De veelvoudige en veranderende gezichten van psychotrauma en de gevolgen ervan*

R.A. Jongedijk, R.J. Kleber

Achtergrond Sinds de introductie van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) in de DSM-III is er discussie over de afbakening van potentieel traumatische gebeurtenissen (PTE's) en de heterogeniteit van het PTSS-concept.

Doel De historische, conceptuele en empirische achtergronden van psychotrauma en de psychologische gevolgen daarvan te onderzoeken, met specifieke aandacht voor de definitie en impact van PTE's, heterogeniteit in symptoomprofielen en de relatie tussen PTSS-symptomen en behandeluitkomsten.

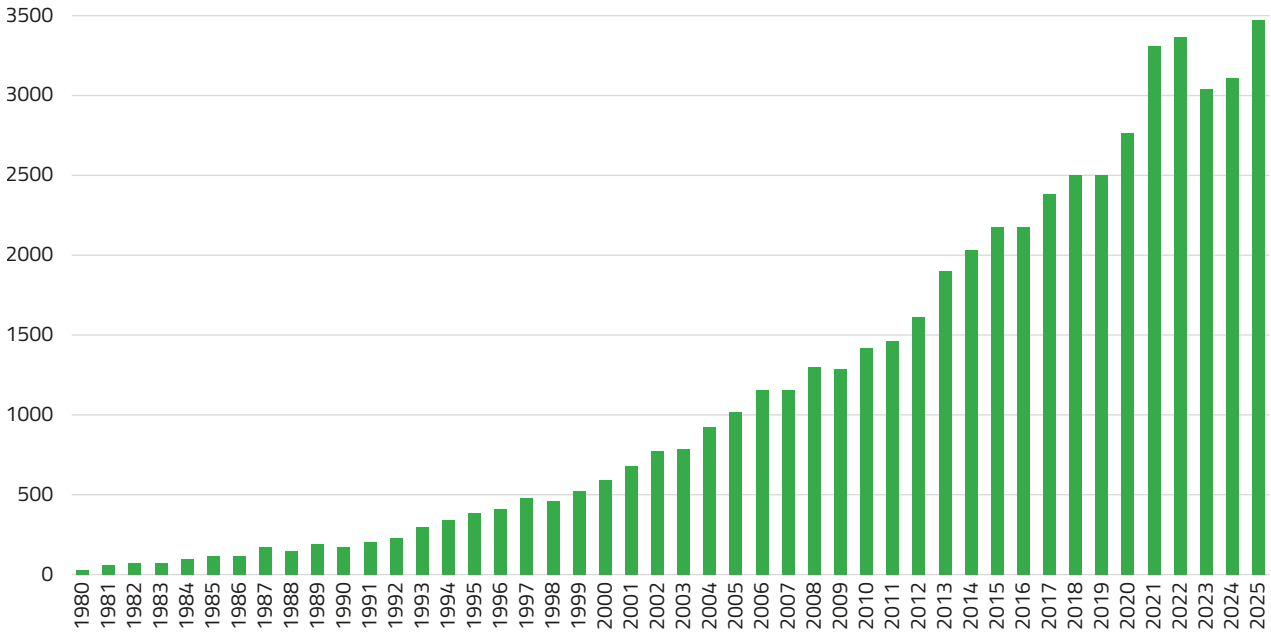
Methode Een uitgebreid historisch literatuuronderzoek en meerdere empirische studies bij diverse patiëntengroepen, waaronder algemene psychiatrische patiënten, veteranen, politieagenten en vluchtelingen. Er werd gebruikgemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten en diverse statistische analysetechnieken.

Resultaten In historische context blijken beschrijvingen van posttraumatische symptomen heterogeen en sterk tijds- en contextgebonden te zijn. Empirisch onderzoek liet zien dat PTE's en herbelevingssymptomen niet exclusief samenhangen met PTSS, maar ook voorkomen bij andere stoornissen. Latente profielanalyses lieten zien dat posttraumatische symptoomprofielen zich in twee populaties onderscheiden naar ernst en niet naar aard. Ten slotte lieten de resultaten zien dat PTSS-symptoomclusters niet voorspellend zijn voor behandeluitkomst.

Conclusie Het huidige PTSS-concept doet onvoldoende recht aan de complexiteit en heterogeniteit van posttraumatische psychische symptomen. Een meer dimensionele benadering, met aandacht voor context, transdiagnostische factoren en longitudinaal beloop, kan bijdragen aan verfijndere, meer gepersonaliseerde diagnostiek en behandelingsstrategieën.

De posttraumatische stressstoornis (PTSS) werd in 1980 officieel geïntroduceerd.[1] Na deze introductie ontstond er geleidelijk veel enthousiasme bij hulpverleners en wetenschappers, omdat er eindelijk een eenduidige diagnose was voor patiënten die potentieel traumatische ervaringen (PTE's) hebben meegemaakt. Het aantal wetenschappelijke publicaties over PTSS steeg allengs (**figuur 1**). Ook in de media werd het onderwerp steeds vaker besproken, wat leidde tot een zekere populariteit bij het algemene publiek. De antropoloog Allen Young zei hierover: '*Today the language of trauma permeates everyday discourse, television, and radio talk, print journalism, popular fiction, etc. The language of posttraumatic stress is the Esperanto of global suffering.*'[2]
In het publieke discours worden de begrippen PTE en PTSS soms ruim gebruikt. Ook onder behandelaars en wetenschappers bestaat echter niet altijd eenduidigheid: sinds de introductie van PTSS is het concept in de wetenschappelijke literatuur veelvuldig bediscussieerd en bekritiseerd.[3,4] De discussie betreft onder meer wat precies als een PTE moet worden beschouwd en welke symptomen tot PTSS behoren, en reikt zelfs tot de stelling dat PTSS een kunstmatig en arbitrair gecreëerd construct is zonder duidelijk bestaansrecht.
Tekenend is in dit verband dat er op dit moment twee zeer verschillende officiële definities van zowel PTE als PTSS bestaan: een in de huidige DSM-5 en een in de huidige editie van de International Classification of Diseases (ICD-11).[5,6] Terwijl de PTSS-definities in de eerdere versies van DSM en ICD ten opzichte van elkaar steeds goed waren gelijkgeschakeld, ontstond in 2013 een vrij drastische breuk. In de DSM-5 werd PTSS een heterogene diagnostische categorie met 20 symptomen en een strikte PTE-definitie, terwijl de ICD-11 koos voor een definitie met 6 symptomen en een lossere PTE-definitie.
Eigen ervaringen als psychiater en psychotraumatherapeut bevestigden in de loop der jaren steeds weer dat de diversiteit en heterogeniteit van de symptoomprofielen van patiënten met PTSS groot is (zie vignetten in het proefschrift, p. 16-7 en p. 179-81).[7] We zagen patiënten met een 'PTSS volgens de boekjes', met vooral herbelevingen en vermijdingsklachten, maar ook sombere, teruggetrokken patiënten met lichamelijke

Figuur 1. Totale aantal wetenschappelijke publicaties per jaar (1980-2025)



Ovid Medline ALL voor de zoektermen 'PTSD' en 'Posttraumatic Stress Disorder'

klachten, extraverte patiënten met acting-outgedrag of juist angstige, introverte patiënten. De vraag die zich vervolgens opdrong, was hoe PTSS zich zou verhouden tot deze heterogene klinische realiteit en vervolgens, of deze heterogeniteit consequenties zou hebben voor diagnostiek en behandeling. Deze vragen waren aanleiding tot nader onderzoek naar de diagnostische achtergronden van psychotrauma en PTSS, uitmondend in het proefschrift.[7]

DOEL

De studies uit het proefschrift hadden tot doel om antwoorden te geven op een aantal conceptuele vragen over psychotrauma en de psychologische gevolgen ervan. We formuleerden de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de historische wortels van PTSS, hoe zijn de posttraumatische syndromen gedefinieerd en hoe zijn deze in de loop van de tijd veranderd?
2. In hoeverre is de PTE voldoende specifiek gedefinieerd en wat is de relatie met PTSS en andere psychische stoornissen?
3. Zijn er binnen groepen getraumatiseerde patiënten bepaalde subgroepen met te onderscheiden symptoomprofielen aan te tonen en met welke kenmerken?
4. Welke afzonderlijke symptoomclusters van PTSS zijn geassocieerd met het behandelresultaat?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we 1. een literatuuronderzoek naar de historie van psychotrauma en de psychologische gevolgen ervan uitgevoerd, 2. verschillende definities van PTE's en hun relatie met psychische stoornissen onderzocht, 3. twee studies uitgevoerd naar symptoomprofielen binnen twee getraumatiseerde patiëntengroepen en 4. de associatie van de verschillende PTSS-criteria volgens de DSM-5 met het behandelresultaat onderzocht.

De historische wortels van PTSS: eenheid of anarchie?

De Amerikaanse psychiater Kardiner schreef al in 1959 over het psychotraumaveld: '*It is hard to find a province of psychiatry in which there is less discipline than this one. There is practically no continuity to be found anywhere, and the literature can only be characterized as anarchic.*'[8] Met de introductie van PTSS in 1980 wilde men in de DSM-III een einde maken aan deze 'anarchie', maar ook ná 1980 bleef er verschil van mening bestaan over de definitie van het PTSS-concept. Kortom, voldoende aanleiding om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. We kozen voor een narratieve literatuurreview om hiermee de oorsprong, voortgang en veranderingen van het psychotrauma-concept in de loop van de tijd te onderzoeken.[9,10]
De wetenschappelijke literatuur over psychotrauma is globaal 150 jaar geleden ontstaan, ten tijde van de industriële revolutie. Belangrijke wetenschappers waren Erichsen met '*railroad spine*', Charcot met '*les névroses traumatiques*' en Oppenheim, met '*die Traumatische Neurose*'. Dit was het begin van een zeer woelige wetenschappelijke geschiedenis rond psychotrauma, waarin we vier belangrijke trends vonden.
Ten eerste vonden we een grote verscheidenheid aan posttraumatische symptomen, hetgeen leidde tot frequente wetenschappelijke debatten over hoe het syndroom precies zou moeten worden gedefinieerd.
Ten tweede konden we ruim zeventig verschillende syndroomnamen identificeren, met vaak verschillende

symptoomdefinities (**tabel 1**). Hieruit konden drie groepen van syndromen worden gedestilleerd: 1. een acuut en kortdurend syndroom (vergelijkbaar met de huidige acute stressstoornis), 2. een langer durend syndroom (vergelijkbaar met PTSS), en 3. een complex syndroom met een breed scala aan symptomen (vergelijkbaar met complexe PTSS). Ondanks deze driedeling werd ook duidelijk dat de stoornissen die binnen een van de drie categorieën vielen zeker niet dezelfde waren. '*Shell shock*', '*soldiers heart*', 'traumatische neurose' en 'PTSS' vallen bijvoorbeeld alle in de tweede groep stoornissen, maar zijn qua symptomen duidelijk anders gedefinieerd en dus niet inwisselbaar.

Ten derde troffen we vaak heftige discussies aan over de oorsprong of oorzaak van syndromen. De meningsverschillen draaiden vooral om de vraag of de oorzaak lichamelijk of psychisch was, voortkwam uit simulatie, een zwakke wil of ten gevolge van een al bestaande mentale of fysieke kwetsbaarheid.

Ten vierde bleek sprake van een terugkerend patroon waarbij tijdsgebonden sociale, maatschappelijke, juridische en wetenschappelijke factoren, evenals belangen van medici en patiëntengroepen invloed hadden op de kenmerken, achtergronden en definities van posttraumatische concepten en deze vormgaven. Iedere periode had zo zijn eigen krachtenspel. Onder invloed van dergelijke krachten ontstonden zelfs nieuwe diagnosen. Opmerkelijk was dat ook regelmatig het bestaansrecht van de diagnostische concepten ter discussie werd gesteld. Zo werden de diagnosen 'shellshock' in Engeland en 'traumatische neurose' in Duitsland uitermate populair, maar ze werden vervolgens stevig bekritiseerd. Beide diagnosen zijn uiteindelijk zelfs officieel afgeschaft, niet uitsluitend op wetenschappelijke gronden, maar eveneens vanwege onder andere maatschappelijke overwegingen, zoals de sterk stijgende financiële compensaties en de aanzienlijke uitval onder arbeidskrachten en militairen.

We vonden dus een grote verscheidenheid aan posttraumatische symptomen en syndromen, die in de loop der jaren steeds aan verandering onderhevig is geweest. Deze verscheidenheid kan worden begrepen door het posttraumatische symptomenbeeld te bezien als historisch veranderlijk, gevormd door de wisselwerking tussen tijdsgebonden sociale, politieke, juridische, wetenschappelijke en medische paradigma's. Deze paradigma's sturen hoe ziekte en lijden worden geïnterpreteerd. Hiermee beïnvloeden ze zowel wetenschappers als clinici en patiënten en legitimeren ze telkens een voor die periode herkenbaar en aanvaardbaar geheel van symptomen.

Een illustratief voorbeeld is de prominente rol van somatische symptomen in eerdere perioden, waarbij de focus, afhankelijk van het dominante verklaringsmodel voor ziekte, verschoof van cardiale klachten naar neurologische symptomen en naar uitputting ('traumatische neurasthenie'). In de huidige PTSS-classificatie zijn somatische symptomen grotendeels verdwenen. De focus is gaandeweg verschoven naar stress en mentale geheugenprocessen, waardoor vooral angst- en herbelevingssymptomen centraal kwamen te staan. Mogelijk dat zich binnen het psychotraumadomein nieuwe verschuivingen zullen voordoen, zoals de huidige aandacht voor schaamte, schuld en morele verwonding.[11]

Tabel 1. Historisch overzicht van posttraumatische syndromen

Franse oorlogen (1792-1815)
Nostalgia; cardiorespiratory neurosis, syndrome du vent du boulet

Krimoorlog (1853-1856)
Palpitations; Crimean fever

Amerikaanse Burgeroorlog (1861-1865)
Nostalgia; irritable heart syndrome; soldiers heart; disordered actions of the heart

Treinongevallen (rond 1867-1885)
Tunnel disease; railroad spine syndrome; railway brain; concussion of the spine; Rückenmarken Erschütterung

Industriële revolutie (1860-1914)
Traumatische hysterie; traumatische neurose; Schreckneurose

Russisch-Japanse Oorlog (1904-1905)
Kriegsneurose

Eerste Wereldoorlog (1914-1918)
Shell shock; Granatkontusion; traumatische neurose; war neurosis; Kriegsneurose; névrose de guerre; effort syndrome; battle shock; battle hysteria; combat exhaustion/fatigue; combat stress reaction; blast concussion; shell fever; Granatfieber; gas neurosis; gas hysteria; Kriegshysterie; Stacheldraht Krankheit; Granatexplosionslähmung, Kriegszitter; l'hypnose des batailles

Tweede Wereldoorlog (1939-1945)
Effort syndrome; posttraumatic psychoneurosis; war neurosis, post-concentration camp syndrome; survivor syndrome; chronic identity diffusion; war sailor syndrome

Buffalo Creek-ramp (1972)
Buffalo Creek syndrome; long-term posttraumatic character change; posttraumatic decline

Vietnamoorlog (1955-1975)
Catastrophic stress disorder; post-Vietnam syndrome; posttraumatic stress disorder; acute stress disorder; post-traumatic self disorder; malignant post-Vietnam stress syndrome; survivor syndrome; posttraumatic decline; posttraumatic demoralization syndrome

Seksueel trauma
Rape trauma syndrome; battered women syndrome; disorders of extreme stress

Golfoorlog (1991)
Desert Storm syndrome; Gulf War syndrome; blast trauma syndrome

Andere
Enduring personality change after catastrophic experiences; post-torture syndrome; complex PTSD; cumulative trauma disorder; betrayal trauma; posttraumatic embitterment disorder; prolonged duress stress disorder; posttraumatic relationship disorder

PTE's: definitie en relatie tot psychische stoornissen

De beschreven bevindingen waren aanleiding om dieper in te gaan op een aantal belangrijke PTSS-thema's. Een bijzonder element van de PTSS-classificatie in de DSM is dat naast symptomen ook de *gebeurtenis* (PTE of 'A-criterium') wordt gedefinieerd.

In de wetenschappelijke literatuur bestaat aanzienlijke discussie over PTE's.[12] Zo kunnen stressoren variëren langs een continuüm, van alledaagse stressfactoren via eenmalige gebeurtenissen tot ernstige, langdurige en soms catastrofale gebeurtenissen. Deze dimensionele aard van stressoren bemoeilijkt de definiëring van PTE's en heeft daarmee bijgedragen aan herhaalde definitiewijzigingen van het A-criterium in opeenvolgende DSM-edities. Daarnaast is de relatie tussen PTE's en PTSS niet eenduidig. Slechts een minderheid van de personen die een PTE meemaakt, krijgt PTSS, terwijl PTSS-achtige klachten ook kunnen optreden zonder dat formeel aan het A-criterium wordt voldaan. Bovendien krijgen veel individuen na blootstelling aan een PTE andere psychische stoornissen dan PTSS.

Voor het beantwoorden van onze tweede onderzoeksvraag voerden we een studie uit onder patiënten (n = 422) die zich hadden aangemeld voor behandeling bij een algemene polikliniek psychiatrie.[12] Om de relevantie van verschillende PTE-definities voor PTSS en andere psychische stoornissen te onderzoeken, onderscheidden we drie definities met een toenemende mate van traumatische impact:

1. blootstelling aan een PTE (A1-criterium in DSM-IV),
2. A1 plus een directe traumareactie (A2-criterium in DSM-IV; intense angst, afschuw en/of hulpeloosheid) en
3. A1 en A2 plus herbelevingen (B-criterium).

Daarnaast legden we de classificaties PTSS, depressieve stoornissen en angststoornissen en enkele sociodemografische kenmerken vast.

Een van de bevindingen was dat de prevalentie van PTSS toenam naarmate de impact van de PTE, zoals gedefinieerd volgens de drie PTE-definities, groter was. Bovendien meldden patiënten die een voorgeschiedenis met een hogere PTE-impact rapporteerden, een groter gebruik van geestelijke gezondheidszorg in het verleden, hetgeen het belang van de gradatie van trauma-ernst ondersteunt. Vervolgens bleek dat 47% van de patiënten met een angststoornis en evenveel met een depressieve stoornis (beide: zonder PTSS) PTE's gedurende hun leven rapporteerden. Bovendien meldde 13% van de patiënten met een depressieve stoornis frequente herbelevingssymptomen te hebben (5,9% bij angststoornissen).

Belangrijke conclusie uit deze studie is dat herbelevingssymptomen niet exclusief voorkomen bij PTSS, zoals vaak in de klinische praktijk wordt gedacht, maar ook worden gerapporteerd door patiënten met een depressieve stoornis. Deze bevinding benadrukt het belang van diagnostische terughoudendheid: de aanwezigheid van PTE's of van herbelevingen rechtvaardigt niet automatisch de diagnose PTSS. In lijn met onze bevindingen wordt wel gesproken van een traumagerelateerd subtype van de depressieve stoornis.[13,14]

Subgroepen met te onderscheiden symptoomprofielen

Niet alle patiënten met PTSS profiteren in gelijke mate van traumabehandeling en velen behouden aanzienlijke restsymptomen. Dit riep de vraag op of er specifieke symptoomprofielen bij patiënten met PTSS bestaan. Dergelijke profielen zouden mogelijk aanknopingspunten bieden voor gerichte aanpassingen van de behandeling en daarmee de effectiviteit ervan vergroten. In de literatuur zijn meerdere studies verschenen waarin met latente profielanalyse (LPA) subgroepen van getraumatiseerde patiënten zijn geïdentificeerd.

Zoals samengevat in **tabel 2**, verschillen deze subgroepen veelal kwantitatief, dat wil zeggen naar *ernst* van symptomen, terwijl soms ook kwalitatieve verschillen in symptoomprofielen (naar *aard* van de symptomen) zijn gevonden. Dit onderscheid kan consequenties hebben voor de behandelaanpak bij patiënten die onvoldoende reageren op een reguliere behandeling. In het eerste geval (kwantitatief verschil) zou de behandelaanpak zich meer kunnen richten op gemeenschappelijke factoren die ten grondslag liggen aan de verschillende stoornissen. In het tweede geval (kwalitatief verschil) zou de aanpak bijvoorbeeld vooral gericht kunnen worden op de gevonden, specifieke symptoomverschillen.

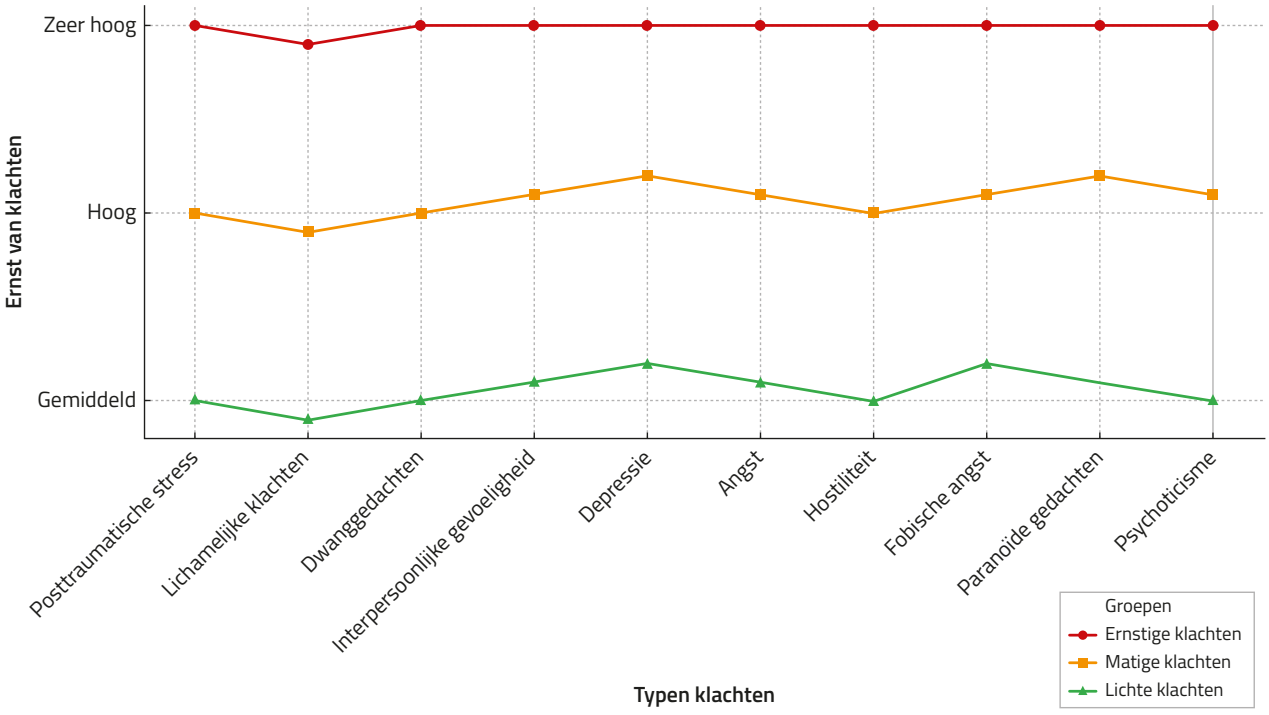
We hebben twee LPA-studies uitgevoerd om te onderzoeken of subgroepen konden worden geïdentificeerd op basis van verschillende symptoomprofielen bij patiënten met PTSS en comorbiditeit. LPA is een exploratieve statistische methode om te bepalen hoe individuen zich groeperen op basis van gedeelde symptoomprofielen. De ene studie vond plaats bij getraumatiseerde Nederlandse veteranen (n = 236) en de andere bij getraumatiseerde vluchtelingen (n = 1147). Alle deelnemers waren in behandeling geweest bij ARQ Centrum'45.[16,21] Gemeten werd de aanwezigheid en ernst van algemene psychische symptomen, somatisatiesymptomen en PTSS-symptomen met gestandaardiseerde zelfinvulvragenlijsten. Hiernaast onderzochten we hoe de eventuele subgroepen geassocieerd zouden zijn met verschillende variabelen, zoals aantal en kenmerken van PTE's, copingstijlen, geslacht en persoonlijkheidsdimensies.

In beide studies vonden we dezelfde uitkomsten: er werden drie subgroepen van patiënten geïdentificeerd die gekarakteriseerd konden worden door verschillen in de ernst van het algehele symptoomprofiel, zonder duidelijke kwalitatieve verschillen in aard van de symptomen. Dit wil zeggen dat de ernstscores verschilden tussen de subgroepen, maar de groepsverschillen liepen consistent parallel met alle PTSS-symptoomclusters en over angst-, depressie- en somatisatiesymptomen (**figuur 2**).

Tabel 2. Overzicht van latente symptoomprofielen na potentieel traumatische gebeurtenissen

Populatie/studie	Symptoomdomeinen	Aantal subgroepen	Differentiërende dimensie
Militairen[15]	PTSS, depressie, angst	3	ernst
Militairen[16]	PTSS, depressie, angst	3	ernst
Militairen[17]	PTSS, depressie, angst	3	ernst
Seksueel trauma[18]	PTSS, depressie	4	ernst
Natuurramp[19]	PTSS, depressie	4	ernst én aard
Studenten (diverse trauma's)[20]	PTSS, depressie	3	aard
Verkeersongevallen[21]	PTSS, depressie, middelengebruik	4	ernst
Vluchtelingen[22]	PTSS, depressie, angst, somatisatie	3	ernst
Vluchtelingen[23]	PTSS	4	ernst én aard
Vluchtelingen[24]	PTSS, persisterende rouw	4	aard
Vluchtelingen[25]	PTSS, depressie, periodiek explosieve stoornis	4	aard

Figuur 2. Drie subgroepen van patiënten, die verschillen in ernst van psychische klachten



Vervolgens werd aangetoond dat veteranen in de twee ernstigste subgroepen een groter aantal soorten PTE's rapporteerden, een hoger niveau van vermijdende 'coping' vertoonden en meer disfunctionele persoonlijkheidskenmerken hadden dan veteranen in de minst ernstige groep. Bij de vluchtelingen werd in de subgroepen met ernstiger symptomen eveneens vaker melding gemaakt van een groter aantal soorten PTE's. Ook bevonden vrouwelijke vluchtelingen zich significant vaker in de groep met zeer ernstige symptomen.

De bevinding dat subgroepen zich vooral onderscheiden naar ernst en niet naar aard van een grote diversiteit van symptomen, suggereert dat bij patiënten met langdurige en ernstige klachten zoals in deze studies, sprake is van een breed en samenhangend patroon van psychische stoornissen waarbij PTSS slechts één component vormt.

PTSS-criteria en behandelresultaat

Al eerder is genoemd dat PTSS een zeer breed scala aan symptomen omvat waarbij PTSS als een van de meest heterogene stoornissen van de DSM-5 wordt

gezien met 20 symptomen onderverdeeld in vier verschillende symptoomclusters.[26,27] Dit bracht ons ertoe te onderzoeken of deze PTSS-symptoomclusters samenhangen met het behandelresultaat. Mogelijk voorspelt de ernst van sommige symptoomclusters het behandelresultaat beter dan die van andere, wat aanknopingspunten kan bieden voor meer gerichte behandelinterventies.
De studie is uitgevoerd onder getraumatiseerde veteranen en politieagenten met langdurige psychische klachten, die al eerder traumabehandeling(en) hadden gekregen (n = 262).[28] De deelnemers rapporteerden langdurende klachten en een veelvoud aan PTE's met gemiddeld meer dan 9 verschillende traumasoorten (dus niet het *aantal* PTE's, maar het aantal PTE-*soorten*). Zij werden behandeld met traumatherapie, waaronder diverse exposuretherapieën of EMDR, en daarnaast diverse aanvullende behandelmodules gericht op comorbiditeit. Meetinstrumenten waren de *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5), *Life Event Checklist for DSM-5* (LEC-5), *PTSD Checklist for DSM-5*) (PCL-5)en *Brief Symptom Inventory* (BSI). Het onderzoek werd verricht met lineaire mixed-modelanalyse.
Ten eerste onderzochten we of twee kwalitatieve kenmerken van PTE's ('directe versus indirecte' en 'interpersoonlijke versus niet-interpersoonlijke' traumatisering) en de vier verschillende symptoomclusters van PTSS (volgens DSM-5) verband hielden met de verandering (van vóór tot na de behandeling) van zowel de totale ernstscores van PTSS als van algemene psychische symptomen. Ten tweede onderzochten we of de invloed van de vier PTSS-symptoomclusters vóór de behandeling geassocieerd was met verandering van de ernstscores van de vier aparte PTSS-symptoomclusters (van vóór tot na behandeling).
De eerste bevinding was dat blootstelling aan direct en interpersoonlijk trauma, evenals de ernst van PTSS-symptoomclusterscores vóór de behandeling, niet gerelateerd waren aan veranderingen in totale PTSS-scores of scores in algemene psychische symptomen van vóór tot na de behandeling. Ook de afzonderlijke PTSS-symptoomclusters waren niet geassocieerd met veranderingen in totale PTSS en algemene psychopathologische scores.
Uit de studie konden we geen eensluidende conclusies trekken over het verband tussen variabelen binnen de PTSS-classificatie en het behandelresultaat. Omdat een deel van de patiënten niet verbeterde, ligt het voor de hand dat andere dan de door ons onderzochte variabelen samenhangen met het behandelresultaat. Waarschijnlijk zijn de symptoomclusters van PTSS nog steeds (te) heterogeen, waardoor het zinvol kan zijn specifieker te kijken naar de rol van afzonderlijke symptomen.
Hoewel de literatuur geen eenduidig beeld laat zien, wijzen verschillende studies erop dat specifieke slaapproblemen, gevoelens van woede en schuldgevoelens mogelijk een rol spelen. Daarnaast is het aannemelijk dat niet zozeer specifieke psychische stoornissen, maar vooral contextgerelateerde variabelen samenhangen met de uitkomst van de behandeling, zoals psychosociale factoren (levensomstandigheden), persoonlijkheidsaspecten (bijv. coping en neuroticisme) of een voorgeschiedenis van trauma en sociaal-emotionele verwaarlozing in de kindertijd. Mogelijk is daarom binnen de traumatherapie een meer gepersonaliseerde aanpak van belang, die zich richt op specifieke symptomen en met name op contextuele factoren.[29]

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit proefschrift hebben we de psychologische gevolgen van potentieel traumatische gebeurtenissen (PTE's) onderzocht vanuit historisch, conceptueel en empirisch perspectief. De bevindingen laten zien dat het huidige categoriale PTSS-concept slechts ten dele recht doet aan de complexiteit, heterogeniteit en veranderlijkheid van posttraumatische psychische symptomen. Een bredere en meer genuanceerde benadering is nodig om diagnostiek en behandeling beter te laten aansluiten bij de klinische praktijk.
Een eerste conclusie is dat PTSS geen tijdloze, universele entiteit vormt. Onze historische analyse, naar aanleiding van de eerste onderzoeksvraag, laat zien dat posttraumatische klachten zich door de tijd heen op uiteenlopende manieren hebben gemanifesteerd en sterk werden beïnvloed door heersende medische, wetenschappelijke, maatschappelijke en culturele paradigma's. Deze bevindingen ondersteunen een constructivistisch perspectief, waarin de expressie, interpretatie en classificatie van symptomen mede worden gevormd door contextuele factoren (zie in het proefschrift paragraaf 7.3.1: '*How about the realness of PTSD: A reflection*').[7] PTSS kan daarmee worden opgevat als een dynamisch diagnostisch concept, waarvan de klinische uitingsvormen door de tijd heen veranderen.
Verder laat de tweede studie zien dat de definitie van PTE's invloed heeft op zorgconsumptie en op psychische symptomen. De DSM-5-definitie van trauma is mogelijk onvoldoende flexibel en doet daardoor onvoldoende recht aan individuele verschillen in traumatische ervaringen. Zowel kwantitatieve kenmerken (zoals aantal, duur en timing van PTE's) als kwalitatieve kenmerken (zoals interpersoonlijk geweld, ervaren machteloosheid en mensenrechtenschendingen) blijken relevant voor de ontwikkeling van psychische symptomen (zie **tabel 3**). Een meer dimensionele conceptualisering van PTE's biedt ruimte voor deze klinische variatie en sluit beter aan bij individuele verschillen tussen patiënten. Daarnaast bleken traumatische ervaringen en herbelevingssymptomen niet exclusief samen te hangen met PTSS. Ook andere psychiatrische stoornissen, met name depressieve stoornissen, blijken frequent geassocieerd met PTE's en herbelevingen, die daarmee een transdiagnostisch karakter hebben. Dit

Tabel 3. Voorbeelden van dimensies van 'potentieel traumatische ervaringen' (PTE's)

Kwantitatieve dimensie	Aantal PTE's totaal Aantal typen PTE's Duur van traumatisering Proximiteit tot PTE's
Kwalitatieve dimensies	Gebrek aan controle Ervaren machteloosheid Plotseling optredend Ervaren levensbedreiging Interpersoonlijk karakter Militair gerelateerd Leeftijd tijdens blootstelling Tekort aan menselijke basisbehoeften/mensenrechtenschending

benadrukt het risico van een te snelle, 'top-down'-diagnostiek, waarbij de aanwezigheid van PTE's of herbelevingssymptomen automatisch leidt tot de diagnose PTSS. De resultaten pleiten voor een zorgvuldige, bredere ('bottom-up') diagnostische benadering, waarin ook alternatieve en comorbide stoornissen systematisch worden overwogen.
Wat betreft de derde onderzoeksvraag wijst dit proefschrift op een grote heterogeniteit in posttraumatische symptomen, vooral bij patiënten met langdurige en ernstige klachten. Symptomen van PTSS, depressie, angst en somatisatie zijn bij chronische patiëntengroepen sterk met elkaar verweven en onderscheiden zich voornamelijk in ernst, en minder in aard. Patiënten presenteren daardoor een gemengd klachtenpatroon, wat consequenties heeft voor de diagnostiek en behandeling.
Ten slotte bleek uit de vierde onderzoeksvraag dat blootstelling aan direct en interpersoonlijk trauma en de PTSS-symptoomclusterscores vóór de behandeling niet samenhingen met veranderingen in de totale PTSS-scores of algemene psychische symptomen gedurende de behandeling.

Hoewel PTSS in de DSM-5 is uitgegroeid tot een van de meest complexe diagnostische categorieën, biedt het huidige classificatiesysteem weinig mogelijkheden om deze heterogeniteit gedifferentieerd te beschrijven. Bij een deel van de patiënten is sprake van een chronisch en invaliderend beloop. In de literatuur wordt beschreven, zoals ook in onze studie is aangetoond, dat de complexiteit van de symptoomprofielen van chronische patiënten aanzienlijk is.
Daarom pleiten wij in dit proefschrift voor een aanvullend diagnostisch kader waarin *subtypering* en *stagering* worden gecombineerd. Subtypering maakt het mogelijk naast categoriale diagnostiek zoals de categorie PTSS ook klinisch relevante symptoomprofielen te onderscheiden. Stagering biedt meer longitudinaal inzicht in ernst, beloop en prognose van symptomen. Deze benaderingen bieden samen een meer gepersonaliseerd en ontwikkelingsgericht perspectief, zonder de praktische voordelen van categoriale diagnostiek volledig los te laten. Hiermee kunnen behandelingen beter worden toegespitst op individuele patiënten (zie in het proefschrift paragraaf 7.4: '*A diagnostic approch for the psychological consequences of trauma*').[7]
Samenvattend: de bevindingen uit dit proefschrift pleiten voor een bredere en meer dimensionele benadering van traumagerelateerde psychische symptomen, waarin expliciet aandacht is voor tijdsgewricht, context, transdiagnostische processen en het longitudinale beloop. Een dergelijk perspectief kan bijdragen aan verfijndere en meer gepersonaliseerde diagnostiek, beter afgestemde behandelkeuzes en – uiteindelijk – het voorkómen van een chronisch en invaliderend beloop van traumagerelateerde klachten.

NOOT

*Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, 'The multiple and changing faces of psychotrauma and its psychological consequences' (Universiteit Utrecht 2025).[7]

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Ruud Jongedijk, psychiater, psychotherapeut en psychotraumatherapeut, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum; docent en supervisor, ARQ Academy; voormalig medisch directeur ARQ Centrum'45.
Rolf Kleber, psycholoog, emeritus hoogleraar Psychotraumatologie, Universiteit Utrecht; voormalig hoofd onderzoek, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum.

Correspondentie
Dr. Ruud Jongedijk (r.jongedijk@arq.org).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-7-2026.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2026;68(09):511-517