

LEVENSVERRHALEN EN PSYCHOTRAUMA

**NARRATIEVE EXPOSURETHERAPIE
IN THEORIE EN PRAKTIJK**

Ruud Jongedijk

Boom

© 2021 R. Jongedijk, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd, 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 (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, 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 (een) gedeelte(n) uit

deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

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

Omslag: Ronald Smaal | Reis met goudvis
Binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 9789024431021
NUR 770

www.boompsychologie.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Inhoud

Voorwoord	11
Inleiding	13

Deel I – Trauma en PTSS: algemene theoretische achtergronden

Inleiding	21
1 Diagnostiek en meetinstrumenten	23
<i>Manon Boeschoten & Ruud Jongedijk</i>	
1.1 Inleiding	23
1.2 Criteria voor trauma en PTSS	23
1.3 Subtypen van PTSS	25
1.4 Stapsgewijze diagnostiek	26
1.5 Tot slot	32
2 De uitgangspunten van exposuretherapie bij PTSS	33
<i>Ruud Jongedijk</i>	
2.1 Inleiding	33
2.2 Theoretische achtergrond	34
2.3 De praktijk	37
2.4 Tot slot	38
3 Narratieve exposuretherapie: een inleiding in de basisprincipes	40
<i>Ruud Jongedijk</i>	
3.1 Inleiding	40
3.2 Het geheugen	41
3.3 NET in de praktijk	51

3.4	De levenslijn	55
3.5	Narratieve exposure: het doorwerken van de levenslijn	57
3.6	Het getuigenisdocument	61
3.7	Indicaties en effectiviteit	62
3.8	Verschillen tussen IE, EMDR en NET	63
3.9	Tot slot	64

Deel II – Narratieve exposuretherapie in de praktijk

Inleiding		69
4 De eerste sessie		70
<i>Ruud Jongedijk</i>		
4.1	Inleiding	70
4.2	Diagnostiek	72
4.3	Indicaties en contra-indicaties	73
4.4	Psycho-educatie	77
4.5	Basisvoorwaarden	85
4.6	Tot slot	86
5 De tweede sessie: de levenslijn		88
<i>Ruud Jongedijk & Patricia Strijk</i>		
5.1	Inleiding	88
5.2	De levenslijn	89
5.3	De levenslijn uitleggen	96
5.4	Problemen bij het uitleggen van de levenslijn	100
5.5	De levenslijnsessie beëindigen	103
5.6	De casus van Farid	105
5.7	Tot slot	112
6 Doorwerken van de levenslijn: narratieve exposure		113
<i>Ruud Jongedijk</i>		
6.1	Inleiding	113
6.2	Herkenning van de traumatische gebeurtenis	116
6.3	Narratieve exposure aan de traumatische gebeurtenis	118
6.4	Na de exposuresessie	139
6.5	Tot slot	147

7	Het schrijven van het getuigenisdocument	148
	<i>Ruud Jongedijk & Gerdie Eiting</i>	
7.1	Inleiding	148
7.2	Getuigen en getuigenis therapie	149
7.3	Het schrijven van het document: een voorbeeld	151
7.4	Tot slot	160
8	De laatste sessie	161
	<i>Ruud Jongedijk</i>	
8.1	Inleiding	161
8.2	Met de patiënt het document doornemen	161
8.3	De verschillende functies van het document	163
8.4	Toekomstbeeld	164
8.5	Afronding en follow-up	165
8.6	Tot slot	166

Deel III – Complicerende factoren bij NET

	Inleiding	169
9	Vermijding en onvolledige informatie	170
	<i>Ruud Jongedijk</i>	
9.1	Vermijding door de patiënt	170
9.2	Vermijding door de therapeut	172
9.3	Tot slot	174
10	Traumagerelateerde schaamte, schuld en walging	176
	<i>Simone de la Rie, Ruud Jongedijk & Jannetta Bos</i>	
10.1	Inleiding	176
10.2	Primaire en secundaire traumagerelateerde emoties	177
10.3	Traumagerelateerde schaamte	181
10.4	Traumagerelateerde schuld	187
10.5	Traumagerelateerde walging	192
10.6	Tot slot	196

11	Dissociatie en NET	198
	<i>Ruud Jongedijk & Simone de la Rie</i>	
11.1	Inleiding	198
11.2	Wat is dissociatie?	199
11.3	De verdedigingscascade	201
11.4	Window of Tolerance	207
11.5	NET en dissociatie	209
11.6	Dissociatieve reacties tijdens traumabehandeling	210
11.7	Tot slot	216

Deel IV – Narratieve exposuretherapie: aanpassingen voor specifieke patiëntengroepen of doeleinden

	Inleiding	221
12	KIDNET: narratieve exposuretherapie voor kinderen en adolescenten	223
	<i>Monique van Houwelingen, Mona Shabab, Maggie Schauer & Ruud Jongedijk</i>	
12.1	Inleiding	223
12.2	Geheugenfuncties bij kinderen	225
12.3	Huidig bewijs voor de effectiviteit van KIDNET	226
12.4	KIDNET stap voor stap: aanpassingen en technieken	228
12.5	De rol van ouders	243
12.6	Uitdagingen en risico's	245
12.7	Tot slot	246
13	FORNET: narratieve exposuretherapie voor getraumatiseerde ouders	247
	<i>Tobias Hecker, Katharin Hermenau, Anke Koebach, Katy Robjant & Anselm Crombach</i>	
13.1	Inleiding	247
13.2	Het neo-associatieve agressiemodel en de relatie tot het trauma-angstnetwerk	249
13.3	Contextgerelateerde risicofactoren voor agressie	253
13.4	Sociale uitsluiting: een drijvende kracht achter agressief gedrag	254

13.5	Schaamte en schuld als factoren die agressief gedrag in stand houden	255
13.6	De cyclus van gewelddadig gedrag en rechtvaardigende gedachten	257
13.7	Narratieve exposuretherapie voor de rehabilitatie van forensische daders (FORNET)	257
13.8	Een overzicht van de FORNET-sessies	258
13.9	Groepsprogramma	266
13.10	Huidig bewijs voor de effectiviteit van FORNET	268
13.11	Tot slot	270
14	NET-TG: narratieve exposuretherapie voor traumatische rouw na meervoudig trauma en verlies	271
	<i>Geert Smid, Sophie Hengst & Simone de la Rie</i>	
14.1	Inleiding	271
14.2	Traumatische rouw: epidemiologische aspecten	273
14.3	De behandeling van traumatische rouw	274
14.4	Narratieve exposuretherapie voor traumatische rouw: NET-TG	277
14.5	NET-TG: een stapsgewijze beschrijving	279
14.6	Als de rouwsymptomen aanhouden na NET-TG	285
14.7	Tot slot	286
15	E-NET: narratieve exposuretherapie online uitvoeren	287
	<i>Fleur van Hensbergen, Dorien Eising & Ruud Jongedijk</i>	
15.1	Inleiding	287
15.2	Praktijk en effectiviteit van online traumatherapie/ behandeling	288
15.3	Indicaties en contra-indicaties	289
15.4	Beschrijving van de behandeling	290
15.5	Overige aandachtspunten	295
15.6	Tot slot	296
16	Conclusies en nieuwe ontwikkelingen	297
	<i>Ruud Jongedijk</i>	
16.1	Inleiding	297
16.2	Nog enkele varianten van NET	298
16.3	Tot slot	301

Bijlage 1: Walgingslijst	303
Register	305
Literatuur	311
Auteurs	333

Voorwoord

Jan-Wilke Reerds

Sinds 2010 is Ruud Jongedijk al bezig met de ontwikkeling en implementatie van NET-trainingen in Nederland. Hij ging hiervoor te rade bij de ontwikkelaars van deze psychotraumatheerapie, de psychologengroep van de Universiteit van Konstanz, waarvan Maggie en Elisabeth Schauer, Frank Neuner en Thomas Elbert deel uitmaken, en hij raakte zeer enthousiast. Dit leidde in 2014 tot de eerste editie van het handboek *Levensverhalen en psychotrauma – narratieve exposure therapie in theorie en praktijk*.

Bij ARQ Centrum⁴⁵ wordt al vanaf haar ontstaan in 1973 een belangrijk accent gelegd op de context van de traumatisering. En juist die context is ook voor NET zo van belang. Jongedijk zag dat de ontwikkelaars van de NET-therapie deze onder moeilijke omstandigheden toepasten bij complexe, meervoudig getraumatiseerde patiënten. Ook bij ARQ zijn patiënten vaak meervoudig en langdurig getraumatiseerd, vertonen zij chronische psychotraumaklachten en hebben ze vaak al een of meer traumabehandelingen achter de rug.

NET heeft in Nederland de afgelopen jaren een grote vlucht genomen. Vele beginnende, maar ook zeer ervaren, psychotraumatheerapeuten hebben zich geschoold in NET, en de vraag naar deze training is nog steeds groot. ARQ Academy verzorgt in samenwerking met ARQ Centrum⁴⁵ een succesvol trainingsaanbod voor NET, en er is inmiddels een grote poule aan trainers en supervisors die vanuit ARQ Academy specifiek voor NET worden ingezet, zowel in als buiten Nederland.

Was en is er dan behoefte aan nóg een traumabehandeling voor patiënten met PTSS? Er zijn immers er al meerdere behandelingen, zoals imaginaire exposure, CGT en EMDR, en de binnen ARQ ontwikkelde beknopte eclectische psychotherapie voor PTSS (BEPP). Ik denk van wel. Het succespercentage van traumatherapieën op PTSS is globaal 60 tot 70 procent; het percentage van langdurig en meervoudig getraumatiseerde patiënten dat opknapt zal nog lager liggen.

Binnen ARQ zijn we daarom altijd bezig met het onderzoeken welke nieuwe vormen van traumatherapieën we onze patiënten nog beter kunnen helpen.

Zeker traumatherapieën, zoals NET, die een alternatieve invalshoek op de bestaande traumatherapieën bieden, zijn welkom. Om herstel van de psychotraumaklachten te bewerkstelligen en betekenis te geven aan de traumatisering bij patiënten die gedurende hun hele leven verscheidene ernstige schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt, is meer nodig dan alleen een focale traumatherapie. NET biedt de patiënt overzicht op zijn of haar levensgeschiedenis, op de schokkende traumatische gebeurtenissen, de mooiere gebeurtenissen, en de periodes daartussen. Bij de patiënt verminderen zo niet alleen psychotraumaklachten, maar de behandeling biedt ook perspectief, kracht en waardigheid. En dat is voor de ernstig en veelvuldig getraumatiseerde patiënten enorm van belang. Dat maakt dat ook ervaren psychotraumatherapeuten, die al vele jaren hun traumapatiënten met EMDR of GCT hebben behandeld, in NET een waardevol en bruikbaar alternatief zien.

Daarom nu deze tweede, geheel herziene editie van *Levensverhalen en psychotrauma*. Een editie waarin ook diverse nieuwe ontwikkelingen zijn beschreven. Met, naast de hoofdstukken over de reguliere NET-behandeling, ook belangrijke variaties daarop, zoals NET voor ouders, NET voor kinderen en NET voor patiënten met traumatische rouw. Zo kan de behandeling nog beter worden toegespitst op de specifieke context en traumatiseringsachtergrond van de patiënt.

Daarnaast is er ook informatie opgenomen over e-NET. ARQ Centrum⁴⁵ ontwikkelde recent binnen het patiëntenplatform Quli een module om de NET-levenslijn digitaal uit te werken, zodat de patiënt ook vanuit huis met de hulp van een therapeut aan zijn of haar klachten kan werken.

Kortom, na vele jaren van behandelen, trainen, superviseren en lezingen geven zijn alle nieuwe inzichten en ontwikkelingen in deze editie opgenomen. Ik hoop dat het nieuwe NET-handboek snel zijn weg zal vinden naar therapeuten, en daarmee naar de patiënten die ons zo aan het hart gaan.

Drs. Jan-Wilke Reerds, MBA

Voorzitter Raad van Bestuur ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

Inleiding

Ruud Jongedijk

Herinneringen bepalen voor een belangrijk deel wie we zijn. Het geheugen heeft evolutionair gezien een belangrijke functie: op basis van onze vroegere ervaringen kunnen we ons toekomstige scenario's voorstellen, en zo gericht en adaptiever denken, ervaren en handelen in heden en toekomst. Soms echter zijn geheugenfuncties verstoord en kunnen herinneringen maladaptief worden. Dat is bij meerdere psychische stoornissen het geval. Bij de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) is het geheugen op een heel specifieke manier verstoord, waardoor PTSS wel wordt voorgesteld als een geheugenstoornis (Brewin & Holmes, 2003; Jongedijk, 2020). Immers, het centrale kenmerk van PTSS is de herbeleving, waarbij het *verleden* ongecontroleerd en op een bijna realistische manier in het *heden* terugkomt, in gedachten, in gevoelens en vooral in de vorm van zintuiglijke ervaringen en lichamelijke reacties. Zoals de jonge vrouw die de aanraking van de huisarts niet kan verdragen en in paniek wegrent, terwijl ze naar ademt snakt, haar hartslag hoog is en ze een misselijk-makende afschuw voelt, en helder voor zich ziet hoe ze als kind van acht jaar seksueel werd misbruikt. Of zoals de ex-militair die met zijn vrouw over straat wandelt, plotseling bij een vuurwerkknal in de struiken duikt en vervolgens een halfuur niet meer aanspreekbaar is, hijgend, verward en gedesoriënteerd. Of zoals Ervin Staub, kindoverlevende van de Holocaust en hoogleraar psychologie, omschreef:

When I think of this time, fear is rising. In the past, we had to suppress it because of the permanent danger, but today I feel strange, because I only remember fragments. Why is that so? I feel as if a part of me is still hiding. I am staring into the darkness and only now and then something flashes up and lays open, a memory of my previous life. (Schauer et al., 2011)

De richtlijnen voor de behandeling van PTSS zijn vrij eenduidig. De voorkeur wordt gegeven aan zogenoemde traumagerichte therapie (Trauma Focused Therapy of TFT), zoals Imaginaire en Prolonged Exposure (IE/PE), cognitie-

ve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Dit zijn therapievormen die proberen heel precies de traumatische herinneringen aan te pakken, en ze richten zich daarbij voornamelijk op de herinneringen uit het *impliciete* geheugensysteem.¹ Dat wil zeggen dat ze zich vooral richten op de herbelevingen: de automatische, associatieve, zich in het heden opdringende geheugenflarden bij getraumatiseerde patiënten. Vaak wordt de behandeling gericht op één of enkele van de meest belastende intrusies of flashbacks.

Doorgaans is bij traumatische herinneringen echter meer aan de hand dan enkel deze beelden. Zoals Staub beschreef, is er duisternis in zijn geheugen – in zijn ‘vorige’ leven. En uit die duisternis poept geregeld een flard op van wat hij heeft meegemaakt. Ongecontroleerd, buiten zijn wil om en onverwacht. Met andere woorden, alhoewel het geheugen sterk en levendig is in de flashbacks, is er ook veel geheugen *niet* meer toegankelijk. Wat minder toegankelijk is, is het *expliciete* geheugen, ook wel het autobiografische geheugen genoemd. Dit onderdeel van het langetermijngeheugen bestaat uit de context: het *wanneer*, *waar* en *wat* of *hoe*. Wat gebeurde er, wanneer was dat en waar was dat? Vanuit de vlucht-vechttheorie kan duidelijk worden gemaakt waarom het impliciete geheugen zo levendig is, en het expliciete geheugen zo vaag of zelfs gefragmenteerd. Tijdens het overweldigende gevaar treedt de arousal op die nodig is om te vluchten of te vechten. Alles staat op scherp: het lichaam, maar zeker ook de zintuigen. Ze zijn sterk gefocust en daardoor vernauwd, want ze moeten vooral het gevaar inschatten. Het geheugen slaat hierdoor vooral deze informatie versterkt op. Alle andere informatie, te weten die van de context van de gebeurtenis, is voor het overleven ‘ballast’ en wordt grotendeels genegeerd.

Specifiek voor narratieve exposuretherapie (NET) is dat deze traumatherapie zich niet alleen richt op de impliciete, traumatische herinneringen, maar vooral ook op het expliciete geheugen, oftewel op de herinneringen aan de context. De bewerking van de autobiografische herinneringen geeft NET een unieke plaats binnen de traumatherapieën. Bij iedere traumatische gebeurtenis wordt getracht de angstige herinneringen in te bedden in de context, waardoor het autobiografische geheugen wordt hersteld. De patiënt gaat zich weer herinneren waar het gebeurde, wanneer het gebeurde en hoe de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Dit maakt niet alleen dat de gebeurtenis weer raakt ingebed in de bredere context, waardoor de intrusies verminderen, maar zorgt ook voor betekenisverlening. Door de traumatische herinnering te contextualiseren

1 Hier wordt onder ‘trauma’ altijd *psychotrauma* verstaan, en hiermee wordt de gebeurtenis zelf bedoeld. Voor begrippen als ‘traumatische gebeurtenis’ of ‘(potentieel) traumatische gebeurtenis’ wordt hier standaard ‘traumatische’ gebruikt.

geeft NET de patiënt inzicht in, overzicht over en begrip van datgene wat hij heeft meegemaakt. Ook het perspectief van de levensloop (de levenslijn), heel specifiek voor NET, zorgt hiervoor. Traumatische gebeurtenissen vinden immers nooit geïsoleerd plaats, maar vormen altijd een onderdeel van de levensgeschiedenis.

Een voorbeeld. De vrouw die zich in traumatherapie steeds de beelden voor de geest moest halen van de ergste momenten van de verkrachting zoals ze die ook steeds in haar intrusies voor zich ziet, krijgt in NET de mogelijkheid breder naar de gebeurtenis te kijken. Hoe ze al voor de gebeurtenis voorvoelde dat er iets ging gebeuren; haar broer was dronken thuisgekomen en zij was alleen. Dat hij die ochtend al avances had gemaakt, die ze eerst niet begreep maar die wel een angstig gevoel bij haar opriepen. Hoe hij langzaam stommelend de trap opkwam, terwijl zijn slaapkamer beneden was. Hoe ze dacht dat ze weg kon komen, iemand kon bellen of een vriendin een berichtje kon sturen, maar zo verlamd van angst was dat ze niets deed – en dat ze zichzelf daarom altijd had veroordeeld als een stomkop en een slappeling, dat het haar eigen schuld was omdat ze niets had gedaan. Ook kon ze zien hoe hij keek, ladderzat, hoe hij zich niet onder controle had en hoe sterk hij eigenlijk was – en hoe weerloos zijzelf. Doordat ze nu de gehele context overziet, begrijpt ze beter wat er is voorgevallen, onder welke omstandigheden, hoe het is gebeurd, wanneer het is gebeurd en wat haar reële aandeel in de gebeurtenis was. Hierdoor kan ze de gebeurtenis betekenis geven en vragen zoals ‘Hoe heeft dit kunnen gebeuren?’ beantwoorden, en begrijpt ze waarom ze nu nog steeds zo angstig wordt als haar partner haar fysiek benadert.

NET is zoals geschetst een waardevolle toevoeging aan het spectrum van bestaande traumagerichte behandelingen. Maar daarnaast heeft NET nog een aantal bijzondere kenmerken. Zo krijgen bij NET ook positieve gebeurtenissen een plek in de levensgeschiedenis. Die worden door patiënten namelijk nogal eens ‘vergeten’. De patiënt krijgt overzicht over zijn leven als geheel; alles wordt chronologisch geordend en visueel gemaakt in de levenslijn. En ten slotte wordt er gewerkt aan een document dat kan dienen als getuigenis. Een dergelijk document geeft een tastbare erkenning met betrekking tot het levensverhaal, met alle schokkende maar ook plezierige momenten.

Een zeer speciaal kenmerk van NET is dat ze juist is ontwikkeld bij en voor meervoudig getraumatiseerde patiënten in instabiele leefomstandigheden. Dit uit zich in de techniek. NET is een logische, makkelijk te begrijpen en daarom aansprekende therapievorm. Ze biedt veel structuur en voorspelbaarheid en is tegelijkertijd heel coachend. Daarbij is de behandelvorm goed toepasbaar in vele culturen (NET is in ongeveer dertig verschillende landen onderzocht)

en bij patiënten die naast PTSS ook comorbide stoornissen hebben zoals stemmingsstoornissen en dissociatieve klachten.

Achter ervaringen met oorlogen, langer durend extreem geweld, misbruik, moordpartijen, martelingen en andere ernstige veelal interpersoonlijke schokkende gebeurtenissen gaan vaak grote menselijke en maatschappelijke drama's schuil. Deze trauma's zijn onderdeel van een veel groter verhaal. Het verhaal van bijvoorbeeld verlies van vertrouwen in mensen en de mensheid of van de context waarin je bent opgegroeid en waar je vandaan komt, van verraad, van rouw om het verlies van familie, van wroeging om individuele, politieke of maatschappelijke keuzes. Laten dergelijke 'verhalen' zich herstellen door alleen te focussen op (onderdelen van) de traumatische herinneringen? Met name bij deze ernstige schendingen van basale mensenrechten bestaat de behoefte, of zelfs de noodzaak, om lering te trekken uit wat er is voorgevallen, het te begrijpen en in een breder verband te plaatsen, er betekenis aan te geven. Daarvoor is een traumabehandeling als NET bij uitstek geschikt (Gersons, 2014; Neuner et al., 2020). Salman Rushdie (2001) schrijft hierover:

Gewelddadige actie is verwarrend voor de meeste mensen die erin verzeild raken. De ervaring is gefragmenteerd; oorzaak en gevolg, waarom en hoe worden uiteengetrokken. Er bestaat alleen volgorde. Eerst dit en dan dat. En daarna voor de overlevenden een levenslange poging te begrijpen ... Waar kwam dat gegil vandaan? Wie ging er dood, wie doodde er? Wat was het verhaal hier? Zo weinig weten maakte dat hij zich onbetekenend voelde ...

Dit boek is een geheel herziene versie van de eerste editie (Jongedijk, 2014). Veel hoofdstukken uit de eerste editie zijn geschrapt, omdat ze minder relevant zijn gebleken voor de uitvoering van NET. Er was ook ruimte nodig om de nieuwe ontwikkelingen rond NET te beschrijven. Alle hoofdstukken zijn aangescherpt en geactualiseerd. Daarnaast zijn er nieuwe hoofdstukken toegevoegd, vooral in het laatste deel van dit boek.

Het boek bestaat uit een viertal delen. Het eerste omvat de globale achtergrond van diagnostiek en de meestgebruikte meetinstrumenten voor PTSS. Ook worden de basisprincipes van imaginaire exposuretherapie toegelicht. Ten slotte wordt een globaal overzicht gegeven van de theoretische en praktische uitgangspunten van NET.

Vervolgens wordt in deel II ingezoomd op waar het in dit boek uiteindelijk om gaat: de werkwijze van NET. Dit deel is te zien als een praktisch werkboek. Om een evidence-based behandeling uit te voeren, is het essentieel dat NET niet naar eigen inzicht wordt ingezet, maar wordt uitgevoerd volgens het bestaan-

de behandelprotocol. De opeenvolgende stappen van NET worden beschreven, zodat therapeuten zich de therapievorm eigen kunnen maken. Het boek is hiervoor op zichzelf echter zeker niet voldoende en moet altijd worden aangevuld met een formele NET-training en met supervisies.²

In deel III worden uitgebreid de belangrijkste complicerende factoren beschreven die een rol spelen in de behandeling, en dan vooral die factoren die de behandeling ernstig kunnen hinderen, zoals vermijding, schuld, schaamte, walging en dissociatie.

In het vierde deel worden enkele varianten van NET beschreven, zoals NET voor kinderen (KIDNET), NET voor ouders (FORNET) en, nog niet eerder beschreven in de literatuur, NET bij traumatische rouw (NET-TG). Omdat de laatste jaren online behandelen aan populariteit wint, is een apart hoofdstuk gewijd aan de online toepassing van NET (e-NET). Het boek sluit af met een kort overzicht van recentere ontwikkelingen in NET-behandelprogramma's, waaronder hoogintensieve NET (HI-NET) en NET in gemeenschappen (NET-facts).

Dit boek is deels gebaseerd op de diverse wetenschappelijke publicaties over NET en het boek van Schauer, Neuner en Elbert (2011). Voor een ander deel is het gebaseerd op de ervaringen die zijn opgedaan met NET binnen ARQ Centrum'45 en op de ervaringen die zijn opgedaan tijdens de vele NET-trainingen en -supervisies bij ARQ Academy. Diverse gastauteurs is gevraagd een hoofdstuk te schrijven, allen specialisten op hun vakgebied.

NET geniet niet alleen onder therapeuten een steeds groeiende populariteit, maar vooral ook onder getraumatiseerde patiënten. Hen te helpen de verschrikkingen die zij hebben meegemaakt in hun leven te verwerken, daarvoor is dit boek bedoeld.

2 De officiële, geaccrediteerde NET-trainingen en -supervisies worden in Nederland verzorgd door ARQ Academy: <https://academy.arq.org/>.

DEEL I

**TRAUMA EN PTSS: ALGEMENE
THEORETISCHE ACHTERGRONDEN**

Inleiding

Het eerste deel van dit boek bevat een introductie op de onderwerpen trauma en PTSS. Het woord ‘trauma’ stamt uit het Oudgrieks, en betekent ‘wond’ of ‘verwonding’. Oorspronkelijk duidde het fysiek trauma aan, met name in gevechtssituaties (Ray, 2008), maar in dit boek wordt met trauma een psychisch trauma bedoeld, oftewel een psychotrauma. De essentie van de gevolgen van psychotrauma is in 1976 beschreven door Horowitz (1997). Ze bestaat uit twee tegengestelde psychologische bewegingen: enerzijds indringende herbelevingen van vroegere ervaringen, die zich ongewild aan iemand opdringen, en anderzijds de poging dergelijke herinneringen of gedachten te vermijden. Vanuit onder andere deze opvatting werd het concept PTSS ontwikkeld, met toevoeging van een derde symptoomcluster, namelijk de hyperarousal (APA, 1980). In de DSM-5 is daaraan nog een vierde symptoomcluster toegevoegd: negatieve veranderingen in cognities en emoties (APA, 2014).

Het indrukwekkendste symptoom van PTSS is de herbeleving. Mensen die met traumatische gebeurtenissen te maken hebben gehad, worden geregeld overspoeld door indringende herinneringen. Deze herinneringen, of beter herbelevingen, gaan gepaard met een scala aan zintuiglijke, emotionele, cognitieve en fysiologische verschijnselen. Dat maakt ze zo overweldigend en ‘echt’, alhoewel de reacties op de verkeerde plaats en op het verkeerde moment optreden; dat wil zeggen niet meer in het bedreigende ‘daar-en-toen’, maar in het (door)gaans veiligere hier-en-nu. Omdat de herbelevingen zo realistisch zijn en het tijdsbesef en het gevoel van context bij de betrokkenen doorgaans ontbreken, blijven ze getraumatiseerden extreem angstig maken.

De gevolgen van schokkende gebeurtenissen kunnen zeer divers zijn en beperken zich niet alleen tot PTSS. Er bestaat een spectrum van geen klachten, via tijdelijke klachten of langer durende subdiagnostische klachten (partiële PTSS of *subthreshold PTSD*) tot PTSS, chronische PTSS en complexe PTSS. Naast PTSS, maar soms ook in plaats daarvan, kan een heel scala aan andere klachten of stoornissen voorkomen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, rouwstoornissen, middelenmisbruik, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Goede diagnostiek van PTSS is essentieel voor de indicatie en het verdere verloop van de behandeling. Diagnostiek is meer dan alleen het afnemen van een vragenlijst of een klinisch interview. Met name om complexe psychopathologie vast te stellen is een intake van belang met een grondige anamnese, een biografie, een heteroanamnese en soms ook het vervolgen en observeren van het verloop van de symptomen. Hierover gaat hoofdstuk 1.

In hoofdstuk 2 worden kort de uitgangspunten van imaginaire exposuretherapie beschreven. Dit is nuttig, omdat bij de uitvoering van NET imaginaire exposure een belangrijke rol speelt. Wel verloopt de traumaexposure bij NET wezenlijk anders dan bij de imaginaire exposure. Om onderscheid te maken tussen imaginaire exposure en de exposure zoals die bij NET wordt gehanteerd, wordt in dit boek gesproken van *narratieve exposure*. Dat zal in latere hoofdstukken uitvoerig naar voren komen.

De basale principes van NET worden in hoofdstuk 3 beschreven. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de theoretische basis van NET, de indicaties en contra-indicaties, de praktische uitvoering, de verschillen met imaginaire exposuretherapie en EMDR en de wetenschappelijke evidentie. Het is de opmaat naar deel II.

Diagnostiek en meetinstrumenten

Manon Boeschoten & Ruud Jongedijk

1.1 Inleiding

Voor een juiste behandelindicatie, maar ook om het effect van de behandeling te evalueren, is juiste diagnostiek onontbeerlijk. De indicatie voor NET is de posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Bij de start van de behandeling is het daarom belangrijk om de classificatie PTSS te stellen en de ernst van de symptomen te meten, zodat het effect van de behandeling kan worden gemonitord. Daarnaast is het van belang om overige psychische stoornissen en probleemgebieden in beeld te brengen, omdat zij de behandeling kunnen beïnvloeden. In dit hoofdstuk wordt met name ingegaan op de criteria, subtypen, diagnostiek en meetinstrumenten met betrekking tot PTSS.

1.2 Criteria voor trauma en PTSS

In 1980 werd PTSS geïntroduceerd in de DSM-III (APA, 1980). PTSS bleef met minimale aanpassingen bestaan in de volgende edities, de DSM-III-R en de DSM-IV. In de DSM-5 (APA, 2014) werd PTSS van de sectie angststoornissen verplaatst naar een geheel nieuwe sectie: trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. In de DSM-5 wordt PTSS gedefinieerd volgens deze kenmerken:

- A De patiënt is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, of ernstige verwonding of seksueel geweld (waarbij vier manieren van blootstelling worden onderscheiden).

- B Er zijn één of meer intrusieve symptomen aanwezig die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen) en die zijn begonnen nadat de traumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden (waarbij vijf manieren van intrusie worden onderscheiden).
- C Er is sprake van persisterende vermijding van prikkels die geassocieerd worden met de traumatische gebeurtenis(sen), die begon nadat de traumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden (waarbij twee manieren van vermijding worden beschreven).
- D Er zijn negatieve veranderingen in cognities en stemming, gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis(sen), die zijn begonnen of verergerd nadat de traumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden (onderverdeeld in zeven verschillende kenmerken).
- E Er is sprake van duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit, gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis(sen), die zijn begonnen of verslechterd nadat de traumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden (onderverdeeld in zes verschillende kenmerken).
- F De duur van de stoornis (criteria B, C, D en E) is langer dan één maand.
- G De stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- H De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.

Voor een diagnose PTSS zijn ten minste vereist:

- één intrusief symptoom (B);
- één vermijdingssymptoom (C);
- twee arousal- en reactiviteitssymptomen (E); en
- twee symptomen van het nieuwe cluster D.

Alle symptomen moeten bovendien begonnen of verergerd zijn nadat de traumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden.

Overigens is PTSS in de ICD-11 (WHO, 2018) anders gedefinieerd vergeleken met de DSM-5, met veel minder uitgebreide criteria. De traumatische gebeurtenis is bij PTSS in de ICD-11 breder gedefinieerd en er zijn drie symptoomclusters waaraan moet worden voldaan: herbelevingen, vermijdingssymptomen en symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. In Nederland wordt echter voorname-lijk het DSM-systeem gebruikt.