

# Rapport Snelle Interventies Langdurige Impact

Karbouniaris & Van Os, 2025

## Inleiding

In Nederland groeit de belangstelling voor kortdurende, hoogintensieve traumabehandelingen, ofwel Hoog Intensieve Trauma Therapie (HITT) – zoals behandelprogramma's met meerdere blokken EMDR, exposure en lichaamsgerichte interventies binnen enkele dagen. Deze behandelingen beloven snelle resultaten en een kortere wachttijd, wat aantrekkelijk klinkt in een tijd van overbelaste GGZ-systemen. Tegelijkertijd nemen de zorgen toe over de geschiktheid van zulke trajecten voor mensen met complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS), dissociatieve klachten en vroegkinderlijk trauma. Wat als de behandeling die juist helend zou moeten uitwerken leidt tot toegenomen ontregeling en hertraumatisering?

## De survey

*Snelle Interventies, Langdurige Impact* is opgezet om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van cliënten met dit type behandeling. Wat hebben zij als helpend ervaren, waar liepen ze tegenaan, en wat kan beter? Door systematisch het cliëntperspectief in kaart te brengen, wil dit rapport bijdragen aan bewustwording, betere indicatiestelling en behandeling op maat. De uitkomsten zijn relevant voor behandelaren, verwijzers, beleidsmakers, peer support initiatieven en cliëntenorganisaties, en bieden waardevolle input voor het verbeteren van huidige praktijk én het ontwikkelen van meer traumasensitieve zorg.

## Doel van de vragenlijst

Het primaire doel van deze survey is om inzicht te krijgen in de ervaringen van cliënten met kortdurende intensieve traumabehandelingen in Nederland. Op basis daarvan worden knelpunten en verbeterpunten geïdentificeerd, zodat we hier lering uit kunnen trekken. Een belangrijk secundair doel is dat behandelingen beter afgestemd kunnen worden op de behoeften van cliënten met een complexe traumageschiedenis.

## Methoden

Voor deze survey is een online vragenlijst uitgezet via het platform *Castor*. Deelnemers zijn geworven via het eigen netwerk, via oproepen op sociale media en platforms waar ervaringen met traumabehandeling worden gedeeld.

De vragenlijst bevatte zowel gesloten als open vragen over o.a. de aanmeldreden, betrokkenheid van behandelaren, ervaren effect op korte en langere termijn (6 en 12 maanden na afloop), eventuele ervaren nadelen, verbeter suggesties en behoefte aan vervolgzorg. De schaalvragen maakten gebruik van een vijf puntsschaal. Met 6 deelnemers zijn aanvullende diepte-interviews gehouden om de ervaringen te contextualiseren.

Rekening moet worden gehouden met mogelijke zelfselectie van respondenten: mensen met uitgesproken positieve of negatieve ervaringen zullen eerder geneigd zijn deel te nemen. De resultaten geven om die reden vooral een indicatief beeld van de ervaren impact van deze behandelmethode bij een groep mensen met complexe trauma's.

## Ethische toetsing

Het onderzoek is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetscommissie NedMec en is als niet-WMO plichtig onderzoek bevonden. Uit voorzorg is bij de meeste vragen ruimte gelaten om er niet op te reageren en zijn deelnemers gewezen op online informatie en support, bij Traumanet.nl en Psychosenet.nl.

## Wie vulden de vragenlijst in?

In de periode van 23 april tot en met 22 mei 2025 vulden 124 deelnemers de vragenlijst anoniem en online in. De meerderheid van de respondenten is vrouw (88%), terwijl slechts één op de twaalf een man is. De gemiddelde leeftijd is 44 jaar.

Aanvullend op de vragenlijst zijn met 6 deelnemers diepte-interviews gehouden in juni 2025.

## Resultaten

### Diagnoses en hulpvraag

De meest genoemde diagnose onder de respondenten was 56% posttraumatische stressstoornis (PTSS) en 73% complex PTSS. Aanvullend werden ook depressie (33%), dissociatie (22%), persoonlijkheidsproblematiek (21%), eetstoornis (15%), angstklachten (14%) en psychose (1%) genoemd.

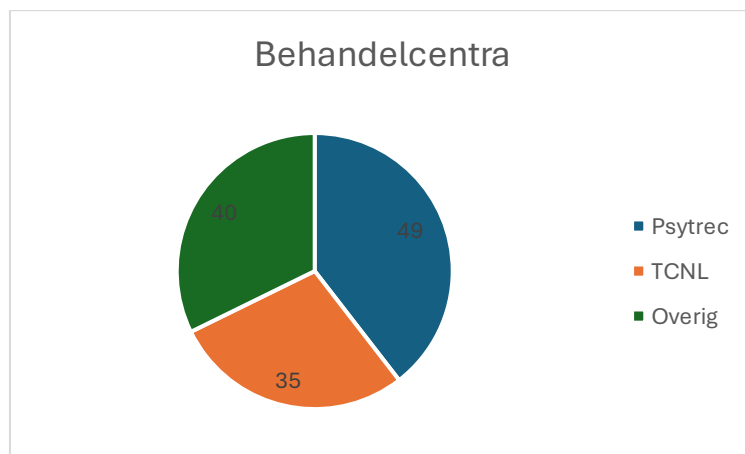
De hulpvragen die deelnemers noemen zijn als volgt gecategoriseerd:

1. Verminderen van PTSS-klachten, zoals herbelevingen en nachtmerries
2. Traumaverwerking na ernstige gebeurtenissen, zoals seksueel misbruik, mishandeling en verlieservaringen
3. Functioneren in het dagelijks leven verbeteren, zoals in sociale contacten en werk
4. Behandeling elders is vastgelopen
5. Secundaire klachten, zoals omgaan met dissociatie, depressie en middelengebruik

### Behandeltraject

#### Behandelcentra

Een merendeel van de deelnemers (n=49) had minstens een behandelervaring bij Psytrec, gevolgd door Traumacentrum Nederland (n=35). Daarnaast hadden 40 deelnemers ervaringen met hoogintensieve kortdurende traumabehandelingen in overige centra waaronder bij ARQ Centrum '45 en Propersona.



### *Periode en duur van de behandeling*

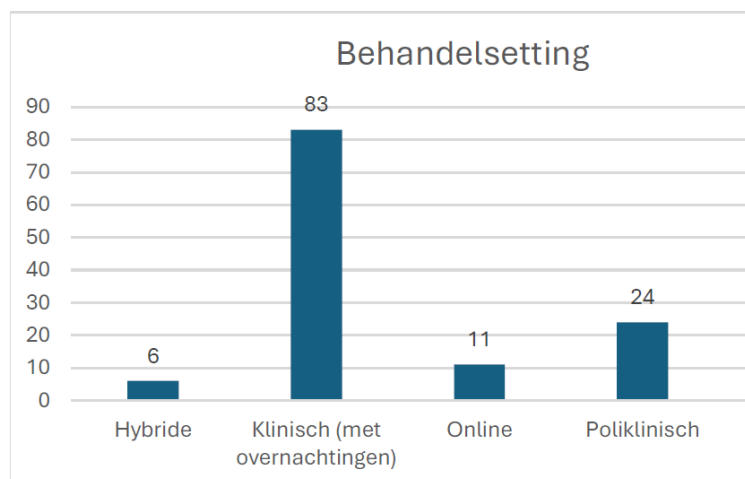
De meerderheid (n=117) heeft de kortdurende behandeling afgemaakt. Acht respondenten hebben de behandeling vroegtijdig gestaakt.

De meerderheid (n=73) van de respondenten volgde de behandeling vrij recent, dat wil zeggen in 2024, 2023 of 2022. Gemiddeld genomen duurde de behandeling 9 dagen.



### *Behandelsetting*

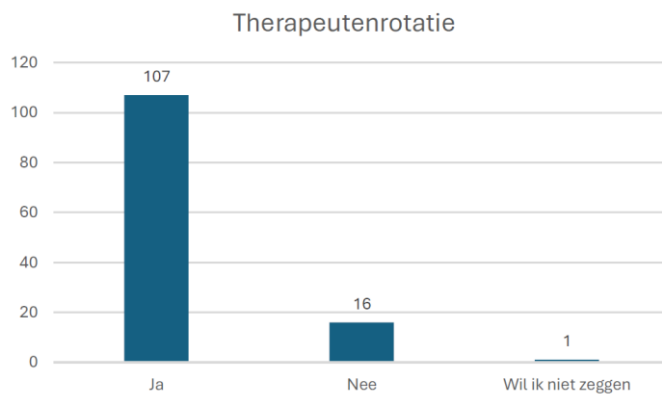
Een meerderheid van de respondenten (n=83) volgde de behandeling in een klinische setting (met overnachtingen), terwijl 24 van de respondenten poliklinisch behandeld werd. Ook werden enkele behandelingen online (n=11) of deels online en deels op locatie (n=6) aangeboden.



### *Soorten therapieën*

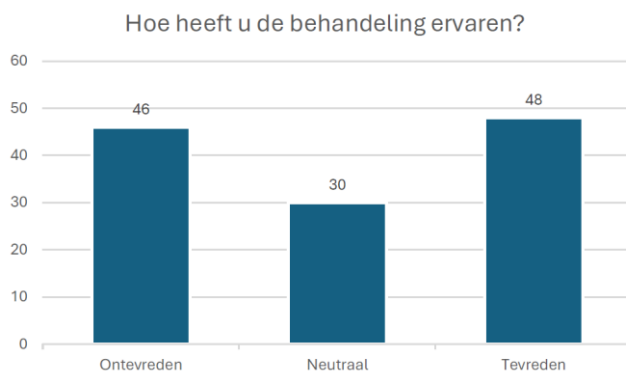
De meerderheid van de respondenten heeft een combinatie van EMDR (n=115), Exposure (n=109) en Psychomotorische Therapie (n=77) ontvangen. Andere genoemde therapieën waren Rescripting (n=43), Gesprekstherapie (n=26), Flash (n=14), Narratieve Exposure Therapie (n=5) en Woosh (n=3).

De meerderheid van de respondenten (n=107) zag wisselende therapeuten tijdens de behandeling, ook wel 'therapeutenrotatie' genoemd.



### Ervaren effect van de behandeling

Op de vraag hoe de behandeling is ervaren, antwoordden 48 respondenten tevreden te zijn, tegenover 46 ontevreden respondenten. Een groep van 30 respondenten is niet tevreden en niet ontevreden.



### Effecten

Een meerderheid van de respondenten (n=70) ondervond nadelen, en een deel ondervond enig nadeel (n=18) van de behandeling. Er werd een onderscheid gemaakt in:

#### 1. Verergering van klachten

Veel mensen meldden toename van PTSS-klachten, herbelevingen, nachtmerries, overprikkeling, dissociatie, depressieve en suïcidale gedachten.

#### 2. Onvoldoende nazorg en overdracht

Nazorg was afwezig of niet passend. De overgang naar reguliere GGZ verliep moeizaam of ontbrak en respondenten voelden zich na afloop alleen gelaten.

#### 3. Hertraumatisering en crisis

Sommige respondenten belandden in crisis na de behandeling en sommigen ondernamen een suïcidepoging of raakten opgenomen. De intensiteit en druk om mee te moeten doen leidde soms tot hernieuwde trauma's.

#### 4. Therapeutenroulatie en onveiligheid

Veel wisselende behandelaren belemmert het opbouwen van vertrouwen. Sommige respondenten ervoeren aanraking of exposure als grensoverschrijdend. Onveiligheid werd soms versterkt door de groepsdynamiek of gebrek aan ruimte voor eigen tempo.

#### 5. Onpersoonlijke of gestandaardiseerde benadering

De behandeling werd als onpersoonlijk ervaren. Complexe problematiek zoals Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS) of hechtingsproblematiek werd onvoldoende onderkend. Er bleek beperkte aandacht voor lichamelijke signalen en persoonlijke copingstijlen.

#### 6. Schuld en faalervaring

Behandeling legde verantwoordelijkheid sterk bij cliënt ("je moet het wel willen"), wat leidde tot gevoelens van falen, onvermogen, en zelfverwijt.

#### 7. Fysieke en neurologische overbelasting

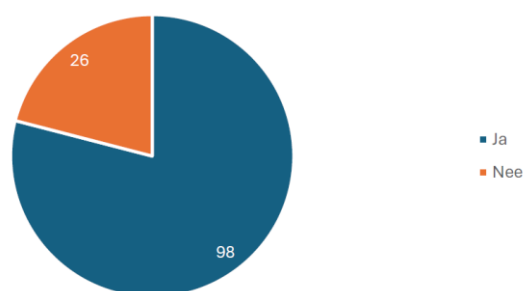
Klachten zoals uitputting, hyperventilatieaanvallen, tics en functiestoornissen, maar ook verminderde concentratie, slapeloosheid, burn-outklachten werden gerapporteerd.

Ondanks de ervaren nadelen overwogen slechts 21 respondenten een klacht in te dienen.

### Vervolgbehandeling

Een meerderheid (n=98) van bijna 80% had nog vervolgbehandeling nodig na de kortdurende traumabehandeling. De hoofdbehandelaar was in veel gevallen niet (direct) betrokken bij de korte traumabehandeling.

Vervolgbehandeling nodig?



### Duurzame effecten

Deelnemers rapporteren na 6 maanden behandeling wisselend over hun mentale gezondheid. Een minderheid van 43 deelnemers geeft te kennen dat het goed, zeer goed of uitstekend gaat. Daarentegen rapporteren 53 deelnemers dat het slecht of zelfs zeer slecht met ze gaat.

Na 12 maanden geven 51 deelnemers te kennen dat het goed, zeer goed of uitstekend met ze gaat, tegenover 40 deelnemers waar het slecht of zeer slecht mee gaat.

### **Verschillen tussen behandelcentra**

De ervaringen met hoogintensieve traumabehandeling verschillen aanzienlijk tussen behandelcentra. Trauma Centrum Nederland (TCN) wordt over het algemeen gewaardeerd om zijn meer persoonsgerichte aanpak en de inzet van lichaamsgerichte en beeldende therapieën. Het programma wordt vaak ervaren als onderdeel van een langduriger traject, wat bij complexe PTSS of DIS meer ruimte biedt voor maatwerk. Tegelijkertijd zijn er kritische geluiden over beperkte nazorg, frequente therapeutenwisselingen, gebrekkige screening en onvoldoende begeleiding van groepsprocessen. Psytrec roept de meeste verdeeldheid op: de gestructureerde, streng geprotocolleerde aanpak kan voor sommige respondenten met enkelvoudig trauma zeer effectief zijn, maar wordt door velen met complexere problematiek als onpersoonlijk, overhaast en zelfs hertraumatiserend ervaren. Er is veel kritiek op het gebrek aan rustmomenten, de beperkte ruimte voor inspraak en de minimale nazorg. Met name wanneer sprake is DIS en/of vroegkinderlijk trauma wordt nog te weinig herkend wat respondenten nodig hebben.

Andere aanbieders, zoals ARQ Centrum '45, Fier en Curalma, worden overwegend positief beoordeeld. Hier is vaak meer ruimte voor individuele afstemming, stabilisatie vooraf en lichaamsgerichte benaderingen.

### **Aanvullende diepteinterviews**

De anonieme vragenlijst eindigde met de mogelijkheid om contact op te nemen met de onderzoekers in het geval respondenten toelichting wilde geven op hun ervaringen in een gesprek. Met zes respondenten werd een diepte-interview gehouden en doorgevraagd op de impact van hun behandelervaringen.

De zes respondenten rapporteerden ervaringen met kortdurende, intensieve traumabehandelingen waarin EMDR, exposure en in sommige gevallen ook psychomotorische therapie (PMT) en beeldende therapie werden aangeboden. Volgens de respondenten waren de voorwaarden voor verantwoorde behandeling onvoldoende geborgd. Er werden onrealistische verwachtingen geschetst en meerdere deelnemers voelden zich overvallen door de start en opzet van het programma.

Respondent 5: *“Ik begon heel abrupt aan de behandeling: ik kwam namelijk op gesprek voor een intake, maar ze zeiden: vandaag is een startdag en er is iemand uitgevallen, u kunt dus direct starten.”*

Respondent 1: *“De medicatie die was voorgeschreven door mijn eigen psychiater werd mij na binnenkomst onthouden, en ik had dus geen afbouw maar moest abrupt stoppen met het antipsychoticum.”*

Respondenten gaven aan dat de behandeling werd uitgevoerd door veelvuldig wisselende, soms jonge behandelaren en dat er geen contact mogelijk was met het thuisfront. Dit riep gevoelens op van relationele onveiligheid en verlies van houvast.

Respondent 3: *“In 10 dagen tijd zag ik 20 behandelaren, wat totaal overspoelend werkte.”*

Respondent 4: *“Ik mocht mijn telefoon niet meenemen, terwijl ik notabene mijn zoon alleen thuis achterliet, er was geheel geen aandacht voor het thuisfront.”*

In meerdere gevallen werd geen expliciete consent gevraagd. Respondenten ervoeren een cultuur van sociale druk en morele overtuiging binnen het behandelprogramma, waarbij afhaken als falen werd gepresenteerd.

Respondent 2: *“Ze zeiden tegen mij: Het is heel belangrijk is dat je je motivatie hooghoudt, want mocht je nu afhaken dan ja, dan is alles voor niks geweest. Juist als jij nu gaat volhouden, dan ga je uiteindelijk de resultaten zien.”*

Verskillende respondenten meldden hoge therapiedruk en psychisch dwingende interventies<sup>1</sup> die zij als grensoverschrijdend ervoeren, waaronder het aan moeten nemen van lichamelijke houdingen die herinnerden aan seksueel misbruik of het moeten aanraken van seksueel getinte voorwerpen.

Respondent 1: *“Opeens kwam ze met zo’n dildo aan, waar ik behoorlijk van schrok, want daar was ik niet op voorbereid.”*

Respondent 5: *“Tijdens de sessies ervoer ik zoveel stress dat ik moest overgeven, en dan werd er gezegd: dit is echt goed, want dit is diepe walging die er nu uit komt. Dus laat het maar gaan, weet je, gooi het er maar uit!”*

Ook werd door enkele deelnemers melding gemaakt van het moeten beluisteren van pornografische audiofragmenten, gepresenteerd als onderdeel van ‘exposure in vivo’. Signalen van overbelasting – zoals kokhalzen, dissociatie of automutilatie – werden herhaaldelijk genegeerd. Coping strategieën werden systematisch weggezet als vermijdingsgedrag, zonder erkenning van hun beschermende functie.

Deze ervaringen leidden bij alle respondenten tot gevoelens van schaamte, zelfverwilt, vernedering en falen, waarvoor binnen het behandeltraject weinig ruimte was. Door de hoge druk en het gebrek aan afgestemde zorg werden eerdere gevoelens van machteloosheid en afhankelijkheid opnieuw geactiveerd.

Respondent 4: *“Ik heb met name mezelf de schuld heb gegeven terwijl zij hun verantwoordelijkheid – ook nadien – niet hebben genomen.”*

Respondent 6: *“Wat lastig was voor mij, is dat ik ook mensen zag opknappen tijdens de behandeling, waardoor ik hoop hield. Magisch vond ik dat. Dus ik ging opnieuw terug, tot drie keer toe omdat ik dacht dat het aan mij lag.”*

Respondent 5: *“Er was geen ruimte voor ontspanning of verwerking, het programma zat overvol met behandeling en activiteiten, waardoor ik pas ’s avonds laat een rustmoment ervaren kon. Dan ging ik vaak wandelen in het nabijgelegen bos midden tot midden in de nacht.”*

---

<sup>1</sup> Psychisch dwingende interventies kunnen vallen onder ‘Geweld in de zorgrelatie’, wat een breed begrip is en kan gaan over seksueel grensoverschrijdend gedrag, als ook allerlei vormen van mishandeling of dwang in het kader van de Wkkgz.

Alle zes respondenten rapporteerden psychische verslechtering als gevolg van de behandeling, waaronder crisissituaties en suïcidale gedachten. Sommigen vielen voortijdig uit of raakten direct na de behandeling in crisis, waarbij adequate nazorg veelal ontbrak.

Respondent 1: *“Ik raakte in een crisis en moest de behandeling stoppen, opeens stond ik buiten en gelukkig werd ik wel opgevangen door mijn ouders, maar er werd geen nazorg vanuit de behandelorganisatie geregeld.”*

Twee respondenten dienden een klacht in; vier anderen overwogen dit te doen. De klagers voelden zich onvoldoende gehoord. Eén cliënt kreeg – in strijd met geldende wet- en regelgeving – een geldbedrag aangeboden op voorwaarde dat zij geen tuchtklacht zou indienen. Het indienen van een tuchtklacht bleek in algemene zin gecompliceerd, mede door het ontbreken van een vaste behandelaar.

## Aanbevelingen

Op basis van de ervaringen van respondenten die deelnamen aan kortdurende traumabehandelingen zijn diverse verbeterpunten geïdentificeerd, die samenhangen met zowel de inhoud als de organisatie van de zorg. Er is bewust naar gevraagd om de betreffende behandelingen te verbeteren en er van te leren.

De volgende thema's komen daarin consistent naar voren:

### Zorgvuldige indicatiestelling en screening

Een nauwkeurige beoordeling vooraf is essentieel. Respondenten geven aan dat beter gescreend moet worden op complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS), dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), vroegkinderlijk trauma, hechtingsproblematiek en dissociatieve symptomen. Behandelingen dienen niet te worden gestart zonder een gedegen inschatting van draagkracht en stabiliteit.

### Continuïteit en relatiegerichte zorg

De behandelrelatie wordt door respondenten als fundamenteel ervaren voor herstel. Het veelvuldig rouleren van behandelaren wordt als onveilig en contraproductief benoemd, zeker bij hechtingsproblematiek. Vaste behandelaren en het werken vanuit vertrouwen en verbondenheid worden aanbevolen. Een persoonsgerichte benadering verdient de voorkeur boven rigide protocollering.

### Realistische verwachtingen en mensgerichte communicatie

Respondenten vragen om openheid over de mogelijkheden én beperkingen van deze behandelvorm. Het framen van vermijdingsgedrag als onwil wordt als schadelijk ervaren. Uitleg over behandeldoelen dient rekening te houden met trauma-gerelateerde dynamieken zoals schuld, schaamte en machteloosheid.

### Voorkom schade & hertraumatisering

Grenzen en signalen van overbelasting dienen met uiterste zorgvuldig te worden gerespecteerd. Toepassing van EMDR of exposure-therapie moet zorgvuldig afgestemd zijn op de cliënt. Ervaringen met oefeningen onder druk, zoals het hanteren van seksueel geladen objecten, worden als schadelijk ervaren. Dissociatie moet erkend worden als een beschermingsmechanisme, niet als ondermijning of onwil.



### **Tempo en verwerkingstijd**

Veel respondenten ervaren het tempo als te hoog en de duur als te kort. Er is behoefte aan voorbereiding, verlenging of spreiding van intensieve interventies. Integratiemomenten, rustfasen en lichaamsgerichte methoden kunnen bijdragen aan een veilig en duurzaam proces. Ook aandacht en begeleiding buiten de sessies om wordt gewaardeerd.

### **Zorg op maat en culturele sensitiviteit**

Traumabehandeling dient afgestemd te worden op de unieke context van de cliënt, waaronder culturele achtergrond, migratieverleden, jeugdtrauma of oorlogservaringen. Er is behoefte aan werkwijzen die aansluiten bij het narratief, de copingstijl en de waarden van de cliënt, eventueel met behulp van creatieve of non-verbale vormen van therapie.

### **Nazorg en samenwerking met verwijzers**

Een warme overdracht en passende nazorg zijn cruciaal voor het bestendigen van behaalde resultaten. Verwijzing naar vervolgzorg dient in samenspraak met de cliënt en de verwijzer te gebeuren. Kortdurende behandelingen moeten niet als op zichzelf staande modules aangeboden worden, maar ingebed zijn in een breder behandeltraject gelet op de benodigde nazorg in veel gevallen.

### **Inzet van ervaringskennis**

De betrokkenheid van professioneel ervaringsdeskundigen wordt als waardevol beschouwd. Zij herkennen ontregeling vroegtijdig, kunnen respondenten ondersteunen bij verwerking en herstel, en dragen bij aan een mensgerichte benadering van zorg. Ervaringsdeskundigen zouden (meer) ingezet moeten worden in alle behandelcentra.

Over de gehele linie blijkt dat vooral afstemming op complexiteit, relationele veiligheid, maatwerk en goede nazorg bepalend zijn voor een positieve behandelervaring.

## **Conclusie**

Uit de survey Snelle Interventies, Langdurige Impact blijkt dat de ervaringen van cliënten met kortdurende intensieve traumabehandelingen sterk uiteenlopen, maar dat vooral mensen met complexe PTSS, dissociatieve klachten en vroegkinderlijk trauma vaak nadelige effecten ondervinden. Hoewel een deel van de respondenten tevreden is over de behandeling en verbetering rapporteert, ervaart een bijna even groot deel geen baat of zelfs verslechtering van de klachten.

Hoewel het uitgangspunt van kortdurende, intensieve traumabehandeling – het snel verlichten van langdurig psychisch lijden – op het eerste gezicht aantrekkelijk lijkt, werpen de bevindingen uit dit onderzoek fundamentele vragen op over de effectiviteit en geschiktheid van deze behandelvorm voor mensen met complexe problematiek. De meerderheid van de deelnemers kampte met complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS) waarbij normaliter een zorgvuldig opgebouwde en relationeel ingebedde therapie nodig is.

Het is daarom zorgwekkend dat meer dan de helft van de respondenten deze behandeling onderging zonder structurele betrokkenheid van een hoofdbehandelaar. Dit gebrek aan continuïteit ondermijnt de noodzakelijke therapeutische bedding, die juist bij deze doelgroep

van cruciaal belang is. Bovendien blijkt uit de data dat een aanzienlijk deel van de deelnemers zes en twaalf maanden na afronding van de behandeling geen verbetering rapporteert. Dit wijst erop dat de interventie voor velen mogelijk te intensief, te kortdurend of onvoldoende geïntegreerd is geweest. Bij 56% van de respondenten werden bovendien duidelijke nadelige ervaringen gemeld, en een deel overwoog het indienen van een klacht – signalen die duiden op het risico van hertraumatisering of ernstige teleurstelling.

Een ander punt van zorg betreft de gebrekkige nazorg: bijna 80% van de deelnemers had aanvullende behandeling nodig, terwijl de interventie mogelijk gepresenteerd werd als een versnelde route naar herstel. Dit kan leiden tot onrealistische verwachtingen en vergroot de kans op desillusie, afhaken of zorgmijding.

Samenvattend laten de bevindingen zien dat kortdurende intensieve traumabehandeling slechts voor een beperkte groep cliënten effectief en passend lijkt. De aanpak blijkt in veel gevallen onvoldoende afgestemd op de complexe realiteit van CPTSS en dissociatieve problematiek. Het uitblijven van duurzaam herstel, in combinatie met de gerapporteerde risico's en schadelijke (neven)effecten, pleit voor een kritische herbezinning op de toepassing van deze behandelvorm. Met deze rapportage wordt een eerste opmaat gedaan naar mogelijke verbetering van dit type behandelingen. Tot slot onderstrepen de bevindingen de noodzaak van aanvullend, onafhankelijk onderzoek naar de mogelijke negatieve effecten van intensieve kortdurende traumabehandelingen, voordat deze op bredere schaal worden uitgerold. Zorg voor mensen met CPTSS vraagt om zorgvuldige, relationele trajecten. Alleen met afgestemde zorg kunnen we voorkomen dat behandelingen méér schade dan herstel opleveren.