



handreiking

NET

Narratieve Exposure Therapie
voor mensen met een LVB



Een handreiking voor opgeleide
NET-therapeuten

Narratieve Exposure Therapie voor mensen met een LVB

Een handreiking voor opgeleide NET-therapeuten

Chantal Duisters, Annemarie van Vonderen, Ruud Jongedijk & Robert Didden
Copyright© 2025

Vormgeving en illustraties:



Copyright©2025 Kijkvorm

Gebruik van deze uitgave voor commerciële doeleinden is niet toegestaan zondervoorafgaande toestemming. Neem hiervoor per mail contact op met de eerste of tweede auteur.

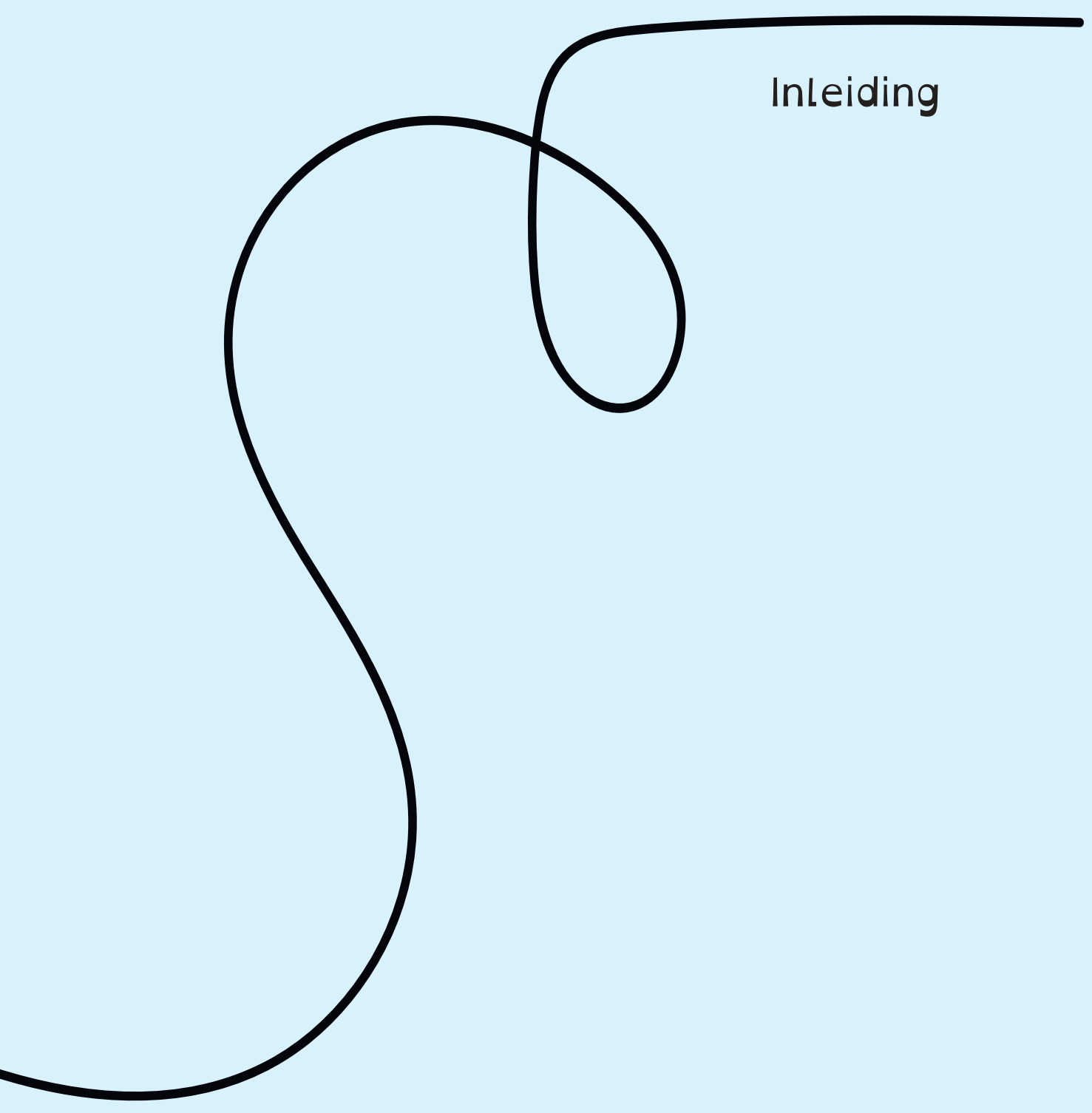
Lunet, Zernikestraat 17, 5612 HZ Eindhoven | Contact: onderzoek@lunet.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Algemene aandachtspunten en aanpassingen	10
2.1 (Geprotocolleerd) maatwerk	10
2.2 Cliënt ervaart regie over de NET behandeling	10
2.3 Afgestemde communicatie	11
2.4 Werkrelatie	11
3. Aandachtspunten en aanpassingen per onderdeel van NET	14
3.1 Diagnostisch onderzoek	14
3.2 Psycho-educatie	14
3.3 De levenslijn	15
3.4 Narratieve exposure	17
3.5 De afronding	18
3.5.1. Het getuigenisdocument	18
3.5.2. De afrondende sessie	18
4. De rol van naastbetrokkenen bij NET	22
5. Slotwoord & Referenties	24
Slotwoord	24
Referenties	25

DEEL 1

Inleiding



Inleiding

Interventies sluiten niet vanzelfsprekend aan bij de mogelijkheden en behoeften van mensen met een LVB¹. Dit geldt ook voor traumabehandelingen. Tegelijkertijd tonen studies aan dat traumagerichte behandelingen goed toepasbaar zijn bij mensen met een LVB, mits deze worden aangepast aan hun cognitieve en adaptieve vaardigheden (Byrne, 2020; Kessler, 2020). Vanuit die noodzaak is deze handreiking ontwikkeld. Ze biedt therapeuten een handreiking voor het toepassen van Narratieve Exposure Therapie (NET) bij adolescenten vanaf 16 jaar en volwassenen met een LVB en een diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS). De handreiking bevat een overzicht van aanpassingen en aandachtspunten waardoor NET kan worden toegepast bij deze doelgroep.

Mensen met een LVB maken relatief vaker traumatische gebeurtenissen mee, zoals seksueel of fysiek misbruik, dan mensen zonder een LVB (Kessler, 2020; Mason-Roberts et al., 2018). Het verwerken van traumatische gebeurtenissen is voor hen extra uitdagend vanwege beperkingen in cognitieve en adaptieve vaardigheden (American Psychiatric Association [APA], 2022; Mevissen & Didden, 2025). Hierdoor verloopt de verwerking van traumatische gebeurtenissen en de gevolgen ervan doorgaans minder adequaat, wat gepaard gaat met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen (Santoro et al., 2018) en op het ontstaan van psychische klachten of zelfs stoornissen zoals PTSS (Wigham & Emerson, 2015).

PTSS wordt vaak niet herkend bij mensen met een LVB (Nieuwenhuizen et al., 2019). Hoewel PTSS zich niet anders presenteert bij mensen met een LVB dan bij mensen zonder een LVB worden klachten niet altijd gezien in het kader van de traumatische gebeurtenissen. In plaats daarvan wordt gedacht aan andere psychiatrische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen of angststoornissen (Mevissen & Didden, 2025; Wigham & Emerson, 2015). In het bijzonder treedt bij mensen met een LVB regelmatig 'diagnostic overshadowing' op, waarbij de focus van professionals vooral ligt bij de verstandelijke beperking en psychische klachten ten onrechte worden toegeschreven aan de LVB zelf (Mevissen & Didden, 2025). Zo wordt probleemgedrag, zoals agressie, impulsiviteit of sociale terugtrekking, vaak gezien als kenmerkend voor een LVB, terwijl het gedragsmatige uitingen kunnen zijn van PTSS (Rittmannsberger et al., 2018, 2020). Ook zijn professionals terughoudend in het uitvragen van traumatische gebeurtenissen, uit angst om klachten te verergeren (Nieuwenhuizen et al., 2019). Door al deze redenen blijft de diagnose PTSS vaak uit en krijgen veel mensen met een LVB en PTSS geen (adequate) behandeling voor hun traumagerelateerde klachten. Onbehandelde PTSS heeft allerlei negatieve gevolgen, zoals verminderd sociaal en emotioneel functioneren, een lagere kwaliteit van leven en een toename van lichamelijke klachten (Santoro et al., 2018; Wigham & Emerson, 2015).

De *zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* (Akwa, 2020) geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling bij mensen met PTSS. In maart 2025 verscheen ook de *herziene richtlijn PTSS* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP, 2025). Beide richtlijnen benadrukken het belang van vroegtijdige onderkenning van PTSS, zorgvuldige diagnostiek voorafgaand aan behandeling en geven de voorkeur aan psychologische behandeling boven farmacotherapie. Als eerste keus behandeling bevelen beide richtlijnen de volgende traumagerichte psychotherapieën aan: Imaginaire Exposure (IE), Prolonged Exposure (PE), Cognitieve Therapie / Cognitive Processing Therapy (CT/CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP), schrijftherapie en NET. De aanbevelingen sluiten

1 Onder LVB verstaan we mensen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70) en mensen met een zwakbegaafd niveau van functioneren (IQ 70-85).

aan bij internationale richtlijnen, waaronder die van het *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018).

Voor mensen met een LVB en PTSS is de wetenschappelijke evidentie voor traumagerichte behandelingen beperkt. De meeste studies richten zich op EMDR. Hoewel de evidentie voor de effectiviteit van EMDR bij mensen met een LVB toeneemt (Byrne, 2022; Kessler, 2020), blijkt EMDR niet voor iedereen even effectief in het verminderen van klachten (Karatzias et al., 2019). Wanneer EMDR onvoldoende effect heeft, is het volgens de richtlijnen aangewezen om een andere traumagerichte behandeling te overwegen. Onderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van andere traumagerichte interventies bij mensen met een LVB is echter schaars. Hierdoor is het beschikbare aanbod van *evidence-based* traumabehandelingen voor deze doelgroep beperkt. Gelet op de beperkingen in cognitieve en adaptieve vaardigheden bij mensen met een LVB is het van belang dat interventies zijn aangepast aan de behoeften van deze doelgroep. Studies laten zien dat traumagerichte behandelingen dan goed uitvoerbaar zijn en kunnen leiden tot een reductie van PTSS-klachten (Byrne, 2020; Kessler, 2020).

NET is een veelbelovende traumagerichte interventie. Hoewel NET minder vaak is onderzocht dan EMDR is er voldoende onderbouwing voor de effectiviteit van deze traumabehandeling bij uiteenlopende doelgroepen. Uit verschillende meta-analyses blijkt dat NET, met name op de lange termijn, effectief is in het verminderen van PTSS-klachten in vergelijking met deelnemers in een controlegroep (Lely et al., 2019; Raghuraman et al., 2021; Siehl et al., 2021). Anderzijds vonden Hoeboer en collega's (2024) in een reeks enkelvoudige gevalsstudies geen significant effect op PTSS-klachten en kwaliteit van leven bij negen volwassenen met vroegkinderlijke trauma's in een poliklinische setting. De oorspronkelijke werkwijze van NET is in de afgelopen jaren voor meerdere doelgroepen aangepast. Er zijn onder andere aanpassingen gedaan om NET geschikt te maken voor kinderen (KIDNET), voor getraumatiseerde ouders (FORNET) en voor het gebruik bij traumatische rouw (NET-TG). In het Verenigd Koninkrijk ontwikkelden Marlow en collega's (2021) een aangepast NET protocol voor mensen met een LVB.

Een onderbelichte doelgroep in het onderzoek naar de effectiviteit van NET is mensen met een LVB. Voor zover bekend zijn er slechts twee publicaties die ingaan op de toepasbaarheid en effectiviteit van NET bij deze doelgroep: één gevalbeschrijving (Fazel et al., 2020) en één *randomized controlled trial* (Mayer et al., 2023). Beide concluderen dat NET met aanpassingen, zoals eenvoudiger taalgebruik en het verkorten van de sessieduur, toepasbaar is. De gestructureerde opzet van NET sluit goed aan. Mayer en collega's vonden bovendien een sterke afname van PTSS-symptomen. Verder empirisch onderzoek is nodig om de bruikbaarheid en werkzaamheid van NET bij mensen met een LVB te evalueren.

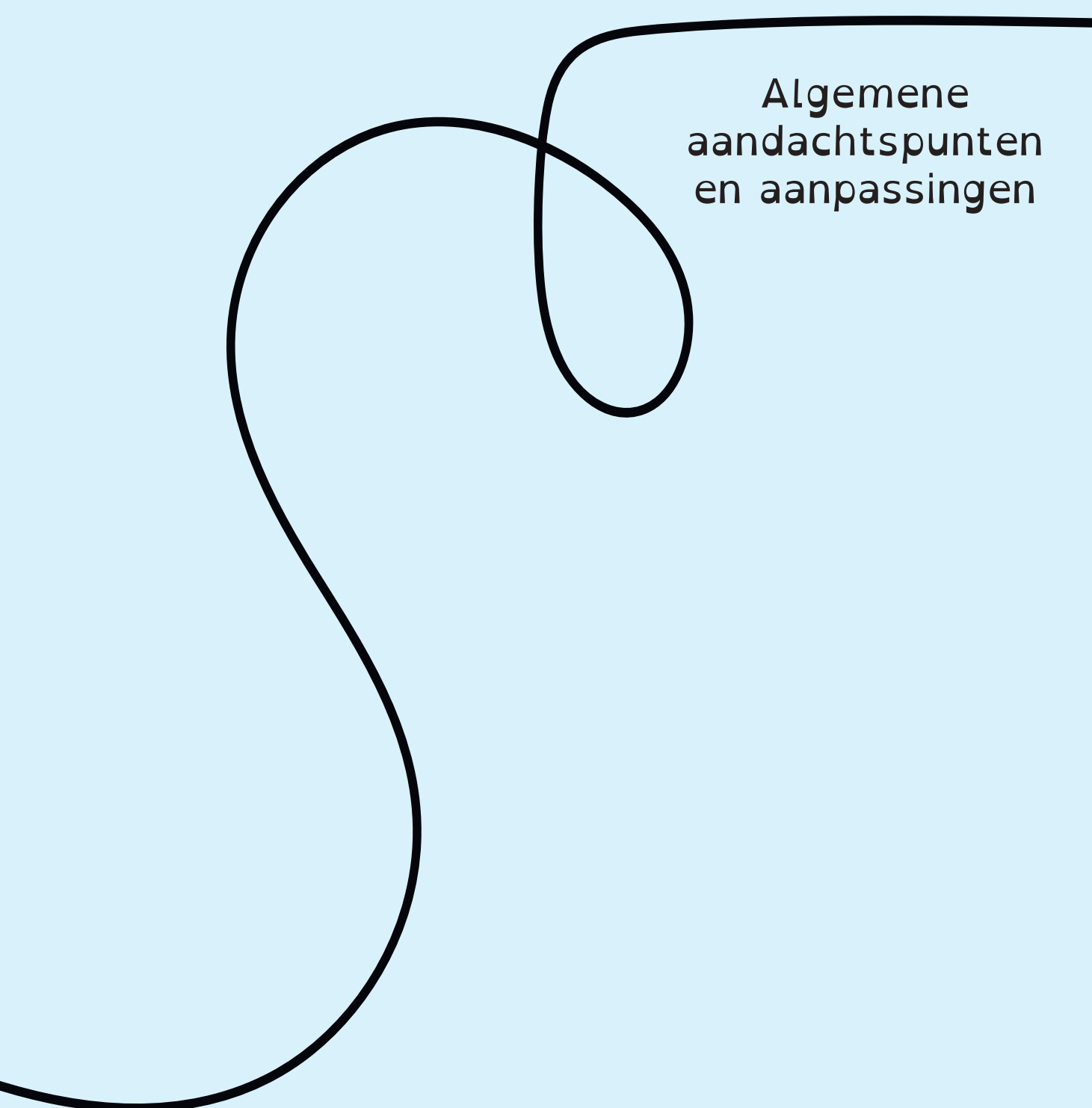
Om een handreiking te ontwikkelen voor de Nederlandse context hebben wij de oorspronkelijke werkwijze van NET, zoals beschreven in het boek *Levensverhalen en psychotrauma* (Jongedijk, 2021), getoetst aan de behoeften van mensen met een LVB. Om tot onderhavige handreiking te komen hebben we een aantal stappen genomen. Een belangrijk onderscheid ten opzichte van de werkwijze van Marlow en collega's (2021) is de mate van betrokkenheid van ervaringsdeskundigen. Waar Marlow en collega's ervaringsdeskundigen enkel hebben benaderd om het visueel ondersteunend materiaal van feedback te voorzien, hebben wij gekozen voor een co-designbenadering. In onze aanpak waren zowel ervaringsdeskundigen als LVB-professionals gedurende het hele ontwikkelproces actief betrokken – niet alleen bij het opstellen van psycho-educatiemateriaal, maar ook bij de inhoudelijke totstandkoming van de handreiking zelf. Hiermee hebben we hun perspectief en expertise meer structureel geïntegreerd in alle fasen van het project. In het proces zijn allereerst focusgroep discussies georganiseerd met twee groepen. De focusgroep ervaringsdeskundigen bestond uit vier volwassenen met een LVB. De focusgroep LVB-experts bestond uit zeven wetenschappelijk opgeleide professionals

werkzaam als gedragsdeskundigen in de LVB-zorg. In deze bijeenkomsten werd per onderdeel van de NET behandeling besproken of de oorspronkelijke werkwijze toepasbaar is voor mensen met een LVB en werden voorstellen voor aanpassingen gedaan. Informatie uit de literatuur is gebruikt om richting te geven aan de vraagstelling, thematiek en structuur van de focusgroep discussies. Onder andere de aanpassingen uit het protocol van Marlow en collega's (2021) en informatie uit de 'Richtlijn effectieve interventies' (De Wit et al., 2023) zijn verwerkt in de opzet van de focusgroep discussies. Na afloop van de focusgroep discussies zijn de gesprekken getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd. Op basis van de geïdentificeerde thema's en de literatuur zijn aanpassingen en aandachtspunten opgesteld. De aanpassingen zijn vervolgens voorgelegd aan beide focusgroepen, waarna hun feedback is verwerkt. Tot slot zijn twee NET-experts actief betrokken geweest. Zij hebben de voorgestelde aanpassingen beoordeeld en getoetst aan de theoretische uitgangspunten en kernprincipes van NET, zodat de werkwijze in lijn blijft met deze uitgangspunten en principes. De opmerkingen van de NET-experts zijn meegenomen in de voorliggende handreiking.

De handreiking is bedoeld voor therapeuten die werken met adolescenten vanaf 16 jaar en volwassenen met een LVB en een diagnose PTSS. Voor het vaststellen van zowel LVB als PTSS zijn wij uitgegaan van de diagnostische criteria zoals beschreven in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR; APA, 2022). Bovendien is voor deelname aan NET belangrijk dat de cliënt gebeurtenissen in de tijd kan plaatsen en hierover kan vertellen, met eenvoudige beschrijvingen van wat er is gebeurd en hoe dat voelde. De handreiking is bedoeld als praktisch hulpmiddel voor NET-therapeuten die de geaccrediteerde training NET hebben gevolgd en vertrouwd zijn met de inhoud van het boek *Levensverhalen en psychotrauma* (Jongedijk, 2021). Ze biedt een overzicht van aanpassingen en aandachtspunten voor het uitvoeren van NET bij mensen met een LVB, met als doel deze behandelvorm toegankelijk te maken voor deze doelgroep.

De aanpassingen en aandachtspunten worden toegelicht in deel 2, 3 en 4 van deze handreiking. In deel 2 beschrijven we algemene aandachtspunten en aanpassingen voor de gehele NET behandeling. In deel 3 geven we de aandachtspunten en aanpassingen per onderdeel van de NET-behandeling weer. Tenslotte gaan we in deel 4 in op de rol van naastbetrokkenen. Alle aandachtspunten en aanpassingen zijn weergegeven in een tabel en puntsgewijs opgesomd en toegelicht. In de tweede kolom wordt per onderdeel aangegeven of het aandachtspunt of de aanpassing *altijd*, *bijna altijd*, *vaak* of *soms* van toepassing is. In de derde kolom volgt een toelichting op het genoemde punt. Waar relevant, is in deze kolom aanvullend informatie of een praktijkvoorbeeld opgenomen ter verduidelijking of inspiratie voor de toepassing in de praktijk.

DEEL 2



Algemene
aandachtspunten
en aanpassingen

Algemene aandachtspunten en aanpassingen

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
2.1 (Geprotocolleerd) maatwerk		
Bied (geprotocolleerd) maatwerk	Altijd	- Ga uit van de oorspronkelijke werkwijze van NET. - Breng geen wijzigingen aan buiten de beschreven aanpassingen en aandachtspunten. <i>Zorg ervoor dat de werkzame elementen van NET worden uitgevoerd zoals de oorspronkelijke werkwijze voorschrijft. Deze werkwijze staat beschreven in het boek 'Levensverhalen en psychotrauma' (Jongedijk, 2021). Zelf ingevoerde aanpassingen kunnen de werkzaamheid van NET verminderen.²</i> - Bepaal welke aanpassingen uit deze handreiking nodig zijn voor de cliënt. <i>Indien in de kolom 'Nodig' staat: bijna altijd, vaak of soms: beoordeel telkens of de betreffende aanpassing nodig is voor de cliënt.</i>

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
2.2 Eigen regie over de behandeling		
Toestemming voor behandeling	Altijd	- De cliënt is volledig geïnformeerd over de behandeling. - De cliënt stemt in met de behandeling. <i>Voor het kunnen geven van toestemming is het belangrijk dat:</i> - <i>De cliënt is geïnformeerd over NET.</i> - <i>Hij/zij begrijpt wat NET inhoudt en dat NET tot vermindering van PTSS-klachten kan leiden.</i>
Gezamenlijke besluitvorming	Altijd	Maak keuzes tijdens de NET-behandeling in overleg met cliënt, therapeut en eventueel naastbetrokkenen.³ <i>Afwegingen gaan bijvoorbeeld over:</i> - <i>Welke naastbetrokkene een rol speelt.</i> - <i>Welke informatie wordt gedeeld.</i> - <i>Welke ondersteuning buiten de sessies wordt geboden.</i>

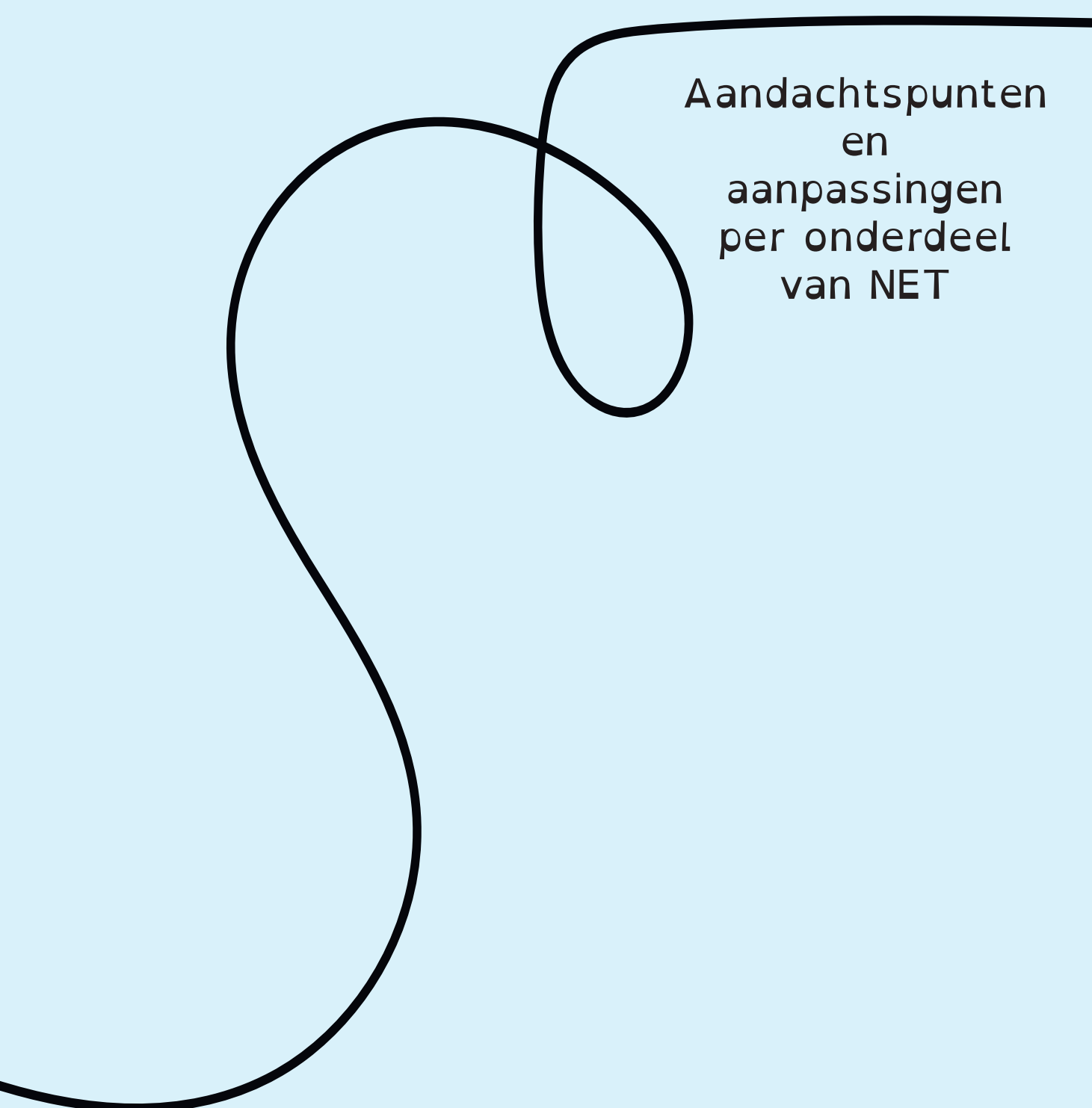
² De grijze cursieve tekst delen beschrijven waar relevant aanvullende toelichting, bijzonderheden of praktijkvoorbeelden.

³ Onder naastbetrokkenen verstaan we mensen om de cliënt heen die de cliënt ondersteunen in het dagelijks leven. Hierbij kan het gaan om begeleiders, gedragsdeskundigen, partner/echtgenoot, ouders, mentoren of vrienden.

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
2.3 Afgestemde communicatie		
Aansluiten bij het taalgebruik van de cliënt	Altijd	- Gebruik woorden die de cliënt kent/begrijpt. - Gebruik korte zinnen met een enkelvoudige inhoud. - Zorg dat het taalgebruik niet als kinderachtig wordt ervaren.
Duidelijk spreken	Altijd	- Articuleer duidelijk. - Gebruik een rustig spreektempo.
Inzet van visuele ondersteuning	(Bijna) altijd	Gebruik het <u>werkboek NET: trauma begrijpen en aanpakken</u> (zie 3.2).
	Soms	Ondersteun gesproken of geschreven tekst met behulp van tekeningen (zie 3.3).
Gebruik een neutrale vraagstelling	Altijd	- Stel open vragen. - Voorkom vragen waarin het antwoord al opgesloten ligt (suggestieve vragen). <i>Een voorbeeld van een suggestieve vraag is:</i> <i>“Je vond het vast eng toen dat gebeurde, hè?”</i> - Stel geen suggestieve vragen als de cliënt zich dingen niet (meer) herinnert. <i>Suggestieve vragen kunnen leiden tot foutief hervonden herinneringen. Een voorbeeld is:</i> <i>“Je weet niet meer wat er is gebeurd toen je klein was. Ben je toen misschien door je vader misbruikt?”</i>

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
2.4 Werkrelatie		
Laat de cliënt wennen aan de therapeut en de omgeving	Altijd	- Maak aan het begin van de sessie informeel contact. <i>Vraag bijvoorbeeld hoe iemand zijn dag is, waar hij/zij woont of wat voor hobby's iemand heeft.</i> - Geef de cliënt de tijd om te wennen aan de therapeut en de omgeving.
Afgestemde professionele attitude	Altijd	- Wees betrouwbaar en respectvol. - Kom afspraken na. - Toon oprechte interesse. - Zie de cliënt als mens. - Oordeel niet. - Luister actief. - Heb een motiverende en positieve houding. - Straal hoop en vertrouwen uit. - Geef complimenten.
Bied voorspelbaarheid, duidelijkheid en structuur	Altijd	Wees ondersteunend, en waar nodig directief en sturend.

DEEL 3



Aandachtspunten
en
aanpassingen
per onderdeel
van NET

Aandachtspunten en aanpassingen per onderdeel van NET

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
3.1 Diagnostisch onderzoek		
Stem het diagnostisch onderzoek af op de cliënt	Altijd	Gebruik instrumenten die zijn aangepast en gevalideerd voor mensen met een LVB. <i>We bevelen het gebruik van de volgende instrumenten aan:</i> - <u>TS-LVB</u> - <u>DITS-LVB</u>

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
3.2 Psycho-educatie		
Inzet van visuele ondersteuning	(Bijna) altijd	- Gebruik het <i>werkboek NET: trauma begrijpen en aanpakken</i>. - Neem het werkboek samen met de cliënt door. - Geef het werkboek mee naar huis als naslagwerk. <i>Het <u>werkboek NET: trauma begrijpen en aanpakken</u> is vrij verkrijgbaar via de website van Lunet.</i> 
Ga na of de cliënt de informatie begrijpt	Altijd	Laat de cliënt de informatie in eigen woorden samenvatten.
	(Bijna) altijd	Ga na of de cliënt vragen heeft opgeschreven op pagina 32 van het werkboek en bespreek deze.
Bied informatie herhaaldelijk aan	Vaak	Herhaal informatie op een later moment in de behandeling. <i>Herhaal informatie bij de start van een nieuw onderdeel. Bijvoorbeeld de levenslijnssessie of de narratieve exposure.</i>
Pas duur en aantal sessies aan	(Bijna) altijd	- Hanteer een duur van circa 60 minuten per sessie. - Gebruik meerdere sessies. <i>Het aantal sessies kan per cliënt verschillen.</i>
Informeer naastbetrokkenen	Altijd	- Informeer naastbetrokkenen over traumatische gebeurtenissen, PTSS en NET. - Informeer naastbetrokkenen over het doel van het werkboek. <i>Bij voorkeur is een naastbetrokkene aanwezig bij de psycho-educatie sessies. Indien dit niet mogelijk is, wordt de naastbetrokkene op een later moment geïnformeerd.</i>

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
3.3 De levenslijn		
Ondersteuning van de cliënt tijdens de sessie door naastbetrokkene	(Bijna) altijd	- De cliënt is alleen met de therapeut in de behandelkamer. <i>De aanwezigheid van een naastbetrokkene bij levenslijn- en exposuresessies heeft niet de voorkeur. Dit remt de cliënt mogelijk door gevoelens van schuld of schaamte. In overleg en wanneer passend kan een naastbetrokkene aanwezig zijn ter ondersteuning van de cliënt.</i>
	Soms	OF - De naastbetrokkene wacht op een afgesproken plek buiten de behandelkamer. - De naastbetrokkene laat een transitioneel object achter in de behandelkamer. OF (bij uitzondering⁴) - De naastbetrokkene is in de behandelkamer aanwezig.
Vorbereiding op de sessie	Altijd	De therapeut stelt zich op de hoogte van relevante dossierinformatie.
Geef uitleg over het leggen van de levenslijn	(Bijna) altijd	Herhaal informatie uit het werkboek NET over: - Het doel en de werkwijze van de levenslijnsessie. - De betekenis van de symbolen. <i>Herhaal informatie op pagina 27 van het werkboek NET.</i> <i>Laat de cliënt de informatie in eigen woorden samenvatten.</i>
Ondersteun bij het chronologisch ordenen van de levenslijn	Vaak	- Deel het touw of lint op in herkenbare levensfasen. <i>Herkenbare levensfasen zijn bijvoorbeeld de basisschooltijd of de periode dat de cliënt op een bepaald adres woonde.</i> - Vraag door wanneer je merkt dat de cliënt een mogelijk belangrijke levensgebeurtenis overslaat. <i>Stel de volgende vraag als de cliënt een mogelijk belangrijke levensgebeurtenis overslaat: "Gebeurde er tussen gebeurtenis X en Y nog iets belangrijks in jouw leven?"</i>

4 De aanwezigheid van een naastbetrokkene in de behandelkamer is mogelijk, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

1. De cliënt wenst zelf de aanwezigheid van de naastbetrokkene.
2. De beslissing om de naastbetrokkene bij de sessie aanwezig te laten zijn is in samenspraak met cliënt, therapeut en naastbetrokkene genomen.
3. De naastbetrokkene heeft geen rol gespeeld in de traumatische gebeurtenissen.
4. De naastbetrokkene is door de therapeut geïnformeerd over zijn/haar rol en is uitsluitend als toehoorder aanwezig. De naastbetrokkene weet dat de inhoud van de sessies schokkend kan zijn voor de naastbetrokkene zelf.
5. De aanwezigheid van de naastbetrokkene wordt elke sessie geëvalueerd.

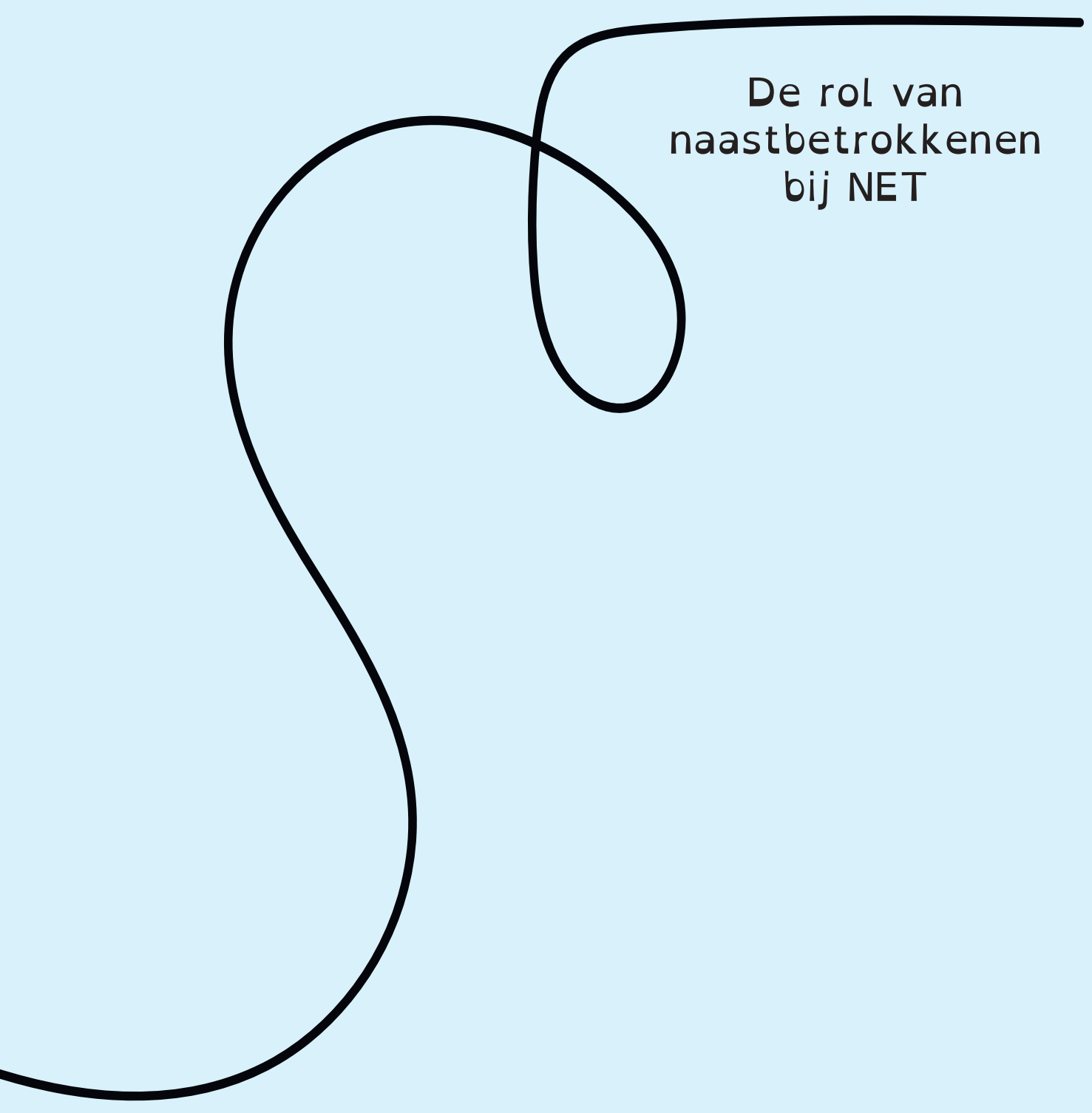
Ga na of de cliënt de verwijzende functie van de symbolen begrijpt	Altijd	Ga na of de cliënt de betekenis van een gekozen symbool begrijpt. <i>Vraag regelmatig waarom de cliënt een bepaald symbool kiest.</i>
	Soms	Maak ter verduidelijking een tekening op het kaartje bij het symbool. <i>Maak bijvoorbeeld een tekening van een glijbaan als de cliënt een bloem legt voor een leuke dag in de speeltuin.</i>
Stimuleer het kiezen van de echt belangrijke, positieve en negatieve, ingrijpende gebeurtenissen	Altijd	Voorkom teveel symbolen langs de levenslijn.
	Vaak	- Ga bij het leggen van een steen na of de steen daadwerkelijk een ernstige negatieve (traumatische of schokkende) gebeurtenis representeert. - Motiveer de cliënt om bloemen te leggen bij daadwerkelijke, belangrijke positieve gebeurtenissen. <i>Bij voorkeur legt de cliënt in de eerste 10 levensjaren 1 tot 2 bloemen neer. Deze oefenbloemen worden met narratieve exposure-technieken behandeld, zodat de cliënt went aan de werkwijze.</i>
Pas duur en aantal sessies aan	(Bijna) altijd	Hanteer een duur van circa 60 minuten per sessie.
	Soms	Pauzeer zo nodig.
	Vaak	Verleng de levenslijnsessie met maximaal één vervolgsessie van 60 minuten. <i>Extra aandachtspunten bij een vervolgsessie:</i> - Houd de vervolgsessie binnen een week. - Ruim aan het einde van de eerste levenslijnsessie samen met de cliënt de levenslijn op. <i>Leg bij de vervolgsessie samen met de cliënt de levenslijn weer uit tot waar men was gebleven.</i>
	Altijd	Plan een vervolgsessie kort na de eerste levenslijnsessie.
Planning van de sessies	Altijd	Maak samen met de cliënt op basis van de levenslijn een planning voor de narratieve exposure sessies. <i>Geplande sessies kunnen op pagina 33 van het werkboek NET worden genoteerd. Werk indien nodig de sessieplanning bij gaandeweg de behandeling.</i>
	Soms	Kies welke stenen worden behandeld met narratieve exposure als het verwachte aantal exposure sessies meer dan 16 is. <i>Het gemiddelde aantal exposure-sessies is 8 tot 12. Het aantal sessies hangt af van het aantal symbolen op de levenslijn. Omdat bij mensen met een LVB sessies circa 75 minuten duren (oorspronkelijk werkwijze NET: 90 minuten), is het aantal sessies vaak hoger. Kader het aantal sessies vooraf duidelijk af om eindeloze behandeling en vermijding te voorkomen.</i>
	Altijd	Overleg bij meer dan 16 exposure sessies met een collega NET-therapeut of erkende NET-supervisor.

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
3.4 Narratieve exposure		
Ondersteuning van de cliënt tijdens de sessie door naastbetrokkene		Zie voor uitgangspunten en overwegingen de levenslijnsessie (3.3).
Voorbereiding op de sessie	Soms	De cliënt brengt voorwerpen mee die met de te bespreken gebeurtenis(sen) te maken hebben. <i>De cliënt neemt bijvoorbeeld een foto mee van een dag naar een speeltuin of een tekening die gemaakt is na een traumatische gebeurtenis.</i>
Geef uitleg over de narratieve exposure	(Bijna) altijd	Herhaal informatie uit het werkboek NET over: - Het doel en de werkwijze van de narratieve exposure. - De nawerking van narratieve exposure. <i>Herhaal informatie op pagina 28, 29 en 30 van het werkboek NET.</i> <i>Laat de cliënt de informatie in eigen woorden samenvatten.</i>
	Altijd	Leg uit dat er geen pauze is tijdens de narratieve exposure.
Inzet van visuele ondersteuning	Vaak	Gebruik het werkboek om: - Het onder woorden brengen van emoties te ondersteunen. - Het onder woorden brengen van lichamelijke gevoelens te ondersteunen. <i>Maak gebruik van pagina 21 en 22 van het werkboek NET.</i>
Directieve en coachende houding van de therapeut	Altijd	Begeleid de cliënt directief en coachend om de traumatische gebeurtenis chronologisch en gedetailleerd uit te werken.
Pas duur en aantal sessies aan	(Bijna) altijd	Ga uit van circa 75 minuten per sessie. <i>Signaleer overbelasting of vermijding bij de cliënt en stem de sessieduur hierop af.</i>
	Altijd	Overleg bij meer dan 16 exposure sessies met een collega NET-therapeut of erkende NET-supervisor (zie ook 3.3).

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
3.5 De afronding		
3.5.1. Het getuigenisdocument		
Stem de vormgeving af met de cliënt	Vaak	Vraag hoe de cliënt het getuigenisdocument wil vormgeven. <i>Gebruik creatieve vormen, zoals plaatjes, foto's en tekeningen.</i> <i>Zie ook KIDNET hoofdstuk 12 boek Levensverhalen & psychotrauma.</i>
3.5.2. De afrondende sessie		
Doornemen van het getuigenisdocument	Altijd	Lees het getuigenisdocument zo volledig mogelijk voor. <i>De therapeut leest het getuigenisdocument zo volledig mogelijk voor, maar kan — afhankelijk van het concentratie- en bevattingsvermogen van de cliënt — ervoor kiezen om delen over te slaan of (beter) beknopt samen te vatten. Eventueel kan de levenslijn nogmaals worden uitgelegd ter ondersteuning.</i>
Stem met cliënt en naastbetrokkene af hoe om te gaan met het getuigenisdocument	Altijd	- Maak afspraken over het bewaren van het getuigenisdocument. - Bespreek risico's van het delen van informatie uit het getuigenisdocument. - Maak afspraken over inzagerecht. <i>Sla het getuigenisdocument op een veilige plek op. In geval van opslag in het elektronisch dossier moet duidelijk zijn wie inzage heeft.</i>
Geef uitleg over de nawerking van NET aan de cliënt en naastbetrokkene	Altijd	- Informeer over mogelijk verdere afname van klachten en het belang van voldoende verwerkingstijd. - Adviseer om tot de follow-up geen psychotherapeutische vervolgbehandelingen te starten. <i>Ondersteunende contacten of praktische begeleiding kunnen indien nodig doorgaan.</i> - Informeer over de follow-up.
Sluit de behandeling positief af	Altijd	- Erken behaalde stappen. - Vier de afronding van de behandeling. - Geef complimenten. <i>Blik terug op de behandeling en hetgeen de cliënt bereikt heeft. Geef complimenten over diens inzet. Zorg voor een leuke afsluiting, bijvoorbeeld met iets lekkers bij de koffie.</i> <i>De afsluiting kan in aanwezigheid van naastbetrokkene plaatsvinden.</i>
Pas duur en aantal sessies aan	(Bijna) altijd	Hanteer een duur van circa 60 minuten per sessie.
	Soms	Pauzeer zo nodig.
	Vaak	Verleng de afronding met maximaal één vervolgsessie van 60 minuten.
	Altijd	Plan een vervolgsessie kort na de eerste afrondende sessie.

Follow-up	Altijd	Maak 3 tot 6 maanden na afronding van de behandeling een telefonische of fysieke follow-up afspraak. <i>Bespreek tijdens de follow-up:</i> -Hoe het de afgelopen maanden is gegaan. -Eventuele huidige klachten (zie 3.1). -De noodzaak van eventuele vervolgbehandeling.
------------------	--------	---

DEEL 4



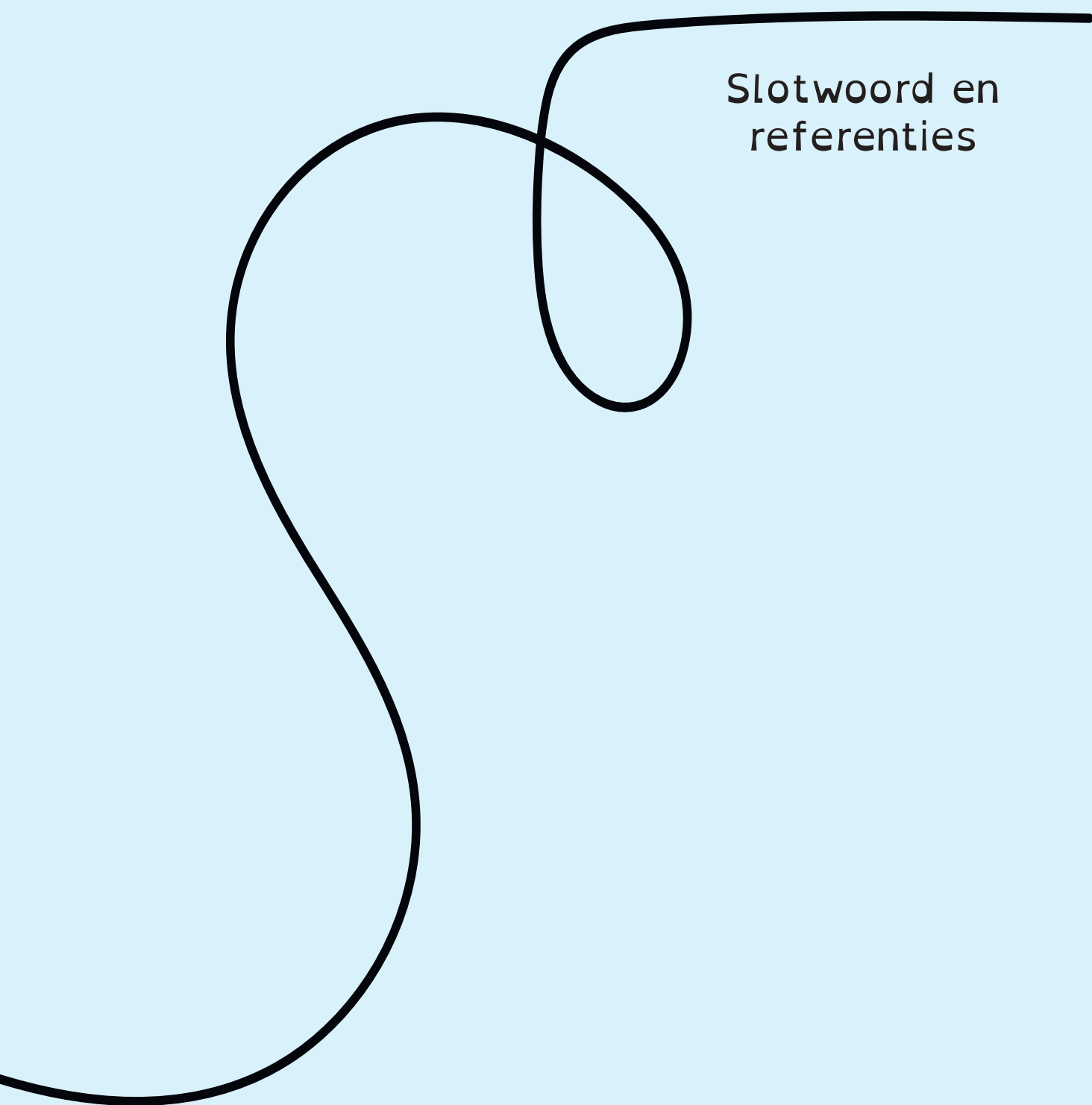
De rol van
naastbetrokkenen
bij NET

De rol van naastbetrokkenen bij NET

Aandachtspunten	Nodig	Uitleg
Betrek het ondersteunend netwerk van de cliënt	(Bijna) altijd	- Betrek in overleg met de cliënt één of enkele naastbetrokkene(n). - Maak afspraken over rollen en verwachtingen. - Leg afspraken schriftelijk vast. <i>Spreek af:</i> - <i>Wie ondersteuning biedt.</i> - <i>Welke ondersteuning de naastbetrokkene biedt.</i> - <i>Stem verwachtingen af.</i> - <i>Welke informatie gedeeld wordt met de naastbetrokkene.</i>
De naastbetrokkene biedt praktische ondersteuning	Vaak	- De naastbetrokkene brengt de cliënt naar de behandellocatie. - De naastbetrokkene haalt de cliënt op bij de behandellocatie. <i>Praktische ondersteuning kan ook betrekking hebben op andere zaken. Bespreek met de cliënt wat nodig is en stem de ondersteuning hierop af.</i>
De naastbetrokkene biedt emotionele ondersteuning buiten de sessies	(Bijna) altijd	- De naastbetrokkene vangt de cliënt op buiten de sessies door het bieden van: - Nabijheid. - Rust. - Een luisterend oor. <i>De invulling van de emotionele ondersteuning kan per cliënt verschillen. Voorbeelden van ondersteuning zijn:</i> - <i>een korte wandeling</i> - <i>een kop koffie drinken</i> - <i>Het spelen van een spelletje.</i> - De naastbetrokkene motiveert de cliënt om naar de therapiesessies te gaan.
Evalueer de samenwerking tussentijds	Vaak	Plan een tussentijdse evaluatie. <i>Bespreek de volgende punten:</i> - <i>Het verloop van de behandeling.</i> - <i>Hoe het tussen de sessies door gaat.</i> - <i>Eventuele zorgen.</i> - <i>Het verloop van de samenwerking.</i>
	Soms	Stel eerder gemaakte afspraken bij.

DEEL 5

Slotwoord en
referenties



Slotwoord

Met deze handreiking willen we NET therapeuten praktische handvatten bieden voor het toepassen van NET bij mensen met een LVB bij wie PTSS is vastgesteld. Ons doel is om NET toegankelijk en toepasbaar te maken voor deze doelgroep, zodat ook zij kunnen profiteren van een aangepaste NET traumabehandeling. Op deze manier hopen we bij te dragen aan het verbreden van het behandelaanbod voor PTSS voor deze doelgroep.

Bij het tot stand komen van deze handreiking zijn veel mensen betrokken geweest. Onze dank gaat uit naar alle ervaringsdeskundigen en professionals die hun kennis en ervaring hebben gedeeld en daarmee een waardevolle bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze handreiking.

Vervolgonderzoek zal zich richten op de toepasbaarheid en uitkomsten van NET bij mensen met een LVB en PTSS.

Referenties

- Akwa GGZ. (2020). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen: Zorgstandaard. GGZ Standaarden*.
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- Byrne, G. (2022). A systematic review of treatment interventions for individuals with intellectual disability and trauma symptoms: A review of the recent literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 541–554.
<https://doi.org/10.1177/1524838020960219>
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Duisters, C., Jongedijk, R., & Van Vonderen, A. (2025). *Trauma begrijpen en aanpakken. Een werkboek over PTSS en Narratieve Exposure Therapie voor mensen met een licht verstandelijke beperking*. Lunet.
https://lunet.nl/media/qwkfp5qk/werkboek-net_trauma_begrijpen-en-aanpakken-versie-januari-2025.pdf
- Fazel, M., Stratford, H. J., Rowsell, E., Chan, C., Griffiths, H., & Robjant, K. (2020). Five applications of narrative exposure therapy for children and adolescents presenting with post-traumatic stress disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00019>
- Hoeboer, C., Wienen, L., Smiddy, M., Van Der Werff, S., Maric, M., Tjoa, E., Timmers, L., & Schoorl, M. (2024). Effectiveness of narrative exposure therapy for treatment of PTSD following childhood Trauma: A single-case series design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(5), 1-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.3044>
- Jongedijk, R. (2021). *Levensverhalen & psychotrauma: Narratieve exposure therapie in theorie en praktijk*. Boom Uitgevers.
- Karatzias, T., Brown, M., Taggart, L., Truesdale, M., Sirisena, C., Walley, R., Mason Roberts, S., Bradley, A., & Paterson, D. (2019). A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(4), 806–818. <https://doi.org/10.1111/jar.12570>

- Keesler, J. M. (2020). Trauma-specific treatment for individuals with intellectual and developmental disabilities: A review of literature from 2008 to 2018. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(4), 332–345. <https://doi.org/10.1111/jppi.12347>
- Lely, J. C., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1550344. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Mason-Roberts, S., Bradley, A., Karatzias, T., Brown, M., Paterson, D., Walley, R., ... & Sirisena, C. (2018). Multiple traumatisation and subsequent psychopathology in people with intellectual disabilities and DSM-5 PTSD: A preliminary study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(8), 730–736. <https://doi.org/10.1111/jir.12505>
- Marlow, K., Schröder, T., Tickle, A., & Renton, J. (2021). Adapting the protocol for narrative exposure therapy for adults with mild intellectual disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 51(3), 334–343. <https://doi.org/10.1111/bld.12479>
- Mayer, B., Elbing, U., & Ostermann, T. (2023). Trauma treatment using Narrative Exposure Therapy adapted to persons with intellectual disabilities or severe chronic mental disorders – A randomized controlled pilot study with an embedded observational study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(11), 1096– 1112. <https://doi.org/10.1111/jir.13076>
- Mevissen, L., & Didden, R. (2025). *Trauma, verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, autisme: Praktijkboek diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: SWP.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NICE Guideline No. 116)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2025). *Richtlijn Post-Traumatische Stress Stoornis*. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/startpagina_ptss.html
- Nieuwenhuis, J. G., Smits, H. J. H., Noorthoorn, E. O., Mulder, C. L., Penterman, E. J. M., & Nijman, H. L. I. (2019). Not recognized enough: The effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. *European Psychiatry*, 59, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.02.002>
- Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2020). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 1–23. <https://doi.org/10.1002/cpp.2486>

- Rittmannsberger, D., Kocman, A., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2018). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(3), 558–567. <https://doi.org/10.1111/jar.12549>
- Rittmannsberger, D., Yanagida, T., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2020). The association between challenging behaviour and symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: a Bayesian mediation analysis approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(7), 538–550. <https://doi.org/10.1111/jir.12733>
- Santoro, A. F., Shear, S. M., & Haber, A. (2018). Childhood adversity, health and quality of life in adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(10), 854–863. <https://doi.org/10.1111/jir.12540>
- 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(6), 695–710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345>
- Wigham, S., & Emerson, E. (2015). Trauma and life events in adults with intellectual disability. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0041-y>

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door:



Met dank aan:



Radboud Universiteit

