

Laban en collega's geven aan de richtlijnen voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) te kennen en deze waar relevant en mogelijk toe te passen¹. Maar maken direct ook een uitzondering vanuit een redenering die ten onrechte vaak door hulpverleners wordt gebruikt: *"Richtlijnen zijn goed, maar gelden natuurlijk niet voor onze (moeilijke) patiënten"*.

Hoewel we onderschrijven dat de problemen van vluchtelingen multiple en veelzijdig zijn, blijven we het oneens met de auteurs op het punt dat protocollaire (trauma-gerichte) behandelingen bij deze doelgroep te kort zouden schieten, niet passend zouden zijn of niet geaccepteerd zouden worden door patiënten vanwege de interactie tussen moeilijke omstandigheden en nog aanwezige stressoren in het individu. De kans is natuurlijk bijzonder groot dat vluchtelingen door hun oorlogservaringen en de dikwijls levensbedreigende vlucht een hoog risico lopen op het ontwikkelen van PTSS. Een wijdverbreid misverstand is echter dat de meerderheid van vluchtelingen aan een Complexe vorm van PTSS lijdt, ofwel PTSS in combinatie met zoveel comorbiditeit, dat de behandeling ervan lastig of onmogelijk is. Naast het feit dat dit laatste waarschijnlijk een mythe is², laten onderzoeksgegevens zien dat deze problematiek bij vluchtelingen vrijwel niet speelt³. Een 'gewone' PTSS behandeling zoals EMDR, imaginaire exposure, of *Narrative Exposure Therapy* (NET) kan daarom volstaan. Het promotie-onderzoek van ter Heide levert daarbij sterke ondersteuning, namelijk dat een dergelijke trauma-gerichte behandeling veilig en effectief kan worden ingezet, ook bij vluchtelingen, en ook zonder een voorafgaande stabilisatiefase of een focus op veerkracht⁴.

Maar er is iets wat ons meer zorgen baart. In de twee casus die Laban en collega's presenteren⁵ was er in beide gevallen sprake van seksueel misbruik gerelateerd aan de oorlogservaringen. Uit de patiëntenbeschrijvingen blijkt dat hierop jarenlang - al die tijd dat ze in Nederland woonden (en ook nadat ze een status hadden verkregen) - geen behandeling is ingezet. Ook in het 'gespecialiseerd ggzcentrum voor vluchtelingenproblematiek' van de auteurs wordt de diagnose 'PTSS vanwege het misbruik gesteld, maar behandelen die niet'⁵. De auteurs zeggen de richtlijnen voor de behandeling van PTSS te kennen, en houden in een reactie op onze kritiek een pleidooi voor de toepassing van NET¹, maar stelden toen het er op aan kwam een behandeling van *'psycho-educatie en medicatie in, waarna de betekenis van het werkloos-zijn werd geëxploreerd'*⁵.

We begrijpen en respecteren de overwegingen van de auteurs om de veerkracht van patiënten te vergroten. Maar uit hun oorspronkelijke artikel kunnen we niet opmaken dat traumabehandeling voor PTSS serieus is overwogen. Naar onze mening vergissen de auteurs zich in hun reactie door 'het vluchteling zijn' aan te halen als reden voor het op voorhand niet volgen van de multidisciplinaire richtlijnen voor PTSS. Dat daarmee deze patiënten een werkzame behandeling is onthouden, beschouwen wij als een gemiste kans.

Literatuur

1. Laban, C.J., Lamkaddem, M., & Van den Muijsenbergh, M. (2015). <https://www.ntvg.nl/artikelen/vluchtelingen-de-praktijk/reacties#comment-7005>
2. Bicanic, I., De Jongh A., ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling: noodzaak of mythe? Tijdschrift voor Psychiatrie, 57(5):332-9.
3. Ter Heide, J.J., Kleber, R. & Mooren, T. (2014). Complex trauma en complexe PTSS: wat is het en wie heeft het? Tijdschrift voor Psychotherapie, 40(05):347-359.

4. Ter Heide, F.J.J. An eye for complexity: EMDR versus stabilisation in traumatised refugees. 2015; 139: Academisch proefschrift. Digiforce, Den Haag.
5. Lamkaddem, M., van den Muijsenbergh, M. Laban, K. (2015). Vluchtelingen in de praktijk. Persoonsgerichte zorg en veerkracht-gericht werken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 159:A9447.

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 Psychtrauma, 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.