

PTSS behandelen: van methodefixatie naar maatwerk

Drs. A.K.H. (Arno) Beugels, gezondheidszorgpsycholoog



Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is in Nederland de meest toegepaste behandeling bij posttraumatische stressstoornis (PTSS). De methode is effectief, maar de vanzelfsprekendheid waarmee ze wordt toegepast roept vragen op. Dit opiniestuk pleit voor een ander denkkader: van PTSS als geheugenstoornis naar een leerstoornis. Zo'n perspectief nodigt uit tot pluraliteit, gedeelde besluitvorming en flexibel klinisch redeneren.

In veel behandelkamers is EMDR bijna synoniem geworden voor traumabehandeling. De methode is effectief, relatief kortdurend en goed te doceren. Maar succes heeft ook een schaduwzijde: de neiging tot methodefixatie, het overal toepassen van één techniek. Terwijl richtlijnen meerdere even effectieve interventies aanbevelen, overheerst in de praktijk vooral EMDR.

Dat is opmerkelijk: hoewel ongeveer één op de negen Nederlanders in zijn leven PTSS ontwikkelt, krijgt slechts een derde ooit een bewezen effectieve behandeling (Hoeboer et al., 2025). Deze schaarse zorg concentreert zich bovendien rond één benadering. De nieuwste richtlijnen (Akwa GGZ & Federatie Medisch Specialisten, 2025) noemen immers diverse interventies – van Imaginaire Exposure/Prolonged Exposure (IE/PE) en Cognitive Processing Therapy (CPT) tot Narratieve Exposure Therapy (NET) en Imaginaire Rescripting (ImRs) – die in meta-analyses gemiddeld even effectief blijken (Hoppen et al., 2023; Lewis et al., 2023; Hoppen et al., 2024).

Op papier is de keuzevrijheid groot, in de behandelkamer vaak opvallend klein. Richtlijnen schrijven pluraliteit en gedeelde besluitvorming voor, maar die ruimte vertaalt zich vaak niet vanzelf naar de praktijk.

Waarom keuzevrijheid ertoe doet

Dat één behandelvorm dominant wordt, is begrijpelijk. EMDR is gestandaardiseerd en vaak patiëntvriendelijk. Het risico ontstaat wanneer het succes van één therapievorm ertoe leidt dat alternatieven naar de achtergrond verdwijnen.

Pluraliteit is essentieel, omdat elke traumagerichte behandeling unieke sterktes en beperkingen heeft. CPT is effectief bij schuld en schaamte, maar cognitief belastend (Resick et al., 2025). IE/PE helpt bij angst en vermijding, maar kent een relatief hoge drop-out (McLean et al., 2022). Ontbreekt pluraliteit, dan dreigen risico's zoals: beperkte keuzevrijheid, mismatch tussen hulpvraag en behandeling en te laat wisselen bij uitblijvend herstel (Zorginstituut Nederland, 2020).

Pluraliteit vraagt om deskundigheid en teamafspraken: een breed behandelaanbod, interne triage en multidisciplinaire overlegmomenten waarin switchcriteria expliciet worden bewaakt.

Zo wordt de keuze minder afhankelijk van toevallige scholing of voorkeur, en meer van wat de patiënt op dat moment nodig heeft.

Spanningsveld tussen richtlijn en realiteit

Het spanningsveld tussen keuzevrijheid op papier en eenvormigheid in uitvoering raakt aan een bredere vraag: hoeveel ruimte is er nog voor psychologisch vakmanschap?

De richtlijnen bieden juist ruimte om te kiezen: meerdere bewezen effectieve interventies mogen worden ingezet, mits die passen bij het klachtenprofiel en systematisch worden geëvalueerd. Toch stukt die nuance vaak in de praktijk.

Een deel van de verklaring is organisatorisch. Het zorgstelsel beloont korte, gestandaardiseerde trajecten. Opleidingen trainen vooral gestroomlijnde en toetsbare vaardigheden. Daarmee verdwijnt soms juist datgene wat de praktijk vraagt: klinisch redeneren – het kunnen afwegen tussen richtlijn en realiteit. Het risico: de psycholoog wordt steeds meer uitvoerder van bepaalde technieken in plaats van beoefenaar van een zich ontwikkelend klinisch vak.

Van geheugenstoornis naar een netwerkperspectief

Traditioneel werd PTSS vooral gezien als geheugenstoornis: een onverwerkte herinnering die intrusies en angst veroorzaakt. Behandeling richtte zich daarom op het 'ontladen' of herstructureren van die herinnering. Recente inzichten laten echter zien dat PTSS meer weg heeft van een verstoord leersysteem: een zichzelf onderhoudend netwerk van klachten en overtuigingen die elkaar versterken (McNally, 2021; Wisco et al., 2022).

In dat netwerk roepen intrusies vermijding op, vermijding onderhoudt dreiging en schaamte, die op haar beurt negatieve overtuigingen voedt, spanning verhoogt en nieuw intrusies oproept. Elke traumagerichte methode grijpt in op verschillende schakels in het netwerk. IE/PE doorbreekt vermijding, CPT corrigeert overtuigingen, EMDR verlaagt de emotionele lading, en NET integreert herinneringen in een groter levensverhaal.

Het netwerkperspectief helpt klinici om PTSS niet langer als één kernprobleem te zien, maar als een dynamisch samenspel van knopen die op elkaar inwerken. In plaats van zoeken naar de juiste techniek of herinnering, wordt de vraag: waar in dit netwerk zit bij deze patiënt de blokkade in leren of aanpassen? Bij de één ligt dat bij hardnekkige angstassociaties, bij de ander in rigide overtuigingen of een tekort aan betekenisgeving.

Nieuwere modellen beschrijven PTSS als een verstoring die vaak te maken heeft met een rigide verwachtingsmodel: het brein blijft dreiging voorspellen, ook wanneer de omgeving veilig is (Cisler et al., 2024). Het brein slaagt er niet in dat dreigingsmodel te updaten – of anders gezegd: verwachtingen bij te stellen aan nieuwe ervaringen van veiligheid. Het leerdoel wordt dan niet (alleen) het ‘verwerken’ van herinneringen, maar het bijleren van veiligheid. Dat vraagt om behandelingen die flexibiliteit bevorderen: variatie in context, aandacht voor cognities en het expliciet oefenen van nieuwe ervaringen van veiligheid in de praktijk.

Zo helpt het netwerkperspectief om behandelingen te personaliseren. Het maakt zichtbaar waar het leerproces stopt, welke interventie daar het best op aansluit, en wanneer het zinvol is om te switchen van techniek. Daarmee verschuift het accent van protocoltrouw werken naar leergericht klinisch redeneren en flexibel handelen – precies de kern van maatwerk in de traumazorg.

Casus Merel: wat maatwerk betekent in de praktijk

Merel (22) meldt zich aan met PTSS-klachten na seksueel misbruik. Ze heeft herbelevingen, schaamte en depressieve klachten. Ze start met EMDR. Na tien sessies nemen nachtmerries af, maar haar negatieve overtuigingen en isolement blijven onveranderd. Andere behandelingen worden niet aangeboden. De klachten keren terug, zij ontwikkelt een alcoholprobleem en komt via de crisisdienst opnieuw in zorg.

Na een klinische detox wordt samen gekozen voor CPT, gericht op schuld en schaamte. In dit traject leert Merel haar overtuigingen te bevragen en herinterpreteert ze haar schuld als bevrozing in plaats van instemming. Binnen enkele weken verbeteren haar klachten en hervat ze haar werk en sociale contacten.

Deze casus laat zien dat één specifieke traumabehandeling niet altijd volstaat. Wie trauma uitsluitend ziet als iets dat ‘verwerkt’ moet worden, blijft ‘herverwerken’. Wie het ziet als een leerproces, zoekt manieren om nieuwe betekenissen aan te leren – soms via een andere of aanvullende aanpak.

Niet de voorkeur van de behandelaar, maar het symptoomprofiel en de behandelrespons van de patiënt moeten leidend zijn. Zo wordt maatwerk concreet.

Van protocol naar leren

Een leerperspectief vraagt ook om een andere manier van sturen. Niet langer alleen de vraag ‘Is het protocol correct uitgevoerd?’, maar: ‘Leert de patiënt zichtbaar iets significant nieuws?’ Dat begint bij het adequaat volgen van voortgang. Meet of klachten afnemen, maar let ook op herstelsignalen vanuit de hulpvraag ten aanzien van bijvoorbeeld het slaappatroon, herstelde routines of sociale contacten. Als verbetering uitblijft, is het geen falen om te switchen – het is een uiting van professioneel handelen. Gedeelde besluitvorming sluit hierbij aan. Bespreek meerdere opties, leg sterke en zwakke kanten uit en bepaal samen de koers. Zo wordt het gesprek niet óver, maar met de patiënt gevoerd.

In de praktijk is PTSS zelden geïsoleerd. Middelengebruik, depressie of slaapproblemen komen vaak tegelijk voor. Ook dat vraagt flexibiliteit. Soms betekent het: eerst stabiliseren (zoals de detox bij Merel), dan behandelen. Soms: parallel werken. Richtlijnen ondersteunen dit: directe traumagerichte behandeling blijft het uitgangspunt, maar aanpassing van tempo

of volgorde is soms nodig. Het netwerkperspectief helpt om dwars door categorieën heen te denken en interventies doelgericht in te zetten (Kip et al., 2025).

Reflectie: voorbij de illusie van één oplossing

Een toekomstgerichte GGZ vereist meer dan vaardigheid in één techniek. Het vraagt om klinisch redeneren, pluraliteit, kwaliteitsbewaking en kritische reflectie. Alleen met zo'n houding kan EMDR haar waardevolle plaats behouden binnen een breed, persoonlijk afgestemd behandelpalet – in het belang van patiënten, behandelaars én de wetenschap. De populariteit van EMDR is begrijpelijk en biedt houvast in een complexe praktijk. Maar de werkelijkheid van psychisch lijden laat zich niet vangen in één techniek. PTSS is doorgaans geen enkelvoudige stoornis die 'ontladen' moet worden, maar een vastgelopen leerproces dat om flexibiliteit vraagt.

De richtlijnen vragen niet alleen om kennis van protocollen, maar ook om klinisch redeneren: durven kiezen, volgen en bijstellen. Als we PTSS zien als een leerstoornis, verandert ons beeld van herstel. Herstel betekent niet dat herinneringen verdwijnen, maar dat mensen nieuwe betekenissen leren die sterker zijn dan de oude angst.

Misschien is dat de essentie van maatwerk in de traumazorg: niet langer de vraag 'Welke methode werkt het best?', maar 'Welke vorm van leren heeft deze patiënt nu nodig om te kunnen herstellen?'

Literatuur

1. Akwa GGZ (2025). Zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Utrecht: Akwa GGZ.
2. Cisler, J. M., Dunsmoor, J. E., Fonzo, G. A. & Nemeroff, C. B. (2024). Latent-state and model-based learning in PTSD. *Trends in Neurosciences*, 47, 150–162.
3. Federatie Medisch Specialisten (2025). Richtlijn posttraumatische stressstoornis (PTSS). Beschikbaar via <https://richtlijnendatabase.nl/ptss>
4. Hoppen, T. H., Jehn, M., Holling, H., Mutz, J., Kip, A. & Morina, N. (2024). Psychological interventions for adult PTSD: updated meta-analytic evidence. *The Lancet Psychiatry*, advance online publication.
5. Hoppen, T. H., Jehn, M., Holling, H., Mutz, J., Kip, A. & Morina, N. (2023). The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: a network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91, 445–460.
6. Kip, A., Jehn, M., Hoppen, T. H., Mutz, J. & Morina, N. (2025). Psychological treatments for PTSD in adults: an umbrella review of recent meta-analyses. *Journal of Anxiety Disorders*, advance online publication.
7. Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E. J. & Bisson, J. I. (2023). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and network meta-analysis. *BJPsych Open*, 9, e35.
8. McNally, R. J. (2021). Network analysis of psychopathology: controversies and challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 31–53.
9. Wisco, B. E., Marx, B. P., Wolf, E. J., Miller, M. W., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H. (2022). Posttraumatic stress disorder symptom persistence: an analysis of longitudinal cohorts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 83, 21m14022.
10. Hoeboer, C. M., Nava, F., Haagen, J. F. G., Broekman, B. F. P., van der Gaag, R. J. & Olff, M. (2025). Epidemiology of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD in the Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, 110, 102963.

Over de auteur

Drs. A.K.H. (Arno) Beugels, man, is gezondheidszorgpsycholoog, detraumaspecialist.com,
Vlierdenseweg 163, 5756 AA Vlierden, telefoonnummer: 06-19 90 44 20,
info@detraumaspecialist.com