

Heeft sociaal-maatschappelijke stress een complicerende rol bij klachten na psychotrauma?

Een onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen
naar de relatie tussen traumablootstelling, psychiatrische klachten en de invloed
van sociaal-maatschappelijke stressfactoren

Stichting Centrum '45

Master Klinische- & Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

28-09-2010

Student: Roxanna Lefèbre

Thesis begeleider vanuit de universiteit: dr. J. Knipscheer

Thesis begeleider vanuit C'45: drs. F.J.J. ter Heide

Stageperiode: 15-03-2010/31-08-2010

Inhoudsopgave		Nr.
Samenvatting		3
1 Inleiding		4-12
1.1 Posttraumatische stress stoornis		4
1.2 PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers		5
1.3 Domeinen van problematiek		7
1.4 Huidig onderzoek		9
1.5 Hoofdvraag en verwachtingen		10
2 Methode		13-17
2.1 Onderzoeksopzet		13
2.2 Onderzoekspopulatie		13
2.3 Gebruikte instrumenten		14
2.4 Design		17
2.5 Statistische analyses		17
3 Resultaten		19-25
3.1 Descriptieve analyse		19
3.2 Exploratieve analyse		22
3.3 Toetsende analyse		22
4 Discussie		26-34
4.1 Bevindingen deelvragen		26
4.2 Bevindingen hoofdvraag		31
4.3 Methodische reflectie		32
4.4 Klinische implicaties		33
4.5 Conclusie		34
5 Literatuurlijst		35-41

Samenvatting

In onderzoek onder zestig asielzoekers en vluchtelingen met de diagnose PTSS, die in behandeling waren bij Stichting Centrum '45, is gekeken naar de relatie tussen traumablootstelling en de psychiatrische klachten: depressie-, angst-, en traumaklachten en in het bijzonder naar de mediërende invloed van sociaal-maatschappelijke stressfactoren.

Meer traumatische ervaringen bleken samen te hangen met depressieklachten, maar niet met trauma- en angstklachten. Van de sociaal-maatschappelijke stressfactoren bleek stress over lichamelijke klachten samen te hangen met depressieklachten. Stress over het gezinssysteem bleek samen te hangen met angstklachten.

Traumablootstelling bleek niet samen te hangen met stress over lichamelijke klachten. Geconcludeerd werd dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren geen mediator vormen voor de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten. Voor een behandeling als EMDR, gericht op het traumatisch verleden van de cliënt, zou dit kunnen betekenen dat verdere aandacht aan sociaal-maatschappelijke stressfactoren waarschijnlijk weinig effect zullen sorteren. Ook zet dit vraagtekens bij andere traumabehandelingen als stabilisatietherapie. Mogelijk is deze therapie, die veelvuldig wordt toegepast bij asielzoekers en vluchtelingen, minder zinvol dan gedacht. Daar er sprake was van enkele methodische beperkingen zal vervolgonderzoek moeten uitwijzen of de resultaten generaliseerbaar zijn.

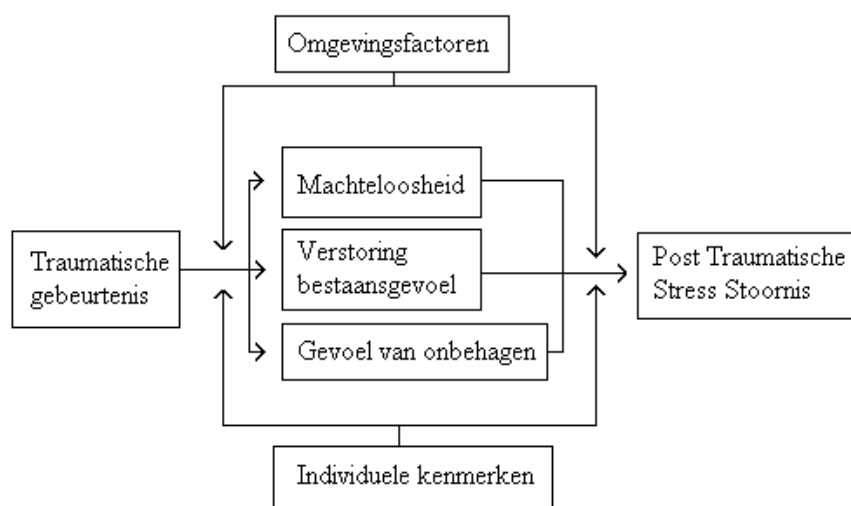
1 Inleiding

1.1 Posttraumatische stress stoornis

Wanneer iemand een bijzonder dreigende of stressvolle situatie heeft meegemaakt, kan dit als traumatisch worden ervaren en leiden tot de ontwikkeling van een posttraumatische stress stoornis (PTSS) (National Institute for Clinical Excellence: NICE, 2005).

De DSM-IV-TR (2005) benadrukt dat een traumatische ervaring doorgaans door een persoon als levensbedreigend voor zichzelf of de ander wordt ervaren en/of een aantasting is van de fysieke integriteit. Dit gaat gepaard met een intens gevoel van angst of hulpeloosheid. De diagnose PTSS kan worden gesteld als een persoon de volgende symptomen rapporteert: herbeleving van het trauma, aanhoudende vermijding van prikkels die herinneren aan het trauma en verhoogde prikkelbaarheid.

Kleber en Brom (2003) beschrijven dat een persoon in een extreme situatie over het algemeen drie kenmerkende gevoelservaringen beleeft (zie figuur 1 voor een schematische weergave). Ten eerste is er sprake van een gevoel van machteloosheid. In het geval van een oorlog of een natuurramp ervaart een persoon weinig tot geen mogelijkheid tot invloed op het verloop van de gebeurtenis. Ten tweede wordt er een acute verstoring van het bestaangevoel ervaren. Een stressvolle gebeurtenis kan iemands leven dermate overhoop halen, dat diens overtuigingen en zekerheden over het leven worden ondermijnd. Het eigen toekomstbeeld raakt hierdoor verstoord en is niet langer geschikt voor de nieuwe situatie. Ten derde wordt in een stressvolle gebeurtenis een gevoel van onbehagen ervaren. Of deze drie gevoelservaringen leiden tot PTSS is deels afhankelijk van de veerkracht en karakteristieken van een persoon. Daarnaast heeft de omgeving een verdere invloed op deze ontwikkeling. Hierbij kan gedacht worden aan de erkenning van het trauma en de geboden mogelijkheden tot uiting van gevoelens en gedachten (Brewin, 2003).



Figuur 1. Schematische weergave geïnspireerd op Kleber en Brom (2003).

1.2 PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers

Volgens de United Nation High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2010) waren begin 2009 zeventienzeventig duizend personen als vluchteling in Nederland aanwezig. Wereldwijd behelst dit aantal meer dan tien miljoen. Een vluchteling wordt door de Verenigde Naties beschreven als iemand die als gevolg van een gegronde angst voor vervolging of op gronde van ras, religie, nationaliteit, lidmaatschap van een bepaalde sociale groepering of politieke opvattingen, genoodzaakt is buiten het land van nationaliteit te leven (UNHCR, 2010).

In Nederland leven negen duizend personen die de status asielzoeker hebben. Zij hebben een aanvraag ingediend voor erkenning als vluchteling. Zij ontvangen een minimale uitkering en gezondheidszorg, maar mogen niet deelnemen aan de arbeidsmarkt.

Asielzoekers en vluchtelingen hebben vaak een scala aan traumatische ervaringen achter de rug wanneer zij zich vestigen in een gastland. Het is gebleken dat zij, door de aard van hun ervaringen (o.a. oorlog, gevangenschap, fysiek geweld), vaker last hebben van PTSS dan de algemene populatie (Fazel, Wheeler & Danesh; 2005; Friedman & Jaranson, 1994).

1.2.1 Prevalentie PTSS en comorbiditeit

Dat vluchtelingen en asielzoekers een vergroot risico lopen op de ontwikkeling van PTSS is uit veelvuldig onderzoek naar voren gekomen (Bemak & Chung, 2000; Gerritsen, Bramsen, Devillé, van Willigen, Hovens & van der Ploeg, 2006; Marsella, Bornemann, Ekblad & Orley, 1994; Nicholl & Thompson, 2004;). Vanuit een meta-analytische studie van Fazel,

Wheeler en Danesh (2005) onder 6.743 vluchtelingen en asielzoekers in westerse landen werd geconstateerd dat negen procent kon worden gediagnosticeerd met PTSS. Hieruit kan worden geconcludeerd dat PTSS relatief vaak voorkomt onder deze populatie. Er bleek echter een grote verscheidenheid aan prevalenties te bestaan tussen de verschillende studies, hetgeen erop duidt dat PTSS een complexe diagnose is om te stellen. De National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE; 2005) ondersteunt dit en geeft aan dat het moeilijk kan zijn voor mensen om over hun traumatische ervaringen te praten, met name wanneer trauma lang geleden heeft plaatsgevonden. Door een beperkte informatieverstrekking kan het klinisch beeld onderschat worden.

Naast PTSS wordt er door vluchtelingen en asielzoekers vaak comorbide psychiatrische problematiek gerapporteerd, waaronder depressie, fobieën, aanpassingsstoornissen en angststoornissen (Ai, Peterson & Ubelhor, 2002; Gerritsen et al., 2006; Mollica, Sarajlic, Chernoff, Lavelle, Vukovic & Massagli, 2001; NICE, 2005). Met name depressieklachten lijken een veelvoorkomend probleem. Uit het onderzoek van Fazel et al. (2005) bleek 5 procent van alle vluchtelingen en asielzoekers last te hebben (gehad) van een depressieve episode. Er bleek een hoge mate van comorbiditeit aanwezig: bij 71 procent van de onderzochte groep met depressieklachten bleek er tevens sprake van PTSS en andersom bleek bij 44 procent van de participanten met PTSS sprake van een depressieve episode.

Fazel et al. (2005) vonden tevens dat 4 procent van de vluchtelingen en asielzoekers last heeft van een gegeneraliseerde angststoornis. Er is gebleken dat er een hoge comorbiditeit bestaat tussen PTSS en angstklachten (NICE, 2005). In onderzoek van Kessler, Sonnega en Bromet (1995) werd gevonden dat er bij ongeveer 50 procent van de participanten met PTSS sprake is van een angststoornis. Studies naar de behandeling van PTSS tonen aan dat de succesvolle behandeling van PTSS, samengaat met een vermindering van comorbide symptomen van depressie en angst (Blanchard, Hickling, & Malta, 2003).

1.2.2 Risicofactoren

Naast de eerder genoemde aard van het trauma en omgevingsfactoren zijn er ook persoonlijke factoren die de kans op de ontwikkeling van PTSS vergroten. Risicofactoren voor de ontwikkeling van PTSS bleken volgens meta-analytisch onderzoek van Brewin, Andrews en Valentine (2000): geslacht, leeftijd ten tijde van trauma, en het hebben van een minderheid status. Bij oorlogstrauma blijken verder voornamelijk peri- en posttraumatische factoren samen te hangen met PTSS. Zo hangen onder andere: een jonge leeftijd van blootstelling aan

trauma, vrouw zijn, gebrekkige educatie, hoge traumablootstelling en gebrek aan sociale steun samen met de ontwikkeling van PTSS (Brewin, 2003).

1.3 Domeinen van problematiek

Vluchtelingen en asielzoekers ervaren vaak problematiek op verschillende domeinen van hun bestaan. In het boek 'Transculturele psychiatrie en psychotherapie' van de Jong en van den Berg (1996) beschrijft van Dijk deze stressfactoren en brengt hij ze onder in drie domeinen: geweldservaringen en traumatisering, migratie en ontworteling, en maatschappelijk positie en marginalisatie. In het huidige onderzoek is, overeenkomstig met van Dijk (1996), een tweetal domeinen gespecificeerd waar de aandacht specifiek naar uit zal gaan: traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren. Het domein traumablootstelling richt zich op geweldservaringen en traumatisering. Het domein sociaal-maatschappelijke stressfactoren behelst onder andere maatschappelijke positie, marginalisatie en acculturatie.

1.3.1 Traumablootstelling

Zoals eerder genoemd hebben vluchtelingen en asielzoekers in hun thuisland veelal te maken gehad met meerdere traumatische gebeurtenissen, vaak gedurende langere perioden. Zij hebben hiervan zelf leed ondervonden of zijn hiervan getuige geweest bij anderen. Er wordt daarom ook wel gesproken van een 'complex' trauma (Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre, DeRosa, Hubbard, Kagan, Liautaud, Mallah, Olafson, & van der Kolk, 2005; Herman, 1992; Jongedijk, 2008), waarbij gehypothetiseerd wordt dat er sprake is van een complexer klachtenbeeld dan na een enkelvoudige traumatische gebeurtenis, daar het trauma doorgaans meerdere levensgebieden raakt. Daarnaast is er vaak sprake van comorbiditeit met andere stoornissen als depressie en angstproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek.

Uit onderzoek van Todorova Moreno en Gibbons (2002) onder Albanese vluchtelingen bleek dat traumablootstelling samenhangt met de mate van psychiatrische klachten. Er werd gemeten dat een toename in traumablootstelling een grotere hoeveelheid psychiatrische klachten ten gevolge had. Hiermee overeenkomstig vonden Neuner, Schauer, Karunakara, Klaschik, Robert en Elbert (2004) in een studie onder migranten uit Afrika dat een groter aantal traumatische ervaringen samenhangt met een grotere hoeveelheid PTSS symptomen. Daarnaast vonden Lopes Cardozo, Vergara, Agani, Gotway (2000) in een onderzoek onder Kosovaanse Albaniërs dat een grotere hoeveelheid traumatische ervaring samenhangt met een hoger niveau van disfunctioneren op sociaal gebied. Tevens vonden zij

een samenhang tussen een slechte mentale gezondheid en een toename in traumatische ervaringen.

1.3.2 Sociaal-maatschappelijke stressfactoren

De ontwikkeling van PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers hangt samen met stress over de sociaal-maatschappelijke situatie waarin een asielzoeker of vluchteling zich bevindt na trauma (Aarts & Visser, 2007; Brewin et al., 2000). Verscheidene onderzoeken brengen PTSS in verband met post migratiestress zoals een onzekere juridische status, de rechtsgang rond de asielaanvraag en omgang met immigratiediensten (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997; Van der Veer, 2004). Door beperkte financiële middelen is er vaak sprake van onvermogen tot het oppakken van alledaagse bezigheden en het opbouwen van een sociaal netwerk, met isolement tot gevolg (van Dijk, 1996; NICE, 2005; Silove et al., 1997). Daarnaast blijken een gebrek aan sociale steun en betekenisvolle relaties met anderen (Brewin et al., 2000; Ehlers, Maercker & Boos, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003) volgens onder andere de richtlijnen van het NICE (2005) verband te houden met de ontwikkeling van PTSS.

Ook depressieklachten worden geassocieerd met sociaal-maatschappelijke stress. Zo zijn er verbanden gevonden met somatische klachten (Beiser, 1985), een stressvolle partnerrelatie, werkeloosheid, lage sociale status, (Hammen & Watkins, 2009) en een onbevredigende gezinssituatie en sociale omgeving (Daley & Douaihy, 2006). Ook angstproblematiek wordt in verband gebracht met een stressvolle sociale- en gezinssituatie (Rosen, 1996).

1.3.3 Verblijfsstatus als voorspeller van stress

Immigranten die naar Westerse landen migreren hebben te maken met strenge restricties en regels terwijl hun status wordt geëvalueerd. Steel, Silove, Brooks, Momartin, Alzuhairi, en Susljik (2006) vonden dat verblijfsstatus een sterke voorspeller bleek van PTSS. Wanneer men in onzekerheid verkeert over de verblijfsstatus worden meer PTSS klachten gerapporteerd. Zowel asielzoekers als vluchtelingen ervaren post-migratiestress. Echter lijkt onderzoek uit te wijzen dat op sommige levensgebieden asielzoekers meer stress ervaren (Morgan, 2008). Stressoren zijn onder andere gedwongen werkeloosheid, verblijf in asielzoekerscentra en angst voor remigratie. Wanneer asielzoekers een vluchtelingenstatus toegewezen krijgen, blijkt dat dit een afname in stress teweegbrengt. Ryan, Benson en Dooley (2008) stellen dat onzekerheid over de verblijfsstatus dan ook een negatief effect op de mentale gezondheid heeft. Uit onderzoek onder asielzoekers in Australië blijkt dat deze

doorgaans een daling in socio-economische status ervaren. Daarbij rapporteren zij zeer veel stress door angst voor remigratie, belemmeringen in werk en sociale diensten, gescheiden zijn van familie en het proces van statusaanvraag (Silove et al. 1997).

Onderzoek van Hondius, van Willigen, Kleijn en van der Ploeg (2000) onder Nederlandse asielzoekers en vluchtelingen toonde aan dat asielzoekers significant meer financiële moeilijkheden rapporteren dan vluchtelingen. Dit kan mogelijk verklaard worden vanuit het feit dat asielzoekers juridisch niet geoorloofd zijn te werken, vluchtelingen mogen dat wel. De mogelijkheid tot werken wordt veelal aangewezen als beschermende factor voor stress en psychische klachten (Brewin, 2003; Schweitzer, Melville, Steel & Lacherez, 2006). Wanneer er sprake is van een verblijfsstatus en toegang tot onderwijs en de arbeidsmarkt, is er echter vaak sprake van een stressvolle arbeidssituatie. Uit onderzoek van Beiser, Johnson en Turner (1993) komt naar voren dat wanneer er sprake is van werkloosheid dit onder vluchtelingen een verminderd welzijnsgevoel voorspelde. Onder vluchtelingen is er bij zeventig procent sprake van een werkloosheid en wanneer iemand een werkplek vindt sluit deze vaak niet aan met het opleidingsniveau (Van der Veer, 2004). Het blijkt dat vluchtelingen die hoog opgeleid zijn en een hogere werkstatus hadden in het land van herkomst, eerder stress over hun werksituatie rapporteren die veelal onder hun niveau ligt (Porter & Haslam, 2005; Simich, Hamilton & Baya 2006). Dit leidt bij veel vluchtelingen tot een gevoel van statusverlies ten opzichte van de situatie in het land van herkomst, hetgeen in verband wordt gebracht met de ontwikkeling van PTSS (van Dijk, 1996; Silove et al., 1997).

Uit onderzoek van Gerritsen et al. (2006) blijkt dat een onzekere juridische status een belangrijke risicofactor is voor stress en psychische klachten. Hierbij is de angst uitgedrukt te worden een belangrijke factor. Steel et al. (2006) vonden een relatie tussen onzekerheid over de juridische status en stress over de woonsituatie van asielzoekers. Asielzoekers verblijven doorgaans in asielzoekerscentra, hetgeen als zeer stressvol wordt ervaren. De duur van het verblijf in de centra heeft hierbij een negatief effect op de psychische gezondheid.

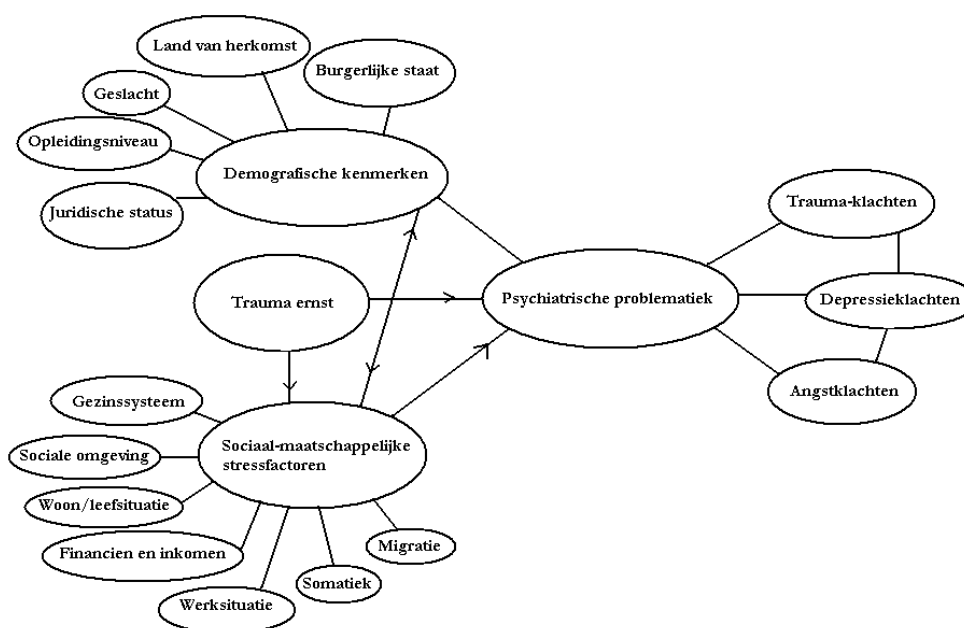
1.4 Huidig onderzoek

Bij Stichting Centrum '45 worden cliënten behandeld met psychiatrische problematiek gerelateerd aan oorlogstrauma. In een lopend onderzoek van ter Heide, Mooren en Kleber (2010) wordt bekeken welke vorm van behandeling, Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) of stabilisatietherapie, het meest geschikt is voor de aanpak van PTSS. Behandeling door middel van EMDR is gericht op de traumageschiedenis van de cliënt,

hierbij staat traumaverwerking centraal. Tijdens deze behandeling wordt weinig tot geen aandacht besteed aan de huidige sociale en maatschappelijke problematiek. Stabilisatietherapie is gericht op het stabiliseren van het sociaal, emotioneel, cognitief en gedragsmatig functioneren van de cliënt. Vanuit het oogpunt van behandelingsmethodiek is het interessant te achterhalen op welke manier traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren zich verhouden tot de door vluchtelingen en asielzoekers ervaren psychiatrische klachten. Het in kaart brengen van deze verhoudingen zou behulpzaam kunnen zijn bij de afstemming van een juiste behandeling voor deze doelgroep en biedt inzicht over het gebied van aanpak tijdens de behandeling.

1.5 Hoofdvraag en verwachtingen

De hoofdvraag in deze studie luidt: Is er een complicerende rol van sociaal-maatschappelijke stressfactoren bij psychiatrische klachten na psychotrauma? Hierbij wordt verwacht dat traumablootstelling leidt tot verandering in ervaren stress op sociaal-maatschappelijke omstandigheden en dit vervolgens leidt tot verandering in psychiatrische klachten. Er wordt aldus verwacht dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren een mediator vormen.



Figuur 1. Schematische weergave van verwachtingen

Daarnaast is interessant om te kijken of de eerder genoemde stressfactoren die mede teweeg worden gebracht door de verblijfsstatus, in de huidige onderzoekspopulatie teruggevonden kunnen worden en of hierin verschil wordt gevonden tussen asielzoekers en vluchtelingen. De vraag die aldus wordt gesteld is: hangt verblijfsstatus samen met verhoogde

stress op het gebied van financiën en inkomen, woon/leefsituatie en werksituatie? Dit zal binnen verwachting II worden onderzocht.

Om de hoofdvraag te onderzoeken worden de volgende hypothesen onderzocht:

I Er wordt een verband verwacht tussen demografische kenmerken (verblijfsstatus, geslacht, opleidingsniveau, werkstatus, land van herkomst) en psychiatrische klachten, te weten traumaklachten, depressieklachten en angstklachten.

Er wordt verwacht dat een lager opleidingsniveau en een vrouwelijk geslacht samenhangen met een toename in psychiatrische klachten. Verder wordt verwacht dat asielzoekers en mensen zonder werk meer psychiatrische klachten zullen rapporteren dan vluchtelingen en werkenden.

Literatuur wijst erop dat een minderheidsstatus samenhangt met meer rapportage van psychische klachten (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Onder de asielzoekers en vluchtelingen in Nederland bestaat een grote verscheidenheid in etnische achtergrond. Er zal daarom ook worden bekeken of het land van herkomst van invloed is op de gerapporteerde klachten.

II Er wordt een verband verwacht tussen het demografische kenmerk verblijfsstatus en de sociaal-maatschappelijke stressfactoren woon/leefsituatie, financiën en inkomen, en werksituatie. Hierbij wordt verwacht dat asielzoekers meer stress ervaren over de woonsituatie en financiën en inkomen dan vluchtelingen. Verder wordt verwacht dat vluchtelingen meer stress ervaren over de werksituatie dan asielzoekers, daar asielzoekers geen mogelijkheden hebben tot werken.

III Er wordt verwacht dat er een verband bestaat tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten (traumaklachten, angstklachten en depressieklachten). Naarmate een persoon meer traumatische ervaringen heeft wordt verwacht dat deze meer trauma-, angst- en depressieklachten zal rapporteren.

IV Er wordt verwacht dat er een verband bestaat tussen sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek en migratie) en psychiatrische klachten (traumaklachten, depressieklachten en angstklachten). Hierbij wordt verwacht dat naarmate er meer stress wordt ervaren op de zeven leefgebieden, er een toename in de verschillende klachten zal worden waargenomen.

V Er wordt verwacht dat er een verband bestaat tussen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie,

financiën en inkomen, werksituatie, somatiek, en migratie). Naarmate iemand meer heeft meegemaakt zal dit de manier beïnvloeden waarop deze een gebeurtenis interpreteert (Sadock & Sadock, 2003). Stress wordt mede veroorzaakt door negatieve interpretaties van een gebeurtenis (Sadock & Sadock, 2003). Vanuit deze gedachtegang wordt verwacht dat meer traumablootstelling zal samenhangen met meer stress op de leefgebieden.

2 Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het huidige onderzoek is opgezet om drie gebieden van problematiek bij asielzoekers en vluchtelingen in kaart te brengen. Er is tot op heden weinig bekend over de complexe relatie tussen de probleemgebieden van traumablootstelling, sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten. Er zijn verscheidene stappen genomen om de relationele verbanden tussen de gebieden in kaart te brengen, waarna is onderzocht of sociaal-maatschappelijke stressfactoren psychiatrische klachten na traumablootstelling beïnvloeden. Er zijn drie onderzoeksstappen genomen, waarbij zowel descriptief, explorerend als toetsend te werk is gegaan.

In het descriptieve ofwel beschrijvende deel van dit onderzoek, zijn de karakteristieken van de cliëntenpopulatie op de verschillende gebieden in beeld gebracht. De volgende stap die is genomen is exploratief waarbij de onderlinge verbanden tussen de variabelen zijn bekeken. Vervolgens is in de laatste toetsende stap bekeken of de hypothesen werden ondersteund door de onderzoeksresultaten.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit cliënten van Centrum '45, die zijn geïndiceerd voor een poliklinische traumabehandeling. Zij hebben de status van vluchteling of asielzoeker en ervaren door een traumatisch verleden dermate ernstige klachten en beperkingen in hun dagelijks functioneren, dat bij hen een post traumatische stress stoornis (PTSS) is gediagnosticeerd.

2.2.1 Selectieprocedure steekproef

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de steekproef van Ter Heide (2010). Geschiktheid voor deelname aan het onderzoek werd beoordeeld tijdens de intakefase bij Centrum '45. Wanneer cliënten geïndiceerd leken voor behandeling in kader van het onderzoek van Ter Heide (2010) werd een voorlichting gegeven over het onderzoek. Er werd hierbij gewezen op het vrijblijvende karakter van de deelname en de mogelijkheid om ieder moment te stoppen met het onderzoek. De participanten waren zich ervan bewust dat zij deelnamen aan onderzoek binnen Centrum '45 en hebben dit middels een informed consent bevestigd. Met een deel van de gegevens die gedurende de eerste meting van het onderzoek van Ter Heide zijn verzameld is huidig onderzoek gedaan.

2.2.2 De steekproef

De steekproef bestaat uit 60 mensen waarvan 40 mannen en 20 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 42,73 jaar met een spreiding van 20 tot 61 jaar. De leeftijdsverdeling was aspecifiek, iedereen die geïndiceerd was voor behandeling bij Centrum '45 (mits de volwassen leeftijd is bereikt) werd geïnccludeerd in het onderzoek. Er is gekozen voor een zo groot mogelijke variantie in leeftijd in verband met de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Zoals in de inleiding beschreven is geslacht een mogelijke risicofactor voor PTSS (Brewin et al, 2000), daarom zijn zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten geïnccludeerd.

Daar gebruik is gemaakt van de onderzoekssample van Ter Heide (2010), zijn de volgende exclusiecriteria voor de steekproef aangehouden: de aanwezigheid van eetproblemen (de aanwezigheid van anorexia nervosa of bulimia nervosa), afhankelijkheid van drugs of alcohol, of het op de voorgrond staande van een; ontwikkelingsstoornis, delirium, dementie, amnestische (of andere) cognitieve stoornis, psychische stoornis door een lichamelijke aandoening, psychotische stoornis niet gerelateerd aan PTSS, bipolaire stoornis, gender-identiteitsstoornis, of persoonlijkheidsstoornis. Voor deze exclusiecriteria is gekozen om de data zo zuiver mogelijk te houden, aldus de invloed van andersoortige stoornissen zoveel mogelijk uit te sluiten.

2.3 Gebruikte instrumenten

Voordat de cliënten, die akkoord zijn gegaan met deelname aan het onderzoek, aanvingen met hun behandeling zijn in een eerste meting enkele vragenlijsten afgenomen ter inventarisatie van de klachten en traumageschiedenis van de cliënt. In het onderzoek van Ter Heide (2010) is gebruik gemaakt van de HTQ, HSCL-25, WHOQOL-BREF en de Cope-easy. Van deze vragenlijsten zijn er in huidig onderzoek twee gebruikt. Dit zijn de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica, Caspi-Yavin, Lavelle, Tor, Yang, Chan, Pham, Ryan & de Marneffe, 1996) en de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Parloff, Kelman & Frank, 1954). Verschillende onderzoeken ondersteunen de (interculturele) betrouwbaarheid en de validiteit van deze twee meetinstrumenten (Ichikawa, Nakahara & Wakai, 2006; Kleijn, Hoven & Rodenburg, 2001; Mollica, Caspiyavin, Bollini, Truong, Tor & Lavelle, 1992)

De cliënten werd een gestandaardiseerde instructie gegeven zodat de instructie voor iedere participant gelijk was. Naast afname van de HTQ en HSCL-25, werd er door de onderzoekers een derde vragenlijst, de Risk Questionnaire (RisQ) ingevuld. Deze vragenlijst is ingevuld op basis van de intakegegevens en inventariseert de sociaal-maatschappelijke stressfactoren van de cliënten.

Verder zijn de demografische gegevens van de onderzoekspopulatie uitgevraagd. Hierbij is gekeken naar de verblijfsstatus, geslacht, opleidingsniveau, werkstatus, land van herkomst en burgerlijke staat.

2.3.1 De Harvard Trauma Questionnaire deel 1

Het meetinstrument HTQ (HTQ; Mollica et al., 1996) is gebruikt om de traumaproblematiek in kaart te brengen. Deze schaal is speciaal ontwikkeld op de complexiteit van het trauma van vluchtelingen en wordt dan ook zeer geschikt geacht voor de huidige onderzoekspopulatie van Centrum '45. Het instrument bestaat uit twee delen. Het eerste deel 'trauma ervaringen' betreft een checklist van 24 potentieel traumatische gebeurtenissen en is in dit onderzoek gebruikt ter vaststelling van de mate van traumablootstelling bij de onderzoekspopulatie. Er kan per gebeurtenis worden aangegeven of de cliënt deze gebeurtenis heeft meegemaakt, hier getuige van is geweest, of heeft gehoord dat iemand anders het heeft meegemaakt. Volgens Mollica et al. (1996) kan traumablootstelling middels deze checklist worden gemeten aan de hand van de scoring: 1= niet ervaren, 2= erover gehoord, 3= gezien, 4= zelf meegemaakt. Hoewel het per gebeurtenis mogelijk is meerdere niveaus van ervaring aan te vinken, bijvoorbeeld zowel zelf ervaren als getuige van geweest, is ervoor gekozen slechts het hoogste niveau van ervaring te scoren. Deze keuze is gemaakt omdat uit eerder onderzoek van Ter Heide (2010) bleek dat de meeste cliënten slechts één niveau van ervaring scoorden. Ter voorkoming van een scheef beeld van de resultaten is ervoor gekozen om de score op deze manier consistent te houden. Deze manier van scoren werd tevens gebruikt in een vergelijkbaar onderzoek van Todorova, Moreno en Gibbons (2002), waarbij een interne consistentie van Cronbachs α .88 werd gevonden. Ook eerder werd er een zeer goede interne consistentie voor traumagebeurtenissen gevonden (Cronbachs α .90; Mollica et al., 1992).

2.3.2 De Harvard Trauma Questionnaire deel 2a

Deel 2 van de HTQ (HTQ; Mollica et al., 1996) bestaat uit twee onderdelen: deel 2A meet de ernst van de traumaklachten zoals gedefinieerd door de DSM-IV-TR (2005). Op 16 items moet worden aangegeven in hoeverre een cliënt traumaklachten ervaart van 1=helemaal geen last, 2= een beetje last, 3= nogal veel last, tot 4=zeer veel last. De interne consistentie voor traumaklachten gemeten met Cronbach's α is zeer goed (.96; Mollica et al., 1992). Er is gekozen deze lijst te gebruiken om traumaklachten te meten.

2.3.3 De Hopkins Symptom Checklist-25

Behalve naar traumaklachten is gekeken naar angstklachten en depressieklachten. Deze zijn gemeten met de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Parloff, Kelman & Frank, 1954). Hiervoor is gekozen omdat het een korte vragenlijst betreft die begrijpelijk is geschreven en door mensen van verschillende opleidingsniveaus kan worden ingevuld (Mollica et al, 1996). Bovendien werd in onderzoek van Tinghog en Carstensen (2010) onder Scandinaviërs en immigranten uit het Midden-Oosten een hoge cross culturele equivalentie op de HSCL-25 gevonden. Deze resultaten ondersteunen het gebruik van de test in de multiculturele Westerse samenleving.

De vragenlijst bestaat uit 25 items gericht op de door de cliënt ervaren klachten in de afgelopen week. De eerste 10 vragen zijn gericht op de mogelijke aanwezigheid en ernst van angstklachten. De 15 daaropvolgende vragen zijn gericht op de mogelijke aanwezigheid en ernst van depressieve klachten. Antwoorden worden gegeven op een 4-puntsschaal, lopend van 1=helemaal geen last, 2= een beetje last, 3= nogal veel last, tot 4=zeer veel last. Er is op basis van de door de cliënt ingevulde antwoorden een totale angstscore en depressiescore berekend door deze scores op te tellen. Hierbij is voor angst de score 10 het laagst en 40 het hoogst. Voor depressieve klachten is een score van 15 het laagst en een score van 60 het hoogst.

2.3.4 De Risk Questionnaire

De Risk Questionnaire (RisQ; Kleijn, Laban & Reijnen, 2009) is een meetinstrument die is ontwikkeld binnen Centrum '45 en gebruikt wordt om de hoeveelheid ervaren stress vast te stellen op de sociaal-maatschappelijke omstandigheden van de onderzoekspopulatie. De lijst bestaat uit 41 items ondergebracht onder 7 levensgebieden waarop door de cliënt stress kan worden ervaren. De onderscheiden levensgebieden betreffen gezinsleven, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werk, somatiek en migratie (Kleijn, Laban & Reijnen, 2009). Deze vragenlijst is door de onderzoekers gescoord op basis van aanmeldingen en intakegegevens. Er kan een score van 1= weinig stressvol, of 2= enigermate tot 3= tamelijk stressvol of 4= zeer stressvol worden gescoord. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de test te kunnen bepalen, is 17 procent van de RisQ lijsten dubbel gescoord door de onderzoekers.

2.3.4 Taalmogelijkheden vragenlijsten

Daar de steekproef bestond uit vluchtelingen en asielzoekers met verschillende nationaliteiten, is ervoor gekozen de HTQ en de HSCL-25 in de spreektaal van de cliënt te verstrekken en af te nemen. Optionele talen waren onder andere: Arabisch klassiek, Servo-Kroatisch, Frans, Engels, Farsi, Soerani, Krio en Russisch. Kleijn, Hoven en Rodenburg (2001) hebben onderzoek gedaan naar de DSM-IV-TR (2005) items van de HSCL-25 en de HTQ, bij een aan het onderzoek gelijke participantengroep met taalversies in het Engels, Arabisch, Farsi, Servo-Kroatisch en Russisch. De betrouwbaarheid voor de verschillende taalversies van beide vragenlijsten was hoog, met Cronbachs α 's variërend tussen de .83 en .91 en .85 en .92 voor de depressieklachten en Cronbachs α 's tussen de .81 en .89 voor de HTQ (Kleijn, Hoven & Rodenburg, 2001).

2.4 Design

In het huidige onderzoek is een aantal variabelen geoperationaliseerd. Traumablootstelling wordt gebruikt als onafhankelijke variabele. De demografische kenmerken worden tevens meegenomen als onafhankelijke variabelen. Sociaal-maatschappelijke stressfactoren worden in verband met traumablootstelling als afhankelijke variabele gemeten. In verband met psychiatrische klachten worden sociaal-maatschappelijke stressfactoren als onafhankelijke variabele gemeten. De afhankelijke variabele betroffen de psychiatrische klachten, te weten traumaklachten, angstklachten en depressieklachten.

Er is gebruik gemaakt van een between-subjects design. Er is op individueel niveau gekeken naar de verschillen in scores tussen participanten.

2.5 Statistische analyses

De data zijn geanalyseerd met behulp van Predictive Analytics SoftWare (PASW, 2010). Ter controle van de afname van de RisQ is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid beoordeeld middels Excel (2007). Er is op descriptief niveau gekeken naar de karakteristieken van de steekproef, waarbij de demografische gegevens, sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten zijn beschreven. Vervolgens is er exploratief gezocht naar verbanden tussen de domeinen. Om het verband te onderzoeken tussen demografische kenmerken en psychiatrische klachten zijn er independent samples t-tests uitgevoerd wanneer er sprake was van dichotome groepen. Wanneer er sprake was van meerdere categorische variabelen is gebruik gemaakt van een one-way between groups variantieanalyse (ANOVA). Om de relatie tussen demografische kenmerken en sociaal-maatschappelijke stressfactoren te onderzoeken

is gewerkt met independent samples t-tests. Het verband tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten is op rationiveau onderzocht middels een Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt. Het verband tussen sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten is tevens middels Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt worden onderzocht, evenals het verband tussen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren.

De hypothese dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren de psychiatrische klachten na traumablootstelling zouden beïnvloeden zou middels een regressieanalyse worden onderzocht. Dit bleek echter niet geoorloofd. Wanneer er wel een mediatie-effect werd gevonden zou regressie de volgende stap zijn geweest.

3 Resultaten

3.1 Descriptieve analyse

Om de karakteristieken van de steekproef in beeld te brengen, zijn de demografische kenmerken, sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten beschreven.

3.1.1 Demografische gegevens

Zoals in tabel 1 weergegeven, is het grootste deel van de asielzoekers en vluchtelingen uit het Midden-Oosten afkomstig. Tweederde van de asielzoekers en vluchtelingen blijkt lager opgeleid te zijn. Hiernaast blijkt tevens dat tweederde geen werk heeft. Een grote meerderheid van de onderzoekspopulatie wordt erkend als vluchteling. Meer dan de helft van de mensen blijkt gehuwd te zijn, daarnaast blijkt een vijfde ongehuwd.

Tabel 1: Sociodemografische kenmerken steekproef (N=60)

Variabelen	M	SD	range	missing
Leeftijd	42,7	10,8	20-61	-
		N	%	missing
Regio van herkomst				-
Slavische landen		8	13,3	
Midden-Oosten		40	66,6	
Afrika		12	20	
Hoogste afgeronde opleiding				
Lager opgeleid		20	33	4
Hoger opgeleid		36	60	
Verblijfsstatus				4
Asielzoeker		49	81,7	
Vluchteling		7	11,7	
Werkstatus				-
Wel werk		40	66,7	
Geen werk		17	28,3	
Vrijwilligerswerk		3	5	
Burgerlijke staat				1
Gehuwd		13	60	
Ongehuwd		36	21,7	
Gescheiden		6	10	
Weduwe/naar		4	6,7	

3.1.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de RisQ

Zoals eerder in de methode is beschreven, wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een door Centrum '45 ontwikkeld meetinstrument, de RisQ, om de ernst van sociaal maatschappelijke stress te meten. Deze vragenlijst is door de onderzoekers per participant ingevuld op basis van dossieranalyse van de aanmelding- en intakegegevens.

Voor het bepalen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is 17% van de RisQ metingen door twee beoordelaars gescoord. In tabel 2 is de percentuele overeenkomst in scoring per item van de RisQ weergegeven. Hierbij is beoordeeld hoeveel percentuele overeenkomst er tussen de beoordelaars bestaat in exact gelijke scoring, of wanneer de scoring (maximaal) 1 punt verschilt tussen de beoordelaars.

Uit de analyse blijkt dat de gemiddelde percentuele overeenkomst tussen beoordelaars per item 61,5 procent is. Verder blijkt dat wanneer wordt gekeken naar een afwijking van maximaal 1 punt, de gemiddelde percentuele overeenkomst tussen beoordelaars per item 84,7 procent is. De overeenkomst in scoring van de onderscheiden levensgebieden gezinsleven, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën, werk, somatiek en migratie met een afwijking van maximaal 1 punt ligt tussen de 70 en 100 procent.

Tabel 2. *Percentuele overeenkomst in beoordeling per item op de RisQ*

Nr	Item	% Exact gelijke beoordeling	% Afwijking beoordeling +/- 1
A	1 Gezinssysteem	90	100
	2 Partnerrelatie	80	100
	3 Ouderschap	50	80
	4 Gezinssituatie/Familieomstandigheden	50	90
	5 Problematiek kinderen / andere gezinsleden (lichamelijk/psychisch)	10	40
B	7 Sociale omgeving	40	70
	8 Sociale contacten	30	70
	9 Sociale steun	40	60
	10 (Sociale) activiteiten en bezigheden	40	80
C	12 Woon/leefsituatie	50	100
	13 Huisvesting	60	90
	14 Juridische verblijfstatus	90	100
D	16 Financiën en Inkomen	50	80
	17 Bestedingsbudget	50	90
	18 Uitkering	80	90
	19 Schulden	70	90
	20 Financieel onderhoud van familie buiten Nederland	80	20
E	22 Werksituatie	50	90
	23 Werkloosheid	40	70
	24 Werkomstandigheden	50	100
	25 Werkniveau	70	90

	26	Mogelijkheden tot opleiding	60	60
F	28	Somatiek	50	100
	29	Lichamelijke gezondheid	50	100
G	31	Migratie	90	90
	32	Ervaren discriminatie (in werk/dagelijks leven)	60	80
	33	Verlies van status	60	70
	34	Taalproblemen	70	80
	35	Zorgen om familieleden in land van herkomst	70	80
	36	Rouw/verlies (materieel/familieleden, vrienden)	50	80
	37	Aanpassing aan andere cultuur (klimaat, eten etc.)	90	100
	38	Tradities handhaven	100	100
	39	Beleving van religie in andere samenleving	100	100
	40	Heimwee	70	80

3.1.3 Sociaal-maatschappelijke stressfactoren

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de levensgebieden gezinsleven, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën, werk, somatiek en migratie blijken op betrouwbare wijze door de beoordelaars gescoord zijn. Dit verantwoordde de analyse van deze factoren op basis van de Risq. Zoals in tabel 3 te zien liggen de gemiddelde stress scores tussen de 2 en 3. Er is aldus gemiddeld enigermate tot tamelijk veel stress gerapporteerd op de verschillende leefgebieden.

Tabel 3. *Gemiddelde stress score en standaarddeviatie per leefgebied*

Leefgebied	Gemiddelde stress score	SD
Gezinssysteem	2,60	1,22
Sociale omgeving	2,56	,92
Woon/leefsituatie	2,02	1,16
Financiën en inkomen	2,23	1,07
Werksituatie	2,62	,85
Somatiek	3,11	,82
Migratie	2,88	,67
Totaal	2,28	,52

Voor stress binnen het gezinssysteem blijkt dat 65 procent tamelijk tot zeer veel stress ervaart. De partnerrelatie blijkt hierbij gemiddeld als meest stressvol te worden ervaren. De sociale omgeving blijkt 56,3 procent als tamelijk tot zeer stressvol te ervaren. Er is geen significant verschil gevonden in stress op de individuele items van deze variabele. Voor woon/leefsituatie geldt dat 39,1 procent tamelijk tot veel stress ervaart. De eigen financiën en inkomen wordt door 33,3 procent ervaren als tamelijk tot zeer stressvol. Bestedingsbudget blijkt hierbij het meest stressvol. Voor 66,6 procent van de blijkt de werksituatie tamelijk tot

zeer stressvol. De steekproef ervaart hierbij de meeste stress op het item werkeloosheid. Bij 82,1 procent blijken somatische klachten tamelijk tot zeer stressvol te worden ervaren. Migratiefactoren blijken voor 76,2 procent van de onderzoekspopulatie tamelijk tot zeer stressvol te zijn. De variabele was niet op itemniveau te bekijken, daar er veel 'missing values' bleken op enkele items. Vergelijking bleek daardoor niet geoorloofd.

3.2 Psychiatrische klachten

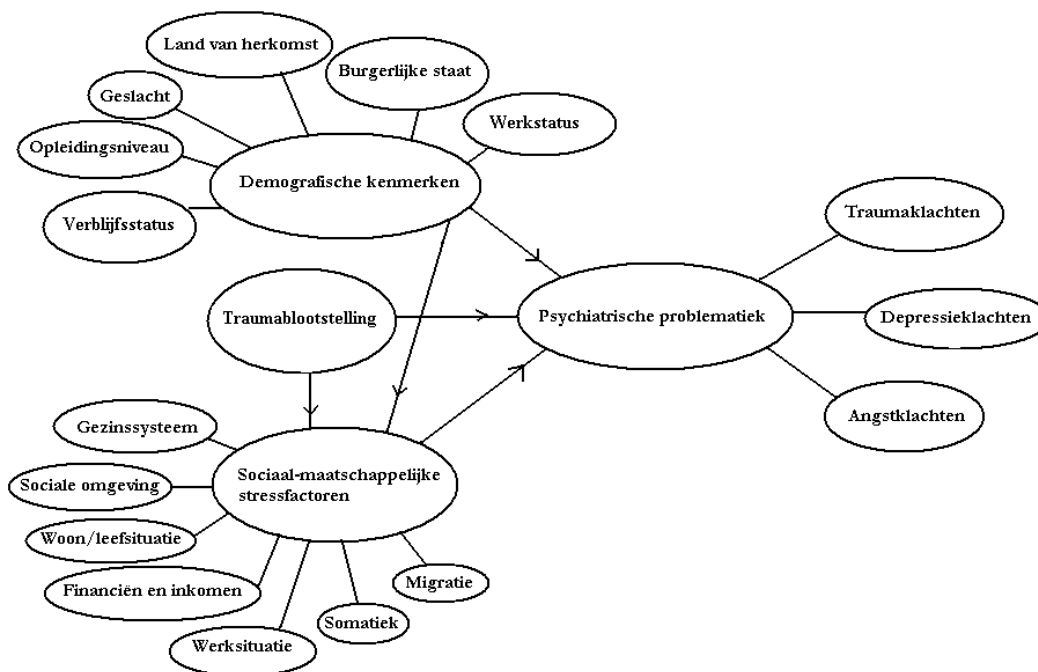
Er is bekeken wat de scores zijn van de populatie op psychiatrische klachten. Gebleken is dat op alle klachtgebieden het overgrote deel van de cliënten boven het cut-off point scoort. Dit is een indicatie dat er sprake is van klachtenrapportage op pathologisch niveau.

Tabel 4. *Cut-off score, gemiddelde scores en percentage van cliënten dat boven de cut-off score scoort per klachtgebied.*

	Cut-off score	Gemiddelde score	Percentage boven cut-off score
Traumaklachten	> 2,45	3,09	89,7 %
Angstklachten	> 1,75	2,92	95 %
Depressieklachten	> 1,75	2,89	96,7 %

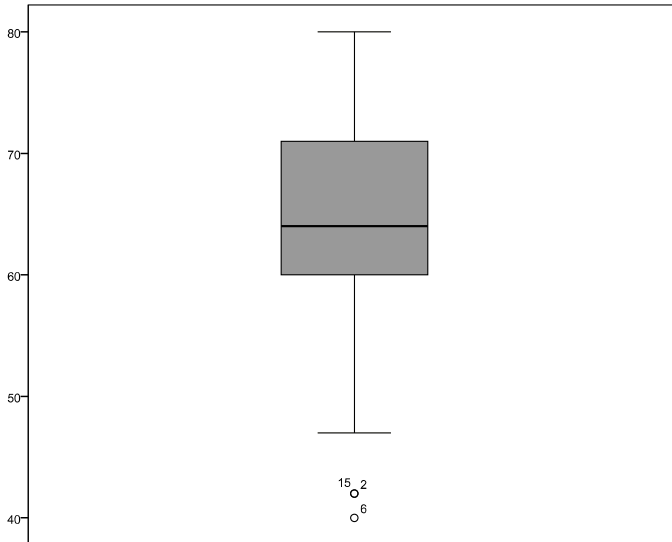
3.3 Exploratieve analyse

Ter beantwoording van de hoofdvraag zijn enkele deelhypothesen opgesteld om de onderlinge verbanden tussen de variabelen te onderzoeken. In figuur 4 staan deze verwachtingen nogmaals schematisch weergegeven.



Figuur 4. *Schematische weergave van hypothesen*

Bij toetsing van hypothese III bleken er drie outliers aanwezig in de data. Deze zijn op basis van een boxplot-analyse verwijderd uit de data. Steekproefnummer 2, 6 en 15 zijn om deze reden uit de gebruikte analyses gehouden. Er is aldus met een gereduceerd onderzoeksbestand (N=57) gewerkt.



Figuur 5. *Boxplot outliers traumablootstelling*

3.3.1 Verwachting I: demografische verschillen in klachtniveau

Mannen verschillen niet van vrouwen in gerapporteerde trauma- en angstklachten.

Vrouwen rapporteren wel meer depressieklachten dan mannen ($t = -2,175$, $df = 55$, $p = ,034$, two-tailed).

Voor werkstatus is er geen verband gevonden met trauma-, en angstklachten. Wel is er een verband gevonden met depressieklachten ($F(2,54) = 7,276$, $p < ,01$). Werkelozen rapporteren meer klachten dan mensen met werk.

Tabel 5. *Gemiddelde score, standaarddeviatie en significantie per demografisch kenmerk in verband met depressieklachten*

Demografisch kenmerk	Itemniveau	Gemiddelde score	SD	Significantie
Geslacht	Vrouw	47,32	3,2	< 0,05
	Man	42,03	2,8	
Werkstatus	Geen werk	46,49	3,1	<0,01
	Vrijwilligerswerk	46	3,1	
	Werk	37,53	2,5	

Voor zowel verblijfsstatus, opleidingsniveau en land van herkomst is geen verband gevonden met trauma-, angst- of depressieklachten.

3.3.2 Verwachting II: verblijfsstatus en de sociaal-maatschappelijke stressfactoren

Zoals in tabel 6 weergegeven, is er tussen verblijfsstatus en stress over woon/leefsituatie een verband gevonden ($t = 4,537$, $df = 42$, $p = ,001$, two-tailed). Asielzoekers rapporteren meer stress over de woon/leefsituatie dan vluchtelingen. Bij analyse op itemniveau, aldus op stress over huisvesting en stress over juridische status, blijkt er geen verband te bestaan tussen stress over huisvesting. Wel is er een verband tussen stress over juridische status en de verblijfsstatus ($t = 4,863$, $df = 38$, $p = ,001$, two-tailed). Asielzoekers rapporteren meer stress over de juridische status dan vluchtelingen.

Tabel 6. Gemiddelde score, standaarddeviatie en significantie voor woon/leefsituatie, financiën en inkomen, en werksituatie in verband met verblijfsstatus

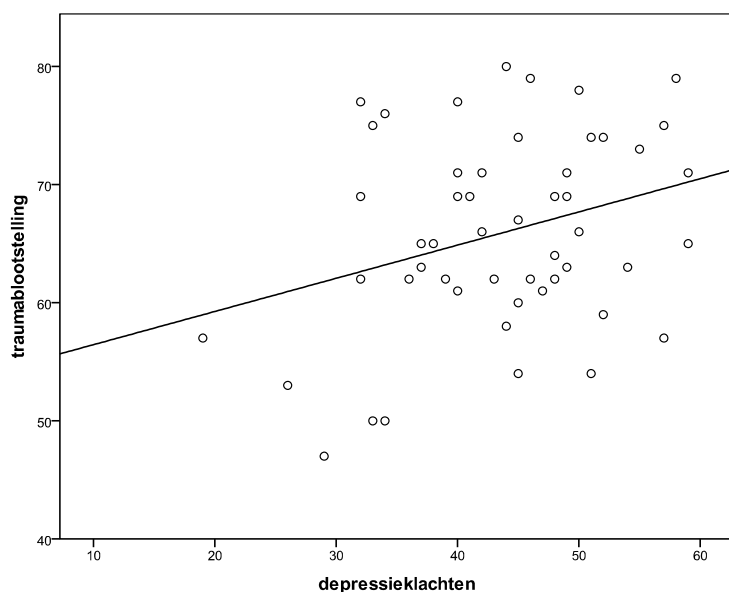
Sociaal-maatschappelijke stressfactor	Itemniveau	Verblijfsstatus	Gemiddelde score	SD	Significantie
Woon/leefsituatie	-	Asielzoeker	3,8	,447	< 0,001
		Vluchteling	1,74	,993	
	Juridische status	Asielzoeker	3,5	1,22	< 0,001
		Vluchteling	1,41	,925	
Werksituatie	-	Asielzoeker	1,67	1,15	<0,05
		Vluchteling	2,72	,779	
	Werkeloosheid	Asielzoeker	1,67	1,15	>0,05
		Vluchteling	1,6	1,38	

Tussen verblijfsstatus en stress over de werksituatie is eveneens een verband gevonden ($t = -2,186$, $df = 37$, $p = ,035$, two-tailed) Asielzoekers rapporteren minder stress over de werksituatie dan vluchtelingen. Wanneer gekeken wordt naar het item werkeloosheid blijkt echter dat er geen significant verschil kan worden gevonden in juridische status.

Er bleek geen verband te bestaan tussen stress over financiën en inkomen en verblijfsstatus.

3.2.3 Verwachting III: relatie traumablootstelling en klachten

Er is geen verband gevonden tussen traumablootstelling en angst- en traumaklachten. Wel is er een correlatie gevonden tussen traumablootstelling en depressieklachten ($r_s = ,305$; $p < ,05$). Een toename in traumablootstelling hangt samen met een toename in depressieklachten (zie figuur 7). 12,5 procent van de variantie in depressieklachten wordt verklaard door traumablootstelling ($R^2 = ,126$, $p < 0,05$).



Figuur 7. Verband traumablootstelling en depressieklachten.

3.2.4 Verwachting IV: sociaal-maatschappelijke stressfactoren en klachten

Een toename in stress over gezinssysteem hing samen met een toename in angstklachten ($r=.272$; $p<0.05$). Verder is gevonden dat een toename in stress over somatiek, samenhang met een toename in depressieklachten ($r =.292$; $p<0.05$). Voor sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen en migratie is er geen verband gevonden met psychiatrische klachten.

3.2.5 Verwachting V: traumablootstelling en sociaal maatschappelijke stressfactoren

Er bleken geen significante verbanden te bestaan tussen traumablootstelling en sociaal maatschappelijke stressfactoren.

3.3 Toetsende analyse

3.3.1 Hoofdvraag

Uit voorgaande analyses bleek dat er een positieve samenhang bestond tussen traumablootstelling en depressieklachten. Verder bleek dat van de sociaal maatschappelijke stressfactoren, alleen het leefgebied somatiek een samenhang met depressieklachten. Ter beantwoording van de hoofdvraag is dan ook gekeken naar de invloed van somatische stressklachten op de relatie tussen traumablootstelling en depressieklachten. Er bleek echter geen significante relatie bestaat tussen traumablootstelling en somatiek (verwachting V). Door de afwezigheid van een dergelijk verband was het niet zinvol een multiple regressieanalyse hiervoor uit te voeren.

4 Discussie

In het huidige onderzoek is gekeken naar de invloed van traumatische ervaringen, aldus de mate van traumablootstelling, op gerapporteerde psychiatrische klachten in een steekproef van 57 patiënten die in behandeling zijn bij Stichting Centrum '45. Onder asielzoekers en vluchtelingen met de diagnose PTSS is gekeken in hoeverre de trauma-, angst-, en depressieklachten die zij ervaren in relatie staan tot de hoeveelheid trauma's waaraan zij zijn blootgesteld. Daarnaast is bekeken of deze relaties beïnvloed werden door de aanwezigheid van sociaal-maatschappelijke stressfactoren als gezinsleven, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek en migratie.

Het grootste deel van de asielzoekers en vluchtelingen bleek uit het Midden-Oosten afkomstig en meer dan tachtig procent erkend als vluchteling. Tweederde bleek verder lager opgeleid, waarbij tevens meer dan tweederde van de asielzoekers en vluchtelingen geen werk of vrijwilligerswerk had. Deze cijfers zijn overeenkomstig met onderzoek van van Dijk (1996) waaruit bleek dat zeventig procent van de vluchtelingen werkeloos is of werkt beneden zijn opleidingsniveau.

Er is op levensgebied niveau gekeken naar de sociaal-maatschappelijke stressfactoren. Een relatief hoog (65 tot 85%) aantal ervaart tamelijk tot veel stress op de leefgebieden gezinssysteem, werksituatie, somatiek en migratie. Voor sociale omgeving bleek ongeveer de helft tamelijk tot veel stress te ervaren. Het levensgebied woon/leefsituatie en financiën/inkomen bleken voor een relatief laag aantal (30-40%) voor stress te zorgen. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat meer dan tachtig procent van de steekproef een erkende status als vluchteling heeft en hierdoor waarschijnlijk minder stress ervaart over woon/leefsituatie en financiën, daar zij in staat zijn te werken en meer zekerheid over hun status hebben. Hierbij aansluitend vonden Hondius et al. (2000) dat vluchtelingen minder financiële stress ervaren.

Bij het overgrote deel van de onderzochte patiënten bleek sprake van pathologische problematiek. Dit bevestigt dat de steekproef in grote mate last heeft van de gedefinieerde psychiatrische klachten.

4.1 Bevindingen deelvragen

I Er werd een verband verwacht tussen demografische kenmerken (verblijfsstatus, geslacht, opleidingsniveau, werkstatus, land van herkomst) en psychiatrische klachten, met name traumaklachten, depressieklachten en angstklachten.

Tussen demografische kenmerken en trauma- en angstklachten is deze relatie echter niet significant bevonden. Opvallende resultaten, aangezien onderzoek van Brewin et al. (2000) opleidingsniveau, geslacht en etnische afkomst aanwees als risicofactoren voor de ontwikkeling van PTSS. Wanneer er reeds sprake is van PTSS lijken de verschillen binnen deze kenmerken de ernst van de klachten dus niet te beïnvloeden.

Wel zijn er verbanden gevonden tussen demografische kenmerken en depressieklachten. Vrouwen rapporteren de depressieklachten die zij hebben gemiddeld als meer belastend dan mannen. Sadock en Sadock (2007) schrijven dat depressieve problematiek twee maal zo vaak voorkomt bij vrouwen als bij mannen. Dat in huidig onderzoek een hoger gemiddelde voor vrouwen wordt gevonden vindt hierbij aansluiting.

Depressieklachten blijken verhoogd wanneer er geen sprake is van (betaald) werk. Uit onderzoek onder de algemene populatie blijkt dat baanverlies veelal gerapporteerd wordt als mede aanleiding van een depressie (Barlow & Durand, 2005). Vinokurov, Birman en Trickett (2000) vonden onder vluchtelingen uit de Sovjet-Unie, dat werklozen lager scoorden op acculturatie en levenstevredenheid dan werkende vluchtelingen en hoger op sociale isolatie. De stress scores op werkstatus in huidige steekproef suggereren dat de gemiddelde ervaren stress zowel voor geen werk als voor vrijwilligerswerk nagenoeg gelijk zijn. Uit de descriptieve analyse blijkt dat van de stress over financiën en inkomen, bestedingsbudget gemiddeld als meest stressvol wordt ervaren. Het feit dat depressieklachten ook verhoogd zijn wanneer er sprake is van vrijwilligerswerk zou mogelijk verklaard kunnen worden door de afwezigheid van een salaris.

II Er werd een verband verwacht tussen het demografische kenmerk verblijfsstatus en de sociaal-maatschappelijke stressfactoren woon/leefsituatie, financiën en inkomen, en werksituatie. In overeenkomst met Steel et al. (2006) werd gevonden dat asielzoekers meer stress blijken te ervaren over de woon/leefsituatie dan vluchtelingen. In de inleiding werd gehypothetiseerd dat asielzoekers meer stress zouden ervaren over hun huisvesting, daar zij doorgaans in asielzoekerscentra verblijven, er is echter geen verband tussen huisvesting en verblijfsstatus gevonden. In onderzoek van Gerritsen et al. (2006) wordt een verband gelegd tussen verblijfsstatus en het niet thuis voelen in Nederland. Mogelijk geldt voor de vluchtelingen dat zij, ondanks dat zij niet in asielzoekerscentra wonen, door lager inkomen of werkeloosheid (zeventig procent van huidige steekproef bleek werkeloos) genoeg moeten nemen met mindere huisvesting en hierdoor eveneens niet tevreden zijn over hun huisvesting. Onder woon/leefsituatie valt verder ook de stress over de juridische status. Hiermee werd een

verband gevonden met verblijfsstatus. Gemiddeld rapporteerden asielzoekers meer stress over de juridische status dan vluchtelingen. Dat asielzoekers meer stress ervaren over hun juridische status is te begrijpen vanuit de onzekere juridische procedure waarin zij zitten. Vanuit eerder onderzoek blijkt dat voor asielzoekers door angst voor remigratie en het proces van statusaanvraag een onzekere juridische status zeer stressvol is (Silove et al., 1997).

Voor verblijfsstatus en werksituatie werd het verband gevonden dat asielzoekers gemiddeld minder stress over hun werksituatie ervaren dan vluchtelingen. Dit is mogelijk terug te leiden naar het gegeven dat zij juridisch niet geoorloofd zijn te werken. Opvallend resultaat is echter dat wanneer gekeken wordt naar het item stress over werkeloosheid, er geen significant verschil wordt gevonden tussen asielzoekers en vluchtelingen. Mogelijk is dit te verklaren vanuit het feit dat een deel van de asielzoekers vrijwilligerswerk heeft en hierdoor minder stress ervaart over werkeloosheid. Daarentegen kan het ook zijn dat de vluchtelingen wel mogen werken, maar geen werk kunnen vinden en hierdoor veel stress ervaren.

Verwacht werd dat asielzoekers verhoogde stress op het gebied van financiën en inkomen zouden rapporteren. Er is echter geen verband gevonden tussen verblijfsstatus en stress op financiën en inkomen. Onderzoek van Hondius et al. (2000) toonde aan dat asielzoekers significant meer financiële moeilijkheden rapporteren dan vluchtelingen. In huidig onderzoek is de ervaren stress echter door de onderzoekers vastgesteld op basis van de intakegegevens en geen rapportage van de steekproef zelf. Mogelijk is hierdoor een ander beeld van de stress op financieel gebied tot stand gekomen.

III Er werd een verband verwacht tussen traumablootstelling en traumaklachten, depressieklachten en angstklachten. Wanneer sprake was van meer traumatische ervaringen werden meer depressieklachten gerapporteerd. Traumablootstelling bleek 12,6 procent van de variantie in depressieklachten te verklaren. De gevonden relatie is overeenkomstig met onderzoek van Todorova Moreno en Gibbons (2002) waaruit bleek dat een toename in traumablootstelling een grotere hoeveelheid psychiatrische klachten ten gevolge had. Het is echter een opvallend gegeven dat alleen voor depressieklachten een verband wordt gevonden met traumablootstelling.

Asielzoekers en vluchtelingen hebben vaak een scala aan traumatische ervaringen meegemaakt, waarbij bekend is dat door de veelal agressieve aard van hun ervaringen zij vaker last hebben van PTSS dan de algemene populatie (NICE, 2005; Friedman & Jaranson, 1994). Er wordt ook wel gesproken van een complexe traumatisering (Jongedijk, 2008).

Eerder genoemd onderzoek van Neuner et al. (2004) onder migranten uit Afrika, vond dat er een toename in traumatische klachten is naarmate er meer traumatische ervaringen zijn. Ook in onderzoek van Bernstein, Carison en Rosser-Hogan (1991) onder Cambodjaanse vluchtelingen kwam naar voren dat er een relatie bestaat tussen het aantal trauma's en de ernst van de traumasymptomen. Naarmate een persoon meer traumatische ervaringen heeft meegemaakt wordt in huidig onderzoek echter niet gevonden dat er een toename is in traumaklachten. Een verklaring kan zijn dat er voor iedere participant gold dat er sprake was van meerdere traumatische ervaringen (traumablootstellingscore ligt tussen de 47 en 80) en dat er onderling geen significant verschil in klachten is gevonden daar allen geïndiceerd zijn voor behandeling bij Centrum '45 waarvoor een substantieel aantal klachten vastgesteld dient te worden. Mogelijk is er aldus door een geringe differentiatie in de steekproef sprake van een plafond effect.

Ook angstklachten bleken niet samen te hangen met traumablootstelling toeneemt. Deze klachten worden aldus niet beïnvloed door de hoeveelheid trauma's, maar mogelijk meer door de aard van de trauma's. Deze bevindingen sluiten aan bij onderzoek van Speed et al. (1989) onder voormalig krijgsgevangenen waarbij bleek dat trauma-blootstelling gemeten aan de hand van hoeveelheid traumatische ervaringen niet samenhang met de ontwikkeling van PTSS en gegeneraliseerde angststoornis. Er werd hierbij gebruikt gemaakt van een gelijkende meetstandaard voor traumablootstelling als in huidig onderzoek. Mogelijk is de keuze om gebruik te maken van de Harvard Trauma Questionnaire en daarbij alleen de hoogste score op een item mee te nemen, van invloed op de gevonden resultaten. Er is niet onderzocht of een gebeurtenis herhaaldelijk is voorgekomen, waardoor de scoring van meervoudige traumatische ervaringen mogelijk gedrukt is in huidig onderzoek. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden een meer rechtlijnige scoring mee te nemen in de scoring van traumablootstelling. Daarnaast zou de spreiding van het aantal traumatische gebeurtenissen kunnen worden vergroot, om zo het effect van toename in traumablootstelling op een andere wijze te onderzoeken. Bijvoorbeeld door een grotere steekproef te nemen en participanten te includeren die zich met enkelvoudige trauma's aanmelden.

IV Er werd een verband verwacht tussen sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek, en migratie) en psychiatrische klachten (traumaklachten, depressieklachten en angstklachten). Gevonden werd dat een toename in stress over het gezinssysteem samenhang met een toename in angstklachten. Het gezin is doorgaans een belangrijk steunsysteem voor

asielzoekers en vluchtelingen, daar vrienden en familie veelal in het land van herkomst zijn achtergebleven. Het gegeven dat angstklachten toenemen naarmate de stress over het gezin groter is, duidt erop dat dit ook zo nodig extra aandacht behoeft in de behandeling van deze klachten. Verder lijkt het erop dat het verband wederkerig is. Zo beschrijft Rosen (1996) dat gezinssystemen onder druk komen te staan wanneer een van de leden last heeft van angstproblematiek.

Voor traumaklachten is geen verband gevonden met sociaal-maatschappelijke stress. Omdat traumaklachten veelal overlappen met angstklachten is het enigszins onverwacht dat zij geen vergelijkbaar verband laat zien met een van de sociaal-maatschappelijke stressfactoren. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat traumagerelateerde angstklachten gefocust zijn op traumageschiedenis, terwijl de algemene angstklachten angst op gegeneraliseerd niveau meten. En juist die gegeneraliseerde angst wordt in de literatuur in verband gebracht met piekeren en zorgen.

Verder werd gevonden dat een toename in stress over somatiek samenhangt met een toename in depressieklachten, hetgeen in overeenstemming is met eerder gevonden resultaten uit onderzoek van Beiser (1985). Er is bij de asielzoekers en vluchtelingen veelal sprake van somatische klachten als hartkloppingen, rug/nekpijn en hoofdpijn. Allerlei klachten die zijn begonnen na hun traumatische ervaringen. De stress die over deze somatiek wordt ervaren kan worden verklaard vanuit het feit dat het ontstaan van deze klachten nauw samenhangt met het trauma. Vaak nemen de klachten dan ook toe wanneer er sprake is van herinneringen aan het trauma. Men maakt zich ongerust over de klachten, waarbij sprake is van gevoelens van hopeloosheid/uitzichtsloosheid. Dit zou kunnen verklaren dat er een samenhang tussen stress over somatiek en depressieklachten werd gevonden.

Het is opmerkelijk dat er geen verbanden zijn gevonden tussen sociale omgeving en psychiatrische klachten aangezien stress op dit gebied vanuit verschillende studies werd geassocieerd met de ontwikkeling van traumaproblematiek (Brewin et al., 2000; Ehlers, et al., 2000; Ozer et al., 2003). Tegen verwachting in werd verder geen verband gevonden tussen woon/leefsituatie, financiën en inkomen, en migratie en psychiatrische klachten. Deze gebieden werden in eerder onderzoek in verband gebracht met statusverlies, isolatie, gevoel van discriminatie of een anderzijds onbevredigende levenssituatie (van Dijk, 1996; van der Veer, 2004). Het aandeel van de sociaal-maatschappelijk stressfactoren op psychiatrische klachten, zoals gemeten in dit onderzoek, blijkt dus vrij beperkt te zijn. Wanneer dit juist is heeft dit mogelijk klinische implicaties, waarbij het belang van de focus op sociaal maatschappelijke factoren in een behandeling kan worden betwist. Het is echter meer

waarschijnlijk dat de bevindingen afhankelijk zijn van gebruikte meetinstrumenten, zoals in de methodische reflectie zal worden beschreven. Dit zal in vervolgonderzoek uitgesloten moeten worden.

V Er werd verwacht dat er een verband zou bestaan tussen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek, en migratie) maar deze samenhang werd niet gevonden. Dit is in tegenspraak met resultaten van onderzoek van Lopes Cardozo et al. (2000) die vonden dat hoe meer traumatische ervaring iemand achter rug had, hoe slechter diegene functioneerde op sociaal gebied. Mogelijk ligt het verschil in de resultaten van het onderzoek van Lopes Cardozo et al. (2000) en huidig onderzoek, aan het gebruik van andere meetinstrumenten voor sociaal disfunctioneren. Lopes Cardozo et al. (2000) meten deze variabele middels de General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), een vragenlijst die door de participant zelf wordt ingevuld. Hierdoor kan een verschil ontstaan tussen de rapportage van de eigen ervaring (GHQ-28) enerzijds en de rapportage van de ervaring van de cliënt door de onderzoeker (RisQ) anderzijds. Bovendien bestaat er mogelijk een discrepantie tussen niveau van sociaal disfunctioneren gemeten op objectief niveau (GHQ-28) en de subjectieve ervaring van stress op sociale omgeving (RisQ).

Uit eerder onderzoek van Jonathan, Davidson en Foa (1993) bleek dat herhaaldelijke trauma's de fysiologische symptomen van PTSS vergroten. Er is bij chronisch getraumatiseerden sprake van een groot aantal somatische klachten. Met name spanningshoofdpijnen, maag/darmklachten, rug en nekklachten bleken veel voorkomende klachten. Deze resultaten werden niet gevonden in huidig onderzoek, er bleek geen verband tussen traumablootstelling en somatiek. Mogelijk heeft ook dit verschil te maken met het gebruikte meetinstrument om somatische klachten vast te stellen. Er is een verschil tussen het aantal daadwerkelijk ervaren klachten, zoals gemeten door Jonathan et al. (1993) en de subjectieve stress die wordt ervaren over eigen somatische klachten.

4.2 Bevindingen hoofdvraag

Er werd verwacht dat sociaal maatschappelijke stressfactoren invloed zouden hebben op de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten. Tussen traumablootstelling en depressie bleek een significante relatie te bestaan. Er is dan ook gekeken naar de invloed van sociaal maatschappelijke stressfactoren op deze relatie. Uit analyse bleek dat alleen somatiek een significante relatie had met depressieklachten. Een significante invloed van

traumablootstelling op somatische stress bleek echter niet aanwezig. Zonder deze relatie is er geen mediërende invloed mogelijk. De hypothese dat sociaal maatschappelijke stressfactoren een invloed hebben op de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten, werd aldus worden verworpen. De relevantie van dit gegeven is dat wanneer er sprake is van depressieklachten, de relatie met traumablootstelling dus niet direct zal worden beïnvloed door de somatische stress die een persoon ervaart. Voor een behandeling als EMDR, gericht op het traumatisch verleden van de cliënt, zou dit kunnen betekenen dat verdere aandacht aan sociaal-maatschappelijke stressfactoren waarschijnlijk weinig effect zullen sorteren. Zoals eerder beschreven kan ook worden afgevraagd wat het nut is van de aandacht op sociaal-maatschappelijke stressfactoren bij andere behandelvormen van PTSS. Mogelijk is een behandeling als stabilisatie vanuit dat oogpunt ook weinig zinvol.

4.3 Methodische reflectie

De onderscheiden dimensies in huidig onderzoek zijn gemeten met een drietal vragenlijsten. Om traumaproblematiek in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de HTQ (Mollica et al., 1996). Het eerste deel 'trauma ervaringen' betreft een checklist van 24 potentieel traumatische gebeurtenissen. Deze checklist is gebruikt ter vaststelling van de mate van traumablootstelling bij de steekproef. Wanneer kritisch wordt gekeken naar de onderzoeksuitkomsten, kan worden afgevraagd of de HTQ wel de beste meetstandaard was voor traumablootstelling. Op de HTQ wordt met een score aangegeven over of iemand iets heeft meegemaakt en op welke manier. Er wordt geen scoring gegeven over de duur van blootstelling en of dit herhaaldelijk is voorgekomen. In huidig onderzoek zijn de hoogste scores de een item meegenomen als aanduiding van traumablootstelling. Er is dus niet onderzocht of dit item, ofwel deze gebeurtenis herhaaldelijk is voorgekomen. De scoring van meervoudige traumatische ervaringen is hierdoor mogelijk gedrukt.

Ter vaststelling van de hoeveelheid ervaren stress over de sociaal-maatschappelijke omstandigheden binnen de steekproef is gebruik gemaakt van de RisQ (Kleijn et al. 2009). De RisQ is door de onderzoekers gescoord op basis van aanmelding- en intakegegevens. Zo werden de sociaal-maatschappelijke stressfactoren niet door de participanten zelf, maar door de onderzoekers aangewezen op basis van rapportage van het intakegesprek. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Risq bleek in orde, echter bleek een beperking bij het invullen van de RisQ dat sommige zaken niet of onvoldoende uitgevraagd waren bij intake. Hierdoor konden deze gegevens niet door de onderzoekers worden gebruikt bij het invullen van de RisQ. Zoals eerder genoemd is een tweede beperking gebleken dat er

mogelijk een discrepantie bestaat tussen de eigen rapportage van stress door een participant en de vaststelling hiervan op basis van indirecte informatie aangeleverd vanuit de intake. De gevonden resultaten in huidig onderzoek verschilden zo ook in uitkomst met onderzoek van Lopes Cardozo et al. (2000) die participanten een vragenlijst, de GHQ-28, voorlegden.

De gebruikte instrumenten om de angst- en depressieklachten, de HSCL-25 (Parloff, et al., 1954), en de traumaklachten, deel 2a van de HTQ (Mollica et al., 1996), hebben een goed beeld kunnen geven van de problematiek binnen de steekproef. In huidig onderzoek is gebleken dat meer dan negentig procent van de asielzoekers en vluchtelingen zowel traumaklachten, als angst- en depressieklachten heeft. In onderzoek van Gerritsen et al (2006) onder asielzoekers en vluchtelingen in Nederland zijn dezelfde methodische instrumenten gebruikt. In reflectie op het gebruik van deze instrumenten blijkt dat de gestelde cutt-off scores, zoals tevens gebruikt in dit onderzoek, herhaalbaar zijn wanneer gebruik wordt gemaakt van de DSM-IV-TR criteria zoals voorgesteld door de Harvard Refugee Trauma Group. Bovendien werd in onderzoek van Tinghog en Carstensen (2010) onder Scandinaviërs en immigranten uit het Midden-Oosten een hoge cross culturele validiteit op de HSCL-25 gevonden. Deze resultaten ondersteunen het gebruik van de test in de multiculturele Westerse samenleving. Er wordt dan ook vanuit gegaan dat het gebruik van de HTQ deel 2a, en de HSCL-25 een juiste keuze is geweest voor huidig onderzoek.

4.4 Klinische implicaties

Hoewel huidig onderzoek niet aan heeft kunnen tonen dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren psychiatrische klachten na traumablootstelling verergeren, lijkt het wel relevant voor behandelaars om hier bedacht op te zijn. Met name omdat eerdere onderzoeken wel aantoonde dat ze van invloed zijn op de ontwikkeling en instandhouding van psychiatrische klachten (Beiser, 1985; Brewin et al., 2000; Ehlers et al., 2000; Hammen & Watkins, 2009; Rosen, 1996). Bij een behandeling gericht op traumatische gebeurtenissen uit het verleden wordt aangewezen geen aanvullende aandacht te besteden aan deze factoren. De gevonden samenhang tussen stress over somatiek en depressieklachten is mogelijk een indicatie dat somatiek een punt van aandacht zou moeten zijn bij behandeling van dergelijke klachten. Wanneer behandeling gericht is op angstklachten moet mogelijk de ervaren stress over de gezinssituatie in ogenschouw worden genomen. Voor beiden geldt echter dat moeilijk kan worden vastgesteld of er sprake is van primaire of secundaire problematiek: mogelijk neemt stress op de sociaal-maatschappelijk levensgebieden af naar mate de psychiatrische klachten afnemen, hetgeen interessant zou zijn om te onderzoeken in vervolgonderzoek.

4.5 Conclusie

Op basis van de gevonden resultaten wordt geconcludeerd dat er geen bevestiging is gevonden voor de verwachting dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren een mediator vormen voor de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten. Deze bevinding geeft ondersteuning aan de aanname dat exposure de kern van traumabehandeling moet vormen en aandacht voor sociaal maatschappelijke factoren minder relevant is, zelfs wanneer er sprake is van een vluchtelingengroep. Mogelijk is stabilisatie Verder werd duidelijk dat er op verschillende levensgebieden veel stress wordt ervaren door de asielzoekers en vluchtelingen. Zo blijkt er een significante invloed van verblijfsstatus op stress over de werksituatie en juridische status. Enkele van de bevindingen bleken in tegenspraak met de literatuur. Vervolgonderzoek is nodig om de gevonden resultaten bij deze specifieke doelgroep in Nederland te bevestigen, waarbij rekening moet worden gehouden met de eerder genoemde methodische beperkingen.

Literatuurlijst

- Aarts, P. G. H. & Visser, W.D. (2007). *Trauma: Diagnostiek en Behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ai, A.L., Peterson, C. & Ubelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 157–160.
- Andrews, G., Crino, R. D., Hunt, C., Lampe, L. A., & Page, A. C. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician's guide and patient manuals*. New York: Cambridge University Press.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2005) *Abnormal Psychology: An integrative approach*, Belmont: Wadsworth.
- Beiser, M. (1985). A study of depression among traditional Africans, urban North Americans, and Southeast Asian refugees (pp. 272-298), In: Kleinman A. Good B., *Culture and depression*. Berkeley: University of California.
- Beiser, M., Johnson, P. J., & Turner, R. J. (1993). Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast-Asian refugees. *Psychological Medicine, 23*, 731-743.
- Bemak, F. & Chung, R.C. (2000). *Psychological intervention with immigrants and refugees* (pp. 75-91). In: Aponte, J.F. & Wohl, J. (red.). *Psychological intervention and cultural diversity*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bernstein Carison, E. & Rosser-Hogan, R. (1991) Trauma Experiences, Posttraumatic Stress, Dissociation, and Depression in Cambodian Refugees. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1548-1551.
- Berry, J. W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration, 30*, 69–85.

- Blanchard, E. B., Hickling, E. J. & Malta L. S. (2003) Prediction of response to psychological treatment among motor vehicle accident survivors with PTSD. *Behavior Therapy*, 34, 351–363.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000) Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Brewin, C.R. (2003). *Post-traumatic Stress Disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Carlson, E.B. & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1551.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M, DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents, *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Daley, D.C. Douaihy A. (2006). *Mood Disorders and Addiction: A Guide for Clients, Families and Providers*. New York: Oxford University Press.
- Dijk, R. van (1996). Gedwongen migratie: de kern van het vluchtelingenbestaan (pp. 21-34), In: Jong, J. de & Berg, M. van den (red.). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ehlers, A., Maercker, A. & Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45–55.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.

- Friedman, M., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees (pp 207-227), In: Marsella, A. J., Bornemann, T., Ekblad, S. & Orley J., *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees*, Washington: American Psychological Association.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L.H.M., Hovens, J.E. & van der Ploeg, H.M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 18- 26.
- Hammen, C. & Watkins, E. (2009) *Depression*. New York: Psychology Press.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1994). Chronic post-traumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course, psychopathology and stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 85–90.
- Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M., & Kleber, R. (2010). EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees, EMDR European Conference, Amsterdam.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*, New York: Basic Books.
- Hondius, A. J. K., van Willigen, L. H. M., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (2000) Health problems among Latin-American and Middle-Eastern refugees in the Netherlands: Relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 619-634.
- Ichikawa, M., Nakahara, S., & Wakai, S. (2006) Cross-cultural use of the predetermined scale cutoff points in refugee mental health research *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 248-250.
- Jonathan, R.T., Davidson, M.D., & Foa, E.B., (1993) *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*, American Psychiatric Press, Washington.

- Jongedijk, R. A. (2008) De gevolgen van psychotraumatische ervaring: meer dan PTSS alleen? *Cogiscope*, 1, 13-17.
- Kessler, R. C., Sonnega, A. & Bromet, E. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kleijn, W.C., Hoven, J.E., & Rodenburg, J.J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessment with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 in different languages. *Psychological Reports*, 88, 527-532.
- Kleber, R.J. & Brom, D. in collaboration with Defares, P. (2003). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger International.
- Lopes Cardozo B., Vergara A., Agani F. & Gotway C.A. (2000) Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo, *Jama*, 284, 569-577.
- Marsella, A.J., Bornemann, T., Ekblad, S., & Orley, J. (1994). *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington DC: American Psychological Association.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180, 111–116.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Lavelle, J., Tor S., Yang T., Chan S., Pham T., Ryan A. & de Marneffe D. (1996). Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): Manual of Cambodian, Laotian, and Vietnamese Versions. *TORTURE - Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 1, 19-42.

- Mollica, R.F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I.S. & Massagli, M.P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286, 546–554.
- Morgen, S. (2009) Seeking asylum: Postmigratory stressors and asylum seeker distress. *University of Leicester*.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4, 1-7.
- Nicholl, C. & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 13, 351-362.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111, 343–352.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 294, 602-612.
- Rosen, A (1996) Anxiety disorders as they impact on couples and families (pp , 239-241). In:

- Whiteman Kaslow, F. *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*, New York: John Wiley & Sons.
- Ryan, D. A., Benson, C. A., & Dooley, B. A. (2008) Psychological distress and the asylum process: A longitudinal study of forced migrants in Ireland. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 37-45.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A., (2007) *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 480-481, 529.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre- migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 315-357.
- Simich, L., Hamilton, H., & Baya, B. K. (2006) Mental distress, economic hardship and expectations of life in Canada among Sudanese newcomers. *Transcultural Psychiatry*, 43, 418-444.
- Speed, N., Engdahl, B., Schwartz, J. & Eberly, R. (1989) Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *Journal of nervous and mental disease*, 177, 147.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006) Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.
- Tinghog, P. & Carstensen, J. (2010) Cross-Cultural Equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) Wellbeing Index: Findings From a Population-Based Survey of Immigrants and Non-Immigrants in Sweden. *Community Mental Health Journal*, 46, 65-76.
- Todorova Moreno, I. & Gibbons, J.L. (2002) Trauma events, residence in refugee camps, and educational attainment as predictor of trauma symptoms of Albanian refugees in Macedonia. *International Journal of Group Tensions*, 31, 2.

Veer, G. van der (1994) *Counselling and therapy with refugees: Psychological problems of victims of war, torture and repression*. Chichester: John Wiley & Sons.

Vinokurov, A., Birman, D., & Trickett, E., (2000) Psychological and acculturation correlates of work status among Soviet Jewish refugees in the United States, *International Migration Review*, 34, 538- 559

Vrana, S. & Lauterbach, D. (1994) Prevalence of Traumatic Events and Post-Traumatic Psychological Symptoms in a Nonclinical Sample of College Students, *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302

Webbronnen:

UNHCR: <http://www.unhcr.org/pages/4a02d9346.html>

Computer software:

Predictive Analytics SoftWare (PASW, 2010)

Microsoft Windows Excel (2007)