

PTSS behandelen: van methodefixatie naar maatwerk

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



Richtlijnen beschrijven een rijk palet aan effectieve PTSS-behandelingen. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is in Nederland uitgegroeid tot de standaardbehandeling voor posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit artikel pleit voor een verschuiving van één gouden methode naar leergericht klinisch redeneren: PTSS begrijpen als leerstoornis, vroeg en systematisch evalueren, en tijdig variëren. Zo ontstaat adaptieve traumazorg waarin behandelaars niet één methode volgen, maar samen met cliënten ontdekken wat werkt – binnen de ruimte die de richtlijnen bieden.

Inleiding – Eén dominante kleur

De behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) kent vandaag een rijk palet aan effectieve methoden. De Zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen (Akwa GGZ, 2025) en de multidisciplinaire richtlijn Posttraumatische Stressstoornis (Federatie Medisch Specialisten, 2025) bevelen meerdere evidence-based interventies aan: Imaginaire

Exposure/Prolonged Exposure (IE/PE), Cognitieve Therapie (CT), Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP), Narratieve Exposure Therapy (NET), Schrijftherapie en Imaginaire Rescripting (ImRs). Meta-analyses tonen dat deze behandelingen gemiddeld vergelijkbare effectgroottes hebben (Hoppen et al., 2023; Lewis et al., 2023; Yunitri et al., 2022); geen enkele methode werkt voor iedereen. Hoewel deze methoden op papier van elkaar verschillen, draaien ze in de kern allemaal om hetzelfde proces: het doorbreken van vastgelopen leerervaringen en het creëren van nieuwe, corrigerende inzichten (Schnyder et al., 2015).

Toch is het behandelveld in Nederland opvallend éénkleurig. EMDR is uitgegroeid tot de meest gebruikte traumabehandeling. De methode is goed onderzocht, relatief kortdurend en eenvoudig te leren. Dankzij een sterke vereniging, gestandaardiseerde scholing en brede acceptatie onder cliënten en behandelaren is EMDR in veel instellingen de vanzelfsprekende eerste keuze geworden bij traumagerelateerde klachten (Zoet, Wagenmans & de Jongh, 2020).

Dat succes heeft ook een keerzijde. Wanneer één methode de vanzelfsprekende keuze wordt, kan er iets waardevols verloren gaan: het vermogen om te kiezen, variëren en leren. In de praktijk zien we dat behandelaars vaak doorgaan met dezelfde aanpak, ook als de klachten nauwelijks verbeteren. Onderzoek laat echter zien dat vroegtijdige verbetering – binnen vier tot zes sessies – een sterke voorspeller is van herstel (Lester, Artz, Resick & Young-Xu, 2020). Uitblijvende vooruitgang vraagt dus om aanpassing, niet om herhaling.

Die neiging om vast te houden aan één methode noemen we methodefixatie. Ze ontstaat niet uit onwil, maar uit de begrijpelijke behoefte aan houvast. Wie één instrument goed beheerst, ziet elk probleem als een spijker. Methodefixatie beperkt zo de keuzevrijheid van behandelaar én cliënt, en verkleint de kans om te leren van non-respons.

De huidige richtlijnen benadrukken juist pluraliteit en gedeelde besluitvorming (Akwa GGZ, 2025). Ze bieden ruimte om tussen methoden te variëren, zolang die keuzes systematisch worden onderbouwd en geëvalueerd. In de praktijk blijft die ruimte echter vaak onbenut. Behandelaren voelen zich gebonden aan hun eerste methode of aan de voorkeur van hun team, waardoor het arsenaal aan mogelijkheden smaller wordt dan de richtlijn toestaat. Dit vraagt om een ander perspectief: adaptief klinisch redeneren in plaats van methodische fixatie

Dit artikel heeft drie doelen na:

1. De risico's van methodefixatie zichtbaar maken in de context van de huidige traumazorg.
2. Een alternatief denkkader schetsen, waarin PTSS niet alleen wordt begrepen als geheugenstoornis, maar als leerstoornis – een probleem van vastgelopen aanpassing.
3. Praktische handvatten bieden om via klinisch redeneren, voortgangsmeting en flexibiliteit te komen tot adaptieve traumazorg.

Aan de hand van drie praktijkvoorbeelden laten we zien hoe behandelaren kunnen variëren, evalueren en – wanneer nodig – tijdig van koers veranderen, zonder de richtlijn te verlaten.

Van methodefixatie naar adaptief klinisch redeneren

De dominantie van één behandelmethode binnen instellingen is begrijpelijk. De snelle verspreiding van EMDR – dankzij een sterke verenigingsstructuur, gedegen scholing en hoge acceptatie – maakt het voor veel behandelaren tot de standaard bij PTSS. Dit vergroot de uniformiteit binnen teams, maar brengt ook het risico met zich mee dat andere benaderingen naar de achtergrond verdwijnen.

Dat verschijnsel wordt in de literatuur omschreven als methodefixatie: de neiging om één methode overal op toe te (blijven) passen, ook wanneer de respons van de cliënt stagneert of het klachtenprofiel een andere insteek vraagt. Methodefixatie beperkt niet alleen de keuzevrijheid van de behandelaar, maar ook het vermogen om te leren van non-respons. Een aanzienlijk deel van de PTSS-clients herstelt onvoldoende binnen de eerste behandelcyclus (Zorginstituut Nederland, 2020). Toch wordt vaak pas laat van koers veranderd, terwijl uitblijvende respons juist om aanpassing vraagt.

Wanneer zo'n respons uitblijft, is "meer van hetzelfde" zelden effectief. Een vroegtijdige herbeoordeling biedt juist de kans om het behandelplan aan te passen.

Teams die dit systematisch doen, voorkomen dat kostbare tijd verloren gaat aan ineffectieve herhalingen. Daarmee verschuift het perspectief van volhouden naar leren: wat vertelt deze non-respons ons over het onderliggende mechanisme?

Klinisch redeneren als tegenwicht

Klinisch redeneren vormt een alternatief voor methodefixatie. Het is een cyclisch proces van observeren, hypothesevorming, kiezen, toetsen en bijstellen. De centrale vraag verandert daarmee van "welke methode hoort hierbij?" naar "wat belemmert deze cliënt in het leren herstellen van de traumatische ervaring(en) – en welke interventie sluit daar het beste bij aan?".

Binnen dit perspectief is de behandelaar geen uitvoerder van een bepaalde methodiek, maar een onderzoeker van veranderingsprocessen. Dat sluit aan bij het klassieke model van evidence-based practice als de integratie van drie pijlers: empirische evidentie, klinische expertise en voorkeuren van de cliënt (Sackett et al., 1996). Klinisch redeneren operationaliseert die integratie in de behandelkamer zelf.

Een voorbeeld: een cliënt met hardnekkige schuldgedachten na een verkeersongeval reageert nauwelijks op imaginaire exposure. De behandelaar analyseert dat het leerprobleem niet ligt in angstassociaties, maar in morele betekenisverlening. Een overstap naar CPT of ImRs past dan beter bij het dominante leermechanisme. Zo wordt adaptatie onderdeel van het behandelproces in plaats van een teken van mislukking.

De waarde van vroege evaluatie

Vroegtijdige voortgangsmeting helpt om klinisch redeneren te onderbouwen. Routine Outcome Monitoring (ROM) met instrumenten zoals de PTSD Checklist (PCL-5; Weathers et al., 2013) maakt zichtbaar of een behandeling op koers ligt. Een daling van minder dan 20% na zes sessies wijst op stagnatie en vormt een objectieve aanleiding om de hypothese te herzien: ligt het probleem in de methode, de intensiteit of de focus van de interventie?

Door behandelingen te benaderen als leerprocessen kunnen teams flexibeler, transparanter en responsiever werken. Variëren, evalueren en tijdig bijsturen worden zo geen tekenen van twijfel, maar juist van professionele deskundigheid. Klinisch redeneren biedt ruimte om effectiviteit te behouden zonder rigiditeit.

PTSS als leerstoornis: van behandelen naar het faciliteren van leren

Traditioneel werd posttraumatische stressstoornis (PTSS) vooral gezien als een geheugenstoornis: een onverwerkte herinnering die intrusies, spanning en vermijding veroorzaakt. Behandeling richtte zich daarom op het ontladen of herstructureren van die herinnering. Dat perspectief is waardevol, maar niet volledig. Recente modellen laten zien dat PTSS beter kan worden begrepen als een leerstoornis: een verstoring van het vermogen om nieuwe, veilige verwachtingen te vormen (McNally, 2021; Wisco et al., 2022; Cisler, Dunsmoor, Fonzo & Nemeroff,

2024). Een leertheoretisch kader biedt praktische handvatten voor het aanpassen van behandelingen.

In die optiek is PTSS niet één onverwerkt geheugen, maar een netwerk van onderling versterkende klachten. Intrusies roepen vermijding op, vermijding houdt dreiging en schaamte in stand, en die emoties versterken negatieve overtuigingen over zichzelf en anderen. Die overtuigingen vergroten de spanning, wat weer leidt tot nieuwe intrusies. Zo ontstaat een zichzelf onderhoudend circulair systeem (zie figuur 1).

Het netwerk- en leerperspectief

Het netwerkperspectief biedt behandelaren een alternatief denkkader. In plaats van te zoeken naar één “juiste” techniek of herinneringsbeeld, wordt de vraag: waar stukt het leerproces van deze cliënt? Ligt de blokkade bij angstassociaties die dominant aanwezig blijven? Bij rigide overtuigingen over schuld of falen? Of bij een gebrek aan betekenisgeving en integratie in het levensverhaal? Elk type blokkade vraagt om een andere vorm van correctief leren.

Exposuremethoden (zoals IE/PE) helpen cliënten te leren dat dreiging tot het verleden behoort.

EMDR en ImRs verminderen de emotionele lading van herinneringen door gelijktijdige werkgeheugenbelasting en hercodering (van den Hout & Engelhard, 2012). Cognitieve therapieën zoals CPT richten zich op het herzien van disfunctionele overtuigingen (Resick et al., 2017).

Narratieve methoden zoals NET en BEPP bevorderen betekenisgeving en identiteit. Cognitieve gedragstherapieën zoals CT of CGT (volgens Zayfert & Becker, 2019) richten zich op een combinatie van bovenstaande factoren.

Het netwerkmodel sluit nauw aan bij de cognitieve theorie van Ehlers en Clark (2000), die stelt dat PTSS voortkomt uit een voortdurende dreiging, gevoed door disfunctionele interpretaties en onvoldoende geïntegreerde herinneringen.

Nieuwere inzichten vullen dit aan: volgens Cisler et al. (2024) blijft het brein bij PTSS “gevaar voorspellen” ook wanneer de omgeving veilig is. Het leert dus onvoldoende van nieuwe ervaringen van veiligheid.

Het leerperspectief helpt ook te begrijpen waarom hoog-intensieve traumabehandelingen niet voor iedereen effectief zijn. Wanneer het leervermogen tijdelijk beperkt is – door uitputting, dissociatie of een gebrek aan emotieregulatie – leidt een hogere frequentie van sessies vooral tot overbelasting in plaats van integratie. Leren vraagt om optimale spanning en aandacht, niet om maximale intensiteit.

Cognitieve verandering als gemeenschappelijk mechanisme

Een recente meta-analyse van 62 studies (Alpert et al., 2023) bevestigt dit leerperspectief empirisch. De auteurs onderzochten welke factoren het herstel bij PTSS verklaren, ongeacht de gebruikte methode. De sterkste mediator bleek cognitieve verandering: het afnemen van negatieve posttraumatische overtuigingen voorspelde symptomatische verbetering in vrijwel alle effectieve behandelingen, zowel cognitieve therapieën als exposure-gebaseerde interventies. Daarnaast bleek tussen-sessie extinctie (geleidelijke angstafname tussen sessies) een consistent mechanisme, terwijl veranderingen in depressie vooral parallel optraden aan PTSS-herstel. Deze bevindingen suggereren dat succesvolle traumabehandeling in de kern draait om leren denken en voelen op nieuwe manieren. Ongeacht de gekozen methode, lijkt cognitieve flexibiliteit – het vermogen om eerdere betekenissen te herzien – de motor van verandering. Dat onderstreept de waarde van een adaptieve, leergerichte benadering: het gaat niet om het correct uitvoeren van een protocol, maar om het faciliteren van nieuwe leerervaringen.

Van herinnering naar actualisering van veiligheid

Dat inzicht heeft belangrijke praktische implicaties. Het leerdoel van traumabehandeling is niet alleen het verwerken van oude herinneringen, maar ook het leren actualiseren van veiligheid.

Cliënten moeten ervaren dat situaties of triggers die ooit levensbedreigend waren, nu veilig zijn.

Dat vraagt om behandelingen die flexibiliteit bevorderen: variatie in context, aandacht voor cognities én het actief oefenen van nieuw gedrag in de dagelijkse omgeving.

Bijvoorbeeld: een cliënt die auto's vermijdt na een ongeval leert in een exposuretraject niet alleen dat autorijden weer kan, maar ook dat het lichaam opnieuw vertrouwen kan ervaren in veiligheid.

Evenzo leert iemand die zichzelf schuldig houdt na geweld dat verantwoordelijkheid niet gelijkstaat aan schuld.

Van theorie naar praktijk

Het netwerk- en leerperspectief biedt behandelaren een manier om PTSS-behandelingen te personaliseren. In plaats van zich af te vragen “welk protocol of methodiek past bij deze diagnose?”, wordt de vraag “wat moet deze cliënt leren om weer flexibel te kunnen reageren op het heden?”. Zo verschuift het accent van protocoltrouw naar leegericht klinisch redeneren.

Wanneer behandelaren PTSS zien als een leerstoornis, ontstaat ruimte om te variëren tussen methoden zonder de richtlijn te verlaten. Elke interventie wordt dan een instrument om leren te bevorderen – niet om één vast protocol te volgen. Dat is de kern van maatwerk in de traumazorg.

Van richtlijn naar een adaptieve praktijk

De sleutel ligt in het herkennen van het dominante leermechanisme dat vastloopt. Elke methode activeert een ander type leerproces: angstafname, cognitieve herziening, betekenisgeving of integratie. Door de behandeling te koppelen aan dat leermechanisme ontstaat differentiële indicatiestelling – maatwerk binnen de richtlijn.

Vier routes van leren

1. *Exposure en angstextinctie/inhibitie*

Behandelingen als IE/PE richten zich op het modificeren van angstassociaties door herhaalde confrontatie met traumatische herinneringen en cues.

Hierdoor corrigeert het brein de verwachting van gevaar (Foa et al., 2019). Deze route is vooral effectief bij cliënten die kampen met vermijding, hyperarousal en angstgedreven intrusies.

2. *Cognitieve herstructurering*

CPT en andere cognitieve therapieën helpen cliënten disfunctionele overtuigingen over schuld, schaamte of verantwoordelijkheid te herzien (Resick et al., 2017). Deze aanpak is geschikt wanneer morele emoties of een negatief zelfbeeld op de voorgrond staan.

3. *Werkgeheugenbelasting en hercodering*

EMDR en ImRs verminderen de emotionele intensiteit van herinneringen door het werkgeheugen te belasten terwijl de herinnering wordt opgeroepen (van den Hout & Engelhard, 2012). Deze route is vaak effectief bij specifieke intrusies en herbelevingen die de cliënt blijven overvallen.

4. *Narratieve integratie en zingeving*

NET en BEPP helpen cliënten hun traumatische ervaringen te integreren in het levensverhaal en nieuwe betekenis te geven aan verlies of morele verwonding (Nijdam & Olff, 2020). Deze benadering is bij uitstek geschikt bij complex of langdurig trauma, of wanneer identiteit en zingeving centraal staan.

Van keuze naar maatwerk

Het doel is niet om de “beste” methode te kiezen, maar de interventie die past bij wat de cliënt moet leren om te kunnen herstellen. Een goede indicatie start bij het dominante klachtencluster. Onderstaande samenvatting helpt bij die eerste keuze (zie tabel 1):

Deze indeling is geen vaste hiërarchie, maar een vertrekpunt voor klinisch redeneren. Belangrijk is dat behandelaars al bij de start een plan B formuleren: wat te doen als de klachten na enkele weken onvoldoende verbeteren? Dat maakt bijsturen onderdeel van het proces, niet een noodgreep.

Feedback als beslismoment

Een differentiële indicatie werkt alleen als voortgang structureel wordt gevolgd. Teams die ROM-instrumenten zoals de PCL-5 of de International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018) elke drie tot vier sessies gebruiken, kunnen tijdig inschatten of de gekozen leerroute effect heeft. Wanneer de symptoomscore minder dan ongeveer 20% daalt, is dat een signaal om de hypothese te herzien.

Zo wordt meten een vorm van leren: niet om te controleren, maar om beter te begrijpen wat werkt voor wie.

Van pluraliteit naar adaptiviteit

Pluraliteit in de richtlijn betekent in de praktijk: durf te variëren. Behandelaars die inzicht hebben in de verschillende leermechanismen, kunnen behandelingen sequentieel of gecombineerd inzetten – bijvoorbeeld EMDR voor intrusies, gevolgd door CPT voor schuldgedachten en NET voor betekenisgeving. Deze flexibiliteit maakt traumazorg niet grilliger, maar juist consistent: de keuze wordt steeds gebaseerd op waargenomen leerbehoeften in plaats van op gewoonte of voorkeur. Naast traumagerichte kernbehandelingen noemen de richtlijnen aanvullende interventies zoals vaktherapie, psychomotorische therapie en systeeminterventies. Deze kunnen het leerproces ondersteunen door emotieregulatie, lichaamsbewustzijn en veiligheid te versterken – randvoorwaarden voor correctief leren.

Daarmee groeit traumabehandeling uit tot een dynamisch proces van hypothesevorming, toetsing en aanpassing – precies wat klinisch redeneren in essentie beoogt.

Feedback op cliëtniveau

Op individueel niveau vormt ROM de kern van adaptieve besluitvorming. Meetinstrumenten zoals PCL-5 of ITQ maken zichtbaar of een behandeling werkt zoals verwacht. Deze kwantitatieve evaluatie wordt idealiter gecombineerd met kwalitatieve signalen: subjectieve spanning, nachtmerries, of het vermogen om traumatische herinneringen te benaderen. Zo ontstaat een combinatie van ROM en klinische observatie die richting geeft aan de volgende beslisstap.

Timing: meet voortgang na drie à vier sessies en opnieuw na zes tot acht sessies.

Interpretatie: een afname van minder dan 20% op de klachtenmaat duidt op stagnatie.

Actie: bespreek stagnatie direct in de behandelkamer. Gebruik vragen als:

“Wat leren we hiervan?”, “Is de methode goed gekozen?”, “Moeten we de intensiteit, de focus of de methode bijstellen?” Deze aanpak voorkomt dat “meer van hetzelfde” het standaardantwoord wordt op non-respons. Evaluatie wordt zo onderdeel van het leerproces van zowel cliënt als behandelaar.

Feedback in het team

Leren stopt niet bij de individuele therapeut. Teams die structureel feedback gebruiken, ontwikkelen sneller een gezamenlijke professionele standaard. Daarbij helpt een vast feedbackprotocol, bijvoorbeeld:

Casusbespreking met data – gebruik ROM-uitslagen en observaties als uitgangspunt.

Reflectie op aannames – bespreek expliciet waarom een bepaalde methode is gekozen en of die nog past bij de actuele klachten.

Besluitmoment – bepaal of voortzetten, aanpassen of switchen nodig is.

Documentatie – leg de beslisredenering kort vast, zodat leren systematisch wordt.

Zo ontstaat een cultuur waarin variatie niet gezien wordt als willekeur, maar als bewuste professionaliteit. Onderzoek laat zien dat teams die regelmatig met uitkomstgegevens werken, hogere effectiviteit en meer tevreden cliënten rapporteren (Lambert, 2013; Boswell et al., 2015).

Organisatieniveau: leren faciliteren

Om adaptieve zorg te ondersteunen, moet ook de organisatie meebewegen. Praktische randvoorwaarden zijn:

Tijd voor reflectie – plan vaste momenten in voor teamleren, los van de productiedruk.

Toegankelijke data – zorg dat behandelaars eenvoudig hun ROM-gegevens kunnen inzien en delen.

Scholing in klinisch redeneren – bied training in het interpreteren van respons en non-respons, niet alleen in het uitvoeren van protocollen.

Psychologische veiligheid – creëer ruimte om bespreekbaar te maken wanneer een behandeling niet werkt.

Een lerende organisatie ziet elke non-respons als informatie: niet als falen, maar als aanwijzing dat het mechanisme of de context opnieuw bekeken moet worden.

De adaptieve cyclus

Samengevat kunnen teams werken volgens een eenvoudige cyclus:

Hypothese formuleren – welke leerblokkade staat centraal?

Interventie kiezen – welke methode past daarbij?

Voortgang meten – objectieve evaluatie na 3–6 sessies.

Reflecteren – wat leren de resultaten ons?

Aanpassen – intensiveren, switchen of afronden.

Deze cyclus maakt zichtbaar dat aanpassing geen teken is van zwakte, maar van vakmanschap.

Adaptieve teams herkennen vroeg wanneer een behandeling niet werkt en kunnen tijdig overschakelen op een andere leerroute. Zo ontstaat een praktijk waarin richtlijnen geen keurslijf zijn, maar een kompas: ze wijzen de richting, terwijl klinisch redeneren de koers voortdurend bijstelt.

Comorbiditeit en complexiteit – faseren zonder te vertragen

In de dagelijkse praktijk is PTSS zelden een op zichzelf staande stoornis. Veel cliënten kampen met bijkomende problemen zoals depressie, middelengebruik, persoonlijkheidsproblematiek of lichamelijke klachten (Kessler et al., 2017). Zulke comorbiditeit maakt behandeling niet onmogelijk, maar vraagt soms om fasering en maatwerk. Het uitgangspunt blijft: traumabehandeling is de kern, maar de timing en vorm ervan moeten worden afgestemd op de draagkracht en leerbaarheid van de cliënt.

1. Fasegericht werken

Bij complexe problematiek helpt het om het behandeltraject in drie hoofdfasen te verdelen:

Vorbereiding: leren mogelijk maken

Focus op het creëren van voorwaarden om met traumagerichte behandeling te starten.

Doel: leren door traumabehandeling mogelijk maken door bijvoorbeeld het afbouwen of reguleren van middelengebruik, slaap verbeteren en het vergroten van sociale steun.

Mogelijke interventies: psycho-educatie, motivatiegesprekken, cognitieve gedragstherapie voor slapeloosheid (CGT-I), inzet van psychofarmaca bij ernstige comorbiditeit (depressie, psychose) en afbouwen van bijvoorbeeld benzodiazepinen.

Traumaverwerking

Wanneer de voorwaarden om te leren in voldoende mate aanwezig zijn, volgt een traumagerichte interventie.

Doel: leren dat gevaar tot het verleden behoort en nieuwe betekenissen vormen.

Integratie en nazorg

De cliënt oefent nieuw gedrag en bouwt het leven weer op.

Doel: verankeren van nieuw geleerde patronen in dagelijks functioneren.

Interventies: terugvalpreventie, gedragsexperimenten, zingeving, werkhervatting.

Fasering betekent niet dat behandeling traag of uitgesteld wordt. Integendeel: veel cliënten profiteren van een korte voorbereidingsfase gevolgd door directe traumaverwerking. De kunst is om per individu te bepalen welke leerstap eerst nodig is.

2. Prioriteren bij comorbiditeit

Een praktische vuistregel: verwerk wanneer het kan, faseer wanneer het moet. Tabel 2 laat zien hoe dit er in de praktijk uit kan zien. Deze beslislogica voorkomt dat “complexiteit” een excuus wordt om niet te behandelen. Ook bij cliënten met ernstige comorbiditeit kan traumaverwerking veilig plaatsvinden – mits de behandelaar en het team weten wanneer en hoe.

3. Teamleren bij complexe casuïstiek

Complexe casussen vragen bijna altijd om multidisciplinaire besluitvorming. De volgende werkwijze helpt om dat proces gestructureerd te houden:

- Gebruik een gedeelde casusformulering. Beschrijf samen met collega's wat het primaire leerdoel is.
- Werk met hypothesen. Noteer wat volgens het team de belangrijkste blokkade is (ernstige depressie, psychotische ontregeling, angst, schaamte, dissociatie, emotieregulatie).
- Evalueer systematisch. Bespreek voortgang na drie tot zes sessies; pas fasering of methode aan wanneer stagnatie optreedt.
- Leg leerpunten vast. Noteer niet alleen wat er gebeurde, maar ook wat het team geleerd heeft voor toekomstige cliënten.

Op deze manier wordt fasering geen rigide volgorde, maar een dynamische manier van klinisch redeneren.

4. Kernprincipe: veiligheid door leren

Veiligheid is geen voorwaarde vóór leren. Het ontstaat tijdens het leren. Cliënten voelen zich veiliger wanneer ze merken dat ze invloed kunnen uitoefenen op hun klachten.

Door traumabehandeling te zien als een leerproces kunnen behandelaars sneller inschatten wat de volgende stap is, zonder te vervallen in eindeloze voorbereiding. Comorbiditeit vraagt dus niet om voorzichtigheid, maar om afstemming: het juiste tempo, de juiste focus en een gedeeld leerdoel. Zo blijft ook bij complexe problematiek de kern intact – herstel door leren.

De basis van adaptieve traumazorg

De vijf belangrijkste principes van adaptieve traumazorg:

1. *Denk in leermechanismen, niet in methoden.* Elke behandeling activeert een ander leerproces. Kijk bij elke cliënt welke vorm van leren vastloopt: angst, schaamte, vermijding of betekenisgeving. Laat die analyse de methodekeuze sturen.
2. *Gebruik respons als informatie.* Meet voortgang systematisch met ROM-instrumenten zoals de PCL-5 of ITQ. Geen of minimale verbetering binnen zes sessies is geen falen, maar een signaal om het leerplan te herzien.
3. *Werk cyclisch en transparant.* Formuleer bij aanvang een hypothese, toets die, evalueer en stel bij. Leg de redenering kort vast in het dossier of teamoverleg, zodat leren structureel wordt ingebed in de zorgpraktijk.
4. *Creëer een lerend team.* Bespreek uitkomstgegevens, reflecteer op aannames en formuleer samen alternatieve leerwegen. Variatie wordt zo een teken van deskundigheid, niet van onzekerheid.
5. *Benader comorbiditeit als context, niet als contra-indicatie.* Faseer waar nodig, maar vermijd uitstel. De meeste cliënten met comorbiditeit kunnen veilig profiteren van traumaverwerking als de fasering en het tempo worden afgestemd op hun leervermogen.

Leren van casuïstiek

De volgende drie praktijkvoorbeelden illustreren hoe behandelaars kunnen schakelen tussen interventies op basis van leermechanismen en voortgang. In elk geval wordt niet de methode, maar het leren centraal gesteld.

Casus 1 – Anna: van angst naar betekenis

Anna (32) ontwikkelde PTSS na een verkeersongeval. Ze vermijdt autorijden en heeft nachtelijke herbelevingen. De behandeling start met EMDR, gericht op de angstige beelden. Na zes sessies toont de PCL-5 nauwelijks verbetering.

In het teamoverleg wordt besproken dat Anna's klachten niet primair angstgedreven zijn, maar draaien om existentiële vragen: "Waarom leefde ik wel en zij niet?" De behandeling verschuift naar NET. Anna reconstrueert haar levensverhaal en plaatst het ongeval in een bredere context. Binnen vier sessies daalt de spanning merkbaar. Ze rijdt korte stukken auto en hervat sociale activiteiten. De interventie sloot niet alleen beter aan bij haar klachten, maar ook bij wat ze moest leren: betekenis geven aan overleven.

Casus 2 – Joost: schuldgedachten en cognitieve belemmering

Joost (45) werkte als hulpverlener en werd tijdens een geweldsincident zwaar mishandeld. Hij beschrijft vooral schuld en schaamte: "Ik had mijn collega moeten beschermen." De behandeling start met Prolonged Exposure, maar roept vooral walging en zelfverwijt op. Na vijf weken blijkt uit ROM-data dat zijn PTSS-klachten toenemen in plaats van afnemen. De therapeut besluit te schakelen naar CPT, met nadruk op morele overtuigingen. Door cognitieve herziening ontdekt Joost dat hij niet verantwoordelijk is voor de dader. Na acht weken is zijn nachtrust verbeterd en daalt de PCL-5-score met 50%. Deze casus toont hoe het herkennen van het dominante leermechanisme – in dit geval morele zelfveroordeling – richting geeft aan de methodekeuze.

Casus 3 – Karim: eerst leren mogelijk maken, dan verwerken

Karim (29) vluchtte uit Syrië en heeft herbelevingen, concentratieproblemen, (ernstige) depressieve klachten en alcoholgebruik. Aanvankelijk wordt gekozen voor IE, maar hij breekt de sessies herhaaldelijk af. De behandelaar constateert dat Karim ernstige concentratieproblemen heeft als

gevolg van zijn alcoholproblemen en depressieve klachten, en niet in staat is om te profiteren van de behandeling. Het team besluit tot een gefaseerde aanpak: eerst leren in traumabehandeling mogelijk maken door middel van een klinische detoxbehandeling en aansluitend een behandeling met psychofarmaca voor zijn ernstige depressie. Pas daarna wordt de traumabehandeling hervat, gericht op zijn naaste herinneringen. Het resultaat: Karim kan zich beter focussen in de sessies en is in staat om te leren van traumabehandeling.

De combinatie van fasering en maatwerk laat zien dat responsiviteit belangrijker is dan protocoltrouw. Behandelen is pas zinvol wanneer iemand kán leren.

Reflectie

De drie casussen laten zien dat succesvolle traumabehandeling niet voortkomt uit één superieure methode, maar uit het vermogen om te herkennen wat er geleerd moet worden en hoe dat leren het best kan plaatsvinden. Non-respons is daarbij geen mislukking, maar een signaal om het leerproces opnieuw te begrijpen en het behandelplan te herzien.

Conclusie - Van protocol naar adaptieve traumazorg

De afgelopen decennia heeft de traumazorg enorme vooruitgang geboekt. Tegelijkertijd zien we in de dagelijkse praktijk dat de rijkdom aan methoden niet altijd leidt tot variatie. EMDR is in veel instellingen de vanzelfsprekende eerste keuze geworden – een teken van succes, maar ook een risico.

De kern van dit artikel is dat effectieve traumazorg niet alleen afhangt van wát we doen, maar van hoe we denken. Wanneer we PTSS begrijpen als een leerstoornis, wordt behandeling een vorm van adaptief leren: voortdurend toetsen, bijstellen en afstemmen. Dat vraagt om een andere mindset, niet om nieuwe protocollen. De vijf belangrijkste principes voor adaptieve traumazorg worden weergegeven in tabel 3.

Van richtlijn naar kompas

De richtlijnen voor PTSS bieden veel meer ruimte dan we in de praktijk vaak benutten. Ze schrijven geen volgorde voor, maar nodigen uit tot verantwoord variëren. Door klinisch redeneren centraal te stellen, verschuift de rol van de behandelaar van een protocoluitvoerder naar adaptieve leerbegeleider.

Dat vraagt ook iets van teams en organisaties. Ze moeten ruimte maken voor reflectie, transparantie en het delen van leerervaringen. Waar eerder de nadruk lag op methodetrouw, verschuift de focus naar leertrouw: de bereidheid om hypotheses te toetsen en te veranderen wanneer de cliënt dat vraagt.

Traumabehandeling wordt zo een voortdurend proces van afstemmen: tussen empirische kennis, klinische intuïtie en de unieke leerweg van de cliënt. Herstel bij PTSS is geen kwestie van één methode beheersen, maar van samen leren wat werkt.

Auteursgegevens

- Drs. A.K.H. (Arno) Beugels, man, Gezondheidszorgpsycholoog
- detraumaspecialist.com, Vlierdenseweg 163, 5756 AA Vlierden
- Telefoonnummer: 06-19904420, E-mailadres: info@detraumaspecialist.com

Literatuur

Alpert, E., Stange, J. P., Hayes, J. P., Thompson-Hollands, J., Rauch, S. A. M., & Sloan, D. M. (2023). Mechanisms of change in posttraumatic stress disorder treatments: A systematic review and meta-analysis of mediators. *Clinical Psychology Review*, 103, 102312. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102312>

Akwa GGZ. (2025). Zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Akwa GGZ.

Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>

Cisler, J. M., Dunsmoor, J. E., Fonzo, G. A., & Nemeroff, C. B. (2024). Neural mechanisms of fear learning and extinction in PTSD: Toward personalized treatment. *Nature Reviews Neuroscience*, 25(4), 215–230.

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.

Federatie Medisch Specialisten. (2025). Multidisciplinaire richtlijn Posttraumatische Stressstoornis. Federatie Medisch Specialisten.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2019). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences (2e ed.). Oxford University Press.

Hoppen, T. H., Pozzebon, E., Bryant, R. A., & Morina, N. (2023). Meta-analysis of trauma-focused therapies for posttraumatic stress disorder: Comparative efficacy and acceptability. *Journal of Anxiety Disorders*, 97, 102640. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102640>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>

Lester, K. M., Artz, C. N., Resick, P. A., & Young-Xu, Y. (2020). Early response to trauma-focused treatment as a predictor of treatment outcome in PTSD. *Depression and Anxiety*, 37(3), 239–246. <https://doi.org/10.1002/da.22982>

Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Bisson, J. I., & Andrew, M. (2023). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in adults: Network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD011257).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011257.pub3>

McNally, R. J. (2021). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 86, 102032.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102032>

Nijdam, M. J., & Olff, M. (2020). Trauma and the family: Mechanisms of resilience and recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1705167>

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Press.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.
<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., Shapiro, F. & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28186. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>

van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724–738. <https://doi.org/10.5127/jep.028212>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>

Yunitri, N., Anwar, S., Handayani, F., Tsai, C. F., & Hsieh, C. Y. (2022). Comparing the effectiveness of trauma-focused therapies for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(5), 827–836.
<https://doi.org/10.1037/tra0001160>

Zayfert, C. & Becker, C. B. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD: a case formulation approach*. New York: Guilford Press.

Zoet, H. A., Wagenmans, A., & de Jongh, A. (2020). The rise of EMDR therapy in the Netherlands: Adoption, training, and dissemination. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1789324. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1789324>

Zorginstituut Nederland. (2020). Stand van de geestelijke gezondheidszorg: Rapportage over effectiviteit en toegankelijkheid van zorg. Zorginstituut Nederland.

English title:

From Method Fixation to Adaptive Clinical Reasoning: Rethinking PTSD Treatment as a Learning Process

Summary

Although several evidence-based treatments for posttraumatic stress disorder (PTSD) demonstrate comparable effectiveness, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) has become the dominant approach in Dutch mental health care. This success carries a risk of method fixation—the tendency to persist with one protocol even when patients fail to improve. This article proposes a shift from protocol-driven practice to adaptive clinical reasoning, viewing PTSD not merely as a memory disorder but as a learning disorder. By focusing on learning mechanisms, early feedback, and team-based reflection, clinicians can flexibly tailor treatment within existing guidelines. Adaptive trauma care is not about mastering one technique, but about continuously learning what works for whom.

Tabellen en figuren

Figuur 1. Het netwerk- en leerperspectief bij PTSS

Schematische weergave van het netwerkmodel van PTSS. De stoornis wordt gezien als een systeem van onderling versterkende componenten zoals intrusies, vermijding, spanning, negatieve overtuigingen en schaamte. Correctieve leerervaringen via methoden als EMDR, Exposure, CPT, NET en ImRs kunnen dit netwerk doorbreken en leiden tot nieuwe verwachtingen van veiligheid.

Tabel 1. Differentiële indicatiestelling op basis van leermechanismen

Leermechanisme / probleemcluster	Kernvraag van de cliënt	Belangrijkste interventievorm	Voorbeeld van leren
Angstassociaties die niet uitdoven	Ik voel me nog steeds bang en onveilig.	Imaginaire Exposure, schrijftherapie	Leren dat dreiging tot het verleden behoort
Intrusieve herinneringen	Beelden blijven terugkomen.	EMDR / ImRs	Leren dat herinneringen geen gevaar vormen
Schuld- of schaamtegedachten	Ik had het moeten voorkomen.	CPT / cognitieve herstructurering	Herzien van morele overtuigingen
Identiteitsverlies / fragmentatie	Ik weet niet meer wie ik ben.	NET / BEPP / narratieve therapie	Integreren van betekenis en identiteit
Comorbiditeit / overbelasting	Ik kan het nu niet aan.	Gefaseerde behandeling	Leren mogelijk maken, vóór verwerken

Tabel 1: Indiciestelling gebaseerd op dominante leermechanismen bij PTSS. Elke interventie is een vorm van correctief leren.

Figuur 2. De adaptieve cyclus van klinisch redeneren

Visuele weergave van de adaptieve cyclus van klinisch redeneren bij traumabehandeling. De cyclus bestaat uit vijf stappen: 1) Formuleren – hypothese stellen, 2) Toepassen – interventie kiezen, 3) Evalueren – voortgang meten, 4) Aanpassen – strategie bijstellen, en 5) Delen – reflectie in het team. De cyclus verloopt iteratief en benadrukt leren door feedback.

Tabel 2. Klinisch redeneren bij comorbiditeit en complexiteit

Complexiteits-niveau	Kernuitdaging	Aanbevolen focus	Behandelstrategie	Voorbeeld
Laag	Enkele PTSS-symptomen, beperkte comorbiditeit	Directe traumaverwerking	Evidence-based traumabehandeling (EMDR, PE, CPT)	Cliënt met enkelvoudig trauma zonder vermijding
Matig	PTSS met depressie of angststoornis	Parallel werken aan stemming en trauma	Geïntegreerde behandeling waarin stemming en verwerking samen oplopen	Cliënt met PTSS en somberheid, voldoende draagkracht
Hoog	PTSS met comorbiditeit	Begin met traumabehandeling, volg nauwgezet de draagkracht	EMDR of imaginaire exposure	Cliënt met PTSS en affectieve instabiliteit waarbij behandeling wordt afgestemd op respons
Zeer hoog	Meervoudige trauma's, instabiele leefcontext of comorbide stoornissen	Aanpassen van tempo en samenwerking, niet van doel	Multidisciplinair behandelplan met graduele traumaverwerking en aandacht voor steun	Cliënt met CPTSS, middelengebruik en beperkte steunbronnen

Tabel 2: Behandeling start zo vroeg mogelijk met verwerking, waarbij draagkracht niet vooraf maar tijdens de behandeling wordt beoordeeld. Stabilisatie is geen aparte fase, maar een continu proces van monitoren en bijstellen.

Tabel 3. Vijf principes voor adaptieve traumazorg

Principe	Kernactie in de praktijk	Voorbeeld
1. Denk in leermechanismen	Analyseer waar het leerproces stopt	Onveiligheid → exposure
2. Gebruik respons als informatie	Meet en bespreek voortgang	ROM-feedbackgesprekken

3. Werk cyclisch en transparant	Plan-Do-Check-Act	Teamreflecties na casus
4. Creëer een lerend team	Deel successen en mislukkingen	Intervisie / supervisie
5. Benader comorbiditeit als context	Integreer i.p.v. uitsluiten	PTSS + depressie → geïntegreerde aanpak

Tabel 3: Samenvattende principes voor adaptieve traumazorg. Elk principe bevordert leren bij cliënt, behandelaar en team.