

Woorden, taboes, en de draagkracht van het gesprek

Taboes worden vaak voorgesteld als muren die we moeten doorbreken met woorden. Toch gaat het zelden alleen om wat we zeggen, maar vooral ook hoe we dit gesprek voeren, en met wie. Onze communicatie is doordrenkt van nuances, stiltes, en culturele betekenissen die bepalen wat gezegd mag worden, of wat juist niet. Woorden vormen hierdoor niet alleen de brug, maar soms ook de barrière tussen ons. In haar bijdrage in de column van dit katern, benadrukt Ruth van der Hallen precies dat spanningsveld. Ze schrijft "Spreeken is echter zelden vrijblijvend. Wie iets moeilijks deelt, vraagt van de ander dat die kan luisteren, verdragen, soms meedragen." Deze zin legt bloot hoe spreken altijd relationeel is: woorden hebben impact, vragen om wederkerigheid, en roepen emoties, associaties, of gedachten op bij de ontvanger.

Dat besef is zeker ook cruciaal in de therapeutische context. Wie dag in dag uit luistert naar verhalen van verlies, geweld of trauma, ontvangt meer dan alleen informatie. De woorden van cliënten doen ook iets met de ontvanger. Hoe beïnvloedt dat ons eigen wereldbeeld? Met de tijd kan dergelijke blootstelling leiden tot een exposure bias: wat uitzonderlijk is voor anderen, kan normaal gaan lijken wanneer het referentiekader zowel cognitief als existentieel ongemerkt verschuift.



Illustratie: DALL-E

In de supervisorubriek in dit katern reflecteren Wencke Donath en Nathan Bachrach op het gevaar van suggestieve concepten in de context van de dissociatieve identiteitsstoornis. Hoe kunnen cliëntenervaringen gevalideerd worden zonder af te wijken van wetenschappelijke inzichten? Zeker bij beladen thema's vraagt onze houding om precisie: niet te snel invullen, en niet veronderstellen dat stilte gelijk staat aan bevestiging of ontkenning.

Tot slot een uitnodiging tot reflectie: taboes bestaan niet alleen buiten ons, maar ook onder ons. Misschien dragen meer collega's dan wij vermoeden een eigen traumatische ervaring met zich mee. Juist daarom verdient elk gesprek - professioneel, publiekelijk, of prive - een zorgvuldigheid die zowel vrijheid van spreken als draagkracht van luisteren respecteert. Want woorden kunnen helen, maar ook raken; het is aan ons om dat onderscheid te bewaken.

Door Janne Punski-Hoogervorst, therapeut en oprichter van het Montreal Center for Logotherapy, onderzoeker aan de Universiteit van Haifa, en bestuurslid communicatie bij de NtVP.



Over de NtVP

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) is een onafhankelijke vereniging, die streeft naar continue kwaliteitsverbetering op het gebied van psychotraumatologie voor diegenen die zich professioneel of binnen een professionele organisatie met psychotrauma bezighouden.

De NtVP maakt deel uit van de Europese vereniging voor Psychotrauma (ESTSS). De ESTSS heeft verbindingen met een groot aantal nationale verenigingen, waardoor een Europees breed netwerk van Psychotrauma verenigingen ontstaat.

COLOFON

Dit katern wordt verzorgd door de werkgroep
Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging
voor Psychotrauma.

Redactie NtVP Katern: Greta Piwanski en
Janne Punski-Hoogervorst
Contact: communicatie@ntvp.nl
© NtVP 2025



Over spreken, zwijgen en alles daartussenin

Illustratie: DALL-E

Taboes zijn onuitgesproken sociale regels die bepalen wat binnen een bepaalde (sub)cultuur wel of niet kan of wat bespreekbaar is: onderwerpen waar we als samenleving of individu liever aan voorbijgaan.

Ook binnen de zorg zijn bepaalde onderwerpen taboe. Veel cliënten vinden het moeilijk om te spreken over seksualiteit, suicidaliteit, geweld of misbruik, of over ervaringen die gepaard gaan met schuld of ouderschap. En ook behandelaars zwijgen sommige thema's liever dood, zoals verliefdheid in de behandelrelatie of het verlies van een cliënt door suïcide. Schaamte en angst maken woorden stroef. Echter, wat ooit taboe was, kan met de tijd bespreekbaar worden. Denk

aan hoe we vandaag anders denken en spreken over homoseksualiteit of psychisch lijden dan enkele generaties geleden.

De verschuivende norm

Op maatschappelijk niveau zien we een beweging richting openheid. Steeds meer taboes worden doorbroken, of men stelt althans dat taboes doorbroken móéten worden. "Het recht om te spreken, ook over wat moeilijk, pijnlijk of 'lelijk'

is, wordt steeds sterker benadrukt,” zegt Ruth. “We worden niet langer geacht te zwijgen over zaken als seksualiteit, misbruik of geweld, ook niet wanneer het voor de ander ongemakkelijk is om te horen.”

Die maatschappelijke verschuiving is waardevol, maar kent ook zijn grenzen. Waar men vroeger moest zwijgen, lijkt men nu soms te móéten spreken. “Daarmee dreigt zwijgen soms het nieuwe taboe te worden.” Ruth pleit voor een benadering waarin beide houdingen erkend worden: het recht om te spreken én om te zwijgen. “Spreken moet kunnen, maar het mag niet omslaan in moeten. Niet alles is in taal te vatten, en niet alles hoeft gedeeld te worden opdat het voor iemand draaglijk is of blijft.”

Iedereen een geheim

Ruth onderzoekt waar, wanneer en waarom mensen bepaalde zaken voor zichzelf houden, en wat spreken of niet-spreken met iemand doet. Geheimen hebben is niet uitzonderlijk; het is een wezenlijk onderdeel van mens-zijn. “Niet alles wat we niet delen is echter een geheim. We hebben allemaal recht op privacy, het recht op bescherming van onze persoonlijke levenssfeer en het recht om zelf te bepalen wie welke informatie over ons krijgt. Dat iemand die ernstig ziek is, dat niet met iedereen deelt, is niet vreemd. Maar wanneer je het ook niet deelt met je partner, goede vrienden of familie, dan begeef je je al meer op het terrein van het meedragen van een geheim.”

Gedeelde smart is halve smart

Onderzoek laat zien dat iets geheimhouden zowel psychisch als lichamelijk belastend kan zijn ^{1,2}. Toch is het niet zozeer de inhoud van wat we geheim houden, die schaadt, maar het gevoel er alleen mee te staan: de eenzaamheid en het isolement, alsof een stukje van jou niet bestaat zolang het niet gehoord is.

Zo weten we dat het voor mensen die met iets worstelen veel verschil kan maken wanneer ten minste één ander weet heeft van wat er speelt. “Het hoeft niet op sociale media, niet in de krant en niet met de hele familie gedeeld te worden, al mag dat natuurlijk als iemand dat zelf wil. Maar dat er ten minste één ander is die het weet, die jou ziet inclusief dat ene stukje van jezelf dat voor alle anderen verborgen blijft, dat maakt het vaak merkbaar lichter om te dragen.”

In behandeling

Therapie kan daarin een belangrijke rol spelen. “Soms is het in gesprek met een behandelaar dat iemand voor het eerst een bepaalde ervaring onder woorden brengt, dat die woorden gehoord worden, en dat de ervaring niet wordt ontkend of weggeduwd. En dat is vaak al een eerste stap richting

herstel.” Binnen de psychische hulpverlening raken taboes vaak aan de kern van wat mensen juist wél zouden willen of moeten kunnen uitspreken.

Met de opkomst van methoden als EMDR en andere traumagerichte interventies is spreken over negatieve ervaringen, vaak in detail, steeds meer onderdeel van de behandeling geworden. “Veel traumabehandelmethoden vragen dat herinneringen in detail worden beschreven om ermee te kunnen werken. Spreken is in dat kader een noodzakelijke voorwaarde voor verwerking.”

“Spreken is echter zelden vrijblijvend,” vervolgt Ruth. “Wie iets moeilijks deelt, vraagt van de ander dat die kan luisteren, verdragen, soms meedragen.” Nog complexer wordt het wanneer de toehoorder zelf betrokken is en in dat spreken wordt uitgenodigd tot reflectie, schuldinzicht of het uiten van spijt. “Dat maakt veel spreken zowel helend als confronterend.”

Uiteindelijk vraagt omgaan met taboes niet dat alles gezegd wordt, maar dat er ruimte is om te spreken waar het nodig en om te zwijgen indien men dat wenst.

REFERENTIES

1. Slepian, M. L., Chun, J. S., & Mason, M. F. (2017). The experience of secrecy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(1), 1–33. doi.org/10.1037/pspa0000085
2. Slepian, M. L., Kirby, J. N., & Kalokerinos, E. K. (2020). Shame, guilt, and secrets on the mind. *Emotion*, 20(2), 323. doi.org/10.1037/em0000542

OVER DE AUTEUR

Ruth van der Hallen is psycholoog en universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Haar onderzoek richt zich op trauma, de impact van traumatische ervaringen en de rol van zwijgen en spreken in herstel en mentaal welzijn.



Foto: Diewertje Bravenboer

SUPERVISIE

In de Supervisie rubriek beantwoorden experts uit het netwerk van de NtVP uw vragen over onderwerpen uit het brede werkveld van de psychotraumazorg. Hebt u een vraag over indicatiestelling, behandeling of wetenschap over psychotrauma? Stuur hem naar communicatie@NtVP.nl onder vermelding van Impact Supervisie.



Foto: Freepik.com

De vraag

"Hoe kan ik als therapeut het evenwicht bewaren tussen het valideren van de cliëntenervaring bij DIS en het voorkomen van suggestieve concepten?"

Antwoord van de expert

Er bestond lange tijd controverse rond de diagnose Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS), zowel in de klinische praktijk als in de wetenschap. Die discussie ging echter niet zozeer over het bestaan van de klachten zelf - DIS is namelijk een officiële DSM-5 stoornis -, maar vooral over de interpretatie van de oorzaak en de mate waarin sociale en therapeutische factoren de symptomen beïnvloeden.

Het behandelen van DIS vraagt om een zorgvuldige balans tussen het erkennen van de cliëntenervaring en het vermijden van suggestieve aannames die niet wetenschappelijk zijn onderbouwd.

Inzicht in DIS

DIS wordt onder andere gekenmerkt door een gevoel van identiteitsfragmentatie en inter-identiteit amnesie: de ervaring dat er verschillende identiteiten of toestanden zijn die gepaard gaan met veranderingen in affect, geheugen, cognitie en gedrag. Deze veranderingen worden vaak ook door anderen opgemerkt en mensen met DIS rapporteren over amnesie voor gebeurtenissen die beleefd werden in een andere identiteit. Tal van empirische studies naar inter-identiteit amnesie bij DIS laten echter zien dat er bij DIS geen sprake is van werkelijke structurele dissociatie, waarbij afgesplitste identiteiten een eigen geheugensysteem hebben (e.g., Donath et al., 2024; Donath & van der Linde et al., 2025; Wilson et al., 2025). In plaats daarvan kunnen ervaren

identiteitsfragmentatie en inter-identiteit amnesie bij DIS beter worden geduid als een stoornis in zelfbegrip, waarbij onjuiste overtuigingen over geheugen en het zelf een centrale rol spelen (Huntjens & Bachrach, 2023).

Huidige stand van behandeling

Over de meest effectieve behandeling voor DIS is nog steeds veel discussie: het niveau van wetenschappelijk bewijs voor de behandeling voor DIS is laag en er is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld posttraumatische stress stoornis (PTSS), geen multidisciplinaire richtlijn vanwege een gebrek aan gerandomiseerde effectiviteitsstudies. Tot een paar jaar geleden bestond de psychotherapeutische behandeling van volwassenen met DIS voornamelijk uit praktijkgerichte, fasegerichte psychodynamische psychotherapie, waarvan de behandelingseffecten voor dissociatieve klachten echter gering blijken (Huntjens & Bachrach, 2023). Op basis van fundamenteel onderzoek zijn behandelingen die een sterke evidence base hebben in aanverwante klinische populaties, zoals ernstige persoonlijkheidsstoornissen, complexe PTSS en emotionele stoornissen, aangepast voor toepassing bij mensen met DIS (Bachrach & Huntjens, 2025). Voorbeelden hiervan zijn cognitieve gedragstherapie, schematherapie, het Unified Protocol en dialectische gedragstherapie. Eerste kleinschalige studies laten veel belovende resultaten zien, maar dienen gerepliceerd te worden in methodologisch goed opgezette vervolgstudies (Bachrach & Huntjens, 2025).

Praktische aanbevelingen voor behandeling

In de behandeling is het belangrijk om de ervaring van identiteitsfragmentatie en inter-identiteit amnesie te valideren, waarbij de therapeut vooral de ervaring van de cliënt erkent, maar daarbij op basis van wetenschappelijke kennis weet dat er wel sprake is van informatieoverdracht tussen de identiteiten. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld zegt dat diegene niet meer weet wat er plaats heeft gevonden omdat een andere persoonlijkheid de controle heeft overgenomen, kan een therapeut reageren met: *"Het voelt voor jou alsof er een deel de regie overneemt en je niet meer weet wat er plaats heeft gevonden"*. Zo wordt de ervaring gevalideerd, zonder te bevestigen dat er sprake is van daadwerkelijke inter-identiteit amnesie. Daarnaast is het van belang om zowel in de therapeutische attitude als tijdens interventies ervan uit te gaan dat er wel sprake is van informatieoverdracht tussen identiteiten, bijvoorbeeld tijdens traumaverwerking, door de traumatische herinnering te verwerken vanuit het perspectief van toen (in het geval van imaginaire exposure en imaginaire rescripting).

Verder is psychoeducatie over geheugen, dissociatie en 'het zelf' belangrijk. Zoals dat herinneringen niet als feiten worden opgeslagen in ons geheugen, maar worden gereconstrueerd op basis van oude en nieuwe informatie, en dat men controle kan verkrijgen over wisselen tussen identiteit en over de beleving van het zelf. Daarnaast is het van belang om in de behandeling dissociatie als een (onbewuste) vorm van vermijding te beschouwen om niet met intense emoties of traumatische herinneringen geconfronteerd te worden. De therapeut kan dit benoemen, door bijvoorbeeld te zeggen: *"Ik merk dat je uitzoomt en weggaat, wat dacht of voelde je zojuist?"*.

Daarnaast kunnen disfunctionele overtuigingen over geheugen en controle worden uitgedaagd. Wanneer een cliënt zegt: *"Ik kan me niet herinneren wat er vroeger gebeurd is"*, kan de therapeut herformuleren: *"Je hebt het gevoel dat je het je niet kan herinneren, maar ik zou je willen vragen om proberen stil te staan bij de herinnering en te vertellen wat er is gebeurd. Voor het verwerken van hetgeen er is gebeurd, is het noodzakelijk hierbij stil te staan"*.

Deze uitgangspunten helpen cliënten meer grip te krijgen op identiteitsfragmentatie, amnesie, en dissociatieve reacties en het verwerken van traumatische ervaringen, zonder de suggestie van afgesplitste identiteiten te versterken.

Ter conclusie

Waar lange tijd discussie bestond over het bestaan en de aard van de Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS), is er inmiddels duidelijkheid en vooruitgang. Recente inzichten

tonen aan dat DIS geen gevolg is van gescheiden identiteiten, maar van verstoorde overtuigingen over geheugen en zelfbegrip. Dankzij valide diagnostische instrumenten waarmee dissociatieve verschijnselen gemeten kunnen worden (zoals de Dissociatieve Ervaringen Vragenlijst en het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder) en de verruiming van het behandelaanbod naast fase gerichte behandeling, door de toepassing van behandelingen met een sterke evidentie bij aanpalende problematieken – zoals CGT, DBT en Schematherapie – wordt effectieve behandeling nu breder toegankelijk voor mensen met DIS.

REFERENTIES

- Bachrach, N., & Huntjens, R. J. C. (2025). Recent evidence-based developments in the treatment of DID. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1650164. doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1650164
- Donath, W., Huntjens, R. J. C., Dorahy, M. J., Marsh, R. J., Middleton, W., Johnson, B., & de Jong, P. J. (2024). Self-concept Structure in Individuals with Dissociative Identity Disorder, Schizophrenia Spectrum Disorder, and Non-clinical Comparisons. *Manuscript under Revision*.
- Donath, W., Van der Linde, R., Verschuere, B., Allen, J. J. B., McNally, R. J., & Huntjens, R. J. C. (2025). Does meta-analytic evidence support inter-identity amnesia in dissociative identity disorder? A commentary and corrected analysis for Beker et al. (2024). *Clinical Psychology Review*, 121, 102638. doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102638
- Huntjens, R., & Bachrach, N. (2023). Dissociatieve stoornissen. In *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Der Molen, H. Dehue F., Thewissen, V., Gunther, N. van Hooren, S. (red.) (pp. 399–326). Noordhoff, Groningen.
- Wilson, M., Donath, W., Dorahy, M. J., Habermas, T., Peters, I., Marsh, R. J., Johnson, B. M., Middleton, W., & Huntjens, R. J. C. (2025). Global Coherence and Autobiographical Reasoning in Life Narratives of People with Dissociative Identity Disorder: A Comparison with Adult, Child, and Psychosis Groups. *Journal of Trauma & Dissociation*, 26(4), 563–589. doi.org/10.1080/15299732.2025.2507897

OVER DE EXPERTS

Wencke Donath is psycholoog bij GGZ Oost Brabant en promovenda aan de Rijksuniversiteit Groningen op het gebied van dissociatieve stoornissen en onderzoekt de cognitieve processen achter identiteitsfragmentatie bij DIS.



Wencke Donath

Prof. Dr. Nathan Bachrach is klinisch psycholoog bij GGZ Oost Brabant en bijzonder hoogleraar aan Tilburg University. Hij doet onderzoek naar persoonlijkheids- en traumagerelateerde stoornissen en behandelt cliënten met complexe trauma's, DIS en persoonlijkheidsstoornissen.



Nathan Bachrach