

De vragen van Zembla en de antwoorden van Psytrec

1. Verschillende deskundigen hebben kritische opmerkingen bij de behandelresultaten van PSYTREC. Kunnen jullie een nadere toelichting geven op jullie behandelresultaten?

PSYTREC heeft vanaf de start in 2015 geïnvesteerd in de evaluatie van de behandelresultaten. Patiënten worden voor, tijdens en na behandeling uitgebreid bevraagd met gevalideerde vragenlijsten en interviews. De resultaten van dit onderzoek worden vervolgens gepubliceerd in gerenommeerde *peer-reviewed* internationale tijdschriften. Zie voor een overzicht van 32 publicaties: <https://www.psytrek.nl/publicaties>. Onze behandeling duurt sinds 2022 twee tot vier dagen en het behandelresultaat van het afgelopen jaar (bijna 2000 patiënten) was dat na deze periode 80% niet meer voldeed aan de diagnostische criteria van PTSS. Daarmee is onze behandeling niet alleen zeer efficiënt, maar ook zeer effectief.

2. Verschillende deskundigen zijn kritisch op het wetenschappelijk onderzoek dat PSYTREC uitvoert omdat het hier niet gaat om gecontroleerde en gerandomiseerde studies. Dat maakt volgens hen, dat je op basis van dit soort onderzoek niet kan zeggen dat de effectiviteit van deze behandelmethode bewezen is. Wat is daarop jullie reactie?

Om de kwaliteit van onderzoek te waarborgen heeft PSYTREC een aparte onderzoeksafdeling waar hoogleraren, gepromoveerde onderzoekers en datamanagers de kwaliteit van het onderzoek bewaken. Daarnaast bieden we ook altijd ruimte aan promovendi.

De meeste van onze publicaties hebben een pre-post design. We zien dat mensen vaak geruime tijd klachten hebben voordat ze hun weg vinden naar een intensief behandeltraject, logisch ook omdat een intensieve behandeling volgens de richtlijn geen eerste keus behandeling is. Het is vrij onwaarschijnlijk dat wanneer mensen geruime tijd klachten ervaren, eerdere behandeling niet werkt, zij plots spontaan herstel ervaren. Er is ook een studie van Matthijssen et al. (2024) waarin zij gekeken hebben van screening tot aan de start van de behandeling wat er tot die tijd gebeurt met klachten. Zij concluderen: “Het ontbreken van een controlegroep beperkt de mogelijkheid om een causaal verband vast te stellen. Wanneer tussen de screening en intake, waarin geen behandeling plaatsvindt, er geen veranderingen in de symptomen vastgesteld worden, draagt dit bij aan de conclusie dat de behandeling zelf verantwoordelijk is voor de verandering.” Het klopt dus dat een RCT een gewenst design is om causale relaties te trekken. Echter, in de praktijk is een RCT niet altijd mogelijk.

Daarnaast hebben we een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd naar ons programma. Het betreft een grote gerandomiseerde klinische studie van ons 8-daagse behandelprogramma om de effectiviteit van bewegen in ons programma te toetsen (Voorendonk et al., 2023). Deze liet grote *effect-sizes* ($d=2.28$) zien en een zeer hoog verlies van diagnostische status (80% voor PTSS en 92% voor Complexe PTSS).

Tot slot is het zo dat er in de afgelopen jaren internationaal veel onderzoek van hoge kwaliteit is gedaan waarin intensieve behandeling van PTSS bijvoorbeeld direct vergeleken werd met het krijgen van geen behandeling of met reguliere niet-intensieve behandelingen van PTSS (bijv. Hoppen et al., 2023). Daaruit blijkt dat intensieve behandelingen even effectief zijn als reguliere behandeling, maar met veel minder uitval van patiënten.

Wij delen de mening dat RCT's de gouden standaard zijn en willen hier in de toekomst meer aan bijdragen. Tegelijkertijd zijn ook studies die rapporteren over behandelresultaten van grote waarde voor het klinische veld. De hoeveelheid data maakt de kans op een toevalsbevinding vrij onmogelijk, temeer omdat de resultaten ook in andere soortgelijke programma's worden gerepliceerd. De onderzoekers van PSYTREC zijn zeer actief in projecten ook buiten PSYTREC en op dit moment bijvoorbeeld ook betrokken bij onderzoek naar een directe vergelijking tussen intensief en niet intensief behandelen. Deze studie loopt nog en we zijn benieuwd naar de resultaten.

● Hoppen, T. H., Kip, A., & Morina, N. (2023). Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 95, 102684.

● Matthijssen, S. J. M. A., Menses, S. D. F., & Huisman-van Dijk, H. M. (2024). The effects of an intensive outpatient treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2341548.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2341548>

● Voorendonk, E.M., Sanches, S.A., Tollenaar, M.S., Hoogendoorn, E.A, de Jongh, A. & van Minnen, A. (2023). Adding physical activity to intensive trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder: results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 14:1215250. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1215250>

3. De deskundigen constateren beperkingen in de vragenlijsten die bij de effectiviteitsmetingen worden gebruikt. Zij stellen zij dat er bij de follow up, na de behandeling, geen zicht is op een groot deel van de cliënten, omdat zij niet meer meedoen aan het onderzoek. Wat is daarop jullie reactie?

Bij PSYTREC maken we voor de effectiviteitsmetingen gebruik van internationaal gevalideerde vragenlijsten en diagnostische interviews (bijv. de CAPS-5; de gouden standaard voor PTSS-diagnostiek). In de hierboven genoemde studie (Voorendonk et al., 2023) betrof de follow-up met de CAPS-5 6 maanden, maar er zijn ook studies waarbij na een jaar met de CAPS-5 follow-up werd gemeten (bijv. Kolthof et al., 2022). In klinisch onderzoek naar behandelingen zijn vaak niet alle patiënten bereikbaar voor follow-up metingen. Dat is een bekend fenomeen in de internationale literatuur en ook aan de orde in ons follow-up onderzoek. We proberen telkens te onderzoeken of het om selectieve uitval gaat, middels *sensitivity analyses*, en doen waar mogelijk de analyses *intention to treat*, dat wil zeggen dat in de analyses rekening gehouden wordt met het verlies van patiënten bij follow-up. Wij vinden het heel belangrijk om de effecten van onze behandeling zorgvuldig en ook op de lange termijn te blijven onderzoeken. Daarom zijn we vorig jaar gestart met een vijfjaars follow-up studie bij onze patiënten. Daarmee willen we nog beter inzicht krijgen in de bestendigheid van de behandelresultaten.

● Kolthof, K.A., Voorendonk, E.M., Van Minnen, A., De Jongh, A. (2022). Effects of intensive trauma-focused treatment of individuals with both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13:2, 2143076. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2143076>

4. Ondanks de geringe bewijskracht van het PSYTREC-onderzoek presenteert PSYTREC op haar website dat haar behandelmethode een bewezen effectief, wetenschappelijk onderbouwde en gevalideerde behandeling van PTSS is. a. Deskundigen zijn kritisch over deze claims. Wat is daarop jullie reactie? b. De manier waarop de behandeling en de resultaten door PSYTREC worden gepresenteerd zouden misleidend zijn, stellen zij. Wat is daarop jullie reactie?

a. Onze behandelmethodiek combineert evidence-based therapieën (EMDR en Prolonged Exposure). Beide zijn internationaal erkend als “treatment of choice” in behandelrichtlijnen voor PTSS van onder meer de WHO, ISTSS (International Society of Traumatic Stress Studies), het Amerikaanse ministerie van Defensie en de Nederlandse Zorgstandaard Psychotrauma en Stressor gerelateerde stoornissen en de Multidisciplinaire richtlijn PTSS https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/startpagina_ptss.html).

b. Wij communiceren dat onze aanpak wetenschappelijk onderbouwd is, omdat we deze behandelingen intensief combineren en uitgebreid hebben onderzocht. We hechten eraan transparant te zijn over onze resultaten en publiceren deze in wetenschappelijke tijdschriften. Wij voelen ons hierin gesteund door de Multidisciplinaire richtlijn PTSS waarin een aparte paragraaf is gewijd aan de Intensivering Psychotherapie behandeling PTSS, daarin wordt o.a. gesteld:

● In de afgelopen 15 jaar is er in Nederland een toename van het aanbod van intensieve verwerkingsgerichte behandeling. Gesterkt door positieve ervaringen in Nederland met betrekking tot de effectiviteit en haalbaarheid van het behandelen van PTSS in intensieve vorm, hebben verschillende GGZ aanbieders een intensief aanbod voor de behandeling van PTSS ontwikkeld.

● De werkgroep beveelt verdere implementatie van deze intensieve verwerkingsgerichte behandelingen aan, zodat patiënten met PTSS (ongeacht co-morbide problematiek en woonplek) de mogelijkheid hebben voor een intensieve traumabehandeling te kiezen.

● Uit het beschikbare bewijs komt geen verschil in effectiviteit met gespreide behandeling, terwijl intensievere behandelprogramma's een kortere tijdsduur en lagere uitval hebben. Patiënten ervaren deze behandelingen als zwaar maar de moeite waard, en de kosteneffectiviteit is vergelijkbaar met wekelijkse behandelingen.

5. PSYTREC doet sinds haar bestaan onderzoek. Waarom heeft PSYTREC geen gerandomiseerd en gestandaardiseerd onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van haar behandelmethode?

Zoals eerder genoemd heeft PSYTREC een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd naar het 8-daagse behandelprogramma (Voorendonk et al., 2023), naast een groot aantal observationele studies waarin de effectiviteit van ons behandelmodel is onderzocht. We onderkennen zoals eerder gezegd dat RCT's de gouden standaard zijn voor effectonderzoek. Tegelijkertijd zijn dit zeer kostbare en tijdsintensieve onderzoeken, waardoor ze binnen de GGZ maar beperkt worden uitgevoerd. Bovendien zijn er in de klinische praktijk ook praktische en ethische uitdagingen, bijvoorbeeld wanneer het uitvoeren van RCT's betekent dat patiënten langere tijd op behandeling moeten wachten en niet mogen kiezen voor hun voorkeursbehandeling. Onze ambitie blijft echter wel om dit type onderzoek verder uit te breiden. Daarom hebben en zoeken wij nadrukkelijk samenwerking met academische en/of klinische partners, zoals bij lopende projecten in samenwerking met onder andere ARQ, Amsterdam UMC, Altrecht GGZ en de Hoop GGZ. Op die manier willen we bijdragen aan het verder versterken van kennis rondom de behandeling van psychotrauma en specifiek (C)PTSS.

6. De deskundigen stellen vast dat PSYTREC niet of nauwelijks onderzoek doet naar de mensen die bij PSYTREC behandeld zijn en voor wie de behandeling niet heeft gewerkt of na behandeling zijn verslechterd. Zij doen een oproep aan PSYTREC om echt specifiek onderzoek te doen naar de groep waarvoor de behandeling niet of averechts heeft gewerkt. Wat is daarop jullie reactie?

In het traumaveld zijn we er nog steeds niet achter wat predictoren zijn voor behandel succes, hier doen we continu onderzoek naar, zowel in het veld in de breedte, als bij PSYTREC. We hebben recent een studie gepubliceerd over het aanhouden van restklachten na succesvolle behandeling (Wesseling et al., 2025). Ook uit internationaal onderzoek blijkt dat veel mensen, ondanks dat ze niet meer aan de diagnose van PTSS voldoen, toch restklachten blijven houden. We besteden expliciet aandacht aan patiënten die minder profiteren. We erkennen dat niet iedereen volledig herstelt en zien het als een belangrijke opdracht om in ons onderzoek juist ook deze groep verder in beeld te brengen. Wij streven er naar om al onze patiënten met de grootste zorgvuldigheid en professionaliteit te

behandelen. Tot nu toe zijn we helaas nog niet in staat om 100% van de mensen beter te maken. Ons streven blijft om zo veel mogelijk mensen zo goed mogelijk te helpen.

● Wesseling, F.A.M., Voorendonk, E.M., Rozendaal, L. & De Jongh, A. (2025). Symptom retention after successful intensive trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 16:1, 2537546. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2537546>

7. Deskundigen stellen dat PSYTREC haar cliënten te weinig maatwerk levert en onvoldoende kijkt naar de achtergrond van de cliënt en onvoldoende onderzoekt of de behandelmethode wel past bij de cliënt. Wat is daarop jullie reactie?

Tot op de dag van vandaag weten we niet welke traumabehandeling beter werkt voor welke patiënt. In onderzoek is enkel bekend wat de effecten van een bepaald type behandeling zijn, maar niet voor wie ze specifiek beter werken.

Voorafgaand aan de behandeling doorloopt iedere patiënt een uitgebreid intakeproces. Hierin wordt zorgvuldig gekeken of ons behandelprogramma passend is, of er voldoende commitment is aan het intensieve behandelprogramma, of iemand in staat is om ons intensieve behandelprogramma te volgen en vol te houden of dat andere zorg beter passend is. Ons programma is intensief en gestandaardiseerd, maar wordt wel degelijk gepersonaliseerd. In overleg met de patiënt en het team worden er regelmatig aanpassingen gemaakt in het behandelprogramma.

8. De behandeling zou volgens deskundigen voor een te groot deel van de patiënten niet werken of zelfs schade opleveren. Wat is daarop jullie reactie?

Onze instelling is vaak een laatste plek waar behandeling wordt gezocht. Men heeft dan al veel verschillende behandelingen geprobeerd die niet zijn aangeslagen. Het grootste deel van onze cliënten is verwezen door andere instellingen. Het is niet zeldzaam dat mensen al tien jaar in therapie zijn geweest voordat ze bij ons komen. Sommigen hebben zich zelfs al aangemeld bij het Expertisecentrum Euthanasie wanneer ze zich bij ons aanmelden. Toch proberen wij in de meeste gevallen te kijken wat wij voor deze mensen kunnen betekenen.

Wij vinden het heel belangrijk om zorgvuldig te monitoren of onze behandeling voor sommige patiënten mogelijk niet werkt of zelfs schade kan opleveren. Uit onze data blijkt dat een klein percentage patiënten (gemiddeld 1,5–2%) na behandeling een klinisch significante verslechtering ervaart. In elke behandeling is het mogelijk dat er verslechtering plaatsvindt. Dat kan tijdelijk van aard zijn en voor, tijdens en/of na de behandeling plaatsvinden. We nemen deze

signalen van verslechtering uiterst serieus en kijken, samen met de patiënt, wat we kunnen betekenen. Bijvoorbeeld een verlenging van de behandeling of verwijzing voor andere zorg.

Wij monitoren verslechtering continu en gebruiken de inzichten om onze zorg verder te verbeteren. We beseffen ons goed dat, hoewel uit de meest recente cijfers blijkt dat na de behandeling circa 80% van de patiënten niet langer voldoet aan de diagnostische criteria voor PTSS, 20% van de patiënten niet profiteert van de behandeling. Ook weten we dat niet alle klachten bij iedereen volledig verdwijnen (Wesseling et al., 2025). Dat is een belangrijk aandachtspunt voor onze verdere ontwikkeling.

9. Deskundigen zetten vraagtekens bij de geschiktheid van de PSYTREC-behandelingsmethode voor een deel van de mensen met vroegkinderlijke trauma's en/of dissociatieve identiteitsstoornissen (DIS). Wat is daarop jullie reactie?

Wij herkennen dat mensen met vroegkinderlijke trauma's en/of dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) tot een zeer kwetsbare doelgroep behoren en dat intensieve behandelingen bij hen altijd zorgvuldige monitoring vragen. Daarom onderzoeken wij dit thema actief. Zo vonden wij bijvoorbeeld dat intensieve behandeling ook effectief is bij patiënten met vroegkinderlijk seksueel misbruik (Wagenmans et al., 2018). Ook vonden we dat dissociatieve klachten de uitkomst van de behandeling niet in de weg hoeven te staan (Zoet et al., 2018; 2021). Dit sluit aan bij een meta-analyse in het onderzoeksveld, waaruit bleek dat dissociatie geen negatieve voorspeller is voor het effect van behandeling bij PTSS (Hoeboer et al., 2020). Daarnaast hebben we recent een grote studie uitgevoerd bij 1661 patiënten met PTSS, waarvan een deel een indicatie voor DIS had op basis van screeningsvragen en een cut-off op de Dissociative Experiences Scale-II (DES-II), een zelfrapportagevragenlijst naar dissociatieve ervaringen. De resultaten lieten zien dat beide groepen – PTSS mét en PTSS zonder indicatie voor DIS – sterk verbeterden en dat er geen significante verschillen waren in behandeluitkomsten of risico op verslechtering. Het manuscript is onder review bij een internationaal tijdschrift. Wij vinden het belangrijk om deze doelgroep zorgvuldig te blijven volgen en onze behandelingen voortdurend te evalueren en verbeteren.

● Hoeboer, C. M., de Kleine, R. A., Molendijk, M. L., Oprel, D. A. C., Schoorl, M., Mouthaan, J., Van der Does, W., Van Minnen, A., & Hendriks, G.-J. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(3), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>

● Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD, *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, 1430962, DOI: 10.1080/20008198.2018.1430962

● Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1468707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468707>

● Zoet, H. A., de Jongh, A., & van Minnen, A. (2021). Somatoform dissociative symptoms have no impact on the outcome of trauma-focused treatment for severe PTSD. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), 1553.

10. Deskundigen zijn kritisch over het zelf regelen van nazorg, wat door PSYTREC van cliënten verwacht wordt. Zij stellen dat het problematisch is dat de behandelingsmethode niet is ingebed in een langduriger programma waarin cliënten indien nodig sowieso ook verdere begeleiding krijgen. Wat is daarop jullie reactie?

In het verleden was een voorwaarde voor behandeling bij PSYTREC dat cliënten na het behandeltraject nazorg kregen bij hun huidige of een andere zorgaanbieder. Echter, de meeste patiënten ervaren na behandeling een significante vermindering van klachten en/ of een verschuiving van hun klachtenbeeld, waardoor nazorg niet per definitie nodig is. We adviseren deze mensen na de behandeling dan ook om niet opnieuw in zorg te gaan, maar om op een later moment te kijken of en zo ja welke hulp of zorg nog nodig is. Bij patiënten bij wie klachten persisteren, verergeren of onvoldoende verminderd zijn, kijken we in eerste instantie of verlenging van de behandeling zinvol is.

Hoewel we de eigen regie van de patiënt zeer belangrijk vinden en patiënten ook als dusdanig willen benaderen, denken we zeker mee over mogelijkheden voor vervolgzorg. We adviseren vervolgzorg op maat. Dit kan psychische hulpverlening zijn, maar een deel van de groep is beter geholpen met ondersteuning in het sociaal domein. Waar nodig en mogelijk werken we daarbij samen met andere zorgaanbieders. Hier zullen wij in de toekomst opnieuw extra aandacht aan besteden.

Uiteraard moeten wij voor de groep mensen, waarbij voor of na de behandeling blijkt dat nazorg nodig is helpen deze te organiseren.

11. Oud-cliënten die we spreken bij wie de behandeling niet heeft gewerkt, of zelfs tot meer klachten heeft geleid, geven aan het gevoel te hebben dat het hun schuld is dat de behandeling niet effectief is geweest vanwege de grote focus op vermijding tijdens de behandeling. Wat is daarop uw reactie?

Het niet slagen van een behandeling of onvoldoende behandelresultaat is nooit de schuld van de patiënt. Wij zullen deze terugkoppeling meenemen in onze evaluatie en bij mensen waarbij de behandeling onvoldoende of geen effect heeft, zullen we hier in de toekomst extra bij stil staan.

12. Verschillende mensen die een behandeling bij PSYTREC hebben doorlopen geven aan bij PSYTREC melding te hebben gemaakt van klachten dat het niet goed met hen ging, maar daar geen respons op hebben gekregen. Wat is daarop uw reactie?

Algemeen beleid is dat wij klachten en vragen van patiënten actief oppakken. PSYTREC monitort daarnaast voortdurend de mate van tevredenheid van patiënten. Om structureel zicht te houden op de ervaringen van patiënten gebruiken wij de Consumer Quality Index (CQI), een gestandaardiseerde vragenlijst die wij een week na de behandeling afnemen. In 2023 gaven patiënten PSYTREC gemiddeld een 8,4.

Tegelijkertijd zien wij ook dat er patiënten zijn die niet tevreden zijn of die zelfs met meer klachten de behandeling afsluiten (in 2023 betrof dit 1,6%). Dat vinden we belangrijk om te weten en wij monitoren dit nauwkeurig, juist om onze zorg steeds verder te verbeteren. Uit onze analyses over 4100 patiënten (2019–2023) blijkt dat slechts een kleine minderheid (circa 3%) echt ontevreden is (score lager dan 6 op CQI). Opvallend is bovendien dat een deel van de patiënten die niet volledig herstelt, toch tevreden is over de behandeling (gemiddelde CQI-score 8,1). Zie onderstaande matrix.

Kortom: het beeld is dat de grote meerderheid van patiënten positief is over hun behandeling bij PSYTREC, maar wij erkennen dat dit niet voor iedereen geldt. Juist daarom willen we blijven leren van de ervaringen van patiënten en nemen we elk signaal van ontevredenheid serieus. Naar aanleiding van eerdere signalen hebben wij extra psychologen-sprekuren ingericht, zodat patiënten vragen direct met een behandelaar kunnen bespreken.

13. Zowel oud-cliënten als deskundigen stellen dat PSYTREC niet openstaat voor kritische gesprekken: er is geen of nauwelijks ruimte voor kritische reflectie op jullie behandelmethode. Wat is daarop jullie reactie?

Wij vinden kritische reflectie en dialoog essentieel voor de kwaliteit van zorg en onderzoek. Daarom presenteren wij onze resultaten regelmatig op (inter)nationale congressen, publiceren wij in peer-reviewed tijdschriften en gaan wij actief in gesprek met collega's in het veld. Ook ontvangen wij met regelmaat professionals van andere instellingen die onze aanpak van dichtbij komen bekijken. Daarnaast delen wij onze werkwijze en onderzoeksresultaten publiekelijk via social media en wetenschappelijke netwerken, zodat onze data en bevindingen voor iedereen toegankelijk zijn. Kritiek en vragen nemen wij serieus en gebruiken wij om onze zorg verder te verbeteren. Uiteraard nemen wij ook de signalen vanuit de uitzending van Zembla mee om onze zorg voor patiënten te verbeteren en staan wij open voor gesprek met zowel oud-cliënten als deskundigen.

14. Klopt het dat cliënten een boete moeten betalen als zij voortijdig stoppen met de behandeling. Zo ja, waarom?

Net als veel andere zorginstellingen hanteren wij een vooraf gecommuniceerde afzegtermijn en een vast bedrag bij niet-tijdig afzeggen of niet verschijnen. Het rekenen van een dergelijk no-show tarief is gebruikelijk. Belangrijk is dat wij altijd redelijkheid en maatwerk toepassen. Als er zwaarwegende persoonlijke of onvoorziene omstandigheden zijn, houden wij daar rekening mee. Ons doel is niet het innen van het no-show tarief, maar het zorgvuldig inzetten van schaarse behandelcapaciteit.

15. In onze uitzending komt ook de zus van een voormalige cliënt aan het woord. We kunnen ons goed voorstellen dat het voor jullie lastig is om, vanwege het medisch beroepsgeheim, uitspraken te doen over individuele casuïstiek. Daarom stellen we, in het kader van wederhoor, onze vragen in algemene zin. Ter achtergrond melden we hierbij om wie het gaat: Arend (cliënt in 2023) en zijn zus Hilke Vermeulen. a. Er is volgens nabestaanden ondanks signalen over suïcide en voorbereidingen daartoe kort voor aanvang van de behandeling met traumabehandeling gestart. Door PSYTREC zou er niet voldoende op deze signalen zijn gereageerd, wat volgens hen op basis van de 'Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde

stoornissen' wel had moeten. In deze zorgstandaard staat immers: 'Van ernstige, acute suïcidaliteit is sprake als er suïcidale gedachten zijn met serieuze intentie om dood te gaan, zich uitend in een specifiek suïcideplan en recent voorbereidend gedrag daartoe of als er in de afgelopen drie maanden een suïcidepoging is gedaan. In dat geval moeten eerst interventies uitgevoerd worden gericht op het verlagen van het suïciderisico voordat met de traumagerichte behandeling kan worden begonnen.' Wat is daarop jullie reactie? b. Nabestaanden vinden dat er geen echte reflectie door PSYTREC heeft plaatsgevonden op wat er is gebeurd. Waarom is er, in het contact met de nabestaanden, voor gekozen om name te refereren aan eigen onderzoeken waaruit zou blijken dat de behandelmethode veilig en effectief is? c. Heeft PSYTREC deze suïcide meegenomen in de cijfers over de behandelresultaten?

15.a. PSYTREC besteed structureel aandacht aan signalen van mogelijke suïcidaliteit

Bij PSYTREC wordt bij iedere patiënt tijdens de intake, behandeling en het slotgesprek structureel aandacht besteed aan signalen van mogelijke suïcidaliteit. Conform de geldende richtlijnen worden hierbij meerdere instrumenten gebruikt, zoals de Suïcidal Ideation Attributes Scale (SIDAS), naast

uitgebreide diagnostiek door de regiebehandelaar. Met deze combinatie proberen wij een zorgvuldig beeld te vormen van de ernst en aard van eventuele suïcidaliteit.

Wanneer sprake is van acute suïcidaliteit, wordt altijd eerst ingezet op interventies die het risico verlagen, alvorens te starten met traumabehandeling. Bij minder acute of meer gecontroleerde vormen van suïcidaliteit wordt samen met de patiënt gekeken of behandeling veilig kan plaatsvinden, en welke aanvullende afspraken nodig zijn voor zorgvuldige monitoring en ondersteuning.

PSYTREC volgt hiermee de Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Er wordt telkens opnieuw beoordeeld of de ernst van de suïcidaliteit zodanig is dat traumabehandeling verantwoord kan plaatsvinden. Deze zorgvuldigheid is leidend in onze werkwijze.

Uiteraard wordt ook als er tijdens de behandeling signalen van suïcidaliteit worden waargenomen, deze serieus genomen, uitgevraagd, gemonitord en besproken met het team en de regiebehandelaar.

15.b. Ondanks mogelijk aanwezige hoge suïcidaliteit wordt bij sommige patiënten toch met traumagerichte behandeling begonnen

Een hoge mate van suïcidaliteit wordt in veel gevallen gezien als (een uiting van) comorbide problematiek. Wanneer dit het geval is dan is het uitgangspunt dat wij ons samen met de patiënt zo snel mogelijk richten op het desensitiseren van de traumatische herinneringen (de oorzaak) die ten grondslag liggen aan de suïcidaliteit (het gevolg). Door de kern van de problematiek aan te pakken, verminderen in de regel ook de gevolgen/uitingen daarvan. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten succesvol kunnen herstellen van PTSS ondanks de aanwezigheid van comorbide aandoeningen en aanwezige suïcidaliteit (zie review Burbach et al., 2024). Eveneens blijkt uit onderzoek dat onze behandeling van PTSS een positief gevolg heeft op comorbide problematiek: deze neemt af of verdwijnt (bijv. Kolthof et al., 2022; Paridaen et al., 2023; Van Toorenburg et al., 2020; Zoet et al., 2021). Uiteraard vindt behandeling plaats onder zorgvuldige monitoring, met oog voor risico's en veiligheid.

● Burbach, L., Brémault-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2024). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A state-of-the-art review. *Current Neuropharmacology*, 22(4), 557–635. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230428091433>

● Paridaen, P., Voorendonk, E.M., Gomon, G., Hoogendoorn, E.A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2023). Changes in comorbid depression following intensive trauma-focused treatment for PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2):2258313. doi: 10.1080/20008066.2023.2258313.

● Van Toorenburg, M. M., Sanches, S. A., Linders, B., Rozendaal, L., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2020). Do emotion regulation difficulties affect outcome of intensive trauma-focused treatment of patients with severe PTSD? *European Journal of Psychotraumatology*, 11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1724417>

15.c PSYTREC neemt suïcides niet mee in de cijfers over de behandelresultaten, wel in onze wetenschappelijke publicaties als serious adverse events.

In zijn algemeenheid worden suïcides meestal *niet* opgenomen in behandelresultaten, omdat:

- Het gaat om een zeldzame, maar zeer ingrijpende uitkomst.
- Het is geen valide maat voor de effectiviteit van een behandeling
- Indien we publiceren over data waarin een suïcide tijdens de behandeling heeft plaatsgevonden, wordt dit vanzelfsprekend benoemd in onze publicaties als SAE's (serious adverse events).

Vragen Zembla en de antwoorden van Psytrec II

1. Waarom gebruikt Psytrec tijdens exposure in vivo-sessies hulpmiddelen als seksuele attributen en (nep)wapens en geluiden, en laten behandelaars de cliënten bepaalde houdingen aannemen, bijvoorbeeld de posities waarin zij verkracht zijn?

Bij PSYTREC behandelen we mensen met ernstige trauma's, zoals slachtoffers van seksueel geweld of oorlogsgeweld. Een bewezen effectieve behandelvorm hierbij is exposuretherapie (Foa & Kozak, 1986; Powers et al., 2010). Deze bestaat uit:

- Imaginaire exposure, waarbij patiënten hun meest belastende herinneringen levendig en in detail oproepen en onder woorden brengen.
- Exposure in vivo, waarbij zij in een veilige setting worden geconfronteerd met concrete, vermeden traumagerelateerde stimuli of situaties die in het dagelijks leven spanning oproepen, zoals geluiden, geuren, attributen of bepaalde lichaamshoudingen (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

Bij PTSS is vaak sprake van klassieke conditionering: neutrale stimuli (bijvoorbeeld een mes, een geluid of een lichaamshouding) zijn tijdens het trauma gekoppeld aan intense angst en dreiging (Rescorla & Wagner, 1972). Vermijding van deze stimuli bevestigt en versterkt de angst, en voorkomt dat correctieve leerervaringen plaatsvinden (Ehlers & Clark, 2000). Veel patiënten vermijden jarenlang dergelijke prikkels of situaties, zoals geen scherpe messen in huis hebben, niet op hun rug willen liggen bij medische onderzoeken of bij de tandarts, of geen yoga- of sportoefeningen op de rug durven doen.

Het doel van exposure is dat het angstnetwerk wordt geactiveerd en dat de verwachte catastrofale gevolgen getoetst kunnen worden. Omdat die uitblijven, ontstaat een mismatch tussen verwachting en werkelijkheid, wat leidt tot inhibitorisch leren: nieuwe, veilige associaties worden sterker en oude angst associaties verzwakken (Craske et al., 2014; Ehlers & Clark, 2000). Zo leren patiënten dat zij spanning kunnen verdragen en dat de dreiging van het verleden niet langer in het heden aanwezig is.

De hulpmiddelen die in sessies worden gebruikt – zoals (nep)wapens, geluiden, seksuele attributen of specifieke lichaamshoudingen – zijn daarbij nooit een doel op zich, maar zorgvuldig gekozen om de dagelijkse realiteit van de patiënt na te bootsen. Een mes kan bijvoorbeeld zowel een trigger zijn als een gebruiksvoorwerp in de keuken, en een liggende houding kan zowel aan het trauma herinneren als een neutrale of ontspannende positie zijn in bed, tijdens een medisch onderzoek, bij de tandarts, in de sportschool of bij de yogales.

Door in een veilige, gecontroleerde setting onder begeleiding van ervaren psychologen met deze hulpmiddelen of houdingen te oefenen, ervaren patiënten dat deze stimuli op zichzelf niet gevaarlijk zijn. Dit proces helpt de koppeling tussen traumatisch verleden en huidige werkelijkheid te doorbreken, waardoor zij in het dagelijks leven meer regie, vertrouwen en veiligheid terugwinnen.

- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>

● Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>

● Rescorla, R. A., & Wagner, A. R. (1972). *A theory of Pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement*. In A. H. Black & W. F. Prokasy (Eds.), *Classical conditioning II: Current research and theory* (pp. 64–99). Appleton-Century-Crofts.

2. Deskundigen beschouwen dit als (ethisch) grensoverschrijdend. Wat is jullie reactie daarop?

We begrijpen dat het gebruik van dergelijke hulpmiddelen confronterend of ongemakkelijk kan klinken. Toch gaat het hier niet om willekeurige of grensoverschrijdende handelingen, maar om een wetenschappelijk onderbouwde traumabehandeling die in internationale richtlijnen wordt aanbevolen, waaronder de meest recente multidisciplinaire richtlijn voor trauma- en stressorgerelateerde stoornissen (Federatie Medisch Specialisten, 2025) en die van het Amerikaanse Ministerie van Defensie (VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder, 2023). Het inzetten van dergelijke traumagerelateerde stimuli is zorgvuldig ingebed in exposure therapie en heeft als doel vermijding te doorbreken, catastrofale verwachtingen te toetsen en ruimte te maken voor herstel. Dit gebeurt op een veilige en voorspelbare wijze, onder begeleiding van ervaren psychologen, en afgestemd op de draagkracht van de patiënt. Voor veel patiënten vormt dit vaak een keerpunt in hun herstel: zij ervaren dat de gevreesde rampen uitblijven en dat zij opnieuw regie over hun leven krijgen.

● Federatie Medisch Specialisten. (2025). *Multidisciplinaire richtlijn posttraumatische stressstoornis (PTSS)*.
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/ptss/startpagina_ptss.html

● U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense. (2023). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*.
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoD-CPG-PTSD-Full-CPG.pdf>

3. Wordt voorafgaand aan een exposure in vivo-sessie uitgelegd, en concreet met de cliënt doorgesproken, welke attributen en geluiden tijdens de sessie worden ingezet en hoe, en welke houdingen de cliënt eventueel moet innemen? Wordt de instemming van de cliënt hiervoor gevraagd?

Uiteraard wordt voorafgaand aan iedere exposure in vivo-sessie zorgvuldig en concreet met de patiënt besproken welke traumagerelateerde stimuli – zoals attributen, geluiden of lichaamshoudingen – mogelijk worden ingezet, op welke manier dit gebeurt en met welk doel. Dit sluit aan bij het principe dat exposure alleen effectief kan zijn wanneer de patiënt voldoende voorbereiding en voorspelbaarheid ervaart (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

Daarnaast wordt altijd expliciet om toestemming gevraagd en wordt vastgesteld of de patiënt met de gekozen aanpak kan instemmen (informed consent). Het betrekken van de patiënt bij het maken van keuzes over de sessie is essentieel, omdat de effectiviteit van exposure mede afhangt van de bereidheid van de patiënt om zich aan de confrontatie met vermeden stimuli bloot te stellen (Powers et al., 2010).

De behandeling is dus een samenwerkingsproces waarin de regie nadrukkelijk bij de patiënt ligt. Exposure wordt nooit opgelegd, maar gebeurt uitsluitend met bewuste instemming en afgestemd op wat iemand op dat moment kan verdragen (Ehlers & Clark, 2000).

4. Wij horen van ex-clienten en behandelaren dat het uitleggen en doorspreken van de inzet van specifieke hulpmiddelen, en het daarvoor vragen om toestemming van de cliënt, in verschillende gevallen niet gebeurt. Wat is daarop jullie reactie?

Wij herkennen ons hier niet in. Het uitgangspunt bij PSYTREC is dat iedere patiënt vooraf duidelijkheid krijgt en dat er alleen gewerkt wordt met traumagerelateerde stimuli, zoals materialen, geluiden, of bepaalde lichaamshoudingen, waarmee de patiënt expliciet instemt. Mocht dit in een individueel geval anders zijn verlopen, dan is dat niet de bedoeling. Dit is namelijk niet conform de visie bij PSYTREC.

5. Verschillende ex-clienten geven aan dat als ze tijdens sessies aangaven niet door te willen gaan of niet meer in staat waren aan te geven te willen stoppen, of aangaven dat het niet goed met ze gaat, er door de behandelaar toch werd doorgezet om vermijding te doorbreken. Klopt dat?

Het doorbreken van vermijdingsgedrag is een essentieel onderdeel van exposuretherapie, maar daarbij staat de autonomie van de patiënt altijd voorop. Wanneer een patiënt aangeeft te willen stoppen, wordt dit gerespecteerd. In dat moment verkent de behandelaar samen met de patiënt of er eventueel nog een kleine vervolgstap haalbaar is, juist omdat vermijding een kernsymptoom van PTSS is en onderdeel van de behandeluitdaging vormt.

De uiteindelijke beslissing ligt echter altijd bij de patiënt zelf: hij of zij bepaalt of de sessie wordt voortgezet of beëindigd. Dit principe is fundamenteel, omdat exposure alleen effectief kan zijn wanneer de patiënt zich bewust committeert aan het proces en zich voldoende veilig voelt om de confrontatie aan te gaan.

Mocht er in individuele gevallen sprake zijn geweest van een andere ervaring, dan is dat zeer waardevolle feedback. Alleen door dergelijke signalen serieus te nemen en te onderzoeken, kunnen we blijven leren en onze werkwijze verder verbeteren. Doorgaan tegen de expliciete wens of grenzen van een patiënt in, past niet bij de visie en behandelpraktijk van PSYTREC.

Nota bene. Deze visie sluit aan bij de beroepscode voor psychologen (NIP) en bij de nationale en internationale richtlijnen voor traumabehandeling, waarin informed consent en zorgvuldige afstemming met de patiënt leidend zijn.

6. Dat een sessie toch wordt doorgezet nadat een cliënt heeft aangegeven te willen stoppen, beschouwen deskundigen als grensoverschrijdend. Volgens hen geldt zowel binnen de somatische als de psychische zorg dat als een patiënt aangeeft te willen stoppen, met de behandeling of een onderdeel daarvan, dat moet worden gerespecteerd. Wat is daarop jullie reactie?

Daar zijn wij het volledig mee eens. Als een patiënt aangeeft niet door te willen gaan, dient dit te allen tijde te worden gerespecteerd. Onze therapeuten zijn er in getraind om steeds zorgvuldig te balanceren tussen het uitdagen van vermijding en het bewaken van veiligheid en autonomie. Dit is een kernprincipe binnen evidence based traumabehandeling en sluit zoals eerder gezegd aan bij de beroepscode voor psychologen en de geldende nationale en internationale richtlijnen.

7. Klopt het dat, in de suïcide-casus die we eerder hebben voorgelegd, deze suïcide niet is gemeld bij de IGJ? Zo ja, waarom niet?

Wij houden ons aan de wettelijke verplichtingen rondom melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Wanneer een gebeurtenis meldingsplichtig is, wordt dit uiteraard gemeld.

Aanvullend antwoord van Psytrec op deze vraag:

Wij begrijpen dat er vragen leven over de melding van deze suïcide. Uit respect voor de privacy van betrokkenen en conform geldende wet- en regelgeving doen wij geen uitspraken over individuele casussen.

Wel benadrukken wij dat wij ons strikt houden aan de wettelijke verplichtingen rondom meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Wanneer een gebeurtenis meldingsplichtig is, wordt dit vanzelfsprekend gemeld.