

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Narratieve exposuretherapie

SIMONE DE LA RIE

## Samenvatting

Na één of meer traumatische ervaringen kan iemand een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Behandeling van eerste keuze is doorgaans *prolonged exposure* (PE). Een andere bewezen effectieve behandeling van PTSS is narratieve exposuretherapie (NET). Net als PE richt NET zich tijdens de exposure op het activeren van het angstnetwerk, op habituatie en op cognitieve herevaluatie. Daarnaast richt NET zich op de integratie van de traumatische herinnering in het autobiografische geheugen. De therapeut en patiënt beginnen met het leggen van een levenslijn en het markeren van positieve gebeurtenissen ('bloemen') en traumatische ervaringen ('stenen') in de levensgeschiedenis. Vervolgens worden de ervaringen chronologisch besproken met de patiënt, waarbij therapeut en patiënt de stenen middels exposure doorwerken. Kenmerkend voor de exposure bij NET is het bespreken van de traumatische ervaring in de verleden tijd, en het herhaaldelijk expliciteren van het verschil tussen toen en nu, alsmede het verbinden van contextinformatie uit het episodische geheugen met emotionele associaties, en lichamelijke en zintuiglijke gewaarwordingen uit het impliciete geheugen. De therapeut maakt van elke zitting een verslag en leest dit de volgende zitting voor. Het narratief wordt aan het einde van de therapie aan de patiënt overhandigd. NET is een cultuursensitieve traumatherapie die geschikt is voor patiënten met complex meervoudig trauma.

*Trefwoorden: trauma, complex trauma, PTSS, exposure, narratieve exposuretherapie*

### Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ NET is een laagdrempelige, cultuursensitieve en effectieve behandeling van PTSS.

- ▶ NET beoogt integratie van de traumatische herinnering in het autobiografisch geheugen, zodat de traumatische herinnering meer op een normale herinnering gaat lijken.
- ▶ NET omvat het leggen van een levenslijn (met 'bloemen' voor positieve gebeurtenissen en 'stenen' voor traumatische ervaringen), chronologische bespreking van de levensgeschiedenis, exposure aan de trauma's en het schrijven van een narratief met een reconstructie van de levensgeschiedenis.

## INLEIDING

.....

De meeste mensen die ernstige en (levens)bedreigende gebeurtenissen meemaken, ervaren naderhand angstklachten, moeite met slapen en herbelevingen. Deze klachten nemen meestal vanzelf af na een aantal dagen tot weken. Echter, een deel van de mensen die zijn blootgesteld aan een trauma behoudt klachten en ontwikkelt een posttraumatische-stressstoornis (PTSS). De *life time* prevalentie van posttraumatische-stressstoornissen is voor de algemene bevolking in Nederland 7,4%, hoewel dit voor vluchtelingen hoger is (de Vries & Olff, 2009; Fazel et al., 2005). Kenmerkend voor PTSS zijn onder meer onverwachte intrusies of herbelevingen van het trauma, nachtmerries, verhoogde prikkelbaarheid en hyperaltheid (American Psychiatric Association, 2014). De onverwachte intrusies of herbelevingen kunnen optreden als patiënten iets zien, horen of anderszins waarnemen dat geassocieerd is met het trauma.

De zorgstandaard *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* biedt een goed overzicht van de laatste stand van zaken rond de behandeling van PTSS (GGZ Standaarden, 2020). De psychologische behandelingen van eerste voorkeur waar voldoende evidentie voor is, zijn (imaginaire) exposure/prolonged exposure (PE), traumagerichte cognitieve gedragstherapie, cognitieve (processing) therapie en EMDR.

PE is de bekendste therapie voor PTSS. Tijdens PE wordt de patiënt in gedachten herhaaldelijk blootgesteld aan de herinnering aan de traumatische ervaring. De traumatische ervaring wordt in detail uitgevraagd in de tegenwoordige tijd: de patiënt ziet deze gebeurtenis voor zich en ervaart alle emoties weer, maar nu in de veilige spreekkamer van de therapeut. Een recente overzichtsstudie laat zien dat PE effectief is en leidt tot vermindering van PTSS-klachten (Lewis et al., 2020).

Er zijn in de loop van de tijd andere vormen van exposure ontwikkeld, zoals de narratieve exposuretherapie (NET). NET blijkt eveneens een effectieve behandeling voor PTSS (Cusack et al., 2016; Lely et al., 2019; Mørkved et al., 2014; Siehl et al., 2021). In de zorgstandaard (GGZ Standaarden, 2020) is daarom ook NET opgenomen als een vorm van traumabehandeling voor PTSS, met daarbij de kanttekening dat NET minder vaak is onderzocht. NET

wordt tevens aanbevolen in de richtlijnen van de American Psychological Association (2017).

In dit artikel wordt beschreven wat de werkingsmechanismen van NET zijn, wat de rationale van NET is als behandeling van PTSS, hoe de therapie verloopt, en wat de overeenkomsten en verschillen zijn met andere traumagerichte behandelingen.

#### WERKINGSMECHANISMEN VAN NET IN DE BEHANDELING VAN PTSS

.....

Het werkingsmechanisme van exposure in het algemeen kenmerkt zich door het activeren van het angstnetwerk, waarna habituatie en cognitieve herevaluatie kunnen optreden. Zo brengt PE, met herhaalde imaginaire exposure aan de herinnering van het trauma, de verwerking op gang door *emotional processing* (Foa & Kozak, 1986). Angstige herinneringen zijn opgeslagen in een zogeheten ‘angstnetwerk’, waarbij de angstige stimuli, de angstreactie en de betekenis (‘gevaar’) met elkaar verbonden zijn. Door herhaalde blootstelling in de imaginatie aan de angstige herinnering en het activeren van het angstnetwerk in de veilige spreekkamer van de therapeut worden nieuwe geheugennetwerken gevormd die concurreren met het angstnetwerk (Foa & McNally, 1996). PE beoogt om middels herhaalde imaginaire blootstelling aan het trauma tijdens de exposurezittingen de angst te laten uitdoven, waarna tevens cognitieve herevaluatie wordt bewerkstelligd: de angstige verwachting dat men in gevaar is, komt immers niet uit. Recent wordt benadrukt dat angst weliswaar afneemt als de angstige verwachting niet uitkomt, maar dat de belangrijkste factor is dat er een nieuwe associatie ontstaat die concurreert met de oude angstwekkende associatie (Craske et al., 2014). Het inhibitorische leermodel gaat ervan uit dat bij PTSS de angstwekkende associatie tussen trigger en klachten blijft bestaan, maar dat de exposure daarnaast een inhibitorische associatie zodanig versterkt dat deze associatie gaat domineren.

Naast het activeren van het angstnetwerk om de angst te laten uitdoven en het bewerkstelligen van cognitieve herevaluatie, richt NET zich tevens op de integratie van de traumatische herinnering in het autobiografische geheugen (Schauer et al., 2011). De veronderstelling is dat het angstwekkende karakter van de herinnering mede wordt bepaald door de manier waarop de traumatische herinnering in het geheugen is opgeslagen (Brewin, 2014; Brewin et al., 2010). Het expliciete ofwel het autobiografische geheugen slaat de meer feitelijke informatie van de ervaring op. In het brein wordt in de hippocampus opgeslagen wat er gebeurt, met wie, wanneer en waarom, dat wil zeggen: de informatie met de context van de ervaringen. Het impliciete geheugen daarentegen omvat de emotionele associaties, die worden opgeslagen in de amygdala. Beide geheugensystemen zijn van belang voor onze herinneringen. Als iemand wordt blootgesteld aan een trauma, volgt een

stressreactie. Terwijl de amygdala onder hoge stress zeer actief is en emotionele associaties registreert, is de hippocampus dan juist minder actief (Brewin, 2014). Na een traumatische ervaring kan de herinnering daaraan, in het bijzonder de ermee gepaard gaande emoties en zintuiglijke gewaarwordingen, iemand op latere momenten onverwacht overvallen en als overweldigend worden ervaren, zonder dat diegene zich de context van die ervaring goed herinnert. Iemand ervaart dan een fragmentarische herinnering los van de context, waardoor de angst over de betreffende ervaring generaliseert tot een gevoel van aanhoudende dreiging, alsof het trauma elk moment opnieuw kan plaatsvinden. De traumatische herinnering overvalt diegene in de vorm van zich opdringende, intrusieve beelden en de emoties kunnen als even heftig worden ervaren als op het moment van het trauma. Er is bij traumatische herinneringen sprake van een verandering in beleving van tijd en plaats, waardoor ervaringen van soms tientallen jaren geleden opnieuw worden ervaren alsof ze in het heden plaatsvinden. Dit verschilt van andere, niet-traumatische herinneringen, waarbij een specifieke levendige herinnering bewust kan worden opgehaald op het moment dat er wordt stilgestaan bij een bepaalde gebeurtenis of naar aanleiding van een vraag (Schauer et al., 2011). NET beoogt de traumatische ervaring weer meer te doen lijken op een normale herinnering, weliswaar een afschuwelijke herinnering, maar een herinnering die iemand niet langer overvalt. Een belangrijk uitgangspunt van NET is de integratie van de traumatische ervaring in de context van de levensgeschiedenis. NET doet dit door de emotionele associaties en beleving – ook wel de ‘warme’ herinneringen genoemd – te verbinden met de contextuele informatie – de ‘koude’ herinneringen (Jongedijk, 2021).

#### NET ALS BEHANDELING VAN PTSS

.....

NET is ontwikkeld in Oeganda als kortdurende interventie voor vluchtelingen met PTSS-klachten. Daar is het aangeboden als een laagdrempelige cultuursensitieve therapie, vooral voor mensen met meerdere trauma's in het leven (Schauer et al., 2011). De methodiek ervan is goed te begrijpen en gestructureerd. Er wordt gebruikgemaakt van herkenbare symbolen, waardoor NET laagdrempelig en aansprekend is. Uit RCT's is inmiddels veel evidentie gebleken voor de werkzaamheid van NET bij vluchtelingen, zowel in regio's waarin er weinig toegang is tot zorg (zelfs in vluchtelingenkampen in conflictgebieden), als voor vluchtelingen die terecht zijn gekomen in westerse landen en voor patiënten met meerdere trauma's in de voorgeschiedenis (Kaltenbach et al., 2020; Lely et al., 2019; Siehl et al., 2021). Een meta-analyse heeft RCT's van verschillende traumabehandelingen met elkaar vergeleken, waaruit naar voren kwam dat er voor PE de meeste evidentie is, maar dat NET wat betreft afname van PTSS-klachten even krachtig is als andere traumabehandelingen, zoals EMDR. Daarentegen is er minder ster-

ke bewijskracht dat NET bijdraagt aan verlies van diagnose (Cusack et al., 2016). Vanwege de evidentie bij vluchtelingen wordt NET doorgaans aanbevolen als behandeling voor deze groep (Mørkved et al., 2014; Nosè et al., 2017).

Als er bij de intake aanwijzingen zijn voor trauma en PTSS-klachten, zoals nachtmerries en herbelevingen, is de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5), een semigestructureerd klinisch interview, de gouden standaard om PTSS te classificeren (Boeschoten et al., 2018). Mocht er inderdaad een PTSS worden vastgesteld, dan kunnen de aanbevelingen van de zorgstandaard *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* (GGZ Zorgstandaarden, 2020) worden gevolgd en kan PE, C(P)T, EMDR, maar ook Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) of NET worden overwogen (Gersons et al., 2000; Jongedijk, 2021; ten Broeke et al., 2008; van Minnen & Arntz, 2011). De keuze voor het type traumatherapie wordt uiteindelijk gemaakt in samenspraak met de patiënt.

Als therapeut en patiënt voor NET kiezen, geeft de therapeut voorafgaand aan de therapie voorlichting over NET en maakt hij of zij een inschatting van mogelijk complicerende factoren, zoals ernstige vermijding, dissociatie, schuldgevoelens of schaamte. Dit is belangrijk om te kunnen inschatten wat er nodig is om het spanningsniveau tijdens de zittingen zo optimaal mogelijk te houden, zodat de patiënt binnen het tolerantievenster (*window of tolerance*) blijft en goed kan profiteren van de therapie. Het tolerantievenster is de bandbreedte waarbinnen iemand een optimaal spanningsniveau heeft om te kunnen functioneren (Corrigan et al., 2011; Siegel, 1999).

#### NET IN EEN NOTENDOP

.....

Er is een aantal goede handboeken waarin een uitgebreide beschrijving van NET te vinden is (Jongedijk, 2021; Schauer et al., 2011). In een notendop verloopt NET als volgt.

NET begint met het leggen van de levenslijn, een koord waarlangs ‘bloemen’ en ‘stenen’ worden gelegd, respectievelijk de positieve en de traumatische ervaringen in het leven van de patiënt. Na deze levenslijnzitting wordt in de zittingen die volgen stap voor stap de gehele levensgeschiedenis besproken (vanaf de geboorte tot het heden) en volgt exposure voor elk trauma dat verband houdt met de PTSS-klachten en waarvoor een steen is gelegd op de levenslijn. Naast exposure aan de trauma’s worden ook de bloemen en de perioden tussen de gebeurtenissen in besproken, teneinde een reconstructie te maken van de levensloop.

Van elke zitting maakt de therapeut een verslag. Dit verslag wordt aan het begin van de volgende zitting voorgelezen. Het is geen transcript van de zitting, maar een samenvatting van de ervaringen die tijdens de zitting zijn besproken. Na het voorlezen van het verslag is er ruimte voor aanvullingen,

correcties en stilstaan bij de betekenis van de ervaringen in de levensloop. Daarna wordt de volgende traumatische ervaring besproken, gevolgd door exposure aan deze steen. Aan het einde van de therapie wordt het gehele verslag van alle zittingen nogmaals voorgelezen en wordt de therapie afgesloten. De patiënt kan het verslag mee naar huis nemen, en therapeut en patiënt bespreken wat de patiënt met dit verslag wil doen. Het overhandigen van het verslag markeert de afronding van de therapie.

In de volgende paragrafen worden achtereenvolgens het leggen van de levenslijn, de uitvoering van de exposure en de verslaglegging beschreven.

### *Leggen van de levenslijn*

De levenslijn wordt gevisualiseerd door een lint of een koord dat de therapeut op de grond legt, en waarlangs de patiënt bloemen en stenen neerlegt. De therapeut heeft een mandje stenen van verschillende grootte en kleur, en een diversiteit aan (kunst)bloemen. Bloemen en stenen symboliseren respectievelijk de positieve ervaringen en de traumatische ervaringen uit het leven van de patiënt. Daarnaast zijn er symbolen voor verschillende typen ervaringen. Zo wordt een verlies gesymboliseerd door een kaars. Als de patiënt (mede)schuldig is aan een traumatische ervaring en er sprake is van daderproblematiek, legt hij een stokje langs de levenslijn. Bij moreel belastende ervaringen, waarin de patiënt een keuze tussen twee kwaden heeft moeten maken en er sprake is van gewetenswroeging of *moral injury*, wordt vaak gekozen voor een (herfst)blad.

De therapeut legt het koord neer en vraagt welke bloem de patiënt kiest voor de geboorte. Vervolgens krijgen de belangrijke ervaringen een plek langs de levenslijn, waarbij de patiënt bloemen en stenen kiest en die in chronologische volgorde langs de levenslijn legt. De therapeut vraagt naar de belangrijke levenservaringen. Hij of zij vraagt die niet in detail te vertellen, maar deze ervaringen kort te omschrijven en een naam te geven. Die worden op kaartjes geschreven en bij de betreffende bloemen en stenen gelegd. Therapeut en patiënt zijn samen aan het werk. Aan het einde van de levenslijnzitting wordt een stuk koord of lint overgelaten, wat de toekomst symboliseert. Na het leggen van de levenslijn evalueren therapeut en patiënt de levenslijn en gaan ze na of er geen bloemen of stenen zijn vergeten.

De zitting waarin de levenslijn wordt gelegd helpt om de ervaringen in chronologische volgorde te plaatsen en een overzicht te geven van de belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt. De levenslijnzitting geeft weer hoeveel 'grote stenen' er zijn, dat wil zeggen: traumatische ervaringen die samenhangen met de PTSS-klachten en waarvoor exposure noodzakelijk is. Het aantal exposurezittingen hangt samen met het aantal stenen dat de patiënt langs de levenslijn legt, waarbij als vuistregel geldt dat er per zitting één trauma wordt doorgewerkt met exposure.

*Uitvoering van de exposure*

192

Exposure zoals toegepast bij NET is een vorm van imaginaire exposure, maar verloopt op een andere manier dan klassieke exposure, zoals PE. Bij beide is er sprake van blootstelling aan de details van de traumatische ervaring, maar de manier waarop die worden uitgevraagd, verschilt. Het werken aan de stenen bij NET gaat als volgt: eerst wordt de betreffende traumatische ervaring in drie zinnen van het begin tot het einde verteld, tot aan het moment dat de situatie weer veilig was of de rust was weergekeerd. Dan wordt geïnventariseerd wat de moeilijkste momenten in de ervaring waren, de zogeheten 'hotspots': angstige momenten waar de patiënt nog vaak over droomt. De situatie wordt vervolgens chronologisch in de tijd en stap voor stap uitgevraagd in de verleden tijd. Naarmate het moeilijkste moment nadert, wordt er steeds meer vertraagd door in te zoomen op de details van de gebeurtenis. Het gaat dan om koude herinneringen (de context) en warme herinneringen (de emotioneel beladen aspecten). De therapeut begint met het uitvragen van de contextinformatie: wat er gebeurde, wie erbij waren, welke dag het was, hoe het verliep, en zo verder. De vragen naar de koude herinneringen worden afgewisseld met het uitvragen van de warme herinneringen: emoties, associaties, zintuiglijke ervaringen (horen, ruiken, proeven, zien, voelen) en lichamelijke sensaties. Naarmate het moeilijkste moment (de 'hotspot') nadert, wordt er in meer detail uitgevraagd en worden de vragen naar koud en warm afgewisseld. De vragen naar de warme herinneringen beogen het emotienetwerk te activeren; de vragen naar de koude herinneringen helpen om deze angstige en emotioneel beladen herinneringen in de context van tijd en ruimte te plaatsen. De therapeut vertraagt zodanig dat de patiënt in de hotspot blijft, het emotienetwerk wordt geactiveerd en de angst kan gaan verminderen. Hierna wordt de chronologie van de gebeurtenis verder uitgevraagd. Behalve dat de therapeut de ervaring uitvraagd in de verleden tijd en wisselt tussen vragen naar koude en warme herinneringen, zal hij ook regelmatig wisselen van toen naar nu. Op het moment dat de patiënt vertelt dat hij of zij heftige emoties beleefde, zal de therapeut regelmatig vragen: 'Je was toen heel angstig. Hoe is dat nu, als je eraan terugdenkt? Welke emotie voel je nu?' Het wisselen tussen toen en nu helpt om de ervaring in de tijd en de context van de levensgeschiedenis te plaatsen, en om tussen emoties te differentiëren. De traumatische ervaring wordt in detail besproken om het angst-/emotienetwerk te activeren.

De exposure beoogt uitdoving van de angst, maar ook cognitieve herstructurering, waarbij de angstige verwachting wordt ontkracht. Tijdens de exposure moet blootstelling aan details van de traumatische herinnering ertoe leiden dat die herinnering minder gefragmenteerd wordt, en het onderscheid tussen toen en nu beter wordt gemaakt. Het verbinden van emotioneel beladen aspecten van de herinnering en contextinformatie bevordert de integratie van de



traumatische herinnering in de context van de levensgeschiedenis. De herinnering krijgt zo meer kenmerken van een normale herinnering, weliswaar een zeer nare herinnering, maar een ervaring uit het verleden, op een specifiek moment in iemands levensgeschiedenis. Dit draagt bij aan afname van de angst.

*Voorbeeld van het bespreken van een steen*

.....

- Therapeut: Op een donderdag in juni liep je door het park. Met wie was je in het park?
- Patiënt: Ik was alleen.
- Therapeut: Waar was het precies?
- Patiënt: Het was het Vrijlandpark. Ik liep even voorbij het grote theehuis.
- Therapeut: Hoe laat was het?
- Patiënt: Het was al zo rond een uur of half elf. Ik was bij een vriendin gaan eten. Het was zo'n mooie zwoele zomeravond, dus ik dacht: ik loop door het park.
- Therapeut: En wat gebeurde er toen?
- Patiënt: Toen zag ik dus die man op me afkomen met die hond.
- Therapeut: Hoe zag die man eruit?
- Patiënt: Hij was groot, met vlassig blond haar en versleten jeans.
- Therapeut: Zag je zijn gezicht?
- Patiënt: Nee. Nou ja, hij had fletse blauwe ogen, met zo'n priemende blik. Maar ik zag vooral ook die hond.
- Therapeut: Wat was het voor hond?
- Patiënt: Ja, zo'n bulldog.
- Therapeut: Hoe zag hij eruit?
- Patiënt: Het was een grote hond, met zo'n platte bek.
- Therapeut: Wat hoorde je?
- Patiënt: Ik hoorde het gehijg van de hond. Hij had zijn bek half open. De stappen van de man op het grind.
- Therapeut: Wat dacht je toen je die man en de hond zag?
- Patiënt: O jee, dat is foute boel.
- Therapeut: Foute boel? Wat voelde je?
- Patiënt: Ik voelde mijn hart in mijn keel kloppen. Ik voelde dat ik begon te trillen.
- Therapeut: Je was bang.
- Patiënt: Ja, hij kwam recht op me af. Ik zag niemand om me heen. Ik dacht: ik ben hier nu helemaal alleen. Ik wilde gaan rennen, maar die hond ... Ik durfde niet langs die hond.
- Therapeut: Je was zo bang. Waar was je bang voor?
- Patiënt: Dat hij me zou aanvallen.
- Therapeut: Als je er nu aan terugdenkt, wat voel je dan nu?
- Patiënt: Ik voel me nu weer bijna in paniek.
- Therapeut: Je voelt je – nu we het zo met elkaar bespreken – weer net als vijf jaar geleden, toen je alleen in het park liep en die man op je afkwam. Je zag hem naar je toekomen. En toen?

In dit korte fragment vraagt de therapeut eerst naar de koude herinneringen, de contextinformatie. Zodra de angstige momenten opdoemen, worden er meer warme herinneringen uitgevraagd (zien, horen, denken, voelen) en de verbinding tussen toen en nu gemaakt. Dit wordt in de exposurezittingen van NET consequent gedaan en gedetailleerder dan in het fragment. De therapeut wil de ‘film’ voor zich zien. Hij of zij volgt aan de hand van de non-verbale signalen die de patiënt laat zien of de spanning bij de patiënt voldoende oploopt om het angst-/emotienetwerk adequaat te activeren. De therapeut bespreekt de hele situatie, zodat de patiënt de ervaring heeft dat de angst ook weer zakt naarmate het einde van de situatie, het relatieve rustpunt, nadert. Het relatieve rustpunt is het moment waarop deze specifieke traumatische gebeurtenis voorbij is.

Bij meervoudig trauma kan iemand dagen, weken of soms maanden zijn blootgesteld aan traumatische ervaringen, zoals in een oorlogssituatie of in een gevangenis. Er wordt dan geen volledig rustpunt, gevoel van veiligheid of opluchting ervaren, omdat er in de chronologie van de levensgeschiedenis niet veel later opnieuw een ernstige levensgebeurtenis plaatsvindt. Het relatieve rustpunt aan het einde van de exposure corrigeert wel de angstige verwachting die iemand kan hebben bij het terugdenken aan de traumatische ervaring. De angst voor herhaling, de angst dat de patiënt het denken aan deze ervaring niet aan zal kunnen of gek zal worden, worden uitgedaagd, omdat de patiënt merkt dat de angst tegen het einde van de zitting vanzelf zakt. Patiënten hebben doorgaans nog een aantal dagen last van verhoogde spanning, die na verloop van tijd afneemt. Dit zal in de loop van de therapie en naarmate er meerdere trauma's zijn doorgewerkt gaandeweg verminderen.

### *Verslaglegging*

De therapeut maakt van elke zitting een verslag. Dit is een lopend narratief in de ik-vorm en in de verleden tijd. Het is een reconstructie van de levensloop, waarin alle belangrijke ervaringen zijn samengevat, zowel een beschrijving van de bloemen als van de stenen. De therapeut is als het ware getuige van de levensgeschiedenis van de patiënt. Het schrijven van het verslag markeert dit en weerspiegelt hoe een ander met aandacht heeft geluisterd naar het levensverhaal van de patiënt.

Het verslag van een zitting wordt aan het begin van de volgende zitting voorgelezen door de therapeut aan de patiënt. De patiënt kan aanvullingen geven of fouten corrigeren. Het kan zijn dat de patiënt zich meer herinnert of nog iets wil toevoegen. Het voorlezen van het verslag is een tweede moment waarin de patiënt wordt blootgesteld aan de herinnering. Het is voor de therapeut ook een moment om te kijken of de patiënt het kan verdragen om naar het verslag te luisteren zonder buiten het tolerantievenster te raken. De therapeut kan aan de (non-)verbale signalen van de patiënt merken of die het verhaal kan volgen zonder overspoeld te raken door angst. Deze

(non-)verbale signalen omvatten het al dan niet in contact blijven, reageren op vragen, gespannen mimiek of lichaamshouding en het kunnen verbaliseren van angst. Als de spanning nog erg hoog is, moet de therapeut concluderen dat de ervaring nog onvoldoende verwerkt is en kan er een tweede maal aan de steen worden gewerkt met exposure. Dit is echter meer uitzondering dan regel.

Het hoeft niet zo te zijn dat de spanning geheel is verdwenen. De opbouw van de zittingen waarin middels exposure traumatische ervaringen één voor één worden behandeld, en waarin exposure dus herhaaldelijk wordt toegepast, leidt tot afname van de spanning naarmate de therapie vordert en steeds meer trauma's zijn doorgewerkt.

Het verslag wordt aan het einde van de behandeling nogmaals in zijn geheel voorgelezen, wat een derde moment is van exposure aan en integratie van alle ervaringen in de levensgeschiedenis. De therapeut bespreekt waar de patiënt nu staat en wat hij of zij hoopt voor de toekomst. De overhandiging van het verslag markeert de afsluiting van een NET-behandeling, waarbij de patiënt zelf kan beslissen wat hij met het verslag wil doen. Zo kan de patiënt ervoor kiezen het verslag mee naar huis te nemen en op te bergen of het bij de therapeut te laten.

#### COMPLICERENDE FACTOREN TIJDENS NET

.....

Traumaverwerking binnen NET verloopt het beste als de patiënt binnen het tolerantievenster blijft. Zoals gezegd is dit de bandbreedte waarbinnen de patiënt een optimaal spanningsniveau heeft om te kunnen functioneren (Corrigan et al., 2011; Siegel, 1999). Te veel spanning leidt tot *hyperarousal* en te weinig spanning tot *hypoarousal*. De bandbreedte van deze optimale spanning verschilt per persoon en is merkbaar aan (non-)verbale signalen. De therapeut let tijdens de exposure op zowel verbale als non-verbale signalen die wijzen op een toename van spanning en het activeren van het angstnetwerk. Als de spanning toeneemt, kan dit bijvoorbeeld zichtbaar worden aan iemands mimiek, lichaamshouding en lichamelijke signalen (zoals zweeten en spieren aanspannen). Ook kan de patiënt vlugger, gefragmenteerder of met grotere sprongen gaan vertellen. Dit wijst erop dat hij een 'hotspot' nadert. Het is dan belangrijk om te vertragen en goed door te vragen om de patiënt te kunnen laten profiteren van de exposure. Als er te veel spanning is, kan de patiënt paniek voelen, de aandacht vooral richten op de lichamelijke gewaarwordingen van in paniek raken en verkrampen, of niet meer reageren op vragen. Als de spanning te laag is, kan de patiënt dingen vlak en monotoon vertellen, zonder enige emotie te voelen, of dissociëren. Zolang de therapeut in contact blijft met de patiënt en diens non-verbale signalen van spanning zichtbaar zijn (als de patiënt dus niet alleen zit te 'praten over'), is de spanning binnen de bandbreedte. Omdat te veel of te weinig spanning het

therapieproces belemmert, is het van belang om tijdens de therapie de spanning te monitoren. Coachende, directieve gespreksvoering helpt om het spanningsniveau te hanteren, omdat de therapeut zo de vragen naar koud en warm en toen en nu kan afwisselen en invloed heeft op de spanning van patiënt. Zo leiden vragen naar koud en nu tot verlaging van de spanning, en vragen naar warm en toen tot toename van de spanning.

Veel factoren hebben invloed op het verloop van NET. Zo kan het zijn dat de patiënt erg vermijdend blijft en blijft 'praten over', in plaats van contact te maken met zijn emoties. Dit kan te maken hebben met angst voor de angst of voor controleverlies. Deze angst kan worden uitgedaagd door stil te staan bij deze angstige verwachting. In dat geval zal het vertragen van de NET en het uitvragen van de warme herinneringen extra aandacht verdienen. De therapeut zal dan nog meer inzoomen op de lichamelijke en zintuiglijke ervaringen van de patiënt, en navragen wat diens emoties zijn en hoe deze voelbaar zijn in het lichaam. De therapeut kan de patiënt vragen om te laten zien hoe hij of zij zat of liep, of om een voorwerp mee te nemen dat geassocieerd is met de ervaringen van toen. Dit kan de exposure versterken. De exposure en het gecontroleerd herbeleven van de traumatische gebeurtenis in de therapiekamer, waarbij de patiënt de ervaring opdoet dat de angst ook weer afneemt, kan de angst voor de angst doen verminderen.

Dissociatie is een andere complicerende factor die voorkomt bij trauma, zeker bij complex trauma. Dissociatie wordt omschreven als de ontkoppeling of onderbreking van functies als bewustzijn, geheugen en zelfbeleving, maar ook van zintuiglijke waarneming, beweging en lichaamsbeleving. Het wordt beschouwd als een overlevingsmechanisme tijdens de traumatische ervaring, maar treedt soms ook naderhand op in reactie op een trigger of op het moment dat iemand over het trauma gaat praten (de la Rie & Snip-van Wageningen, 2022). De gesprekstechnieken in NET, waarbij de therapeut schakelt tussen toen en nu, en tussen koud en warm, kunnen behulpzaam zijn om de spanning te monitoren, waardoor de patiënt binnen de bandbreedte van het tolerantievenster blijft. Als de patiënt gevoelig is voor dissociatie, kan er voor de start van de NET-behandeling met hem of haar besproken worden hoe dit te signaleren en op welke wijze hij of zij het beste het contact met het hier-en-nu kan behouden of hervinden. Het zal dan vaak gaan om activerende interventies, waarbij de patiënt wordt aangemoedigd om bijvoorbeeld te gaan bewegen, teneinde hypoarousal te voorkomen of te doorbreken (de la Rie & Snip-van Wageningen, 2022).

Schuld- en schaamtegevoelens kunnen patiënten belemmeren om ervaringen te delen. De aard van de ervaring en hoe de patiënt zijn of haar aandeel in de situatie interpreteert, kunnen van invloed zijn op (het persisteren van) de klachten. Schuldgevoelens betreffen doorgaans iets wat de patiënt ooit verkeerd heeft gedaan, schaamtegevoelens raken meer aan het zelfgevoel (Schalkwijk, 2012). Het herkennen van schaamte en schuldgevoelens, het normaliseren van deze emoties en het contact met de therapeut als niet-

oordelende ander kunnen ertoe bijdragen dat de patiënt beter in staat is om de vermijding te doorbreken en deze ervaringen door te werken.

Als dit tot onvoldoende resultaat leidt, kunnen aanvullende cognitief-gedragstherapeutische interventies worden ingezet. Een bekende cognitief-gedragstherapeutische interventie die wordt ingezet bij aanhoudende schuldgevoelens is de ‘taartpuntechniek’ (de la Rie et al., 2021). Op een whiteboard tekent de therapeut een cirkel (een ‘taart’) die staat voor de traumatische gebeurtenis. Vervolgens vraagt hij aan de patiënt welk deel van de cirkel (welk percentage oftewel welke ‘taartpunt’) zijn of haar aandeel in de gebeurtenis weergeeft. Dit percentage ligt bij patiënten met een groot schuldgevoel doorgaans heel hoog, op soms wel 100%. Vervolgens vraagt de therapeut wie of wat nog meer invloed heeft gehad op het verloop van de gebeurtenis. Hij tekent een tweede cirkel, waarin de patiënt het aandeel van elke persoon in een percentage/taartpunt uitdrukt, waarbij het aandeel van de patiënt zelf als laatste wordt ingetekend. Dat aandeel ligt in de meeste gevallen aanzienlijk lager dan bij het intekenen van de eerste cirkel, wat bijdraagt aan cognitieve herstructurering

#### NET IN SOORTEN EN MATEN

.....

NET is beschikbaar als behandeling voor verschillende soorten patiënten en kan enigszins aangepast worden aan de specifieke karakteristieken van deze patiënten. Voor kinderen en jeugdigen is er KIDNET, dat gebruikmaakt van het tekenen of uitbeelden van ervaringen (Siehl et al., 2021). Verder is er voor patiënten bij wie er sprake is van daderproblematiek Forensisch NET (FOR-NET), waarin de verschillende emoties die samenhangen met daderschap worden doorgewerkt. FOR-NET wordt veel gebruikt voor bijvoorbeeld voormalige kindsoldaten (Hecker et al., 2015; Koebach et al., 2021). Al deze vormen van NET zijn tevens effectief gebleken voor deze groepen (Siehl et al., 2021). Een belangrijke ontwikkeling is NET voor traumatische rouw (NET-TG). NET-TG besteedt aandacht aan verliezen voor mensen die naast PTSS-klachten ook last hebben van traumatische rouw (Smid et al., 2021). NET wordt standaard aangeboden als individuele traumatherapie, maar tijdens de coronapandemie is er een online variant ontwikkeld: E-NET (van Hensbergen et al., 2021).

Daarnaast wordt individuele NET aangeboden in de tweede fase van een dagklinisch programma voor vluchtelingen, dat een jaar duurt en naast individuele NET ook groepstherapie, psychomotore therapie en beeldende therapie omvat. Dit programma liet bij een deel van ernstig getraumatiseerde patiënten afname van klachten zien (de la Rie et al., 2020).

Naast een dagklinische variant is er tevens een klinische variant van NET: hoogintensieve NET (HI-NET) (Jongedijk, 2021). HI-NET bestaat uit een opname van twee weken, waarin zestien zittingen NET worden aangeboden,

naast beeldende therapie en psychomotore therapie. De effectiviteit van deze vorm van NET wordt momenteel onderzocht.

198

OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN TUSSEN NET EN ANDERE  
TRAUMABEHANDELINGEN

.....

De meest gangbare traumabehandelingen, zoals PE en NET, maar ook EMDR en BEPP, hebben veel overeenkomsten met elkaar (Mørkved et al., 2014; Schnyder et al., 2015). Alle traumabehandelingen richten zich op het verminderen van angstklachten en van PTSS-klachten, zoals nachtmerries en herbelevingen. Er zijn ook inhoudelijke overeenkomsten. Er is bij alle genoemde traumabehandelingen aandacht voor psycho-educatie, emotieregulatie en copingvaardigheden. Verder is er een vorm van blootstelling aan de traumatische herinnering, evenals herstructurering en betekenisgeving, en is er aandacht voor emoties en geheugenprocessen.

Er is ook een aantal verschillen (Mørkved et al., 2014; Schnyder et al., 2015). Zo verschillen de veronderstelde werkingsmechanismen tussen traumabehandelingen. NET legt de nadruk op de integratie van de traumatische herinnering in de levensgeschiedenis als rationale voor de therapie, waarbij het trauma door de exposure en de chronologische bespreking van de ervaringen in de levensgeschiedenis anders wordt opgeslagen in het geheugen en meer gaat lijken op een 'normale' herinnering. Het centrale werkingsmechanisme bij PE berust op de *emotional processing theory* (EPT) en de leertheorie; bij EMDR gaat het om de belasting van het werkgeheugen die concurreert met de herinnering, waardoor de spanning over de herinnering afneemt; en BEPP draait om de ontlading of catharsis van emoties na exposure aan de traumatische herinnering (Mørkved et al., 2014; Schnyder et al., 2015). Het werkingsmechanisme van vooral PE is goed onderzocht, terwijl voor NET nader onderzoek nodig is om vast te stellen of de effectiviteit van de behandeling inderdaad bepaald wordt door het veronderstelde werkingsmechanisme.

Het aantal en type traumatische herinneringen waar een therapie zich op richt verschilt eveneens. Gaat het bij PE en EMDR om de belangrijkste ervaring(en), en bij BEPP om de (kantel)ervaring waarna de klachten zijn ontstaan, bij NET gaat het om *alle* belangrijke traumatische ervaringen, maar ook de positieve ervaringen in de levensgeschiedenis.

Ook de procedures bij de genoemde traumabehandelingen verschillen van elkaar en kennen eigen specifieke aandachtspunten. De wijze waarop exposure aan de herinneringen wordt uitgevoerd bij NET verschilt van de exposure bij PE en BEPP. De bespreking van de ervaring in de verleden tijd, het schakelen tussen toen en nu, en tussen 'koude' en 'warme' elementen, is specifiek voor NET. Bij PE en BEPP vindt de exposure aan de herinnering in de tegenwoordige tijd plaats. Bij EMDR staat het herinneringsbeeld cen-

traal en niet de details van de traumatische ervaring. Anders dan bij PE en BEPP, is er bij NET geen huiswerk. Bij PE beluistert de patiënt bandjes, bij BEPP neemt de patiënt memorabilia mee en krijgt een schrijfpoddracht. NET is uniek in het gebruik van de symbolische levenslijn en de verslaglegging van het narratief. Tevens wordt bij de bespreking van de levensgeschiedenis aandacht gegeven aan positieve ervaringen. Middels de verslaglegging wordt de therapeut als getuige deelgenoot van de levensloop van de patiënt, die zich daardoor gezien en erkend voelt. Dit is ontleend aan de getuigenis-therapie en wordt beschouwd als corrigerend of reparerend mechanisme, dat van invloed is op het zelfbeeld en de betekenisgeving van de traumatische ervaringen in de levensloop, en zo bijdraagt aan integratie (Jongedijk, 2021; Mørkved et al., 2014).

Op welke wijze en in hoeverre de keuze voor het aantal en type trauma's en de specifieke elementen in de gevolgde procedure bijdragen aan de effectiviteit van de genoemde traumabehandelingen, zou nader onderzocht moeten worden. De belangrijkste kenmerken van de meest gangbare traumabehandelingen worden samengevat in tabel 1.

#### CONCLUSIE

.....

NET is een bewezen effectieve therapie voor PTSS. Daarnaast is het een laagdrempelige en cultuursensitieve traumabehandeling. Hoewel er voor de effectiviteit van PE als behandeling van PTSS het sterkste bewijs is, is er inmiddels zoveel bekend over NET dat een indicatie ervoor te overwegen is als er sprake is van complex meervoudig trauma en een duidelijke, gestructureerde vorm van traumabehandeling wenselijk is. NET kent een aantal overeenkomsten met andere traumabehandelingen, maar heeft ook specifieke kenmerken. De werkzaamheid van NET omvat de activatie van het angstnetwerk (waarna de angst kan uitdoven) en de cognitieve herevaluatie van de angstige verwachting (zoals bij PE), maar ook de integratie van de traumatische herinneringen in de context van de levensgeschiedenis. De traumatische herinnering gaat zo meer lijken een 'normale' herinnering, zij het een hele nare herinnering. Chronologische imaginaire exposure aan de traumatische ervaringen in de levensgeschiedenis is een belangrijk aspect van deze behandeling, waarbij de therapeut van elke zitting een verslag maakt en er zo een reconstructie wordt gemaakt van de levensgeschiedenis. Verder onderzoek naar de effectiviteit van NET is nodig. Daarin zou NET moeten worden vergeleken met andere traumabehandelingen en zou moeten worden gekeken naar voorspellers van zowel vermindering van klachten als van verlies van de diagnose PTSS. Het is dan belangrijk dat de verschillende werkingsmechanismen goed tegen het licht worden gehouden. Zo wordt inzichtelijk wat het beste werkt voor wie.

TABEL 1 Kenmerken van de verschillende traumabehandelingen

	PE	EMDR	BEPP	NET
<b>Doel</b>	Uitdoving van angst en correctie van angstige verwachtingen	Vermindering van spanning bij het terugdenken aan het trauma	Ontlading van emoties over de ervaring	Integratie van trauma in context van levensgeschiedenis
<b>Procedure</b>	Herhaalde blootstelling/imaginaire exposure aan de traumatische herinnering door die in detail te bespreken, ook na de zitting door bandjes te beluisteren	Focus op herinneringsbeeld, waarna een stroom van gedachten en associaties volgt, en tegelijkertijd aanbod van andere stimuli	Geleidelijke imaginaire exposure gedurende de eerste fase van de therapie, waarbij steeds een deel van de traumatische ervaring wordt besproken en alle emoties daaromtrent worden geuit	Imaginaire blootstelling aan traumatische herinneringen in de chronologie van de levensgeschiedenis
<b>Centraal werkingsmechanismen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Emotional processing theory: activatie van het angstnetwerk leidt tot correctie van opgeslagen geconditioneerde stimuli (denken aan trauma) en de respons ('ik ben in gevaar')</li> <li>▶ Cognitieve herevaluatie: door disconfirmeren van verwachtingen totstandkoming van een inhibitorische associatie</li> </ul>	Belasting van het werkgeheugen, waarbij de stimuli concurreren met de (lading van de) herinnering aan het trauma	Catharsis: emotionele ontlading van in het bijzonder verdriet (naast angst)	Verbinden van het episodische en het impliciete geheugen, naast uitdoving van de angst door het activeren van het angstnetwerk en disconfirmeren van verwachtingen
<b>Type trauma</b>	Trauma's die het meest samenhangen met PTSS-klachten, dan wel volgens angsthiërarchie	Trauma's die het meest samenhangen met PTSS-klachten	Kerntrauma: een kantel-ervaring, waarna PTSS-klachten zijn ontstaan	Alle (belangrijke) trauma's in de chronologie van de levensloop



Tijd waarin exposure aan de ervaring wordt uitgevraagd	Tegenwoordige tijd	Tegenwoordige tijd	Tegenwoordige tijd
<b>Specifieke aandachtspunten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verleden tijd</li> <li>▶ Schakelen tussen toen en nu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ook andere (positieve) levenservaringen worden besproken</li> <li>▶ Er wordt een verslag gemaakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ De levenslijn geeft overzicht</li> <li>▶ Het verslag is een vorm van getuigenis</li> <li>▶ Na het lezen van het verslag is er ruimte om stil te staan bij patronen en betekenisgeving</li> </ul>
	Tegenwoordige tijd	De exposure wordt ondersteund door schriftopdrachten en memorabilia	
	Tegenwoordige tijd	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Frequentie en intensiteit van de werkgeheugenbelasting wordt gemonitord</li> <li>▶ Tijdens het proces wordt het dalen van de SUD (maat voor spanning) gevolgd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Na de fase van exposure volgt de fase van betekenisgeving, waarin aandacht is voor de plaats van het trauma in het leven en de invloed ervan op bijvoorbeeld het zelfbeeld</li> </ul>
	Tegenwoordige tijd	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Om de activatie te versterken wordt soms exposure aan voorwerpen/omstandigheden die doen denken aan het trauma/exposure in vivo aangeboden</li> <li>▶ De daling van de spanning tijdens de exposure wordt gevolgd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verandering van betekenis kan plaatsvinden door bijvoorbeeld toevoegen van <i>cognitive interweaves</i> (stellen van een vraag die iemand op andere gedachten/associaties brengt)</li> </ul>
<b>Betekenisgeving</b>	Tegenwoordige tijd	Cognitieve herevaluatie van de ervaring als angstige verwachting niet uitkomt	

**Simone de la Rie** is als klinisch psycholoog/psychotherapeut, P-opleider gedragswetenschappen, research track coördinator Migratie en Psychotrauma en senior onderzoeker verbonden aan ARQ Centrum '45. *Correspondentieadres*: ARQ Centrum '45, Nienoord 10, 1112 XE Diemen. E-mail: s.de.la.rie@centrum45.nl.

### Summary *Narrative Exposure Therapy*

After one or more traumatic events, a person can develop posttraumatic stress disorder (PTSD). Usually, treatment of first choice is prolonged exposure (PE). Another PTSD treatment that has proven to be effective is Narrative Exposure Therapy (NET). NET focusses on activating the fear network, habituation and cognitive re-evaluation during exposure sessions. NET also aims to integrate the traumatic memory into the autobiographical memory. The therapist and the patient begin by laying down the life line and marking positive life events ('flowers') as well as traumatic life events ('stones') in the life history. Then the events are discussed chronologically, with the therapist working through the stones by means of exposure. Characteristic of exposure in NET is discussing the traumatic event in the past tense, while repeatedly explicating the difference between 'back then' and 'here and now'. In addition, the context information of the episodic memory is connected with the emotional associations, and physical and sensory sensations of the implicit memory. The therapist writes a report of each session and reads it to the patient the next session. At the end of therapy the narrative is handed over to the patient. NET appears to be a culturally sensitive and easy to understand trauma therapy, that is feasible for patients with complex multiple trauma history.

**Keywords** *trauma, complex trauma, PTSD, exposure, Narrative Exposure Therapy*

### Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- American Psychological Association (APA). (2017). *Guideline Development Panel for the treatment of PTSD in adults: Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/ptsd.pdf
- Boeschoten, M. A., van der Aa, N., Bakker, A., ter Heide, F. J. J., Hoofwijk, M. C., Jongedijk, R. A., van Minnen, A., Elzinga, B. M., & Olff, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1546085.
- Brewin, C. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140, 69-97.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210-232.
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and

- the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25, 17-25.
- 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.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Cook Middleton, J. Feltner, C., Brownley, K. A., Rae Olmsted, K., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- de la Rie, S., Jongedijk, R., & Bos, J. (2021). Traumagerelateerde schaamte, schuld en walging. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 176-196). Boom.
- de la Rie, S. M., Smid, G., van Est, L., Bisseling, E., & Boelen, P. (2020). Feasibility of Narrative Exposure Therapy in an outpatient day treatment program for refugees: Improvement in symptoms and global functioning. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1-14.
- de la Rie, S. M., & Snip-van Wageningen, E. (2022). *Trauma en dissociatie: Herkennen, begrijpen en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.
- de Vries, G.-J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7,000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 214-227). Guilford Press.
- Gersons, B. P., Carlien, I. V., Lamberts, R. D., & van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 333-347.
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma en stressorsgelateerde stoornissen*. [www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen](http://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen)
- Hecker, T., Hermenau, K., Crombach, A., & Elbert, T. (2015). Treating traumatized offenders and veterans by means of Narrative Exposure Therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 80.
- Jongedijk, R. (2021). *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk*. Boom.
- Kaltenbach, E., Hermenau, K., Schauer, M., Dohrmann, K., Elbert, T., & Schallinski, I. (2020). Trajectories of posttraumatic stress symptoms during and after Narrative Exposure Therapy (NET) in refugees. *BMC Psychiatry*, 20, 312.
- Koebach, A., Carleial, S., Elbert, T., Schmitt, S., & Robjant, K. (2021). Treating trauma and aggression with narrative exposure therapy in former child and adult soldiers: A randomized controlled trial in Eastern DR Congo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 143-155.
- Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, W., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis

- and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1550344.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling E., & Bisson, J. B. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1729633.
- Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 34, 453-467.
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta analysis. *PLoS ONE*, 12, 1-16.
- Schalkwijk, F. (2012). Schaamte in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38, 368-380.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short term intervention for traumatic stress disorders*. Hogrefe.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28186.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. Guilford.
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, 31, 695-710.
- Smid, G., Hengst, S., & de la Rie, S. (2021). NET-TG: NET voor traumatische rouw na meervoudig en traumatisch verlies. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 271-286). Boom.
- ten Broeke, E., de Jongh, A., & Oppenheim, H. J. (2008). *Praktijkboek EMDR*. Pearson Education.
- van Hensbergen, F., Eising, D., & Jongedijk, R. (2021). E-NET: NET online uitvoeren. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 287-296). Boom.
- van Minnen, A., & Arntz, A. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische-stressstoornis: (Imaginaire) exposure. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten I* (pp. 311-369). Boom Cure and Care.