we dit nemen?
- Is trauma echt "**opgeslagen**" in spieren en zenuwen?
- Of is het een **metafoor** die ons helpt begrijpen wat onbegrijpelijk is?

Wat als je lichaam een verhaal vertelt dat je brein niet kan horen?

2. Wetenschappelijke kern: Neurobiologie en embodied memory

2.1 Het zenuwstelsel onder trauma: Amygdala, hippocampus en het autonome zenuwstelsel

Trauma verandert het **brein en het lichaam** op meetbare manieren. Drie sleutelgebieden:

1. **De amygdala** (angstcentrum):
 - Wordt **hyperactief** → **overdreven angstreacties**.
 - **Onderzoek van LeDoux (2000)**: Trauma herprogrammeert de amygdala om **neutrale prikkels** (bijv. een geur, geluid) als **bedreigend** te ervaren.
2. **De hippocampus** (geheugen):
 - **Krimpt** bij chronische stress → **fragmentatie van herinneringen**.
 - **Onderzoek van Bremner (2006)**: PTSS-patiënten hebben **12% kleinere hippocampi** dan controles.

Trauma in Controverse

3. Het autonome zenuwstelsel (vecht/vlucht/vries-reacties):

- **Dysregulatie** → **hyperarousal** (paniek) of **hypoarousal** (dissociatie, "freeze").
- **Polyvagaaltheorie (Porges, 2011)**: Trauma verstoort de **veilige sociale staat** → lichaam blijft "scannen" op gevaar.

Conclusie: Trauma is **niet alleen een herinnering**, het is een **lichamelijke staat**.

2.2 Somatische symptomen: Wanneer het lichaam spreekt

Trauma uit zich vaak **lichamelijk**, zelfs als de geest zwijgt:

- **Chronische pijn** (bijv. rugpijn, hoofdpijn).
- **Auto-immuunreacties** (bijv. fibromyalgie, prikkelbare darmsyndroom).
- **Dissociatie** ("uit het lichaam gaan").
- **Hypervigilantie** (steeds "aan" staan).

Onderzoek van van der Kolk (2014):

- **60%** van de PTSS-patiënten heeft **minstens één chronische lichamelijke klacht**.
- **Lichaamssignalen** (bijv. hartkloppingen, misselijkheid) kunnen **trauma-triggers** zijn, zelfs zonder bewuste herinnering.

Voorbeeld:

- Een cliënt krijgt **paniekaanvallen** in de supermarkt, zonder te weten dat de **geur van desinfectiemiddel** haar doet denken aan het ziekenhuis waar ze werd misbruikt.

Trauma in Controverse

3. Kritiek en nuance: Het risico van overinterpretatie

3.1 "Trauma zit niet in je spieren". De sceptici

Critici (bijv. **Richard McNally, 2003**) waarschuwen voor **overdreven somatische interpretaties**:

- **"Trauma is niet letterlijk opgeslagen in het lichaam"**, het is een **neurobiologisch patroon**, geen fysieke "opslag".
- **Risico**: Therapeuten die **elke lichamelijke klacht** als "trauma" labelen, zonder medische verklaring.
- **Bewijs**: Veel somatische symptomen (bijv. chronische pijn) hebben **multifactoriële oorzaken** (bijv. genetica, leefstijl).

Voorbeeld:

- Een cliënt met **rugpijn** krijgt te horen: *"Dat is je trauma dat zich uit."*
Later blijkt het **een hernia** te zijn.

3.2 De valkuil van "body-based therapies" zonder bewijs

Sommige **lichaamsgerichte therapieën** (bijv. **Somatic Experiencing**, **Bioenergetica**) worden **populair**, maar hebben **beperkt wetenschappelijk bewijs**:

- **Somatic Experiencing (Peter Levine)**:
 - **Bewijs**: Kleinschalige studies (bijv. **Levine, 2015**) tonen **positieve effecten**, maar **geen grote RCT's**.
 - **Critiek**: Te **vaag**, risico op **pseudowetenschap**.
- **Bioenergetica (Alexander Lowen)**:
 - **Bewijs**: **Geen solide onderzoek**.
 - **Critiek**: Kan **retraumatiserend** zijn (bijv. geforceerde ademhaling bij dissociatie).

Dilemma:

- **Wanneer** is lichaamswerk **helpend**?
- **Wanneer** is het **gevaarlijk** (bijv. bij dissociatie of **psychosegevoeligheid**)?

Trauma in Controverse

4. Essayistische verdieping: Het lichaam als verteller

Het lichaam **zwijgt niet**, het spreekt in **dialecten** die we vaak niet begrijpen:

- **Spierspanning** = "Ik ben klaar om te vechten of vluchten."
- **Hyperventilatie** = "Ik kan niet ademen, net als toen."
- **Vermoeidheid** = "Ik geef het op, net als toen."

De kunst is:

- **Luisteren zonder direct te interpreteren.**
- **Aandacht schenken zonder te medicaliseren.**

Voorbeeld uit de praktijk:

- Een cliënt met **CPTSS** zegt: "Mijn schouders doen altijd pijn."
 - **Lichamelijke uitleg:** "Je draagt een last die te zwaar is."
 - **Traumagerelateerde uitleg:** "Je lichaam herinnert zich hoe je je moest klein maken om veilig te zijn."

Vraag: Wat als het lichaam de enige is die de waarheid vertelt en de geest het niet kan horen?

5. Wetenschappelijke reflectie: Integratie van lichaam en geest

5.1 De behoefte aan geïntegreerde benaderingen

Trauma is **geen enkelvoudig fenomeen**, het manifesteert zich in:

- **Cognitie** (gedachten, herinneringen).
- **Emotie** (angst, schaamte, woede).
- **Lichaam** (spanning, pijn, dissociatie).
- **Relaties** (wantrouwen, isolatie).

Onderzoek van Ogden & Fisher (2015):

- **Sensorimotor Psychotherapy** (combinatie van **praten + lichaamswerk**) toont **betere resultaten** dan **alleen praten** bij:
 - **Dissociatie.**
 - **Chronische lichamelijke klachten.**
 - **Affectregulatieproblemen.**

Trauma in Controverse

Voorbeeld:

- Een cliënt met **PTSS na een ongeluk** heeft **paniekaanvallen** bij het zien van auto's.
 - **Cognitieve therapie:** *"Je gedachten over auto's zijn niet realistisch."*
 - **Lichaamsgerichte therapie:** *"Wat doet je lichaam als je een auto ziet? Waar voel je de spanning?"*

5.2 Trauma als netwerk: Hersenen, lichaam en omgeving

Trauma is **geen enkelvoudige stoornis**, maar een **ontregeling van systemen**:

Systeem	Ontregeling	Behandelfocus
Zenuwstelsel	Hyperarousal / hypoarousal	Grounding, ademhaling
Immuunsysteem	Chronische ontstekingen	Voeding, beweging
Spijvertering	Prikkelbare darmsyndroom	Stressreductie, mindfulness
Spieren	Chronische spanning	Ontspanningsoefeningen, yoga
Hormonen	Cortisol-dysregulatie	Slaaphygiëne, ritme

Conclusie:

- Traumabehandeling moet integratief zijn – niet alleen praten, niet alleen lichaamswerk.
- Het lichaam is een partner in herstel, geen vijand.

Trauma in Controverse

6. Casus: "Mijn lichaam weet het nog". Een cliënt over somatische herinneringen

Achtergrond:

- **Anna (40)** heeft **CPTSS** na jarenlang **emotionele en fysieke verwaarlozing** in haar jeugd.
- Ze komt in therapie met **chronische nekpijn, misselijkheid en dissociatie**.

Diagnostisch dilemma:

- **Huisarts:** *"Je hebt fibromyalgie – leef ermee."*
- **Fysiotherapeut:** *"Je houding is slecht – doe oefeningen."*
- **Traumatherapeut:** *"Je lichaam herinnert zich hoe je je moest verkleinen om veilig te zijn."*

Behandeltraject:

1. **Psycho-educatie:** *"Je pijn is geen verzinsel – het is een overlevingsstrategie van je lichaam."*
2. **Lichaamsgerichte oefeningen:**
 - **Grounding:** *"Voel je voeten op de grond."*
 - **Ademhaling:** *"Langzame uitademing activeert je parasympathisch zenuwstelsel."*
3. **Traumaverwerking:**
 - **Niet direct exposure**, maar **langzaam** werken met **lichaamssensaties**.
 - *"Waar voel je de spanning? Wat wil je lichaam je vertellen?"*

Doorbraak:

- *"Toen ik voor het eerst mijn schouders kon ontspannen, voelde ik me alsof ik eindelijk mocht bestaan."*

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- **Welke lichamelijke signalen** (bijv. pijn, spanning, misselijkheid) herken jij als mogelijk traumagerelateerd?
- **Hoe reageer je meestal op deze signalen?** (bijv. negeren, bestrijden, luisteren?)

2. Voor therapeuten:

- **Hoe integreer jij lichaamssignalen** in je gesprekstherapie?
- **Welke lichaamsgerichte technieken** gebruik je – en waarom?

3. Voor onderzoekers:

- **Hoe kunnen we beter meten** welke lichamelijke klachten traumagerelateerd zijn?
- **Wat ontbreekt er in het huidige onderzoek** naar soma en trauma?

4. Voor beleidsmakers:

- **Hoe kunnen we traumazorg** zo inrichten dat **lichaam en geest** beide aandacht krijgen?
- **Wat is nodig** om **lichaamsgerichte therapieën** beter te onderzoeken en toegankelijk te maken?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- **Je lichaam liegt niet – maar het spreekt zijn eigen taal.**
 - **Leer luisteren** zonder direct te oordelen.
 - **Grounding-oefeningen** (bijv. 5-4-3-2-1-methode) kunnen helpen bij dissociatie.
- **Zoek een therapeut die lichaam en geest beide serieus neemt.**

Trauma in Controverse

8.2 Voor therapeuten:

- **Wees voorzichtig met lichaamswerk bij:**
 - **Dissociatie** (risico op **retraumatisering**).
 - **Psychosegevoeligheid** (lichaamswerk kan **realiteitsbesef** verstoren).
- **Combineer top-down (praten) en bottom-up (lichaam):**
 - **Cognitieve herstructurering + somatische ervaring.**
 - **EMDR + grounding.**
- **Werk samen met fysiotherapeuten, osteopaten** want trauma is multidisciplinair.

8.3 Voor onderzoekers:

- **Onderzoek de neurobiologie** van somatische trauma uitingen:
 - **Hersenscans** tijdens lichaamsgerichte therapie.
 - **Biomarkers** (bijv. cortisol, ontstekingsmarkers).
- **Test bestaande methoden** (SE, Sensorimotor Psychotherapy) in **grote RCT's**.
- **Bestudeer culturele verschillen:**
 - Hoe uiten **niet-westerse culturen** trauma somatisch?

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Erken lichaamsgerichte therapieën** in **zorgvergoedingen**.
- **Investeer in opleidingen** voor therapeuten in **geïntegreerde benaderingen**.
- **Zorg voor samenwerking** tussen **GGZ, fysiotherapie** en **alternatieve zorg**.

9. Slot: Het geheugen dat niet vergeet. Een uitnodiging tot luisteren

Het lichaam **vergeet niet** en dat is zowel **zwaar** als **helend**.

- **Zwaar**, omdat het betekent dat pijn **diep geworteld** kan zijn.
- **Helend**, omdat het lichaam **ook weet hoe het moet genezen**.

Trauma in Controverse

De uitdaging:

- **Luisteren** naar het lichaam **zonder het te forceren**.
- **Vertrouwen** dat herstel mogelijk is, zelfs als woorden tekortschieten.
- **Erkennen** dat trauma **niet alleen in het hoofd zit** – maar in **hele weefsels van bestaan**.

Laatste gedachte: *Misschien is het grootste geschenk van traumatherapie niet dat we leren praten over wat ons is overkomen – maar dat we leren luisteren naar wat ons lichaam al die tijd heeft willen zeggen.*



Hoofdstuk 7: Herinneringen, verdringing en waarheid. Het labiele landschap van het geheugen

Wanneer is een herinnering waar? Wat als het verleden geen vast verhaal is, maar een rivier die steeds anders stroomt?

1. Essayistische inleiding: Het onbetrouwbare archief

Herinnering is een **onrustige metgezel**. Soms fluistert ze zacht, soms schreeuwt ze onverwacht. Soms **verandert ze** naarmate de jaren verstrijken. Trauma verandert niet alleen **wat we onthouden**, maar ook **hoe we herinneren**: het verleden voelt niet **lineair**, maar **gefragmenteerd**, losse beelden, emoties, sensaties, flarden die niet in een verhaal willen passen.

Het debat over **verdrongen herinneringen**, "herontdekte" trauma's en de **betrouwbaarheid van het geheugen** is niet slechts **academisch**. Het raakt **levens, families, rechtspraak en therapie**. Het stelt ons voor de vraag: *Wat mogen we geloven? Wanneer is een herinnering een feit – en wanneer een constructie? En wat als de waarheid zelf een beweeglijk landschap is?*

Wat als het ergste wat je is overkomen, ook het moeilijkst te onthouden is?

2. Wetenschappelijke kern: Geheugen als dynamisch proces

2.1 Neuropsychologie: Herinneringen zijn geen statische archieven

Het menselijk geheugen is **geen starre recorder**. Het is een **levend, veranderlijk systeem** dat voortdurend **reconstrueert, aanpast en bijwerkt**.

Drie sleutelinzichten:

1. Herinneringen worden opnieuw geconsolideerd

- Elke keer dat we een herinnering **oproepen**, wordt deze **gemodificeerd** en **opnieuw opgeslagen** (Loftus & Pickrell, 1995).
- **Implicatie**: Een traumatische herinnering kan **veranderen** door hoe we erover praten of nadenken.

2. Traumatische herinneringen zijn vaak fragmentarisch

- **PTSS-herinneringen** zijn **sensorisch** (geuren, geluiden, lichamelijke sensaties) en **minder verbaal** (Brewin, 2001).
- **Voorbeeld**: Een cliënt herinnert zich **de geur van alcohol** tijdens een aanranding, maar niet het gezicht van de dader.

3. Verdringing is geen volledige uitschakeling

Trauma in Controverse

- **Freuds idee** dat herinneringen **vollledig verdrongen** kunnen worden, is **te simplistisch**.
- **Moderne visie** (McNally, 2003): Verdringing is een **adaptieve strategie** om **overweldiging** te vermijden, herinneringen zijn **toegankelijk**, maar **moeilijk te integreren**.

Conclusie: Herinneringen zijn **geen feiten**, maar **reconstructies**, vooral onder trauma.

2.2 Het "recovered memory"-debat: Van therapeutische doorbraak tot juridisch mijnenveld

In de jaren '80 en '90 ontstond een **felle discussie** over "**herontdekte herinneringen**" (recovered memories), met name bij **kindermishandeling** en **seksueel trauma**.

- **Voorstanders** (bijv. **Judith Herman, 1992**):
 - Trauma kan leiden tot **dissociatieve amnesie** – herinneringen worden **afgesplitst** en later **teruggevonden** in therapie.
 - **Therapie** (bijv. hypnose, geleide visualisatie) kan helpen deze herinneringen **veilig** naar boven te halen.
- **Critici** (bijv. **Elizabeth Loftus, 1993**):
 - **Herinneringen kunnen worden geïmplant** door suggestieve therapeutische technieken.
 - **False memories:** Onderzoek toont aan dat **30%** van de mensen **valse herinneringen** kan ontwikkelen als ze **herhaaldelijk worden voorgesteld** (Loftus & Pickrell, 1995).
 - **Juridische gevolgen:** Valse beschuldigingen door **herinneringen die later werden betwifteld**.

Casus die de wereld schokte:

- **De "Satanic Panic"-zaken** (VS, jaren '80):
 - Kinderen "**herinnerden**" in therapie **ritueel misbruik** dat later **nooit bewezen** werd.
 - **Gevolg:** Onschuldige mensen werden **ten onrechte vervolgd**.

Trauma in Controverse

Huidige consensus:

- Herinneringen kunnen zowel betrouwbaar als veranderlijk zijn.
- Therapeuten moeten extreem voorzichtig zijn met technieken die suggestief zijn (bijv. hypnose, geleide fantasie).
- Corroboratie (bevestiging door externe bronnen) is cruciaal in juridische contexten.

3. Kritiek en nuance: Het ethische landschap van herinneren

3.1 De therapeutische valkuil: Between recall and suggestion

Therapeuten lopen het risico **twee fouten** te maken:

1. **Te snel geloven** in herontdekte herinneringen → **risico op false memories**.
2. **Te snel ontkennen** dat verdringing bestaat → **risico op ongeloof en retraumatisering**.

Richtlijnen voor veilige praktijk (APA, 2020):

- **Vermijd suggestieve technieken** (bijv. "Ik denk dat je iets ergs hebt meegemaakt, maar je herinnert het je niet").
- **Gebruik open vragen**: "Wat komt er in je op als je aan die periode denkt?" in plaats van "Was je misbruikt?"
- **Wees transparant**: "Herinneringen kunnen veranderen. Laten we voorzichtig zijn."

Dilemma:

- Hoe help je cliënten herinneringen te verkennen zonder ze te beïnvloeden?
- Hoe ga je om met cliënten die zeker weten dat ze iets zijn "vergeten", maar geen bewijs hebben?

Trauma in Controverse

3.2 Het juridische mijnenveld: Herinneringen in de rechtszaal

Herontdekte herinneringen hebben geleid tot **juridische schandalen**:

- **Valse beschuldigingen** (bijv. **vaders die ten onrechte werden beschuldigd**).
- **Ongeloof** (bijv. **slachtoffers van incest die niet werden geloofd** omdat ze zich "te laat" herinnerden).

Oplossingsrichtingen:

1. **Corroboratie zoeken** (bijv. medische rapporten, getuigen).
2. **Therapeutische notities** moeten **neutraal** zijn (geen suggestieve taal).
3. **Rechters en jury's** moeten worden opgeleid over **de onbetrouwbaarheid van geheugen**.

Casus:

- **Een vrouw herinnerde zich in therapie** dat ze als kind was misbruikt door haar oom.
- **Geen extern bewijs**, maar **haar lichaam reageerde hevig** (paniekaanvallen, dissociatie) bij contact met hem.
- **Dilemma**: Moet de familie **geloven** zonder bewijs? Moet de therapeut **zwijgen** uit angst voor false memories?

4. Essayistische verdieping: De morele last van het geheugen

Voor cliënten is het niet de **wetenschappelijke discussie** die telt, maar de **ervaring** van:

- **Schaamte** ("Wat als ik het verzonnen heb?").
- **Onzekerheid** ("Is dit echt gebeurd, of verbeeld ik het me?").
- **Verlies** ("Als ik het me niet herinner, ben ik dan geen echt slachtoffer?").

Trauma in Controverse

Het ethische hart van de kwestie: Herinnering is niet alleen **cognitief**, maar **relationeel** en **moreel** geladen.

- **Voor de cliënt:** Het is de **brug tussen verleden en heden**.
- **Voor de therapeut:** Het is de **grens tussen helpen en schaden**.
- **Voor de samenleving:** Het is de **lijn tussen rechtvaardigheid en onrecht**.

Vraag: *Wat als de waarheid geen vast punt is, maar een pad dat met zorg betreden moet worden?*

5. Wetenschappelijke reflectie: Geheugen als proces

5.1 Trauma en het "narratieve zelf"

Hedendaags trauma-onderzoek (bijv. **Janoff-Bulman, 1992**) pleit voor een **procesmatige benadering** van herinnering:

- **Herinnering is geen statisch archief**, maar een **voortdurend hertekend netwerk** van:
 - **Cognitie** (feiten, verhalen).
 - **Emotie** (angst, schaamte, woede).
 - **Sensorische ervaring** (geuren, geluiden, lichamelijke sensaties).

Implicaties voor therapie:

- **Narratieve therapie** (White & Epston, 1990):
 - Helpt cliënten hun verhaal **opnieuw te ordenen**.
 - **Doel:** Geen "ware" herinnering, maar een **leefbaar verhaal**.
- **Exposuretherapie:**
 - **Gecontroleerde herbeleving** om herinneringen te **integreren**.
 - **Risico:** Te snel kan **retraumatiserend** zijn.

Voorbeeld:

- Een cliënt met **PTSS na een ongeluk** herbeleeft steeds de **geluiden en geuren**.
- **Therapie:** Langzaam **bloten aan deze sensaties** in een **veilige omgeving**, zodat ze **minder overweldigend** worden.

Trauma in Controverse

5.2 Het lichaam als getuige: Wanneer woorden tekortschieten

Soms is de herinnering niet verbaal, maar lichamelijk:

- **Flashbacks** die gepaard gaan met **hartkloppingen**.
- **Dissociatie** ("ik voel me alsof ik buiten mijn lichaam sta").
- **Chronische pijn** op plaatsen waar geweld werd ervaren.

Onderzoek van van der Kolk (2014):

- **Trauma leeft in het lichaam** – soms **voordat het bewust wordt**.
- **Lichaamsgerichte therapie** (bijv. **Somatic Experiencing**) kan helpen deze **pre-verbale herinneringen** te verwerken.

Casus:

- Een cliënt met **CPTSS** heeft **altijd pijn in haar buik**.
- **Uitkomst:** Als kind werd ze **gedwongen om eten te stelen** – haar lichaam "onthoudt" de **angst en schaamte**.

6. Casus: "Ik weet niet of het echt gebeurd is, maar ik voel het wel" – Een cliënt over twijfel en zekerheid

Achtergrond:

- **Marie (35)** komt in therapie met **vage herinneringen** aan mogelijk misbruik in haar jeugd.
- Ze heeft **lichamelijke reacties** (misselijkheid, paniek) als ze aan bepaalde perioden denkt, maar **geen duidelijke beelden**.
- **Vraag:** *"Hoe kan ik iets verwerken als ik niet eens zeker weet of het gebeurd is?"*

Therapeutische benadering:

1. **Normaliseren van onzekerheid:**
 - *"Het is oké om niet alles te weten. Je lichaam vertelt ook een verhaal."*
2. **Focus op het heden:**
 - *"Wat voel je nu? Waar in je lichaam?"*
3. **Geen druk om te herinneren:**
 - *"We hoeven niet alles te weten om te helen."*

Trauma in Controverse

Doorbraak:

- Marie leert dat **herstel niet afhangt van een "volledig verhaal"**.
- *"Ik hoef niet te weten wat er precies is gebeurd. Ik weet dat ik veilig ben nu."*

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- Welke herinneringen voelen **onduidelijk of fragmentarisch** voor jou?
- Hoe ga je om met **twijfel** over wat "echt" is gebeurd?

2. Voor therapeuten:

- Hoe **help je cliënten** om **veilig** hun herinneringen te verkennen **zonder suggestief te zijn**?
- Wat doe je als een cliënt een herinnering "**ontdekt**" die **juridische of familiale gevolgen** kan hebben?

3. Voor onderzoekers:

- Hoe kunnen we **beter onderscheiden** tussen **echte en valse** herinneringen?
- Wat **ontbreekt er in het huidige onderzoek** naar **trauma en geheugen**?

4. Voor juristen en beleidsmakers:

- Hoe kunnen **rechtszalen** beter omgaan met **herinneringen die onzeker of fragmentarisch zijn**?
- Wat is **nodig om slachtoffers te beschermen** zonder **onterecht beschuldigingen** te faciliteren?

Trauma in Controverse

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- **Je hoeft niet alles te herinneren** om te helen.
- **Twijfel is normaal** – trauma verandert hoe het geheugen werkt.
- **Zoek een therapeut die veiligheid biedt**, niet druk uitoefent om te herinneren.

8.2 Voor therapeuten:

- **Wees voorzichtig met herinneringswerk:**
 - **Vermijd suggestieve vragen.**
 - **Focus op het heden** ("Wat voel je nu?") in plaats van op het verleden ("Wat is er gebeurd?").
- **Gebruik lichaamsgerichte technieken** als woorden tekortschieten.
- **Wees transparant** over de **beperkingen van het geheugen**.

8.3 Voor onderzoekers:

- **Bestudeer de neurobiologie** van **verdrongen vs. valse herinneringen**.
- **Onderzoek culturele verschillen** in hoe trauma wordt herinnerd.
- **Test therapeutische methoden** die **veilig** herinneringswerk faciliteren.

8.4 Voor juristen en beleidsmakers:

- **Opleiden van rechters** over **de onbetrouwbaarheid van geheugen**.
- **Strikte richtlijnen** voor therapeuten over **herinneringswerk**.
- **Ondersteuning voor slachtoffers** die **geen "bewijs"** hebben van hun trauma.

Trauma in Controverse

9. Slot: De waarheid als landschap, niet als bestemming

Herinnering is **geen simpele waarheid**, maar een **landschap** van **licht en schaduw**. Trauma verandert dat landschap – het maakt het **moeilijker om paden te vinden**, maar niet **onmogelijk om te navigeren**.

De uitdaging:

- **Voor cliënten:** Leren leven met **onzekerheid** en **fragmenten**.
- **Voor therapeuten:** **Veiligheid bieden** zonder **waarheden op te dringen**.
- **Voor de samenleving:** **Geloof schenken** zonder **blind te zijn voor complexiteit**.

Laatste gedachte: *Misschien is de waarheid geen vast punt, maar een pad dat we met zorg, aandacht en respect moeten betreden – stap voor stap, fragment voor fragment.*

Trauma in Controversy



Trauma in Controverse

Hoofdstuk 8: Trauma als cultureel verhaal. Universele pijn, lokale taal

Wanneer lijden een taal spreekt die niet in de DSM staat

1. Essayistische inleiding: Trauma in vertaling

Wat trauma **betekent**, hangt af van **waar je staat, wie je spreekt, en welke verhalen er bestaan**. In de ene cultuur kan **verlies** of **vernedering** als traumatisch worden gezien; in een andere is het onderdeel van een **collectieve rite of passage**, of krijgt het een **spirituele betekenis**. Dit hoofdstuk verkent hoe **westerse trauma-concepten** zich verhouden tot **andere culturele kaders** en hoe deze verschillen zowel **inzicht** als **wrijving** kunnen opleveren.

Trauma is **niet alleen een interne staat**, maar ook een **narratief** dat in **gemeenschap en tijd** leeft. Voor de therapeut betekent dit dat begrip van trauma **meer is dan kennis van protocollen** – het is **luisteren naar de taal van het leven zelf**, inclusief wat **niet expliciet wordt gezegd**.

Wat als de taal die jij spreekt over trauma, niet de taal is die jouw cliënt begrijpt?

2. Wetenschappelijke kern: Cross-culturele variatie in trauma

2.1 Trauma-uiting verschilt per cultuur

Onderzoek in **transculturele psychologie** (bijv. **Hinton & Lewis-Fernández, 2010**) laat zien dat de **prevalentie** en **uiting** van PTSS en CPTSS sterk **varieert** tussen landen en culturen. Dit komt deels door:

- **Blootstelling** (bijv. oorlog, natuurrampen).
- **Interpretatie** (wat wordt gezien als "traumatisch"?).
- **Expressie** (hoe wordt lijden getoond?).

Trauma in Controverse

Voorbeelden van culturele verschillen:

Cultuur	Trauma-uiting	Coping-strategie
Westers	Emotionele expressie, herbeleving	Praten, therapie
Aziatisch	Somatische klachten (bijv. pijn, vermoeidheid)	Traditionele geneeskunde, familie-steun
Latijns-Amerikaans	"Ataques de nervios" (paniekaanvallen)	Religie, gemeenschapsrituelen
Afrikaans	Spirituele verklaringen (bijv. "toverdij")	Rituele reiniging, gemeenschapszorg

Onderzoek van Hinton et al. (2012):

- In **Cambodja** uiten trauma-slachtoffers hun lijden vaak via "**khyâl attacks**" (een cultureel syndroom met paniek, duizeligheid en angst voor de dood).
- **Westerse PTSS-vragenlijsten** missen deze **culturele uitingen** → **onderschatting van trauma**.

2.2 Culturele context beïnvloedt hulpzoekgedrag

Drie sleutelfactoren (Betancourt & Lopez, 2013):

1. Stigma:

- In **collectivistische culturen** (bijv. Azië, Latijns-Amerika) kan **psychologische hulp** worden gezien als **teken van zwakte** of **familieschaamte**.
- **Gevolg**: Mensen zoeken **geen professionele hulp**, maar steun bij **familie of religieuze leiders**.

2. Vertrouwen in westerse zorg:

- **Vluchtelingen** uit oorlogsgebieden kunnen **wantrouwen** hebben tegenover **instanties** (bijv. door eerdere ervaringen met corruptie of geweld).
- **Oplossing**: **Traumasensitieve tolken** en **cultureel gematchte therapeuten**.

Trauma in Controverse

3. Uiting van symptomen:

- In **Somalische gemeenschappen** wordt trauma vaak uitgedrukt via **lichamelijke klachten** (bijv. "mijn hart doet pijn").
- **Westerse therapeuten** kunnen dit **misinterpreteren** als **somatisatiestoornis** in plaats van PTSS.

Casus:

- Een **Afghaanse vrouw** komt bij de huisarts met **chronische buikpijn**.
- **Diagnose:** "Prikkelbare darmsyndroom."
- **Werkelijke oorzaak:** **Onverwerkt trauma** door oorlogsgeweld en vlucht.
- **Probleem:** Ze **durft niet** over haar verleden te praten uit **angst voor afwijzing**.

3. Kritiek: Universaliteit versus relativisme

3.1 Het streven naar universele diagnostiek

Voordelen:

- **Eenduidige criteria** (bijv. DSM-5, ICD-11) maken **onderzoek en behandeling vergelijkbaar**.
- **Toegang tot zorg:** Een diagnose kan **verzekeringsdekking** en **behandelplannen** mogelijk maken.

Risico's:

- **Culturele nuance gaat verloren** → **onder- of overdiagnosticering**.
- **Westerse normen** worden opgedrongen (bijv. "je moet praten over je trauma").

Voorbeeld:

- Een **Syrische vluchteling** krijgt de diagnose **PTSS**, maar zijn **echte behoeften** zijn:
 - **Veilige huisvesting**.
 - **Werk**.
 - **Contact met zijn gemeenschap**.

3.2 Het gevaar van culturele blindheid

Drie valkuilen voor therapeuten (Sue & Sue, 2016):

1. Etnocentrisme:

- Aannemen dat **westerse traumamodellen** universeel geldig zijn.
- **Voorbeeld:** Een therapeut die **exposure-therapie** gebruikt bij een cliënt die **gelooft in boze geesten** als oorzaak van zijn angst.

2. Stereotypering:

- Aannemen dat **alle leden van een cultuur** hetzelfde zijn.
- **Voorbeeld:** Denken dat **alle moslimvrouwen onderdrukt** zijn en daarom trauma hebben.

3. Minimalisering van cultuur:

- **Negeren** dat cultuur een rol speelt in hoe trauma wordt ervaren.
- **Voorbeeld:** Een cliënt uit **Eritrea** vertelt over **marteling**, maar de therapeut **vraagt alleen naar PTSS-symptomen** en niet naar **culturele betekenisgeving**.

Oplossing:

- **Culturele formulering (DSM-5):** Vraag naar:
 - "Wat denk je dat de oorzaak is van je klachten?"
 - "Hoe zou je familie/gemeenschap hiernaar kijken?"
 - "Wat helpt jou om met deze problemen om te gaan?"

Trauma in Controverse

4. Essayistische verdieping: Trauma als verhaal

Elke cultuur vertelt een **eigen verhaal** over trauma. **Rituelen, mythes, taal, ritmiek** en **sociale praktijken** beïnvloeden hoe mensen:

- **Lijden ervaren.**
- **Lijden uiten.**
- **Lijden verwerken.**

Voorbeelden:

- **In Japan: Taijin Kyofusho** (angst om anderen te belasten) kan een **culturele uiting** van trauma zijn.
- **In Latijns-Amerika: "Susto"** (zielsverlies door schrik) wordt behandeld met **traditionele genezers**.
- **In veel Afrikaanse culturen:** Trauma wordt gezien als **een spirituele kwestie** die **rituelen** nodig heeft om te helen.

Vraag: Wat als de meest helende "therapie" voor trauma geen gesprek is, maar een ritueel?

5. Wetenschappelijke reflectie: Contextualisering van interventies

5.1 Exposure-therapie in niet-westerse contexten

Probleem:

- **Exposure** (bijv. herhaald vertellen van het trauma) kan in **collectivistische culturen** als **schadelijk** worden ervaren:
 - **Familie-eer** kan in het geding zijn.
 - **Schaamte** over het delen van persoonlijke details.

Oplossing (Hinton et al., 2015):

- **Cultureel aangepaste exposure:**
 - **Gebruik metaforen** in plaats van directe beschrijvingen.
 - **Betrek de familie** bij de behandeling.
 - **Combineer met rituelen** (bijv. gebed, reinigingsceremonies).

Trauma in Controverse

Casus:

- Een **Iraakse man** weigert **exposure** omdat het **te schaamtevol** is.
- **Alternatief:** Hij schrijft zijn verhaal **geanonimiseerd** op en deelt het met een **vertrouwde imam**.

5.2 Culturele competentie als ethische plicht

Vier pijlers (Sue et al., 2019):

1. **Bewustzijn van eigen vooroordelen.**
2. **Kennis van culturele verschillen.**
3. **Vaardigheden om cultuur te integreren in behandeling.**
4. **Advocacy** (opkomen voor cultureel gepaste zorg).

Praktijkvoorbeeld:

- Een **Somalische vrouw** met PTSS wil **geen westerse therapie**, maar **traditionele genezing**.
- **Oplossing:** De therapeut **werkt samen** met een **traditionele genezer** en biedt **psycho-educatie** aan over trauma.

6. Casus: "Bij ons praat je niet over trauma, je bidt"

Een cultureel perspectief

Achtergrond:

- **Aisha (38)**, een **Marokkaanse vrouw**, komt in therapie met **paniekaanvallen** en **slaapproblemen**.
- Ze weigert om over haar **verleden** (huiselijk geweld) te praten: *"In mijn cultuur praat je niet over deze dingen. Je bidt en je gaat door."*

Dilemma:

- De **Nederlandse therapeut** wil **exposure** doen, maar Aisha **weigert**.
- **Risico:** Aisha stopt met therapie als ze zich **niet begrepen** voelt.

Trauma in Controverse

Oplossing:

1. Culturele formulering:

- "Hoe kijkt uw familie/gemeenschap aan tegen wat u meemaakt?"
- "Wat helpt u om sterk te blijven?"

2. Integratie van geloof:

- Gebruik **metaforen uit de Koran** (bijv. "Allah test ons, maar geeft ook kracht").
- **Samenwerking met een imam** voor spirituele steun.

3. Lichaamsgerichte benadering:

- Aisha **praat niet graag**, maar **ademhalingsoefeningen** en **grounding** helpen haar **paniek te verminderen**.

Resultaat:

- Aisha **voelt zich gehoord** en leert dat **haar lijden erkend** wordt, zelfs als ze er niet over praat.
- "Ik hoef niet alles te vertellen. Maar ik weet nu dat ik niet gek ben."

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- **Hoe wordt trauma** in jouw **cultuur/familie** gezien?
- **Wat helpt jou** om met moeilijke ervaringen om te gaan – **praten**, **bidden**, **rituelen**, iets anders?

2. Voor therapeuten:

- **Hoe onderzoek je de culturele achtergrond** van een cliënt **zonder stereotypering**?
- **Hoe pas je evidence-based methoden aan** als ze **niet passen** bij de cultuur van je cliënt?

3. Voor onderzoekers:

- **Hoe kunnen we traumamodellen ontwikkelen** die **culturele diversiteit** respecteren?
- **Wat ontbreekt er in het huidige onderzoek** naar **trauma en cultuur**?

4. Voor beleidsmakers:

- **Hoe kunnen zorgsystemen** beter aansluiten bij **niet-westerse behoeften**?
- **Wat is nodig om culturele competentie** in de GGZ te **verplichten**?

Trauma in Controverse

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- Je hoeft niet te kiezen tussen je **cultuur** en **hulp**, er zijn manieren om beide te combineren.
- Zoek een **therapeut** die **openstaat** voor jouw **eigen manier van omgaan** met trauma.

8.2 Voor therapeuten:

- **Leer over de cultuur** van je cliënt maar **ga niet uit van stereotypering**.
- **Gebruik culturele formulering** om **betekenis** te geven aan klachten.
- **Wees creatief**: Soms is **een ritueel, een metafoor of een gebed** net zo helend als een gesprek.

8.3 Voor onderzoekers:

- **Bestudeer trauma-uiting** in **niet-westerse populaties**.
- **Ontwikkel cultureel valide meetinstrumenten** (bijv. PTSS-vragenlijsten die **somatische en spirituele symptomen** includeren).
- **Onderzoek hybride benaderingen** (bijv. **therapie + traditionele genezing**).

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Maak culturele competentie verplicht** in GGZ-opleidingen.
- **Zorg voor tolken** die **niet alleen taal**, maar ook **culturele context** begrijpen.
- **Subsidieer community-based zorg** (bijv. **traumahulp in moskeeën, kerken, culturele centra**).

Trauma in Controverse

9. Slot: Trauma is zowel universeel als uniek

Trauma herinnert ons aan onze **gedeelde kwetsbaarheid** maar ook aan onze **culturele diversiteit**. Het begrip van trauma vraagt **zowel precisie als openheid**:

- **Precisie**: Om **wetenschappelijk inzicht** te behouden.
- **Openheid**: Om **menselijke ervaring** in al haar complexiteit te erkennen.

De uitdaging: Hoe creëren we een **traumazorg** die:

- **Wetenschappelijk onderbouwd** is?
- **Cultureel sensitief** is?
- **Toegankelijk** is voor **allen**, ongeacht achtergrond?

Laatste gedachte: *Misschien is het grootste geschenk van transcultureel trauma-begrip niet dat we leren hoe anderen lijden, maar dat we herinnerd worden aan de vele manieren waarop mensen veerkracht vinden in gebed, in stilte, in gemeenschap, in ritueel. En dat herstel niet één taal spreekt, maar vele.*

Trauma in Controversie



Hoofdstuk 9: Populaire trauma-taal en haar schaduw Empowerment of inflatie?

Wanneer woorden zowel bevrijden als gevangenzetten

1. Essayistische inleiding: Trauma als trend

Trauma is **van de behandelkamer de straat op gegaan**. Het staat op **sociale media**, in **zelfhulpboeken**, op **blogs**, in **memes** en **podcasts**. Iedereen herkent **signalen**, woorden worden **gemeengoed**, hashtags geven **houvast**. Voor velen voelt dit als **bevrijding**: eindelijk **taal** voor wat ze voelen, eindelijk **erkenning** voor wat ze meemaakten.

Maar deze **popularisering** heeft ook een **schaduwkant**. Taal kan **openen en verbinden**, maar ook **verengen en vereenvoudigen**. Het kan **empoweren**, maar ook **pathologiseren**. Het kan **gemeenschap** creëren, maar ook **identiteit vastzetten**.

Wat als het woord dat je redt, je ook gevangen houdt?

2. Wetenschappelijke kern: Normalisering en risico's van trauma-taal

2.1 De kracht van herkenning

Positieve effecten van populaire trauma-taal (bijv. **#MeToo**, **#TraumaHealing**, **#CPTSS**):

- **Herkenning**: Mensen die zich **eenzaam** voelden, vinden **gemeenschap**.
 - **Onderzoek van Naslund et al. (2020)**: Online trauma-gemeenschappen **verminderen isolatie** en **versterken empowerment**.
- **Psycho-educatie**: Begrippen als **"trigger"**, **"dissociatie"** en **"window of tolerance"** helpen mensen **hun ervaringen te begrijpen**.
- **Advocacy**: Trauma-taal heeft **maatschappelijke verandering** teweeggebracht (bijv. **erkenning van seksueel geweld**, **betere traumazorg**).

Trauma in Controverse

Voorbeeld:

- Een jonge vrouw leert via **TikTok** dat haar **paniekaanvallen** en **moeite met relaties** te maken kunnen hebben met **hechtings trauma**.
- *"Eindelijk snap ik waarom ik altijd zo bang ben dat mensen me verlaten."*

2.2 De valkuilen van zelfdiagnose en overpathologisering

Risico's van populaire trauma-taal:

1. Zelfdiagnose zonder context:

- Mensen labelen zichzelf met **CPTSS** of **PTSS** op basis van **vage symptomen** (bijv. stress, verdriet).
- **Gevaar: Overpathologisering** – normale stressreacties worden stoornissen.
 - **Onderzoek van Lilienfeld (2014):** 30% van de zelfdiagnoses op sociale media blijkt **niet te kloppen** met klinische criteria.

2. Identiteitsversmalling:

- Trauma wordt een **vast label**: *"Ik ben geen persoon meer, ik ben mijn trauma."*
- **Gevolg: Zelfstigmatisering** en **beperkte groeimogelijkheden**.

3. Commercialisering van lijden:

- **Trauma-coaches, healing-retreats** en **zelfhulpboeken** beloven **snelle genezing** – vaak **zonder wetenschappelijke onderbouwing**.
- **Voorbeeld:** Een **Instagram-coach** verkoopt een **"Trauma Healing"**-cursus van €500 zonder enige **klinische achtergrond**.

4. Verwarring over diagnoses:

- Begrippen als **"complex trauma"** en **"developmental trauma"** worden **losgekoppeld** van **diagnostische criteria** (DSM/ICD).
- **Gevolg:** Mensen denken dat ze een **stoornis** hebben, terwijl ze **normale stress** ervaren.

Trauma in Controverse

Casus:

- Een **22-jarige student** denkt dat ze **CPTSS** heeft omdat ze **gestrest** is door haar studie en **moeite heeft met grenzen stellen**.
- **Werkelijkheid**: Ze heeft **geen trauma-voorgeschiedenis**, maar **perfectionisme** en **angst voor falen**.
- **Risico**: Ze **medicaliseert** haar stress en zoekt **onnodige behandeling**.

3. Kritiek: Wanneer taal een gevangenis wordt

3.1 Trauma als identiteit: Het risico van vastzetten

Probleem:

- **Trauma-taal** kan een **zelfvervullende profetie** worden:
 - "Ik heb CPTSS, dus ik kan niet functioneren."
 - "Ik ben getraumatiseerd, dus mijn leven is voorbij."
- **Onderzoek van Haslam (2016)**: Het **toekennen van een psychiatrisch label** kan leiden tot:
 - **Verlaging van verwachtingen** ("Ik kan niet beter worden").
 - **Toename van afhankelijkheid** van hulp.

Voorbeeld:

- Een cliënt stopt met **solliciteren** omdat ze denkt dat haar "**trauma**" haar ongeschikt maakt voor werk.
- **Therapeutische interventie**: "*Je trauma is een deel van je verhaal, maar het definieert je niet.*"

3.2 De inflatie van trauma: Wanneer alles trauma wordt

Probleem:

- **Trauma** wordt een **containerbegrip** voor **alle moeilijkheden**:
 - Een **moeilijke scheiding** → "trauma".
 - **Gepest worden op school** → "trauma".
 - Een **streng baas** → "trauma".
- **Gevolg**: **Devaluatie** van het begrip – als **alles trauma is**, is **niets het meer**.

Trauma in Controverse

Critici (bijv. Allen Frances, 2013):

- "Trauma-inflatie" leidt tot:
 - **Overdiagnosticering.**
 - **Onnodige behandelingen.**
 - **Verzwakking van de geloofwaardigheid** van echte trauma-slachtoffers.

Casus:

- Een **manager** zegt tegen zijn team: *"Deze reorganisatie is traumatisch voor jullie."*
- **Gevolg:** Medewerkers gaan zich **zieker** voelen dan nodig is, en eisen **traumazorg** die niet past bij hun klachten.

4. Essayistische verdieping: De menselijke impact; Taal als redding en als last

Voor **vele mensen** is de **herkenning** die populaire trauma-taal biedt, een **reddingslijn**:

- *"Ik dacht dat ik gek was, maar nu weet ik dat ik getraumatiseerd ben."*
- *"Eindelijk zijn er woorden voor wat ik voel."*

Maar er ligt ook een **schaduw**:

- **Woorden kunnen zich verplaatsen** van **hulp** naar **identiteit**.
- **Taal kan openen**, maar ook **begrenzen**.

Vraag: *Wat als de woorden die je redden, je ook gevangen houden in een verhaal dat je niet meer kunt veranderen?*

Voorbeeld:

- Een **jonge vrouw** identificeert zich sterk met "**trauma-survivor**" en **deelt haar verhaal** online.
- **Positief:** Ze vindt **steun** en **erkenning**.
- **Negatief:** Ze **voelt zich vastgezet** in haar trauma-identiteit en **ziet geen uitweg** meer.

Trauma in Controverse

5. Wetenschappelijke reflectie: Tussen democratisering en discipline

5.1 De democratisering van trauma-kennis

Voordelen:

- **Minder stigma:** Praten over trauma wordt **normaler**.
- **Meer toegang tot hulp:** Mensen weten **waar ze recht op hebben**.
- **Empowerment:** Cliënten **eisen betere zorg**.

Onderzoek van Naslund et al. (2020):

- Online gemeenschappen (bijv. **Reddit, Facebook-groepen**) helpen mensen om:
 - **Informatie** te delen.
 - **Steun** te vinden.
 - **Zich minder alleen** te voelen.

5.2 De noodzaak van balans: Taal die helpt en beschermt

Uitdaging: Hoe behouden we de **kracht van trauma-taal** zonder in de **valkuilen** te trappen?

Richtlijnen (APA, 2021):

1. **Gebruik taal die empowert, niet beperkt:**
 - *"Ik heb trauma meegemaakt"* vs. *"Ik ben getraumatiseerd"*.
2. **Combineer erkenning met nuance:**
 - *"Je reacties zijn logisch, gegeven wat je hebt meegemaakt"* vs. *"Je hebt PTSS en kunt nooit meer normaal functioneren."*
3. **Wees kritisch op bronnen:**
 - **Wetenschappelijke informatie** (bijv. **DSM-5, ICD-11**) vs. **Instagram-coaches**.
4. **Zoek professionele hulp** als taal te **beperkend** wordt.

Trauma in Controverse

Voorbeeld:

- Een **therapeut** helpt een cliënt om **trauma-taal te gebruiken** zonder zich erdoor te laten **definiëren**:
 - *"Je hebt dingen meegemaakt die je leven hebben beïnvloed. Maar je bent meer dan je trauma."*

6. Casus: "Ik dacht dat ik CPTSS had, maar mijn therapeut zei van niet" – De valkuilen van zelfdiagnose

Achtergrond:

- **Lena (25)** leest op TikTok over **CPTSS** en herkent **alle symptomen** bij zichzelf:
 - **Stemmingswisselingen.**
 - **Moite met relaties.**
 - **Gevoelens van leegte.**
- Ze **diagnosticeert zichzelf** met CPTSS en **deelt haar verhaal** online.

Probleem:

- Haar **therapeut** zegt: *"Je hebt geen trauma-voorgeschiedenis. Dit zijn **stressreacties** en **aanpassingsproblemen**."*
- Lena voelt zich **niet geloofd** en **boos**.

Oplossing:

1. **Psycho-educatie:**
 - *"Stress en trauma liggen op een spectrum. Niet elke moeilijke ervaring is trauma."*
2. **Focus op veerkracht:**
 - *"Wat heeft je geholpen om tot nu toe te overleven?"*
3. **Nuance in taalgebruik:**
 - *"Je hebt last van stress, maar dat betekent niet dat je 'kapot' bent."*

Resultaat:

- Lena leert dat **labels kunnen helpen, maar ook kunnen beperken**.
- *"Ik hoef niet ziek te zijn om hulp te verdienen."*

7. Reflectievragen

1. Voor cliënten:

- Welke trauma-gerelateerde woorden (bijv. "trigger", "dissociatie") gebruik jij? Helpen ze je, of beperken ze je?
- Hoe ervaar jij de balans tussen erkenning en zelfstigmatisering?

2. Voor therapeuten:

- Hoe ga je om met cliënten die zichzelf hebben gediagnosticeerd via sociale media?
- Hoe gebruik jij trauma-taal zonder dat het beperkend wordt?

3. Voor onderzoekers:

- Hoe kunnen we de positieve effecten van populaire trauma-taal behouden, zonder de risico's?
- Wat ontbreekt er in het huidige onderzoek naar online trauma-gemeenschappen?

4. Voor beleidsmakers:

- Hoe kunnen we voorlichting geven over betrouwbare vs. onbetrouwbare trauma-informatie?
- Wat is nodig om commercialisering van trauma tegen te gaan?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- Trauma-taal kan helpen, maar laat je er niet door definiëren.
- Zoek professionele hulp als je twijfelt over een zelfdiagnose.
- Wees kritisch op wat je online leest – niet alles is wetenschappelijk onderbouwd.

8.2 Voor therapeuten:

- Gebruik trauma-taal als hulpmiddel, niet als label.
- Help cliënten om hun verhaal te vertellen zonder zich gevangen te voelen in een diagnose.
- Wees transparant over de grenzen van zelfdiagnose.

Trauma in Controverse

8.3 Voor onderzoekers:

- **Bestudeer de impact** van sociale media op **trauma-perceptie**.
- **Onderzoek hoe we taal kunnen gebruiken** om **empowerment** te bevorderen zonder **stigmatisering**.
- **Test interventies** die **online gemeenschappen** veilig en ondersteunend maken.

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Reguleer trauma-coaches** en **zelfhulpprogramma's** om **misleiding** te voorkomen.
- **Investeer in voorlichting** over **betrouwbare bronnen** (bijv. 113 Zelfmoordpreventie, Mind).
- **Ondersteun online gemeenschappen** die **veilig** en **evidence-based** zijn.

9. Slot: Taal als brug en als spiegel

Populaire trauma-taal is **zowel een brug naar begrip** als een **spiegel van maatschappelijke percepties** van lijden. Ze **opent deuren**, maar kan ook **begrenzen**.

De uitdaging:

- **Hoe gebruiken we taal** om **steun te bieden** zonder **identiteit vast te zetten**?
- **Hoe behouden we de kracht van erkenning**, zonder in **inflatie** te vervallen?
- **Hoe zorgen we dat woorden blijven dienen**, in plaats van te **heersen**?

Laatste gedachte: *Misschien is de kunst niet om de perfecte taal te vinden, maar om te leren hoe we woorden kunnen gebruiken als kompas om ons te leiden naar begrip, zonder ons gevangen te houden in definities.*



Trauma in Controverse

Hoofdstuk 10: Controversiële onderzoeksgebieden en ethiek Wanneer wetenschap en menselijkheid botsen

Waar de zoektocht naar kennis grenzen overschrijdt, en wie beslist waar die grenzen liggen?

1. Essayistische inleiding: Wetenschap als tweesnijdend zwaard

Traumaonderzoek is een veld vol **nieuwsgierigheid**, **compassie** en **spanning**. Het stelt ons voor fundamentele vragen:

- **Wat mag je meten?**
- **Wat mag je blootstellen?**
- **Welke vragen zijn ethisch verdedigbaar?**

Controverses ontstaan niet alleen door **meningsverschillen**, maar ook door de **complexiteit van het onderwerp zelf**: lijden is geen abstract concept, maar **vlees en bloed**. Onderzoekers balanceren tussen **de drang om te begrijpen** en **de plicht om geen schade aan te richten**. En soms, in die **grijze zone**, gaan dingen mis.

Wat als de vraag die je stelt, het antwoord al verpest?

2. Wetenschappelijke kern: Actuele controversepunten

2.1 Recovered memories en suggestieve interventies: Het debat dat niet doodgaat

Achtergrond: In de jaren '80 en '90 leidde het concept van "**herontdekte herinneringen**" (recovered memories) tot **juridische schandalen** en **familiedrama's**. Tegenwoordig is het debat **minder fel**, maar nog steeds **onopgelost**.

Trauma in Controverse

Huidige standpunten:

- **Voorstanders** (bijv. Jennifer Freyd, 2021):
 - Trauma kan leiden tot **dissociatieve amnesie**, herinneringen worden **afgesplitst** en later **teruggevonden**.
 - **Therapie** (bijv. **narratieve exposure**) kan helpen deze herinneringen **veilig** te integreren.
 - **Voorbeeld**: Een cliënt herinnert zich **pas op latere leeftijd** seksueel misbruik uit haar kindertijd, na jaren van **lichamelijke symptomen** (bijv. chronische pijn).
- **Critici** (bijv. Elizabeth Loftus, 2022):
 - Herinneringen kunnen worden **geïmplant** door **suggestieve technieken** (bijv. hypnose, geleide visualisatie).
 - **False memories**: Onderzoek toont aan dat **25-30%** van de mensen **valse herinneringen** kan ontwikkelen als ze **herhaaldelijk worden voorgesteld** (Loftus & Pickrell, 1995).
 - **Juridische gevolgen**: Valse beschuldigingen door herinneringen die later werden betwist.

Huidige consensus (APA, 2021):

- Herinneringen kunnen zowel **betrouwbaar als veranderlijk** zijn.
- **Therapeuten moeten extreem voorzichtig zijn** met technieken die **suggestief** zijn.
- **Corroboratie** (bevestiging door externe bronnen) is **cruciaal** in **juridische contexten**.

Casus:

- Een **vrouw herinnert zich in therapie** dat ze als kind was misbruikt door haar vader.
- **Geen extern bewijs**, maar haar **lichaam reageert hevig** (paniekaanvallen, dissociatie) bij contact met hem.
- **Dilemma**: Moet de familie **geloven** zonder bewijs? Moet de therapeut **zwijgen** uit angst voor false memories?

Trauma in Controverse

2.2 Neurobiologisch determinisme: Is trauma "gelokaliseerd" in de hersenen?

Achtergrond: Sommige onderzoekers (bijv. **Ruth Lanius, 2018**) beweren dat trauma **fysiologisch traceerbaar** is in hersenstructuren (bijv. **amygdala, hippocampus, prefrontale cortex**). Maar **critici** waarschuwen voor **reductie van ervaring tot neurobiologie**.

Controverses:

1. **"Trauma is meetbaar in scans":**
 - **Voorstanders:** fMRI-studies tonen **veranderingen in hersenactiviteit** bij PTSS-patiënten (bijv. **hyperactieve amygdala**).
 - **Critici** (bijv. **Allen Frances, 2020**): Dit leidt tot **overinterpretatie** ("Je hersenen zijn kapot") en **negeert sociale context**.
2. **Epigenetica en trauma:**
 - **Onderzoek:** Trauma kan **genexpressie veranderen** (bijv. **FKBP5-gen**, dat betrokken is bij stressrespons).
 - **Critici:** Dit kan leiden tot **determinisme** ("Je bent voorbestemd om trauma door te geven").

Ethische vraag: *Wat als neurobiologisch onderzoek leidt tot stigmatisering ("Je brein is beschadigd") in plaats van empowerment?*

2.3 Langdurige effecten van vroege traumatisering: Causaliteit vs. correlatie

Achtergrond: Onderzoek toont **verbanden** tussen **vroege traumatisering** (bijv. kindermishandeling) en latere problemen (bijv. **depressie, verslaving, lichamelijke ziektes**). Maar **is dit causaal?**

Controverses:

1. **"Adverse Childhood Experiences (ACE)-studies":**
 - **Bewijs:** Hoog ACE-score correleert met **lagere levensverwachting** (Felitti et al., 1998).
 - **Critici:** Correlatie $\neq$ causaliteit. **Armoede, genetica en omgevingsfactoren** spelen ook een rol.
2. **"Trauma wordt doorgegeven aan volgende generaties":**
 - **Onderzoek:** Epigenetische veranderingen kunnen **overgedragen** worden (bijv. **holocaust-overlevenden**).
 - **Critici:** Dit kan leiden tot **fatalisme** ("Mijn kinderen zijn al beschadigd").

Ethische vraag: *Hoe voorkomen we dat onderzoek naar vroege traumatisering leidt tot hopeloosheid in plaats van hoop?*

Trauma in Controverse

2.4 EMDR en lichaamsgerichte therapieën: Werkzaamheid vs. mechanisme

Achtergrond: EMDR en lichaamsgerichte therapieën (bijv. Somatic Experiencing) zijn **populair**, maar hun **werkingsmechanismen** zijn **omstreden**.

Controverses:

1. EMDR:

- **Bewijs:** Effectief voor PTSS (Chen et al., 2014), maar **waarom** werkt het?
- **Theorie 1:** Oogbewegingen versnellen verwerking (Shapiro, 2018).
- **Theorie 2:** Het werkt door **exposure** (Lilienfeld, 2010).
- **Critici:** "EMDR is **placebo**, het werkt omdat mensen **geloven** dat het werkt."

2. Lichaamsgerichte therapieën (SE, Sensorimotor Psychotherapy):

- **Bewijs:** Kleinschalige studies tonen positieve effecten (Levine, 2015), maar **geen grote RCT's**.
- **Critici:** Te **vaag**, risico op **pseudowetenschap**.

Ethische vraag: *Moeten we behandelingen aanbieden die werken, zelfs als we niet weten waarom?*

2.5 Culturele generaliseerbaarheid: Westers trauma-onderzoek in niet-westerse contexten

Achtergrond: Het **overweldigende merendeel** van trauma-onderzoek is **westers** (VS/Europa). Maar **trauma uiting verschilt per cultuur** (Hinton & Lewis-Fernández, 2010).

Trauma in Controverse

Problemen:

1. **Westerse vragenlijsten missen culturele symptomen:**
 - Bijv.: **Somatische klachten** (bijv. pijn, vermoeidheid) in **Aziatische culturen**.
2. **Stigma rond psychische hulp:**
 - In **collectivistische culturen** (bijv. Latijns-Amerika, Azië) wordt trauma vaak **niet als psychisch**, maar als **spiritueel** of **somatisch** ervaren.
3. **Onderzoekers negeren lokale kennis:**
 - Bijv.: **Traditionele genezers** in **Afrikaanse gemeenschappen** worden **niet betrokken** bij trauma-onderzoek.

Ethische vraag: *Hoe kunnen we trauma-onderzoek zo ontwerpen dat het recht doet aan alle culturen, niet alleen de westerse?*

3. Kritiek en nuance: Controverse als teken van gezond onderzoek?

3.1 Methodologische verschillen leiden tot tegenstrijdige conclusies

Oorzaken van controverse:

1. **Verschillende meetinstrumenten:**
 - Bijv.: **DSM-5 vs. ICD-11** leiden tot **andere diagnoses**.
2. **Selectieve rapportage:**
 - **Publicatiebias:** Alleen **positieve resultaten** worden gepubliceerd.
3. **Interpretatieve flexibiliteit:**
 - Bijv.: **EMDR-onderzoek** wordt soms **overgeïnterpreteerd** als "bewijs voor oogbewegingen", terwijl het ook **exposure** kan zijn.

Oplossing:

- **Preregistratie van studies** (vooraf aangeven wat je gaat meten).
- **Replicatie-onderzoek** (zelfde studie herhalen in andere populaties).
- **Open science** (data en methoden transparant delen).

3.2 Ethische grenzen: Wanneer wordt onderzoek schadelijk?

Dilemma's:

1. **Retraumatisering in onderzoek:**
 - Bijv.: Cliënten die **trauma-herinneringen** moeten oproepen voor een studie.
 - **Oplossing:** Ethische commissies moeten **risico's** afwegen tegen wetenschappelijke waarde.
2. **Uitbuiting van kwetsbare groepen:**
 - Bijv.: **Vluchtelingen** of **slachtoffers van mensenhandel** die **onder druk** meedoen aan onderzoek.
 - **Oplossing:** **Informed consent** moet **begrijpelijk** en **vrijwillig** zijn.
3. **Commercialisering van trauma-onderzoek:**
 - Bijv.: **Farmaceutische bedrijven** die **PTSS-medicatie** promoten zonder **langetermijnbewijs**.
 - **Oplossing:** **Onafhankelijk onderzoek** zonder **belangenverstrengeling**.

Casus:

- Een **Syrische vluchteling** doet mee aan een **PTSS-studie** in Nederland.
- **Probleem:** Hij begrijpt de **informatiebrief niet** en voelt zich **verplicht** om mee te doen.
- **Ethische vraag:** Hoe zorgen we voor **echte informed consent** bij mensen met **taalbarrières** en **machtsongelijkheid**?

Trauma in Controverse

4. Essayistische verdieping: Ethiek als kern van onderzoek

Trauma-onderzoek is **nooit neutraal**. Het speelt zich af in een **ethisch landschap** waar **macht**, **kwetsbaarheid** en **vertrouwen** voortdurend in balans moeten zijn.

Drie ethische principes (Beauchamp & Childress, 2019):

1. **Autonomie:**
 - Cliënten moeten **vrijwillig** en **geïnformeerd** meedoen.
2. **Weldoen (beneficence):**
 - Onderzoek moet **meer goed dan kwaad** doen.
3. **Geen kwaad doen (non-maleficence):**
 - **Risico's** (bijv. retraumatisering) moeten **geminimaliseerd** worden.

Vraag: Wat als de vraag die je stelt om kennis te vergaren, de persoon die je onderzoekt meer pijn doet dan goed?

Voorbeeld:

- Een **onderzoeker** wil de **effecten van kindermishandeling** bestuderen door **herinneringen op te roepen** bij volwassenen.
- **Dilemma:** Hoe weeg je de wetenschappelijke waarde af tegen het risico op herhaalde traumatisering?

5. Wetenschappelijke reflectie: Transparantie en replicatie

5.1 De crisis van replicatie in psychologisch onderzoek

Probleem:

- **Veel trauma-studies** kunnen **niet gerepliceerd** worden (Open Science Collaboration, 2015).
- **Oorzaken:**
 - **Kleine steekproeven.**
 - **Flexibele analyses** ("p-hacking").
 - **Publicatiebias** (alleen "significante" resultaten worden gepubliceerd).

Trauma in Controverse

Oplossingen:

1. **Preregistratie:**
 - Onderzoekers registreren **vooraf** wat ze gaan meten.
2. **Open data:**
 - **Ruwe data** wordt gedeeld voor **onafhankelijke controle**.
3. **Replicatiestudies:**
 - **Herhaal onderzoek** in andere populaties.

Voorbeeld:

- Een studie naar EMDR bij vluchtelingen toont **grote effecten**.
- **Probleem:** De studie heeft **geen controlegroep** en een **kleine steekproef**.
- **Oplossing:** **Replicatie** met een **grotere, gecontroleerde groep**.

5.2 De toekomst: Trauma-onderzoek met integriteit

Vier pijlers voor ethisch trauma-onderzoek (APA, 2021):

1. **Participant-gerichte benadering:**
 - **Betrek cliënten** bij het ontwerp van studies.
2. **Culturele sensitiviteit:**
 - **Onderzoek in diverse populaties**.
3. **Langetermijnfollow-up:**
 - **Meet niet alleen directe effecten**, maar ook **langetermijngevolgen**.
4. **Transparantie:**
 - **Publiceer alle resultaten** (ook negatieve).

Casus:

- Een **onderzoeksgroep** bestudeert **lichaamsgerichte therapie** bij seksueel misbruik-slachtoffers.
- **Ethische afweging:**
 - **Voordelen:** Kan leiden tot **betere behandelingen**.
 - **Risico's:** Kan **hertraumatiserend** zijn.
- **Oplossing:**
 - **Stapsgewijze toestemming**.
 - **Trauma-informeerde onderzoekers**.
 - **Follow-up zorg** voor deelnemers.

6. Casus: "Ik was proefpersoon in een trauma-studie en dit is wat ik leerde"

Achtergrond:

- **Mark (45)**, een **oorlogsjournalist** met **PTSS**, doet mee aan een **nieuwe EMDR-studie**.
- **Belofte**: "Baangarantie voor betere behandeling."
- **Werkelijkheid**:
 - **Geen verbetering** na de studie.
 - **Geen follow-up zorg**.
 - **Voelt zich "gebruikt"**.

Lessons learned:

1. **Informed consent is niet genoeg**:
 - Mark **begreep niet** dat de behandeling **experimenteel** was.
2. **Onderzoekers moeten transparant zijn**:
 - "Baangarantie" was **misleidend**.
3. **Deelnemers verdienen follow-up**:
 - Mark had **geen toegang** tot verdere hulp.

Ethische vraag: Hoe kunnen we ervoor zorgen dat trauma-onderzoek niet alleen kennis oplevert, maar ook zorg?

7. Reflectievragen

1. **Voor cliënten/participanten**:
 - **Heb jij ooit meegedaan aan trauma-onderzoek?** Hoe ervoer je dat?
 - **Wat zou jou helpen om je veilig te voelen** als deelnemer aan een studie?
2. **Voor onderzoekers**:
 - **Hoe weeg jij de wetenschappelijke waarde af tegen de risico's** voor deelnemers?
 - **Hoe zorg je voor culturele sensitiviteit** in je onderzoek?
3. **Voor ethische commissies**:
 - **Welke extra beschermingen** moeten er zijn voor **kwetsbare groepen** (bijv. vluchtelingen, kinderen) in trauma-onderzoek?
 - **Hoe kunnen we replicatie en transparantie afdwingen?**

Trauma in Controverse

4. Voor beleidsmakers:

- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat trauma-onderzoek niet alleen kennis oplevert, maar ook directe voordelen voor deelnemers?
- Wat is nodig om commercialisering van trauma-onderzoek tegen te gaan?

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten/participanten:

- Vraag om duidelijke informatie voordat je meedoet aan een studie.
- Weet dat je altijd mag stoppen – ook tijdens het onderzoek.
- Zoek follow-up zorg als het onderzoek emotioneel belastend was.

8.2 Voor onderzoekers:

- Wees transparant over wat de studie inhoudt en wat de risico's zijn.
- Betrek deelnemers bij het ontwerp van het onderzoek.
- Zorg voor follow-up – ook als de studie voorbij is.

8.3 Voor ethische commissies:

- Stel strenge eisen aan informed consent, vooral bij kwetsbare groepen.
- Eis replicatiestudies voordat nieuwe behandelingen worden gepromoot.
- Monitor commercieel trauma-onderzoek op belangenverstrengeling.

8.4 Voor beleidsmakers:

- Subsidieer onafhankelijk trauma-onderzoek.
- Maak preregistratie en open data verplicht.
- Zorg voor toegankelijke traumazorg voor onderzoekdeelnemers.

Trauma in Controverse

9. Slot: Controverses als kompas

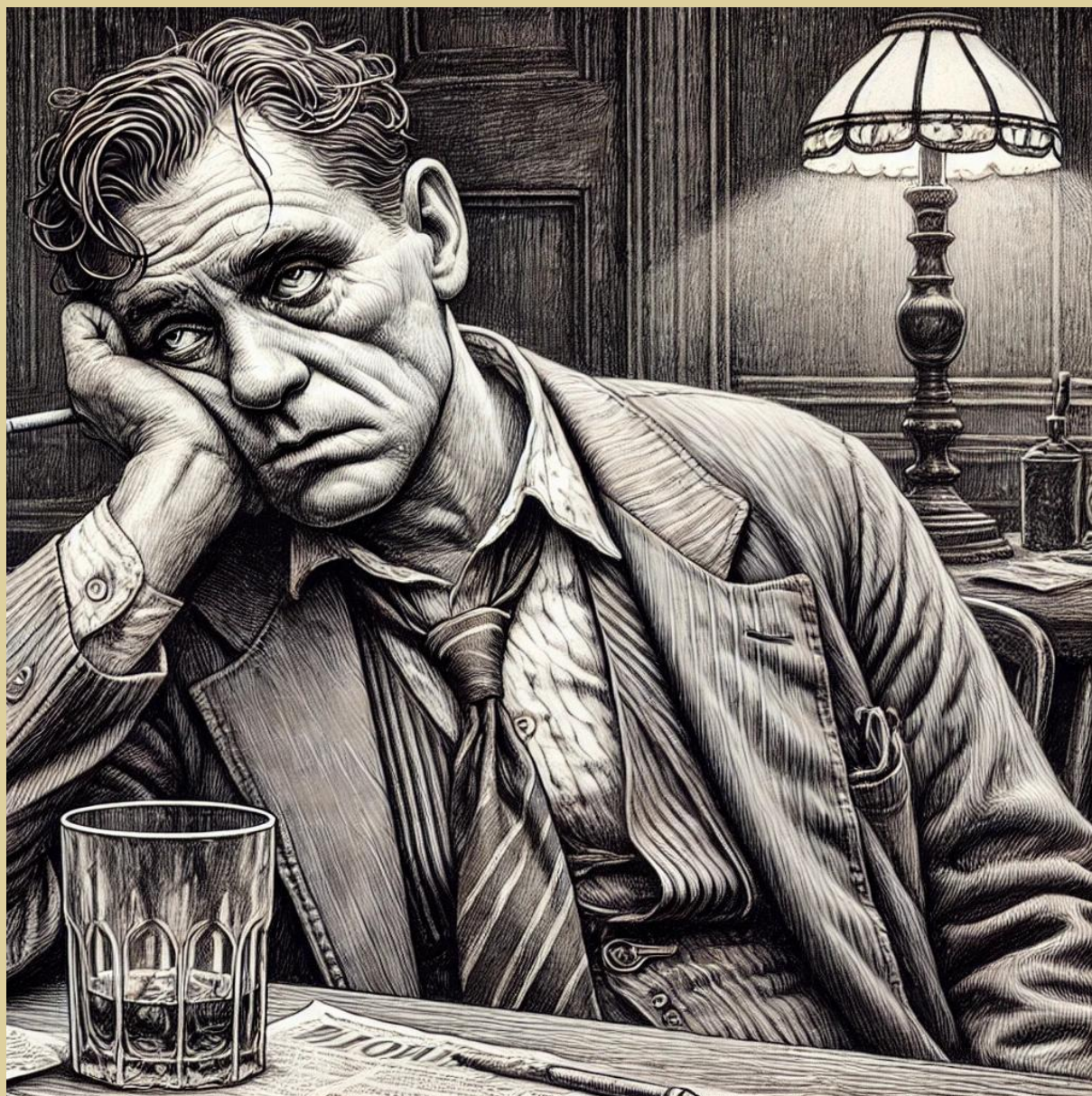
Controverses in trauma-onderzoek zijn **geen falen**, maar een **kompas**. Ze wijzen op:

- **Onzekerheden** (wat weten we nog niet?).
- **Ethische dilemma's** (hoe ver kunnen we gaan?).
- **Grenzen van kennis** (wat kunnen we wel en niet meten?).

Wie deze controverses **erkent en ermee werkt**, kan:

- **Zorgvuldiger** handelen.
- **Empathischer** zijn.
- **Verstandiger** omgaan met de **complexiteit van trauma**.

Laatste gedachte: *Misschien is de grootste les uit trauma-onderzoek niet de antwoorden die we vinden, maar de vragen die we durven te stellen – en de manier waarop we die vragen stellen, met respect voor de mensen achter de data.*



Hoofdstuk 11: Herstel, hoop en toekomstperspectieven. Een pad zonder kaart

Wanneer herstel geen rechte lijn is, maar een landschap van licht en schaduw

1. Essayistische inleiding: Herstel als werkwoord

Herstel is **geen rechte lijn**. Het is geen **bestemming**, maar een **pad** door een landschap van **herinneringen**, **emoties** en **relaties**, met **dalen**, **toppen** en **onverwachte kronkels**. Hoop is de **stille metgezel** op dat pad: soms **klein en kwetsbaar**, soms **fel en onstuitbaar**, maar altijd aanwezig als **mogelijkheid**.

Dit hoofdstuk reflecteert op **wat herstel kan betekenen**, welke **factoren** het ondersteunen, en hoe **wetenschap**, **therapie** en **samenleving** samen een context kunnen creëren waarin **hoop** niet verloren gaat, zelfs niet in de donkerste momenten.

Wat als het niet gaat om "genezen", maar om leren leven met de littekens?

2. Wetenschappelijke kern: Factoren van herstel

2.1 Sociale steun: De onzichtbare draagkracht

Onderzoek toont aan dat **sociale steun** een van de **sterkste voorspellers** is voor herstel na trauma (Brewin et al., 2000):

- **Familie, vrienden, gemeenschap** bieden **emotionele en praktische hulp**.
- **Voorbeeld:** Een **vluchteling** die **huisvesting en werk** vindt via een **lokale gemeenschap**, herstelt sneller dan iemand die **geïsoleerd** is.

Drie soorten steun (Cohen & Wills, 1985):

1. **Emotioneel** (luisteren, troosten).
2. **Instrumentaal** (praktische hulp, bijv. kinderopvang, financiële steun).
3. **Informatief** (advies, psycho-educatie).

Trauma in Controverse

Casus:

- **Aisha (38)**, een **Syrische vluchteling**, vindt **steun** bij een **vrouwengroep** in Nederland.
- *"Zij begrijpen wat ik heb meegemaakt. Dat is het belangrijkste."*

2.2 Zelfeffectiviteit en agency: De kracht van keuze

Onderzoek (Bandura, 1997) laat zien dat **gevoelens van controle** en **eigen keuzes** kunnen maken **korreleren** met **beter herstel**:

- **Agency**: Het vermogen om **eigen beslissingen** te nemen.
- **Zelfeffectiviteit**: Het **vertrouwen** dat je **moeilijkheden** aankunt.

Voorbeeld:

- Een **cliënt met CPTSS** leert **grenzen stellen** in relaties → **meer gevoel van controle** → **minder symptomen**.

Praktische toepassing:

- **Therapie**: **Empowerment-benaderingen** (bijv. "Wat zou je willen veranderen?" in plaats van "Wat is er mis met je?").

2.3 Narratieve coherentie: Het verhaal dat helpt

Onderzoek (Pennebaker, 1997) toont aan dat **het kunnen vertellen van een samenhangend verhaal** over trauma **herstel bevordert**:

- **Trauma fragmentariseert** herinneringen → **chaos in het hoofd**.
- **Narratieve integratie** helpt om **betekenis** te geven aan wat er is gebeurd.

Therapeutische benaderingen:

1. **Narratieve exposuretherapie (NET)** – Schauer et al., 2011:
 - Cliënten **vertellen hun levensverhaal** in chronologische volgorde.
 - **Doel**: **Fragmenten verbinden** tot een **heel verhaal**.
2. **Trauma-focused cognitieve gedragstherapie (TF-CBT)**:
 - **Cognitieve herstructurering** om **negatieve gedachten** te veranderen.

Trauma in Controverse

Casus:

- **Mark (45)**, een **oorlogsjournalist**, schrijft zijn **levensverhaal** op.
- *"Toen ik het op papier zag, begreep ik dat ik niet gek was, ik had gewoon verschrikkelijke dingen meegemaakt."*

2.4 Psychotherapeutische interventies: Wat werkt, voor wie?

Evidence-based behandelingen (ISTSS, 2019):

Behandeling	Doel	Voor wie?
TF-CBT	Herstructureren van gedachten	PTSS, kinderen/jongeren
EMDR	Verwerken via oogbewegingen	PTSS, enkelvoudig trauma
NET	Integreren van levensverhaal	Complex trauma, vluchtelingen
DBT	Emotieregulatie	CPTSS, borderline
Somatic Experiencing	Lichaamsgerichte verwerking	Lichamelijke trauma-uiting

Controverse:

- **Niet elke behandeling werkt voor iedereen.**
- **Sommige cliënten** hebben **combinaties** nodig (bijv. **EMDR + lichaamswerk**).

Voorbeeld:

- Een **cliënt met CPTSS** heeft **eerst DBT** nodig voor **stabilisatie**, voordat ze **EMDR** kan doen.

Trauma in Controverse

2.5 Contextuele en culturele factoren: Herstel is niet individueel

Onderzoek (Hobfoll et al., 2007) benadrukt dat herstel **afhangt van de omgeving**:

- **Veiligheid** (bijv. geen oorlog, geen geweld).
- **Culturele erkenning** (bijv. rituelen, gemeenschapssteun).
- **Sociaal kapitaal** (toegang tot werk, onderwijs, zorg).

Casus:

- Een **Somalische vrouw** herstelt **slechts gedeeltelijk** van haar trauma, omdat ze **geen verblijfsvergunning** heeft en **constant in onzekerheid** leeft.
- *"Hoe kan ik genezen als ik niet weet of ik morgen nog hier mag zijn?"*

3. Kritiek en nuance: Herstel als proces, niet als eindpunt

3.1 Herstel is niet lineair

Probleem:

- **Media en zelfhulpboeken** presenteren herstel vaak als een **eindpunt** ("Je bent genezen!").
- **Werkelijkheid**: Herstel is **dynamisch** en **fluctuerend**.

Onderzoek van Tedeschi & Calhoun (2004):

- **Posttraumatische groei** (bijv. **diepere relaties, nieuwe levensdoelen**) is mogelijk, maar **niet voor iedereen**.
- **Sommige mensen** ervaren **geen "groei"**, maar **leven met de gevolgen**.

Voorbeeld:

- Een **cliënt** zegt: *"Ik ben niet 'genezen', maar ik leef weer. Dat is genoeg."*

Trauma in Controverse

3.2 Het gevaar van "toxic positivity"

Probleem:

- Druk om "positief te zijn" kan lijden versterken.
- Voorbeeld: "Je moet je trauma zien als een geschenk!" → Schaamte als iemand dat niet voelt.

Oplossing:

- Erkenning van gedeeltelijk herstel:
 - "Het is oké als je niet 'beter' wordt. Het is oké als je gewoon leert leven met wat er is."

4. Essayistische verdieping: Hoop in praktijk

Hoop is tastbaar in kleine momenten:

- Een nacht zonder nachtmerries.
- Een gesprek zonder spanning.
- Een gevoel van veiligheid bij een ander.

Het is geen grootse conclusie, maar een serie zachte bewegingen die samen een pad vormen.

Therapeuten, onderzoekers en gemeenschap spelen een rol als gidsen, maar het pad blijft van de persoon zelf. Respect voor tempo, autonomie en context is essentieel.

Vraag: Wat als herstel niet gaat over "terugkeren naar wie je was", maar over "leren wie je nu bent"?

Trauma in Controverse

5. Wetenschappelijke reflectie: Toekomstperspectieven

5.1 Integratieve modellen: Cognitie, emotie en lichaam

Toekomstig onderzoek richt zich op:

- **Combinaties van therapieën:**
 - **Cognitief + lichaamsgericht** (bijv. TF-CBT + yoga).
 - **Individueel + gemeenschapsgericht** (bijv. therapie + ondersteuningsgroepen).
- **Neurobiologische markers:**
 - **Hersenscans** om te voorspellen **welke behandeling** het beste werkt.
 - **Epigenetica:** Hoe beïnvloedt trauma **genexpressie**?

Voorbeeld:

- Een **cliënt** doet **EMDR + ademhalingsoefeningen** → **betere resultaten** dan alleen EMDR.

5.2 Cultureel sensitieve interventies

Uitdaging:

- **Westerse traumamodellen** passen niet altijd in **niet-westerse contexten**.

Oplossingen:

1. **Lokale aanpassingen:**
 - **Exposuretherapie** in **collectivistische culturen** → **betrek de familie**.
2. **Traditionele genezers:**
 - **Samenwerking** tussen **therapeuten** en **sjamanen/imams**.
3. **Taal en metaforen:**
 - Gebruik **cultureel passende beelden** (bijv. "je ziel is gewond" in plaats van "je hebt PTSS").

Trauma in Controverse

Casus:

- Een **Somalische man** combineert **therapie** met **traditionele genezing** (bijv. **gebeden, kruiden**).
- *"Zo voel ik me heel en niet gesplitst tussen twee werelden."*

5.3 Technologische ondersteuning: Apps, VR en digitale zorg

Nieuwe ontwikkelingen:

1. **Virtual Reality (VR):**
 - **Voordelen:** Gecontroleerde exposure (bijv. **oorlogssimulaties** voor veteranen).
 - **Risico's:** Te **intensief** voor cliënten met **dissociatie**.
2. **Self-help apps** (bijv. **PTSD Coach**):
 - **Voordelen:** **Laagdrempelig**, 24/7 toegankelijk.
 - **Risico's:** **Geen vervanging** voor menselijk contact.
3. **Online therapie:**
 - **Voordelen:** **Toegankelijk** voor mensen in afgelegen gebieden.
 - **Risico's:** **Minder non-verbale signalen** (therapeut mist lichaamstaal).

Ethische vraag: *Hoe zorgen we dat technologie **toegankelijk** en **veilig** is voor iedereen?*

6. Casus: "Ik ben niet 'genezen', maar ik leef weer"

Een cliënt over gedeeltelijk herstel

Achtergrond:

- **Lisa (32)**, met **CPTSS na kindermishandeling**, heeft **jarenlang therapie** gehad.
- Ze heeft **geen nachtmerries meer**, maar **voelt zich nog steeds "anders"**.

Trauma in Controverse

Therapeutische benadering:

1. **Erkenning van gedeeltelijk herstel:**
 - *"Je hoeft niet perfect te zijn. Het is oké om nog steeds moeilijke dagen te hebben."*
2. ****Focus op kwaliteit van leven:**
 - *"Wat maakt het leven leefbaar voor jou, zelfs met de klachten die je hebt?"*
3. **Lichaamsgerichte technieken:**
 - Yoga, ademhaling → minder lichamelijke spanning.

Doorbraak:

- *"Ik dacht dat herstel betekende dat ik 'normaal' moest worden. Maar nu weet ik: herstel is leren leven met wie ik ben, littekens en al."*

7. Reflectievragen

1. **Voor cliënten:**
 - Wat geeft jou hoop op moeilijke dagen?
 - Hoe zou jij "herstel" definiëren voor jezelf?
2. **Voor therapeuten:**
 - Hoe help je cliënten om hoop te vinden, zonder druk uit te oefenen?
 - Hoe ga je om met cliënten die geen "volledig herstel" ervaren?
3. **Voor onderzoekers:**
 - Hoe kunnen we "herstel" beter meten, als het geen lineair proces is?
 - Wat ontbreekt er in het huidige onderzoek naar langetermijnherstel?
4. **Voor beleidsmakers:**
 - Hoe kunnen zorgsystemen beter aansluiten bij individuele herstelpaden?
 - Wat is nodig om toegang tot traumazorg te verbeteren voor marginale groepen?

Trauma in Controverse

8. Praktische implicaties

8.1 Voor cliënten:

- **Herstel is een proces**, geen bestemming.
- **Kleine stappen tellen** (bijv. één nacht zonder nachtmerries, één gesprek zonder angst).
- **Zoek steun** die bij **jou** past (therapie, gemeenschap, spiritualiteit).

8.2 Voor therapeuten:

- **Wees flexibel: Niet elke cliënt** past in een protocol.
- **Focus op empowerment:** "Wat wil jij veranderen?" in plaats van "Wat is er mis met je?"
- **Combineer evidence-based methoden** met **persoonlijke betekenisgeving**.

8.3 Voor onderzoekers:

- **Bestudeer herstel als dynamisch proces**.
- **Onderzoek culturele verschillen** in herstel.
- **Test nieuwe technologieën** (VR, apps) op **veiligheid en effectiviteit**.

8.4 Voor beleidsmakers:

- **Investeer in toegankelijke traumazorg**.
- **Zorg voor diversiteit in behandelopties** (niet alleen praten, maar ook lichaamswerk, gemeenschapszorg).
- **Ondersteun langdurige zorg** voor mensen met **complex trauma**.

Trauma in Controverse

9. Slot: Een pad van compassie en wetenschap

Herstel en hoop zijn **verweven** met **begrip**, **empathie** en **kennis**. De toekomst van traumazorg ligt in het vermogen om:

- **Wetenschap** (evidence-based methoden).
- **Kunst** (creatieve, persoonlijke benaderingen).
- **Menselijkheid** (compassie, verbinding).

te integreren en om **paden te creëren** waarbinnen mensen hun **eigen verhaal** van herstel kunnen vormen.

Laatste gedachte: *Misschien is het grootste geschenk van traumazorg niet dat we leren hoe we "genezen" kunnen worden, maar dat we leren hoe we kunnen leven – met onze littekens, onze verhalen, en de hoop die ons draagt, zelfs op de donkerste dagen.*



Trauma in Controverse

Nawoord: Trauma als levenslang gesprek

Een uitnodiging tot verdere reflectie, verbinding en hoop

1. Terugblik: Wat dit boek je heeft willen vertellen

Dit boek begon met een **vraag**: *Wat betekent trauma eigenlijk?* En het eindigt met een **erkenning**: trauma is **geen onderwerp** dat ooit volledig kan worden afgesloten. Het is een **levenservaring**, een **wetenschappelijk onderzoeksveld**, en een **maatschappelijke uitdaging** die voortdurend in beweging is.

We hebben **geen definitieve antwoorden** gevonden. Integendeel: we hebben **meer vragen** opgeroepen. Want trauma is **geen puzzel** die opgelost kan worden, maar een **landschap** dat verkend moet worden met **nieuwsgierigheid**, **compassie** en **moed**.

Wat we wel hebben gedaan:

- **Wetenschappelijke verdieping**: We hebben gekeken naar **neurobiologie**, **diagnostische systemen**, en **behandelmethoden**, altijd met oog voor **controverses** en **open vragen**.
- **Menselijke verhalen**: We hebben **casussen**, **getuigenissen** en **essayistische reflecties** gebruikt om de **ervaringswereld** van trauma te belichten.
- **Praktische tools**: We hebben **concrete adviezen** gegeven voor **cliënten**, **therapeuten**, **onderzoekers** en **beleidsmakers**, omdat kennis **pas waarde heeft als ze wordt toegepast**.
- **Ethische reflectie**: We hebben **dilemma's** besproken, **grenzen** verkend, en **kritische vragen** gesteld over **wat we wel en niet mogen weten**, **meten en behandelen**.

Trauma in Controverse

2. De kernlessen: Wat blijft hangen?

2.1 Trauma is zowel persoonlijk als collectief

Trauma is **niet alleen iets van het individu**. Het speelt zich af in een **context** van **relaties, cultuur, samenleving en geschiedenis**. Het is **universeel** (we zijn allemaal kwetsbaar) en **uniek** (elk verhaal is anders).

Voorbeeld:

- Een **vluchteling** die **oorlogstrauma** meedraagt, heeft niet alleen **individuele therapie** nodig, maar ook **veilige huisvesting, werk, en erkenning** van de samenleving.

Vraag voor reflectie: *Hoe kunnen we als samenleving beter omgaan met collectief trauma of het nu gaat om oorlog, racisme, of klimaatangst?*

2.2 Herstel is geen lineair proces

Herstel is **geen rechte lijn**, maar een **pad met hoogte- en dieptepunten**. Soms gaat het **vooruit**, soms **achteruit** en dat is **oké**. Het gaat niet om "**genezen**", maar om **leren leven** met wat er is gebeurd.

Casus uit het boek:

- **Lisa**, met **CPTSS na kindermishandeling**, leerde dat herstel voor haar betekende: *"Ik ben niet 'genezen', maar ik leef weer."*

Praktische implicatie:

- **Therapeuten:** Help cliënten om **gedeeltelijk herstel** te omarmen.
- **Cliënten:** Geef jezelf **toestemming** om **kleine stappen** te vieren.

Trauma in Controverse

2.3 Taal is zowel een brug als een valkuil

Woorden kunnen **helen** ("Eindelijk begrijp ik wat ik voel!") en **beperken** ("Nu ben ik mijn trauma"). Populaire trauma-taal (bijv. #CPTSS, #TraumaHealing) heeft **kracht**, maar ook **risico's**:

- **Empowerment** vs. **zelfstigmatisering**.
- **Erkenning** vs. **inflatie** ("Is alles nu trauma?").

Vraag voor reflectie: *Hoe gebruik jij trauma-taal als hulpmiddel, als identiteit, of als beide?*

2.4 Wetenschap en menselijkheid moeten hand in hand gaan

Trauma-onderzoek en -behandeling zijn **geen exacte wetenschappen**. Ze vragen om een **samensmelting** van:

- **Evidence-based kennis** (wat werkt volgens onderzoek?).
- **Klinische wijsheid** (wat werkt in de praktijk?).
- **Menselijke verbinding** (wat heeft deze persoon nodig?).

Voorbeeld:

- Een **therapeut** die **EMDR** gebruikt, maar ook **luistert** naar het **lichaam** en het **verhaal** van de cliënt.

Praktische implicatie:

- **Onderzoekers:** Blijf **kritisch** en **transparant**.
- **Therapeuten:** Wees **flexibel** en **menselijk**.
- **Cliënten:** **Vertrouw op je eigen ervaring** – ook als die niet in de boeken staat.

Trauma in Controverse

2.5 Ethiek is de basis van alles

Trauma-werk, of het nu gaat om **onderzoek, behandeling of maatschappelijke discussie**, vraagt om **continue ethische reflectie**:

- **Wat mag je vragen?** (bijv. in onderzoek naar herinneringen).
- **Wat mag je meten?** (bijv. hersenscans bij trauma).
- **Wie heeft toegang tot zorg?** (bijv. vluchtelingen, mensen zonder verzekering).

Casus uit het boek:

- Een **Syrische vluchteling** in een **trauma-studie** voelde zich **gebruikt** omdat er **geen follow-up zorg** was.

Vraag voor de toekomst: *Hoe kunnen we ervoor zorgen dat trauma-onderzoek en -zorg altijd menswaardig blijven?*

3. De toekomst: Waar gaan we naartoe?

3.1 Wetenschappelijke innovaties

Drie beloftevolle ontwikkelingen:

1. **Gepersonaliseerde traumazorg:**
 - **Biomarkers** (bijv. hersenscans, genetica) om **behandelingen af te stemmen** op de individuele cliënt.
2. **Technologische ondersteuning:**
 - **VR-therapie** voor veilige exposure.
 - **Apps** voor zelfhulp en monitoring.
3. **Cultureel sensitieve benaderingen:**
 - **Hybride modellen** (bijv. therapie + traditionele genezing).

Uitdaging:

- **Hoe zorgen we dat innovaties toegankelijk blijven voor iedereen?**

Trauma in Controverse

3.2 Maatschappelijke verandering

Trauma is **niet alleen een individueel probleem**, maar een **samenlevingsvraagstuk**. Wat is nodig?

- **Traumasensitieve instituten:**
 - **Scholen, gevangenissen, bedrijven** die **begrip** hebben voor trauma.
- **Betere toegang tot zorg:**
 - **Voor vluchtelingen, mensen in armoede, marginale groepen.**
- **Erkenning van collectief trauma:**
 - **Slavernij, kolonialisme, oorlog;** hoe verwerken we dit als samenleving?

Voorbeeld:

- **Zuid-Afrika's Waarheids- en Verzoeningscommissie:** Een model voor collectieve traumaverwerking.

3.3 De rol van gemeenschap en verbinding

Herstel vindt **niet alleen plaats in de spreekkamer**, maar ook in **groepen, families en gemeenschappen**. Wat helpt?

- **Steungroepen** (bijv. voor **seksueel misbruik, oorlogstrauma**).
- **Rituelen** (bijv. **herdenkingen, overgangsceremonies**).
- **Kunst en verhalen** (schrijven, muziek, theater als **helende expressie**).

Casus:

- Een **groep vrouwen** die **seksueel geweld** hebben meegemaakt, schrijft **samen een boek** over hun ervaringen.
- *"Het delen van ons verhaal maakte ons sterker, niet alleen als individuen, maar als groep."*

4. Een persoonlijke uitnodiging: Wat nu?

Dit boek eindigt niet met **antwoorden**, maar met **vragen** en een **uitnodiging** om verder te gaan.

Voor cliënten en overlevenden:

- **Je bent niet alleen.** Er zijn **miljoenen mensen** die, net als jij, **een weg zoeken** door trauma.
- **Je verhaal is waardevol** – of je het nu deelt of niet.
- **Herstel is mogelijk** – maar het hoeft niet perfect te zijn.

Voor therapeuten en hulpverleners:

- **Blijf leren.** Trauma-werk vraagt om **levenslang leren** – over **nieuwe methoden**, **culturele sensitiviteit**, en **je eigen grenzen**.
- **Zorg voor jezelf.** **Secundaire traumatisering** is reëel – zoek **supervisie** en **steun**.
- **Wees een brug.** Tussen **wetenschap** en **ervaring**, tussen **hoop** en **realiteit**.

Voor onderzoekers en academici:

- **Blijf kritisch.** **Controverses** zijn geen teken van falen, maar van **gezond wetenschappelijk debat**.
- **Luister naar de stemmen** van de mensen die je bestudeert.
- **Deel je kennis** – niet alleen in **wetenschappelijke artikelen**, maar ook in **toegankelijke taal**.

Voor beleidsmakers en activisten:

- **Trauma is een maatschappelijk issue.** **Zorgsystemen**, **onderwijs**, en **justitie** moeten **traumasensitief** worden.
- **Investeer in preventie.** **Armoede**, **geweld**, en **discriminatie** zijn **trauma-bronnen** – bestrijd ze aan de wortel.
- **Geef hoop.** **Verhalen van herstel** moeten **gehoord** worden – niet alleen die van **lijden**.

Trauma in Controverse

Voor iedereen:

- **Wees compassievol**, voor jezelf en voor anderen.
- **Trauma is een deel van het leven**, maar het hoeft niet het **hele verhaal** te zijn.
- **Hoop is geen garantie**, maar een keuze en soms is dat genoeg.

5. Laatste woorden: Een gesprek dat doorgaat

Dit boek is **geen eindpunt**, maar een **uitnodiging** om het gesprek voort te zetten, in **therapie**, **onderzoek**, **activisme**, en **dagelijks leven**.

Drie manieren om verder te gaan:

1. **Praat erover**. Met **vrienden**, **familie**, **therapeuten**, **lotgenoten**.
2. **Blijf leren**. Lees **boeken**, luister naar **podcasts**, volg **trainingen**.
3. **Doe mee**. Of het nu is in **onderzoek**, **advocacy**, of **kunst**, jouw stem **telt**.

Een laatste gedachte: *Trauma is een deel van het mens-zijn. Maar herstel, in welke vorm dan ook, is dat ook. En misschien is het grootste geschenk van dit alles niet dat we leren hoe we trauma kunnen overwinnen, maar dat we leren hoe we, ondanks alles, toch kunnen leven.*

