

Dementie Fractaal

De drie lagen van geheugen, identiteit en bewustzijn

Kristal P

Author: Kristal P
Coverdesign: Kristal P
ISBN: 9789403878089
© Kristal P
2026 Kristal P. Alle rechten voorbehouden.

Axistase™ — positie-methodologie en implementatie (incl. specifieke protocollen, oefeningen en bedrijfsmodellen) zijn eigendom van Kristal P. Gebruik voor implementatie in producten, diensten of commerciële contexten is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

De overige teksten in dit boek, waaronder de drie pijlers (neurologie, psychologie/trauma, veld-bewustzijn) en de interdisciplinaire brug, zijn uitgebracht onder:

Creative Commons

Kristal.P.Dementie.Fractaal-NietCommercieel-GelijkDelen 4.0
Internationaal (CC BY-NC-SA 4.0).

Aanwijzing voor citeren / attribueren:

Bij elk gebruik of parafrasering graag de volgende vermelding:
"Dementie Fractaal — Kristal P. (2026)"

Voor commerciële verzoeken of implementatie van
Axistase-protocollen: contacteer peterskristel7@gmail.com

VOORWOORD

Er is een veld onder alles wat zichtbaar is.

Onder de scans. Onder de medicatie. Onder de labels.

Een veld dat leeft, ademt, en herinnert.

Zelfs wanneer wij vergeten.

Ik heb de verwarring gezien in de ogen van mensen die hun geliefde langzaam verliezen aan iets wat ze niet kunnen begrijpen.

Ik heb het verdriet gevoeld van zorgverleners die alles geven, en toch het gevoel hebben tekort te schieten.

En ik heb de vragen gehoord die geen ruimte vinden in de wetenschap:

Waar is iemand nog, als hij zichzelf niet meer lijkt te herkennen?

Wat leeft er achter de mist?

Dit boek is geboren uit die vragen.

Niet uit antwoorden. Maar uit het verlangen om te verbinden — **tussen de wereld van feiten en de wereld van gevoel.**

Tussen het brein en het veld. Tussen zorg en ziel.

We leven in een tijd waarin het oude niet meer werkt, maar het nieuwe nog geen vorm heeft gekregen.

Juist bij dementie — een aandoening die raakt aan onze identiteit, onze geschiedenis, en ons bestaan — is het nodig om verder te kijken dan alleen het lichamelijke.

Dit boek wil geen strijd voeren tegen de medische wetenschap.

Het wil haar **omarmen, verdiepen en verrijken.**

Het wil ruimte maken voor een bredere waarheid, waarin ook het onzichtbare mag meetellen.

Want soms zit de grootste heling niet in begrijpen, maar in **herkennen.**

Niet in beheersen, maar in *her-inneren*.

Ik hoop dat dit boek niet alleen kennis brengt, maar ook troost.

Niet alleen nieuwe methodes,

maar ook **herkenning, menselijkheid en zachtheid.**

Voor wie voelt dat er meer is.

Voor wie op zoek is naar betekenis, in een wereld die steeds meer lijkt te vergeten.

En vooral:

voor hen die weten dat zelfs als het hoofd het niet meer weet — het hart en het veld altijd blijven spreken. **Kristal P.**

INLEIDING – DEEL 1

Vanuit **observatiekader Axistase (de manier van kijken)**:

De verborgen as van het menselijk bestaan

Wanneer we kijken naar dementie, kijken we meestal naar één laag: het brein.

Maar de mens bestaat niet uit één laag.

Onder het zichtbare brein liggen andere structuren: een psychologische geschiedenis, een relationeel leven, een veld van herinneringen en betekenis. Wanneer deze lagen uit balans raken, kan het zijn dat de mens zijn innerlijke samenhang langzaam verliest.

In dit boek onderzoeken we dementie daarom vanuit drie samenhangende lagen:

- het **neurologische brein**,
- de **psychologische geschiedenis van de mens**,
- en het **veld van resonantie waarin herinnering en identiteit blijven bestaan**.

Maar deze lagen functioneren niet los van elkaar. Ze draaien allemaal rond een centrale structuur: de **innerlijke as van de mens** — de dynamische balans tussen lichaam, psyche en bewustzijn.

Wanneer deze as onder druk komt te staan, kunnen verschillende vormen van desintegratie ontstaan. Soms uit zich dat biologisch in het brein. Soms psychologisch in verlies van samenhang. Soms als fragmentatie van het veld waarin herinnering ligt opgeslagen.

Deze positionele manier van kijken noemen we in dit boek **Axistase**: het vermogen van de mens om zijn innerlijke as te behouden, herstellen of verliezen.

Vanuit deze lens kunnen neurologie, psychologie en veld niet langer als losse verklaringen worden gezien, maar als verschillende uitdrukkingen van dezelfde menselijke structuur.

De drie pijlers van een nieuwe kijk op dementie

Er is een stille crisis gaande in onze samenleving. Dementie treft wereldwijd miljoenen mensen, en de cijfers blijven stijgen. De wetenschap zoekt ijverig naar verklaringen en oplossingen, maar ondanks alle medische vooruitgang blijven veel vragen onbeantwoord. Waarom ontwikkelt de een op jonge leeftijd dementie terwijl de ander met vergelijkbare risicofactoren helder blijft? Waarom zijn sommige mensen plotseling en sneller "weg" dan anderen? En waarom blijven er momenten van diepe helderheid bestaan, zelfs in gevorderde stadia?

Dit boek is geboren uit een noodzaak: de noodzaak om **drie werelden** met elkaar te verbinden die zelden samen worden gebracht — maar die samen een veel vollediger beeld geven van wat dementie werkelijk is en wat we ermee kunnen doen.

We introduceren in dit werk **drie fundamentele pijlers**:

Pijler 1: Klinisch-neurologische inzichten

Hierbij baseren we ons op de gevestigde kennis uit de neurowetenschappen. We behandelen:

- 1 de medische classificaties (zoals Alzheimer, Lewy Body, vasculaire dementie, etc.),
- 2 de onderliggende biologische mechanismen zoals amyloïde plaques, tau-eiwitten, neuro-inflammatie en atrofie,
- 3 en de neurochemische processen die samenhangen met geheugenverlies, gedragsverandering en cognitieve achteruitgang.

Deze pijler vormt de basis voor de herkenning, diagnose en standaard behandeling van dementie zoals die nu in zorginstellingen wordt toegepast. We eren deze kennis, maar we erkennen ook haar grenzen.

Pijler 2: Psychologische en traumatische dieptelagen

Naast de neurologische structuren kijken we naar de mens achter de symptomen. Deze pijler brengt:

- de invloed van vroegkinderlijk trauma, hechtingsproblematiek en copingmechanismen,
- hoe langdurige stress en onverwerkte ervaringen het brein en het lichaam letterlijk kunnen vormen en vervormen,
- en hoe psychologische overlevingspatronen zich kunnen ontwikkelen tot neurodegeneratieve kwetsbaarheid.

We bekijken dementie niet als een puur ‘neurologisch ongeluk’, maar ook als mogelijk eindstadium van langdurig onverwerkt psychisch lijden. Hier ontstaat een nieuw begrip voor de mens met dementie, én **nieuwe aanknopingspunten** voor preventie en herstel.

Pijler 3: Het veld – resonantie, bewustzijn en geheugen buiten het brein

De derde pijler reikt verder dan de klassieke modellen. We stellen hier dat er een intelligentie bestaat voorbij het brein: een **levend veld van bewustzijn** waarin herinneringen, identiteitslagen en zielsinformatie opgeslagen liggen. In dit veld:

- wordt informatie niet vergeten, maar tijdelijk ontoegankelijk,
- kunnen geur, muziek of aanraking een vergeten ervaring direct 'her-inneren',
- en vindt soms zelfs communicatie plaats met overledenen of innerlijke beelden, zoals vaak waargenomen in gevorderde stadia van dementie.

We benaderen dit niet als zweverig of mystiek, maar als een **bewustzijnslaag** die op verschillende manieren wordt bevestigd binnen fysica, biofysica en neurofenomenologie. Hier ontstaat ruimte voor betekenis, menselijkheid én toekomstgerichte zorginterventies.

Waarom deze drie pijlers samen moeten komen

Zolang deze drie pijlers gescheiden blijven, blijft ook onze zorg versnipperd. De medische wereld kijkt naar hersenscans. De psychologie naar gedrag. En het veld? Dat wordt vaak genegeerd — terwijl het misschien wel de ontbrekende sleutel is die alles met elkaar verbindt.

Dit boek is geen alternatief voor de wetenschap, maar een **brug** tussen werelden die elkaar aanvullen. Het wil niet overtuigen, maar uitnodigen. **Het nodigt uit tot samenwerking, dialoog, en het openen van nieuwe mogelijkheden in de zorgpraktijk, onderzoek en beleidsvorming.**

Want pas als we durven kijken naar wat **vergeten** is — in systemen, in mensen, en in ons collectieve geheugen — kunnen we beginnen met **her-inneren**.

Hoofdstuk 1 –

Deel 1 De Wetenschappelijke Kern van Dementie

1 Wat is dementie? — De medische definitie

Dementie is een overkoepelende term voor een groep neurodegeneratieve aandoeningen die gepaard gaan met een **geleidelijke achteruitgang van cognitieve functies** zoals geheugen, taal, probleemoplossend vermogen, oriëntatie en sociaal gedrag. In de medische wereld wordt dementie niet beschouwd als een specifieke ziekte, maar als een **klinisch syndroom** met verschillende onderliggende oorzaken.

Volgens de **DSM-5** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wordt dementie aangeduid als een *neurocognitieve stoornis* — onderverdeeld in "lichte" en "ernstige" varianten. De ernst wordt bepaald aan de hand van het verlies van zelfstandigheid en de mate van verstoring van het dagelijks functioneren.

Kernsymptomen volgens DSM-5:

- Significant geheugenverlies
- Afnemende aandacht en executieve functies
- Taalstoornissen (afasie)
- Visuospatiële disfuncties (agnosie)
- Persoonlijkheidsveranderingen
- Verminderde motorische coördinatie (in latere stadia)

De **ICD-11**, het classificatiesysteem van de Wereldgezondheidsorganisatie, erkent dementie eveneens als een neurologisch syndroom, met als nadruk het progressieve karakter en de impact op het sociale functioneren.

2 Subtypen van dementie

De vier meest voorkomende vormen van dementie zijn:

1. **Ziekte van Alzheimer**
 - ca. 60–70% van de gevallen
 - ophoping van amyloïde plaques en tau-eiwitten
 - begint vaak met geheugenverlies
2. **Vasculaire dementie**
 - veroorzaakt door verstoringen in de bloedtoevoer naar de hersenen
 - vaak na beroertes of herseninfarcten
 - symptomen kunnen plotselinger beginnen
3. **Lewy body-dementie**
 - gekenmerkt door ophoping van alpha-synucleïne-eiwitten (Lewy bodies)
 - hallucaties, motorische symptomen (parkinsonisme)
 - wisselend bewustzijn en aandachtsproblemen
4. **Frontotemporale dementie (FTD)**
 - begint vaak op jongere leeftijd (45–65 jaar)
 - gedragsveranderingen, verlies van remming, taalproblemen
 - relatief intact geheugen in vroege stadia

Daarnaast bestaan er **gemengde vormen**, waarbij bijvoorbeeld Alzheimer en vasculaire dementie gecombineerd voorkomen.

3 Biochemie en pathofysiologie

De meest onderzochte mechanismen in de ontwikkeling van dementie zijn:

- **Amyloïde-beta ophoping:**
Onoplosbare eiwitten die plaques vormen tussen hersencellen, wat leidt tot ontsteking en afbraak van neuronen.
- **Tau-eiwitten en neurofibrillaire kluwens:**
Normaal stabiliseren deze eiwitten de interne structuur van zenuwcellen. Bij dementie raken ze abnormaal gevouwen, wat leidt tot verstopping van cellulaire transportsystemen.
- **Neuro-inflammation:**
Chronische ontstekingsprocessen versnellen de afbraak van hersenweefsel. De rol van microglia (immuncellen van de hersenen) staat hierbij centraal.
- **Vasculaire schade:**
Belemmering van bloedtoevoer leidt tot zuurstoftekort (hypoxie) en celdood, wat cognitieve functies ernstig verstoort.
- **Synaptische degeneratie:**
Niet alleen neuronale dood is relevant, maar vooral het verlies van verbindingen tussen hersencellen (synapsen) — cruciaal voor geheugen en leren.

4 Huidige stand van de wetenschap (2024)

- Er bestaan **geen genezende behandelingen** voor de meeste vormen van dementie.
Alleen symptomatische behandelingen, zoals cholinesteraseremmers (bv. donepezil) of memantine, kunnen tijdelijk de achteruitgang afremmen.
- Er is groeiende aandacht voor **vroegdetectie via biomarkers**, zoals amyloïde-PET scans, cerebrospinaal vochtanalyse en bloedtesten (zoals plasma p-tau).
- Er wordt intensief onderzoek gedaan naar **leefstijlinterventies** (voeding, beweging, cognitieve stimulatie) om het risico op dementie te verlagen.
- De relatie tussen **psychosociale factoren** (eenzaamheid, trauma, stress) en de ontwikkeling van dementie krijgt steeds meer aandacht, al is er nog beperkt causaal bewijs.
- Er zijn nieuwe hypothesen in opkomst zoals:
 - de **infectietheorie** (bv. herpesvirussen als co-trigger),
 - de **hersenglymfatische reinigingstheorie** (reiniging van hersenen tijdens slaap),
 - en de **gut-brain-axis** (de relatie tussen darmflora en hersenontsteking).

5 Wat de medische wetenschap nog niet verklaart

Hoewel de neurobiologische modellen robuust zijn, blijven er vragen onbeantwoord:

- Waarom is er zoveel **individuele variatie** in verloop en symptomen?
- Waarom hebben sommige patiënten met veel plaques geen dementie, en anderen met weinig wél?
- Hoe verklaren we **plotselinge helderheidsmomenten** vlak voor overlijden?
- Wat gebeurt er op het niveau van **identiteit en innerlijke beleving** bij gevorderde dementie?

Deze vragen vormen de brug naar het volgende deel, waarin we **psychologische en traumatische factoren** verkennen die buiten het biochemisch model vallen, maar mogelijk een diepere rol spelen in het ontstaan en verloop van dementie.

Hoofdstuk 1 – Deel 2

Psychologische verdieping: trauma, coping en het verdwijnende zelfbeeld

1 De mens achter het brein

Dementie wordt vaak benaderd als een puur neurologisch fenomeen. Maar wie kijkt naar het gedrag, de emotionele reacties en de subtiele veranderingen in persoonlijkheid die aan de ziekte voorafgaan, ziet dat er **meer speelt dan alleen biologische afbraak**. Achter het verdwijnende geheugen schuilt een mens met een geschiedenis — een psychische binnenwereld gevormd door relaties, verlies, trauma's en overlevingsstrategieën.

In deze laag onderzoeken we hoe **trauma, psychologische copingmechanismen en persoonlijkheidsstructuren** kunnen bijdragen aan de ontwikkeling en het verloop van dementie. Niet als vervanging van neurologisch onderzoek, maar als noodzakelijke aanvulling op het medische model.

2 Trauma als ondergrond

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat **vroegkindertijd trauma**, chronische stress en onveilige hechting blijvende effecten hebben op de hersenen:

- De **hippocampus**, die essentieel is voor geheugenopslag, kan door langdurige stress en trauma **structureel krimpen**.
- De **amygdala** wordt gevoeliger voor dreiging, waardoor het zenuwstelsel chronisch geactiveerd blijft.
- Het **prefrontale cortex**, verantwoordelijk voor reflectie en zelfbeheersing, raakt verzwakt.

Deze veranderingen zijn zichtbaar bij mensen met PTSS, maar komen ook terug in hersenscans van mensen met dementie. Velen van hen hebben een voorgeschiedenis van psychisch lijden dat zelden werd opgemerkt of behandeld.