

Reactie op Klinische Les ‘Vluchtelingen in de praktijk’.

Wij reageren op de Klinische Les in het oktobernummer van het NTvG getiteld ‘Vluchtelingen in de praktijk. Persoonsgerichte zorg en veerkracht-gericht werken’ geschreven door Lamkaddem, van den Muijsenbergh en Laban [<https://www.ntvg.nl/artikelen/vluchtelingen-de-praktijk>]¹, omdat we vinden dat er sprake is van een achterhaalde presentatie van wat een adequate behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen inhoudt.

In deze les worden twee casus gepresenteerd van getraumatiseerde asielzoekers met een verblijfsvergunning. De eerste betreft een 57-jarige vrouw uit Iran met een achtergrond van mishandeling en verkrachting in een Iraanse gevangenis.

Ofschoon zij al enkele jaren in Nederland woont en heeft gewerkt wordt zij verwezen naar een gespecialiseerd ggz-centrum voor vluchtelingenproblematiek, waar de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) met depressie wordt gesteld. Na psycho-educatie en het instellen op medicatie wordt niet ingezet op een behandeling van de PTSS, maar wordt in een psychotherapeutisch traject ‘de betekenis van het werkloos-zijn’ geëxploreerd. Later krijgt ze creatieve therapie, maar nog steeds geen behandeling gericht op de PTSS. De tweede casus beschrijft de behandeling van een 40-jarige vrouw die 20 jaar geleden uit Bosnië is gevlucht. Zij is meermalen verkracht tijdens de burgeroorlog en wil niet dat haar man hier achter komt. Geslachtsgemeenschap is problematisch en leidt tot relatieproblemen. De huisarts geeft psycho-educatie en verwijst naar een psycholoog waar de behandeling niet werkt totdat het seksueel misbruik openlijk met haar man besproken wordt. Over een mogelijke PTSS diagnose als gevolg van seksueel geweld wordt niet gerept, terwijl deze toch vrij aannemelijk is gezien het hoge percentage PTSS na enkelvoudige verkrachting² (46 %). Ook valt te verwachten dat als de PTSS effectief wordt behandeld met een *evidence based* trauma-gerichte behandeling, de seksuele problemen zullen verminderen of verdwijnen. Mogelijk heeft er op dit vlak geen (her)diagnostiek plaatsgevonden omdat de vrouw de verkrachtingen pas later aan haar huisarts onthulde.

Sinds 2003 bestaat er een multidisciplinaire richtlijn voor het behandelen van PTSS³, waarbij de keuze wordt gelaten voor traumagerichte cognitieve gedragstherapie (‘exposure’) of EMDR therapie. Ondanks de duidelijke richtlijn wordt deze door de auteurs niet gevolgd. Wat is hiervoor de reden? De auteurs geven aan dat zij het niet opportuun vinden om direct een op de verwerking gerichte trauma behandeling toe te passen, maar pas *nadat* eerst een traject van stabilisatie is ingezet dat gericht is op het mobiliseren en verbeteren van veerkracht van de getraumatiseerde vluchteling. De belangrijkste wetenschappelijk ondersteuning hiervoor vinden de auteurs in een studie waarbij de PTSS symptomen van een cohort van 68 asielzoekers die recent een verblijfsvergunning

hadden gekregen sterker afnamen dan van mensen die al langer een verblijfsvergunning hadden⁴. Volgens de auteurs onderschrijft dit het belang van persoonsgerichte zorg; dat wil zeggen aandacht voor de context van de patiënt (behuizing, werk, sociale steun) waardoor de veerkracht wordt gestimuleerd. Wij zijn daarentegen van mening dat internationaal onderzoek onder mensen met PTSS duidelijk maakt dat een goed gedoseerde *evidence based* traumabehandeling, ook voor vluchtelingen werkzaam is^{5,6}, zonder dat hier een apart traject van stabilisatie of veerkrachtversterking (goede behuizing, een baan, en een sterk sociaal netwerk) aan vooraf hoeft te gaan.

Deze Klinische Les werd op Twitter aangekondigd met de tekst “Veel vluchtelingen hebben nachtmerries, zijn bang of depressief. Hoe kun je hen het beste helpen?” De vraag is of de beste hulp hier wel is gegeven. Wij denken van niet. Reguliere PTSS moet worden behandeld volgens de richtlijnen, vluchteling of niet. Door een adequate traumabehandeling krijgen mensen juist een deel van hun veerkracht terug, waardoor ze meer kunnen profiteren van veerkracht bevorderende interventies. Daarnaast moet voor elk individu waarbij PTSS is vastgesteld de behandeling zich in de eerste plaats en zo snel mogelijk richten op het verwerken van de traumatische herinneringen, volgens de internationale en multidisciplinaire richtlijnen voor PTSS. Vluchtelingen en asielzoekers mogen op deze regel geen uitzondering zijn. Ofwel: “*Op basis van het huidige wetenschappelijke bewijs is het meer verantwoord om alle vluchtelingen met PTSS een traumagerichte behandeling te geven dan om hen psychosociale stabilisatie aan te bieden*”.⁵

Literatuur

1. Lamkaddem, M., van den Muijsenbergh, M. Laban, K. Vluchtelingen in de praktijk. Persoonsgerichte zorg en veerkracht-gericht werken. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9447
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:1048–1060.
3. Balkom ALJM van, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, e.a., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbosinstituut; 2013.
4. Lamkaddem M, Essink-Bot ML, Devillé W, Gerritsen A, Stronks K. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. Eur J Public Health. 10 april 2015 (epub).

5. Ter Heide, FJJ. An eye for complexity: EMDR versus stabilisation in traumatised refugees. 2015; 139: Academisch proefschrift. Digiforce, Den Haag.
6. Bicanic, IAE, De Jongh A., ten Broeke, E. Stabilisatie in traumabehandeling: noodzaak of mythe? Tijdschrift voor Psychiatrie. 2015;57(5):332-9.

AD DE JONGH, bijzonder hoogleraar Angst- en gedragsstoornissen, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam van de Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit Amsterdam. Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma, Bilthoven.
email: a.de.jongh@acta.nl

IVA BICANIC, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

CARLIJN DE ROOS, klinisch psycholoog/psychotherapeut.
Psychotraumacentrum voor kinderen en jongeren, GGZ Rivierduinen Leiden.