

# Sociaal-maatschappelijke stressfactoren, traumablootstelling en psychiatrische klachten in kaart gebracht

*Een onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen naar de invloed van  
traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren op  
psychiatrische klachten.*

*C. van der Laan*



Universiteit Utrecht

Stichting **Centrum'45**

**Universiteit Utrecht**

**Masterthesis Klinische & Gezondheidspsychologie**

(Mei 2011)

Auteur: Chantal van der Laan

Studentnummer: 3055027

*Begeleiding:*

Universiteit Utrecht: dr. J. Knipscheer

Centrum '45: drs. F.J.J. ter Heide

# Voorwoord

---

Utrecht, mei 2011

Beste lezer,

Deze masterthesis is gerealiseerd in het kader van mijn afstuderen aan de Universiteit Utrecht, programma Klinische en gezondheidspsychologie. Ik ervoer het als een bijzonder kans dat mij door Stichting Centrum '45 de ruimte werd geboden mijn thesis en onderzoek bij hen te voltooien en hiermee waardevolle ervaring op te doen met psychotraumatologie. Het onderzoek en het schrijven van deze thesis heeft mijn interesse in de doelgroep en de complexe problematiek enorm gesterkt.

Deze thesis was echter nooit tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal personen die elk op hun eigen manier een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek. Ten eerste is dat dr. Jeroen Knipscheer, die ik wil bedanken voor zijn ondersteuning, adviezen en beoordeling. Daarnaast wil ik dr. Jackie June ter Heide bedanken voor onze motiverende gesprekken, haar ondersteuning bij het onderzoek en vooral het grote vertrouwen dat zij in mij toonde gedurende onze samenwerking. Mijn medepsycholoog i.o. Roxanna Lefèbre wil ik bedanken voor onze goede samenwerking gedurende de onderzoeksperiode en onze stimulerende gesprekken. Het was ontzettend prettig om in lastige tijden samen te kunnen discussiëren en zoeken naar oplossingen. Ik ga onze samenwerking na vijf jaar samen studeren erg missen. In het bijzonder wil ik ten slotte Wouter van Leeuwen bedanken voor zijn ondersteuning en motiverende woorden gedurende mijn afgelopen studie jaren.

Tot slot wil ik de lezer veel plezier toewensen en bedanken voor de interesse in mijn thesis.

Chantal van der Laan

# Inhoudsopgave

---

<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Posttraumatische stressstoornis	7
1.2 PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers	8
1.2.1 Prevalentie PTSS en comorbiditeit	9
1.2.2 Risicofactoren/demografische kenmerken	10
1.3 Domeinen van problematiek	10
1.3.1 Traumablootstelling	11
1.3.2 Sociaal-maatschappelijke stressfactoren	11
1.3.3 Sociale steun	13
1.4 Behandeling middels het driefasenmodel	13
1.5 Het huidige onderzoek	14
1.6 Hoofdvraag en verwachtingen	15
<b>2 Methode</b>	<b>18</b>
2.1 Onderzoeksopzet	18
2.2 Steekproef	18
2.2.1 Selectieprocedure	18
2.3 Gebruikte instrumenten	19
2.3.1 De Harvard Trauma Questionnaire deel 1	20
2.3.2 De Harvard Trauma Questionnaire deel 2a	21
2.3.3 De Hopkins Symptom Checklist-25	21
2.3.4 De Risk Questionnaire	22
2.3.5 Taalmogelijkheden vragenlijsten	22
2.4 Design	22
2.5 Statistische analyses	23
<b>3 Resultaten</b>	<b>24</b>
3.1 Descriptieve analyse	24
3.1.1 Demografische gegevens	24
3.1.2 Interbeoorelaarsbetrouwbaarheid van de RisQ	25
3.1.3 Sociaal-maatschappelijke stressfactoren	26

3.1.4 Psychiatrische klachten	27
3.2 Analyses	27
3.2.1 Outliers	27
3.2.2 Hypothese I	27
3.2.3 Hypothese II	27
3.2.4 Hypothese III	28
3.2.5 Hypothese IV	29
3.2.6 Hypothese V	29
3.3 Hoofdvraag	29
<b>4 Discussie</b>	<b>30</b>
4.1 Karakteristieken van de steekproef	30
4.2 Bevindingen deelvragen	31
4.3 Bevindingen hoofdvraag	33
4.4 Methodische reflectie	36
4.5 Klinische implicaties	38
4.6 Vervolgonderzoek	39
4.7 Conclusie	40
<b>5 Literatuurlijst</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>51</b>

## **Samenvatting**

*Doelstelling: Het huidige onderzoek is uitgevoerd om meer inzicht te verkrijgen in de complexe problematiek van vluchtelingen. Er is gekeken naar de relatie tussen traumablootstelling, psychiatrische klachten en de invloed van sociaal-maatschappelijke stressfactoren. De onderlinge verbanden tussen de gebieden werden in kaart gebracht en er werd bekeken of sociaal-maatschappelijke stress de relatie tussen traumablootstelling en psychisch welzijn medieert.*

*Methode: De steekproef bestond uit cliënten van Stichting Centrum '45: Vluchtelingen en asielzoekers die lijden aan psychiatrische problematiek ten gevolge van oorlogstrauma (N=60). Middels vragenlijsten werden traumablootstelling en psychiatrische klachten bevraagd. Sociaal-maatschappelijke stress werd beoordeeld door verschillende onderzoekers aan de hand van de intakegegevens.*

*Resultaten: Op de sociaal-maatschappelijke levensgebieden werd een hoge mate van stress ervaren door de cliënten. Werklozen rapporteerden meer depressieklachten dan cliënten met een baan. Een hogere traumablootstelling is gerelateerd aan meer depressieklachten. Een hogere mate van stress over somatische klachten hangt samen met meer depressieklachten en een hogere mate van stress over het gezinssysteem hangt samen met meer angstklachten. Sociaal-maatschappelijke stressfactoren bleken echter geen mediator te vormen van psychiatrische klachten na traumablootstelling.*

*Conclusie: De resultaten van het huidige onderzoek wijzen uit dat wanneer er sprake is van psychiatrische klachten na traumablootstelling, deze relatie niet wordt gemedieerd door sociaal-maatschappelijke stressfactoren. Ze impliceren dat in het geval van traumagerichte behandeling, het niet noodzakelijk is om te beginnen met het stabiliseren van de sociaal-maatschappelijke situatie. Zowel een hogere traumablootstelling als een hogere mate van stress over de sociaal-maatschappelijke situatie is gerelateerd aan verminderd psychiatrisch welzijn. Het huidige onderzoek impliceert dat ter verbetering van de klachten tijdens behandeling kan worden gefocust op zowel traumaverwerking als stabilisatie. Een behandeling die aan de hand van de problematiek op maat gesneden is zal naar verwachting het meest effectieve resultaat geven. Het huidige onderzoek legt een fundament voor verder onderzoek naar behandeldoelen en methoden.*

## **Abstract**

*Objective: This study was performed to gain better insight into the complex situation of refugees. We investigated the relationship between trauma exposure, psychiatric symptoms and the influence of social stressors. The connections between the areas were mapped and it was investigated whether social stress mediates the relationship between trauma exposure and psychological complaints.*

*Method: The sample consisted of clients of Stichting Centrum '45: Refugees and asylum seekers suffering from mental health problems due to war trauma (N = 60). Through questionnaires, trauma exposure and psychiatric symptoms were surveyed. Socio-cultural stress was assessed by different investigators using the data gained during intake.*

*Results: The clients experienced a high degree of stress on the socio-cultural areas of life. Unemployed subjects reported more symptoms of depression than clients that did have a job. A greater exposure to trauma is related to more symptom of depressions. A higher degree of stress over somatic symptoms is related to increased symptoms of depression and a higher degree of stress over the family system is related to more symptoms of anxiety. Socio-cultural stress did not appear to be a mediator of psychiatric symptoms after exposure to trauma.*

*Conclusion:*

*The results of this study indicate that in cases of psychiatric symptoms after trauma exposure, this relationship will not be mediated by socio-cultural stress. It implies that in cases of psycho trauma treatment, it is not necessary to begin treatment with stabilizing the socio-cultural situation. Both greater exposure to trauma and higher degree of socio-cultural stress is related to reduced mental health. The present study implies that treatment can be focused on both trauma and stabilization to improve wellbeing. Treatment adapted to specific areas of psychological distress is expected to give the best results. The outcome of this study lays ground for further research towards treatment goals and methods.*

# 1 Inleiding

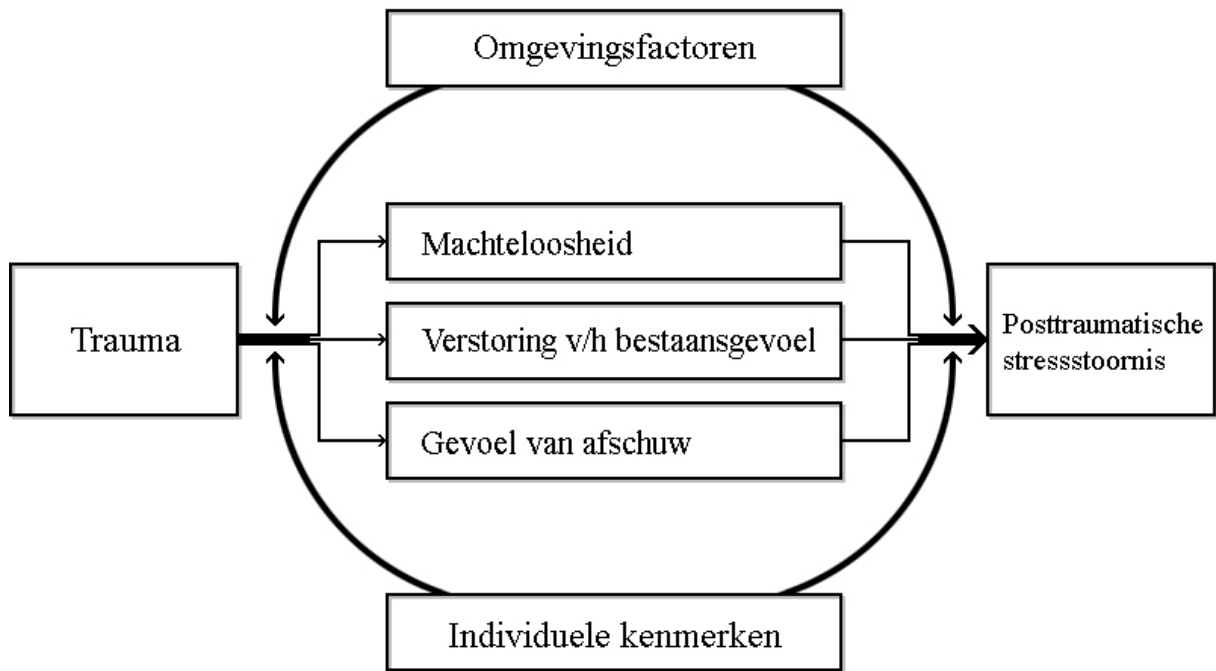
---

## 1.1 Posttraumatische stressstoornis

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan ontstaan ten gevolge van ernstige stressgevende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel en/of een bedreiging van de fysieke integriteit. De situatie dient gepaard te gaan met een intens gevoel van doodsangst of hulpeloosheid. In de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2006) staat een aantal symptomen gespecificeerd die kenmerkend zijn voor PTSS. Indien er sprake is van symptomen gekoppeld aan herbeleving van het trauma, aanhoudende vermijding van prikkels die herinneren aan het trauma en aanhoudende verhoogde prikkelbaarheid kan worden gesproken van PTSS (National Institute for Clinical Excellence: NICE, 2005).

Kleber en Brom (2003) beschrijven dat een persoon in een ernstige stressgevende situatie over het algemeen drie kenmerkende gevoelservaringen beleeft. Ten eerste benoemen zij het gevoel van machteloosheid dat een persoon ervaart wanneer er weinig tot geen mogelijkheid tot invloed op het verloop van de gebeurtenissen is. Ten tweede wordt er een acute verstoring van het bestaan ervaren. Een stressvolle gebeurtenis kan iemands leven dermate overhoop halen, dat diens overtuigingen en zekerheden over het leven worden aangetast. Het eigen toekomstbeeld raakt hierdoor verstoord en is niet langer geschikt voor de nieuwe situatie. Ten derde wordt in een stressvolle gebeurtenis een sterk gevoel van onbehagen en afschuw ervaren. Of deze drie gevoelservaringen leiden tot PTSS is deels afhankelijk van de veerkracht en karaktereigenschappen van een persoon. Daarnaast heeft het sociaal netwerk 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 Kleber en Brom (2003)

## 1.2 PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers

Volgens de United Nation High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2010) waren begin 2009 zeventenzeventig 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 grond 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. Ze 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; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005).

### **1.2.1 Prevalentie PTSS en comorbiditeit**

Uit veelvuldig onderzoek is naar voren gekomen dat vluchtelingen en asielzoekers een vergroot risico hebben op de ontwikkeling van PTSS (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 een veel voorkomend probleem is onder deze populatie. Deze meta-analyse wees echter uit dat er een grote verscheidenheid aan gevonden prevalenties bestaat tussen de betrokken studies. Deze verschillen kunnen worden verklaard door de variëteit aan onderzoekspopulaties, onderzoeksmethodiek en beoordelingsinstrumentaria. Daarnaast impliceert het dat PTSS een complexe diagnose is om te stellen, een theorie die door de NICE (2005) wordt ondersteund. Mogelijk is het moeilijk voor slachtoffers om openlijk over hun traumatische ervaringen en klachten te praten (met name wanneer trauma lang geleden heeft plaatsgevonden), waardoor door beperkte informatieverstrekking het klinisch beeld van PTSS onderschat kan worden (Nicholl & Thompson, 2004). Daarnaast moet er rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat in sommige onderzoeken sprake kan zijn van secundaire belangen, waarbij cliënten hun klachten benadrukken in de hoop een verblijfsvergunning in het land van toevlucht te verkrijgen (Hall & Hall, 2007).

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 de asielzoekers en vluchtelingen last te hebben van een depressieve episode. Er bleek een hoge mate van comorbiditeit aanwezig: bij 71 procent van de participanten met depressieklachten bleek er tevens sprake van PTSS en andersom bleek bij 44 procent van de participanten met PTSS sprake van een depressieve episode. Tevens vonden Fazel et al. (2005) dat 4 procent van de vluchtelingen en asielzoekers last heeft van een gegeneraliseerde angststoornis. Er is gebleken dat er een hoge comorbiteit bestaat tussen PTSS en een andersoortige angststoornis (NICE, 2005): Uit een studie van Kessler, Sonnega

en Bromet (1995) bleek dat er bij ongeveer 50 procent van de participanten met PTSS tevens sprake is van een andersoortige 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/demografische kenmerken**

Naast de eerder genoemde aard van het trauma en omgevingsfactoren zijn er ook persoonlijke factoren die de kans op de ontwikkeling van PTSS vergroten. Een risicofactor voor de ontwikkeling van PTSS bleek volgens meta-analytisch onderzoek van Brewin, Andrews & Valentine (2000) onder andere het vrouwelijke geslacht. Vrouwen hebben een grotere kans PTSS te ontwikkelen dan mannen. Wanneer er sprake is van oorlogstrauma bleken voornamelijk peri- en posttraumatische factoren samen te hangen met PTSS: hoge traumablootstelling (veel en verschillende soorten traumatische situaties) en gebrek aan sociale steun hangen positief samen met de ontwikkeling van PTSS (Brewin et al, 2000).

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen een grotere kans hebben op ontwikkeling van angststoornissen en depressies (Sadock en Sadock, 2007). Ook blijkt werkloosheid samen te hangen met depressieklachten (Barlow & Durand, 2005; Hammen & Watkins, 2010). Vinokurov, Birman en Trickett (2000) vonden onder in de Verenigde Staten gesettelde vluchtelingen uit de Sovjet-Unie dat werklozen lager scoorden op acculturatie in de Amerikaanse samenleving en levenstevredenheid dan werkende vluchtelingen. Onder acculturatie wordt het opnemen (van delen) van de cultuurkenmerken van land van toevlucht verstaan. Het hebben van een baan bleek bovendien tot gevolg te hebben dat men zich comfortabeler voelde met het spreken van de Engelse taal. Werklozen voelden zich meer sociaal geïsoleerd dan werkende vluchtelingen, hetgeen laat zien dat het hebben van een baan bijdraagt aan het opbouwen van een sociaal netwerk en samenhangt met levenstevredenheid.

### **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 een tweetal domeinen gespecificeerd,

overeenkomstig met die van van Dijk (1996), waar de aandacht specifiek naar uit zal gaan. 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.

Uit onderzoek van Todorova Moreno en Gibbons (2002) onder Albanese vluchtelingen bleek dat traumablootstelling samenhangt met de mate van trauma en stressklachten: Een toename in traumablootstelling had een grotere hoeveelheid klachten ten gevolge. Hiermee overeenkomstig vonden Neuner, Schauer, Karunakara, Klaschik, Robert en Elbert (2004) in een studie onder migranten uit Afrika dat een groter aantal traumatische ervaringen samengaat met een grotere hoeveelheid symptomen van PTSS. Lopes Cardozo, Vergara, Agani en Gotway (2000) vonden in een onderzoek onder Kosovaanse Albaniërs dat een grotere hoeveelheid traumatische ervaringen samenhangt met een hoger niveau van disfunctioneren op sociaal gebied. Tevens vonden zij een samenhang tussen een grote hoeveelheid traumatische ervaringen en een slechte mentale gezondheid.

Naarmate men meer trauma's meegemaakt heeft blijkt dit bovendien de manier waarop een gebeurtenis geïnterpreteerd wordt te beïnvloeden. Stress wordt mede veroorzaakt door negatieve interpretaties van een gebeurtenis. Een grote hoeveelheid traumatische ervaringen lijkt een negatieve kijk op nieuwe gebeurtenissen tot gevolg te hebben (Sadock & Sadock, 2003).

### **1.3.2 Sociaal-maatschappelijke stressfactoren**

De ontwikkeling van psychiatrische klachten bij vluchtelingen en asielzoekers hangt samen met stress over de sociaal-maatschappelijke situatie waarin een asielzoeker of vluchteling

terechtkomt na traumatische ervaringen (Aarts & Visser, 2007; Brewin et al., 2000). Verscheidene onderzoeken brengen psychisch welzijn van vluchtelingen en asielzoekers in verband met post migratiestress zoals een onzekere juridische status, rompslomp omtrent asielaanvraag en immigratiediensten (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997; Van der Veer, 2004). Uit een meta-analyse van Porter en Haslam (2005) uitgevoerd aan de hand van 59 studies blijkt dat psychisch welzijn onder vluchtelingen samenhangt met de accommodatie waarin zij terechtkomen in het gastland. Indien er sprake is van een permanente privéwoonruimte wordt er een beter psychisch welzijn gerapporteerd dan wanneer er sprake is van een tijdelijke verblijfplaats in een asielzoekerscentrum.

Ook beperkte economische kansen (werkloosheid, geringe baankansen en verlies van economische status) hangen samen met een verminderd psychisch welzijn (Porter & Haslam, 2005). Wanneer er sprake is van een verblijfsstatus en toegang tot onderwijs en de arbeidsmarkt, blijkt dat vluchtelingen vaak last hebben van een stressgevende arbeidssituatie. Het werkloosheidsniveau van deze doelgroep ligt op 70 procent en wanneer iemand een werkplek vindt, sluit deze vaak niet aan bij het genoten opleidingsniveau. Dit leidt bij veel vluchtelingen tot een gevoel van statusverlies ten opzichte van de situatie in het land van herkomst, hetgeen tevens in verband wordt gebracht met de ontwikkeling van PTSS (van Dijk, 1996; Porter & Haslam, 2005; Silove et al., 1997). Door beperkte financiële middelen heeft men vaak moeite met het oppakken van alledaagse bezigheden en het opbouwen van een sociaal netwerk, hetgeen vaak isolement tot gevolg heeft (van Dijk, 1996; NICE, 2005; Silove et al., 1997).

Depressieklachten blijken samen te hangen met somatische klachten (Beiser, 1985), een stressvolle partnerrelatie, werkloosheid, lage sociale status (Hammen & Watkins, 2009) en een onbevredigende gezinssituatie en sociale omgeving (Daley & Douaihy, 2006). Uit onderzoek van Beiser, Johnson en Turner (1993) onder vluchtelingen bleek dat scheiding van familieleden voorspellende waarde had voor het krijgen van een depressie. Het hebben meegemaakt van een groot aantal traumatische gebeurtenissen bleek bovendien samen te hangen met verhoogde stress over familiescheiding. Indien men ervaring heeft met veel traumatische gebeurtenissen, blijkt dat er meer zorgen wordt gemaakt om achterblijvende familieleden in land van herkomst (Lie, 2004). Ook angstproblematiek wordt in verband gebracht met stress omtrent de sociale- en gezinssituatie. Er werd gevonden dat familiebanden en gezinssystemen onder druk komen te staan wanneer één van de gezinsleden

last heeft van angstproblematiek (Rosen, 1996).

### **1.3.3 Sociale steun**

Uit verscheidene onderzoeken bleek dat er, met name onder asielzoekers, vaak sprake is van eenzaamheid en sociale isolatie (Gerritsen et al. 2006; Silove, Coello, Tang, Aroche, Soares & Lingam, 2002; Steel, Silove, Brooks, Momartin, Alzuhairi, & Susljik, 2006), hetgeen samen bleek te hangen met gezondheidsproblematiek: een gebrek aan sociale steun (Brewin et al., 2000; Kleber & Brom, 2003; Ozer et al., 2003) en betekenisvolle relaties met anderen (Ehlers et al., 2000) worden volgens de richtlijnen van het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2005) geassocieerd met de ontwikkeling van PTSS.

Maddison en Walker (1967) vonden onder een groep rouwende weduwen dat de mogelijkheid om te praten over hun verlies samenhangt met de mentale gesteldheid. De vrouwen die steun ontvingen van vrienden, familieleden of hulpverleners waren na 13 maanden bijna helemaal hersteld, terwijl de groep die geen mogelijkheid had om te spreken over het verlies, na dezelfde periode nog steeds in slechte mentale conditie was. Hoewel de precieze relatie niet duidelijk is, lijkt steun en begrip van anderen neutraliserend te werken op de negatieve effecten van traumatische gebeurtenissen en een buffer te vormen tegen stress die hiermee gepaard gaat (Kleber & Brom, 2003).

Een gebrekkige sociale steunsituatie kan ontstaan wanneer men in het migratieland moeite ondervindt met het opbouwen van een sociaal netwerk. Daarnaast kan het zijn dat men na trauma afstand neemt van naasten. Deze ontwikkeling, vervreemding van anderen, kan ontstaan als gevolg van een gevoel van onthechting. Het probleem van onthechting en vervreemding van anderen houdt de PTSS-klachten vaak in stand en bemoeilijkt bovendien de opbouw van een vertrouwensrelatie met een behandelaar (Ehlers et al., 2000).

### **1.4 Behandeling middels het driefasenmodel**

Behandeling van de complexe problematiek na trauma bij Stichting Centrum '45 verloopt meestal via een driefasenmodel. De fasen kunnen tijdens de behandeling door elkaar lopen en zien er al volgt uit: In de eerste fase staat het verminderen van klachten en stabiliseren van de algehele leefsituatie centraal. In de tweede fase wordt er gewerkt aan traumaverwerking. Er worden diverse vormen van psychotherapie aangeboden waarbij bespreking van de levensloop van de patiënt, inclusief de traumatische gebeurtenissen, een belangrijke plaats

inneemt. De derde fase is gericht op de integratie van het trauma in het hedendaagse leven, rekening houdend met de levensfase waarin de patiënt zich bevindt (website Stichting Centrum '45).

### **1.5 Het huidige onderzoek**

Het driefasenmodel waarmee wordt gewerkt bij Stichting Centrum '45 is gebaseerd op de gedachte dat de sociaal-maatschappelijke situatie gestabiliseerd moet zijn, alvorens er kan worden gestart met traumaverwerking. De klachten die ontstaan na psychotrauma zouden worden geluxeerd door de stressvolle sociaal-maatschappelijke situatie. Voordat de traumatische geschiedenis wordt behandeld, dienen eerst de luxerende stressfactoren te worden “uitgeschakeld”. Behandeling middels dit traject neemt gemiddeld twee jaar in beslag. In plaats van dit gefaseerde traject, kan er ook worden gekozen slechts één van de behandelingsvormen toe te passen. Om tot een effectieve behandeling te komen dient er te worden onderzocht wat de juiste behandeling is van de verschillende vormen van problematiek na psychotrauma. Vanuit financieel en tijdsbesparend oogpunt zou dit een gunstiger alternatief kunnen zijn.

In een lopend onderzoek van ter Heide, Mooren en Kleber (2010) wordt bekeken welke vorm van behandeling, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of stabilisatietherapie, het meest effectief is voor het aanpakken van PTSS-, angst- en depressieklachten. Behandeling door middel van EMDR is gericht op verwerking van de traumageschiedenis van de cliënt. Er wordt dan ook geen aandacht besteed aan de huidige sociale en maatschappelijke problematiek. EMDR bleek uit onderzoek van Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand en Dolatabadi (2004) een effectieve behandelmethode tegen psychotraumaklachten bij niet-westerse cliënten. Stabilisatietherapie is daarentegen gericht op het stabiliseren van het sociaal, emotioneel, cognitief en gedragsmatig functioneren van de cliënt. Gedurende deze vorm van behandeling wordt blootstelling aan de traumatische herinneringen vermeden. Onderzoek heeft aangetoond dat stabilisatietherapie een effectieve behandelmethode is voor vluchtelingen met psychotraumaklachten (Boehnlein, Kinzie, Ben & Fleck, 1985, 2004). Welke behandelmethode, gericht op het verleden (EMDR) of gericht op het heden (stabilisatietherapie), het meest effectief is, is nog niet eerder onderzocht. Vanuit deze wetenschap is het interessant te achterhalen welk domein van problematiek doelwit dient te zijn in de behandeling. Moet door middel van EMDR de aandacht worden gericht op de

geschiedenis van traumablootstelling of dient aandacht uit te gaan naar het stabiliseren van de sociaal-maatschappelijke situatie? Om deze vraag te beantwoorden zal in het huidige onderzoek worden bekeken hoe de domeinen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren zich verhouden tot de door vluchtelingen en asielzoekers ervaren psychiatrische klachten. Het in kaart brengen van deze verhoudingen dient om een beeld te vormen van de gebieden die aandacht behoeven tijdens de behandeling.

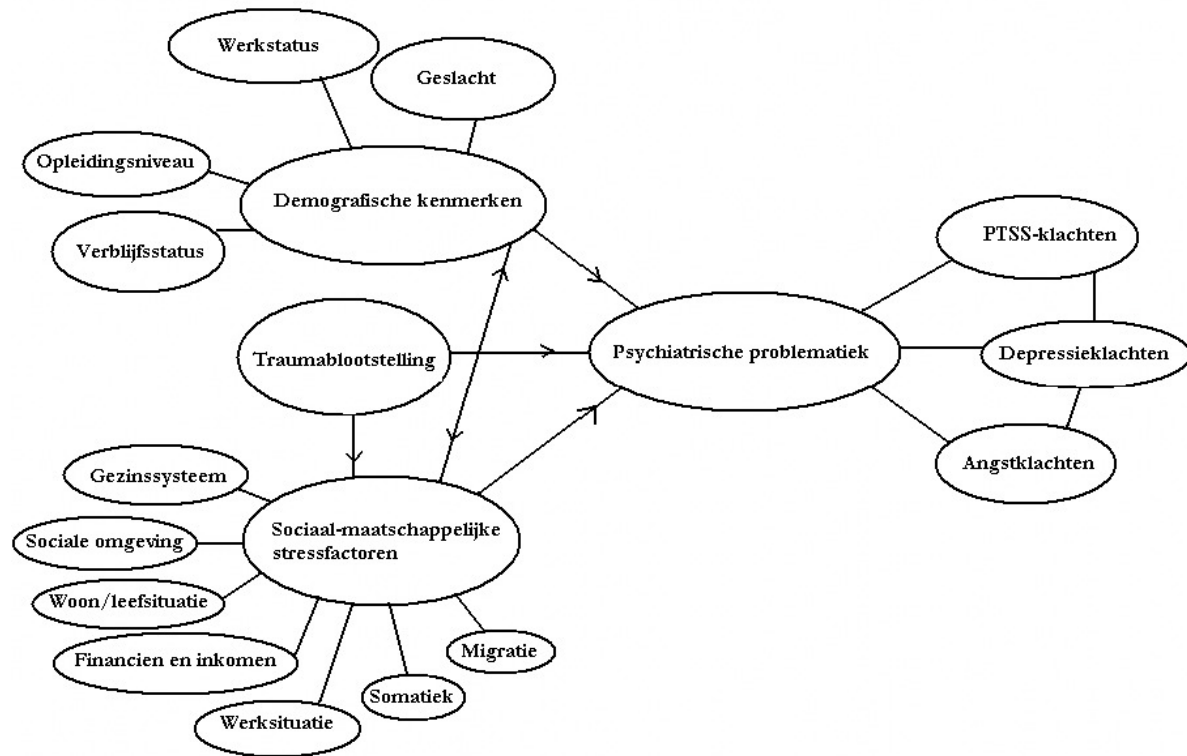
Ten slotte wordt er bekeken of sociaal-maatschappelijke stress de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten medieert. Indien er sprake is van een medierend effect, impliceert dit dat sociaal-maatschappelijk stressfactoren verantwoordelijk zijn voor de psychiatrische klachten na traumablootstelling en dat deze in behandeling eerst aangepakt dienen te worden voordat er aan de slag kan worden gegaan met traumaverwerking. Het huidige driefasenmodel zou in dit geval geschikt zijn, daar deze eerst gericht is op verbetering van de sociaal-maatschappelijke situatie. Indien er geen sprake is van een medierend effect, impliceert het dat sociaal-maatschappelijk stressfactoren niet verantwoordelijk zijn voor de psychiatrische klachten na traumablootstelling en kan er dus eveneens worden gekozen voor behandeling louter gericht op traumaverwerking. Behandeling middels de meest effectieve behandelmethodes zou tijdsbesparend en financieel gunstig zijn. Bovendien is het relevant voor Centrum '45, waar cliënten gemiddeld twee jaar in behandeling zijn. Dat is uitzonderlijk lang in vergelijking met andere gezondheidszorg instellingen. De informatie uit de huidige studie kan door deskundigen gebruikt worden tijdens het afstemmen van een geschikte behandeling.

## **1.6 Hoofdvraag en verwachtingen**

De hoofdvraag in deze studie luidt: Wordt de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten gemedieerd door sociaal-maatschappelijke stressfactoren? Hierbij wordt verwacht dat een hoge traumablootstelling leidt tot een hoger niveau van ervaren stress op sociaal-maatschappelijke omstandigheden en dit vervolgens leidt tot hogere rapportage van psychiatrische klachten. Er wordt aldus verwacht dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren een mediator vormen. Indien sociaal-maatschappelijke stress de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten medieert, moet dit in behandeling eerst aangepakt worden voor er aan de slag wordt gegaan met traumaverwerking. Het huidige driefasenmodel zou dan uitermate geschikt zijn, daar de eerste fase gericht is op het



stabiliseren van de sociaal-maatschappelijke situatie. Indien er geen sprake is van een medierend effect, impliceert het dat sociaal-maatschappelijk stressfactoren niet verantwoordelijk zijn voor de klachten na traumablootstelling en kan er dus eveneens worden gekozen voor behandeling louter gericht op traumaverwerking.



**Figuur 2.** Schematische weergave van verwachtingen

Om de hoofdvraag en deelvraag te onderzoeken worden de volgende verwachtingen getoetst:  
I Er wordt een verband verwacht tussen de demografische kenmerken geslacht, verblijfsstatus en werkstatus en de psychiatrische klachten (PTSS-klachten, depressieklachten en angstklachten). Er wordt verwacht dat vrouwen meer psychiatrische klachten rapporteren dan mannen en dat asielzoekers meer psychiatrische klachten rapporteren dan vluchtelingen. Van werkende cliënten wordt verwacht dat zij minder psychiatrische klachten zullen rapporteren dan van werklozen.

II Er wordt een verband verwacht tussen demografische kenmerken verblijfsstatus en opleidingsniveau en sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek en migratie). Zo

wordt verwacht dat asielzoekers meer stress ervaren op de woon/leefsituatie dan vluchtelingen. Ook wordt er verwacht dat vluchtelingen meer stress ervaren op de werksituatie dan asielzoekers. Er wordt verwacht dat hoger opgeleiden, doordat zij meer last hebben van statusverlies na immigratie, meer stress ervaren op werksituatie en sociale omgeving.

III Er wordt verwacht dat er een positief verband bestaat tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten (PTSS-klachten, depressieklachten en angstklachten).

IV Er wordt verwacht dat er een positief verband bestaat tussen sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek en migratie) en psychiatrische klachten (PTSS-klachten, depressieklachten en angstklachten). Verwacht wordt dat een hoge mate van stress in de gezinssituatie en de sociale omgeving verband houdt met meer psychiatrische klachten.

V Er wordt verwacht dat er een positief verband bestaat tussen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren (gezinssysteem, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, werksituatie, somatiek en migratie). Er wordt verwacht dat een hoge traumablootstelling samenhangt met een negatieve kijk op de verschillende sociaal-maatschappelijk stressfactoren.

## 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 traumablootstelling, sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten. In dit onderzoek werden 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 werden drie onderzoeksstappen genomen, hierbij werd zowel descriptief, explorerend als toetsend te werk gegaan. In het descriptieve, ofwel beschrijvende, deel van dit onderzoek werden de karakteristieken van de cliëntenpopulatie op de verschillende gebieden in beeld gebracht. De volgende stap die is genomen is exploratief. Er werd gekeken naar verbanden tussen de verschillende gebieden van problematiek en mogelijke verklaringen hiervoor. Vervolgens werd in de laatste toetsende stap bekeken of de hypothesen werden ondersteund door de onderzoeksresultaten.

### 2.2 Steekproef

De steekproef betrof asielzoekers en vluchtelingen die door Stichting Centrum '45 zijn geïndiceerd voor een poliklinische traumabehandeling. Zij hebben door een traumatisch verleden ernstige traumaklachten, waaronder PTSS. In totaal namen 60 cliënten, waarvan 40 mannen en 20 vrouwen, deel. De gemiddelde leeftijd van de steekproef betrof 42,73 jaar. De spreiding verliep van 20 tot 61 jaar. De leeftijdsverdeling in de steekproef was aspecifiek, iedereen die recentelijk was geïndiceerd voor behandeling bij Stichting Centrum '45 (mits de volwassen leeftijd is bereikt) werd geïnccludeerd.

#### 2.2.1 Selectieprocedure

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 Stichting Centrum '45. Wanneer cliënten geïndiceerd waren voor behandeling in het kader van het onderzoek van Ter Heide (2010) werd aan hen een voorlichting gegeven over het

onderzoek. Er werd hierbij gewezen op het vrijblijvende karakter van de deelname evenals de mogelijkheid om ieder moment te stoppen met het onderzoek. De participanten waren zich ervan bewust dat zij deelnamen aan onderzoek binnen Stichting 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 werden verzameld werd het huidige onderzoek uitgevoerd.

Exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren de aanwezigheid van eetproblemen evenals 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, seksuele en gender-identiteitsstoornis of op de voorgrond staande persoonlijkheidsproblematiek. 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 werden 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 het huidige onderzoek twee gebruikt. Dit zijn de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica et al., 1996) en de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Parloff, Kelman & Frank, 1954). Verschillende onderzoeken onderzochten de crossculturele betrouwbaarheid en validiteit van deze twee meetinstrumenten. Kleijn, Hoven en Rodenburg (2001) vonden dat beide tests in het Arabisch, Farsi, Servo-Kroatisch, Russisch en Engels bruikbaar zijn. Er werden adequate psychometrische eigenschappen gevonden onder de verschillende talen en culturen. Mollica, Caspiyavin, Bollini, Truong, Tor en Lavelle (1992) vonden onder Indo-Chinese vluchtelingen dat de HTQ een valide meetinstrument is om PTSS-klachten vast te stellen. Tinghog en Carstensen (2010) vonden onder vluchtelingen uit het Midden-Oosten dat de HSCL-25 een bruikbaar en crosscultureel valide instrument is ter vaststelling van angst en depressieklachten. Ook Ichikawa, Nakahara en Wakai (2006)

onderzochten de validiteit van de HTQ en de HSCL-25, ditmaal onder Afghaanse vluchtelingen. De resultaten voor de HTQ bleken goed en deze test kan worden beschouwd als een bruikbaar en valide instrument. De resultaten van de HSCL-25 waren echter minder goed, daar er sprake bleek van een lage voorspellende waarde voor depressieklachten. De instrumenten HTQ en HSCL-25 zijn echter de meeste bruikbare van het moment en werd vanuit dit oogpunt gekozen ze ook te gebruiken in het huidige onderzoek.

In het huidige onderzoek werd de cliënten een gestandaardiseerde instructie gegeven voordat zij de vragenlijsten invulden, zo was de instructie voor iedere cliënt gelijk. Naast afname van de HTQ en HSCL-25, werd er door de onderzoekers een derde vragenlijst, de Risk Questionnaire (RisQ) ingevuld. In bijlage 1 is een kopie van de betreffende vragenlijst te vinden. De lijst werd ingevuld op basis van de intakegegevens en inventariseert de sociaal-maatschappelijke stressfactoren van de cliënten.

Verder zijn de demografische gegevens van de steekproef uitgevraagd. Hierbij is gekeken naar de verblijfsstatus, geslacht, opleidingsniveau en werkstatus.

### **2.3.1 De Harvard Trauma Questionnaire deel 1**

Het meetinstrument HTQ (Mollica et al., 1996) wordt gebruikt om traumaproblematiek in kaart te brengen. Deze schaal is speciaal ontwikkeld voor de complexiteit van trauma van vluchtelingen en wordt dan ook zeer geschikt geacht voor de huidige steekproef. Het instrument bestaat uit twee delen. Het eerste deel 'trauma ervaringen' betreft een checklist van 24 potentieel traumatische gebeurtenissen en werd in dit onderzoek gebruikt ter vaststelling van de mate van traumablootstelling bij de steekproef. 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 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) onder Albanese vluchtelingen. Zij vonden een interne consistentie van Cronbachs  $\alpha$  .88. Ook eerder werd in onderzoek van Mollica et al. (1992) onder Indochinese vluchtelingen een zeer goede interne consistentie voor traumagebeurtenissen gevonden: Cronbachs  $\alpha$ : .90.

### **2.3.2 De Harvard Trauma Questionnaire deel 2a**

Deel 2 van de HTQ (HTQ; Mollica et al., 1996) bestaat uit twee componenten: deel 2A meet de ernst van de PTSS-klachten zoals gedefinieerd door de DSM-IV-TR (APA, 2006). Op 16 items moet worden aangegeven in hoeverre een cliënt klachten ervaart van 1=helemaal geen last, 2= een beetje last, 3= nogal veel last, tot 4=zeer veel last. De interne consistentie voor PTSS-klachten gemeten in onderzoek van Mollica et al. (1992) onder Indochinese vluchtelingen is met een Cronbachs  $\alpha$ : .96 zeer goed te noemen. Er is gekozen deze lijst te gebruiken om PTSS-klachten te meten.

### **2.3.3 De Hopkins Symptom Checklist-25**

Behalve naar PTSS-klachten is er tevens gekeken naar eventuele angstklachten en depressieklachten. Deze werden 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 met 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. Uit onderzoek van Ichikawa et al. (2006) de HSCL-25 onder Afghaanse vluchtelingen bleek een goede interne consistentie van de test, een Cronbachs  $\alpha$ : .87.

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 wordt op basis van de door de cliënt ingevulde antwoorden een totale angstscore en depressiescore berekend door deze op te tellen. Hierbij is voor angstklachten de score 10 het laagst en 40 het hoogst. Voor depressieklachten 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 dat is ontwikkeld binnen Centrum '45 en gebruikt wordt om de hoeveelheid ervaren stress van de steekproef op de sociaal-maatschappelijke omstandigheden vast te stellen. 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, werk, somatiek en migratie (Kleijn, Laban & Reijnen, 2009). De vragenlijst werd door de onderzoekers gescoord op basis van aanmelding- en intakegegevens. Er kon een score van 1= weinig stressvol, 2= enigermate tot 3= tamelijk stressvol 4= zeer stressvol worden gescoord. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de test te kunnen bepalen, werd 17 procent van de RisQ-lijsten dubbel gescoord door de onderzoekers.

### **2.3.5 Taalmogelijkheden vragenlijsten**

Daar de cliëntenpopulatie 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 zijn 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 (APA, 2006) 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  $\alpha$ 's tussen de .83 en .91 en .85 en .92 voor de depressieklachten. Cronbachs  $\alpha$ 's tussen de .81 en .89 voor HTQ (Kleijn, Hoven & Rodenburg, 2001).

## **2.4 Design**

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een between-subjects design, waarbij op individueel niveau gekeken werd naar de verschillen in scores. Er is een aantal variabelen geoperationaliseerd. Traumablootstelling en demografische kenmerken zijn meegenomen als onafhankelijke variabelen. De afhankelijke variabelen betroffen PTSS-klachten, angstklachten en depressieklachten. Sociaal-maatschappelijke stressfactoren zijn zowel als afhankelijke als onafhankelijke variabele meegenomen. Er is bekeken of traumablootstelling in het verleden en demografische kenmerken de huidige sociaal-maatschappelijke

stressfactoren beïnvloeden en er is gekeken of sociaal-maatschappelijke stressfactoren de psychiatrische klachten beïnvloeden.

## **2.5 Statistische analyses**

De data zijn geanalyseerd met behulp van Predictive Analytics SoftWare (PASW, 2010). Bovendien is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld middels Excel (2007). Op descriptief niveau werd gekeken naar de karakteristieken van de steekproef. De demografische gegevens, de sociaal-maatschappelijke stressfactoren en de psychiatrische klachten werden geanalyseerd en beschreven. Vervolgens werd er gezocht naar verbanden binnen de domeinen. Om het verband te analyseren 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 one-way between groups variantieanalyse (ANOVA). Om de relatie tussen demografische kenmerken en sociaal-maatschappelijke stressfactoren te onderzoeken is er tevens gewerkt met independent samples t-tests en one-way between groups variantieanalyse. Het verband tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten is op rationiveau middels een Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt onderzocht. Deze geeft de sterkte aan van de lineaire samenhang tussen de variabelen. Bovendien is er een regressie analyse uitgevoerd om de sterkte van de voorspellende variabele te bepalen. Het verband tussen sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten is middels Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt onderzocht, evenals het verband tussen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren. De hypothese dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren de psychiatrische klachten na traumablootstelling beïnvloeden is getoetst met behulp van een multiple regressie analyse. Indien er een mediatie-effect werd gevonden zou er een regressie uitgevoerd dienen te worden.



## 3 Resultaten

---

### 3.1 Descriptieve analyse

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

#### 3.1.1 Demografische gegevens

Zoals in tabel 1 weergegeven was de gemiddelde leeftijd van de steekproef 42,7 jaar en tweederde afkomstig uit het Midden-Oosten. Tweederde van de steekproef bleek lager opgeleid. Eveneens bleek tweederde werkloos. Ruim tachtig procent van de steekproef is erkend als vluchteling.

**Tabel 1:** *Socio-demografische kenmerken steekproef (N=60).*

Variabelen	M	SD	range
Leeftijd	42,7	10,8	20-61
		N	%
<b>Regio van herkomst</b>			
Slavische landen		8	13,3
Midden-Oosten		40	66,6
Afrika		12	20
<b>Hoogste afgeronde opleiding</b>			
Lager opgeleid		20	60
Hoger opgeleid		36	33,3
Onbekend		4	6,7
<b>Verblijfsstatus</b>			
Asielzoeker		49	81,7
Vluchteling		7	11,7
Onbekend		4	6,7
<b>Werkstatus</b>			
Geen werk		40	66,7
Betaald werk		17	28,3
Vrijwilligerswerk		3	5

### 3.1.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de RisQ

Zoals eerder in de methode is beschreven werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een door Stichting 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	<b>1 Gezinsstelsel</b>	<b>90</b>	<b>100</b>
	2 Partnerrelatie	80	100
	3 Ouderschap	50	80
	4 Gezinssituatie/Familieomstandigheden	50	90
	5 Problematiek kinderen / andere gezinsleden (lichamelijk/psychisch)	10	40
B	<b>7 Sociale omgeving</b>	<b>40</b>	<b>70</b>
	8 Sociale contacten	30	70
	9 Sociale steun	40	60
	10 (Sociale) activiteiten en bezigheden	40	80
C	<b>12 Woon/leefsituatie</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
	13 Huisvesting	60	90
	14 Juridische verblijfstatus	90	100
D	<b>16 Financiën en Inkomen</b>	<b>50</b>	<b>80</b>
	17 Bestedingsbudget	50	90
	18 Uitkering	80	90
	19 Schulden	70	90
	20 Financieel onderhoud van familie buiten Nederland	80	20
E	<b>22 Werksituatie</b>	<b>50</b>	<b>90</b>

	23	Werkloosheid	40	70
	24	Werkomstandigheden	50	100
	25	Werkniveau	70	90
	26	Mogelijkheden tot opleiding	60	60
F	28	<b>Somatiek</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
	29	Lichamelijke gezondheid	50	100
G	31	<b>Migratie</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
	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, hetgeen het gebruik van de resultaten verantwoordde voor analyse.

Zoals in tabel 3 te zien liggen de gemiddelde stresscores tussen de 2 en 3. Tevens kan worden afgelezen dat op bijna elk gebied meer dan de helft van de cliënten tamelijk (score 3) tot veel stress (score 4) wordt ervaren. Er wordt vooral veel stress ervaren op de gebieden somatiek (82,1 %) en migratie (76,2 %).

**Tabel 3.** Gemiddelde stressscore, de standaarddeviatie en percentage dat een score van 3 of 4 behaalde per leefgebied.

<i>Leefgebied</i>	<i>Gemiddelde stressscore</i>	<i>SD</i>	<i>% met een score van 3 of 4</i>
Gezinssysteem	2,60	1,22	65
Sociale omgeving	2,56	,92	56,3
Woon/leefsituatie	2,02	1,16	39,1
Financiën en inkomen	2,23	1,07	33,3
Werksituatie	2,62	,85	66,6
Somatiek	3,11	,82	82,1
Migratie	2,88	,67	76,2
<b>Totaal gem.</b>	2,28	,52	59,8

### 3.1.4 Psychiatrische klachten

Er is bekeken wat de scores zijn van de steekproef op psychiatrische klachten. Gebleken is dat op alle klachtgebieden het overgrote deel van de cliënten boven het cut-off point scoort. Deze resultaten impliceren dat er sprake is van problematiek 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
PTSS-klachten	> 2,45	3,09	89,7 %
Angstklachten	> 1,75	2,92	95 %
Depressieklachten	> 1,75	2,89	96,7 %

## 3.2 Analyses

Ter beantwoording van de hoofdvraag zijn enkele deelhypothesen opgesteld om de onderlinge verbanden tussen de variabelen te onderzoeken. In figuur 2 staan de verwachtingen schematisch weergegeven.

### 3.2.1 Outliers

Aan de hand van een outlier analyse van de variabele traumablootstelling zijn er drie outliers verwijderd uit de data. Deze betreffen nummer 2, 6 en 15. Zie bijlage 2.

### 3.2.2 Hypothese I

Vrouwen scoren hoger op depressieklachten dan mannen ( $t = -2,175$ ,  $df = 55$ ,  $p = ,034$ , two-tailed). Er is geen verschil gevonden op trauma- en angstklachten. Werklozen en cliënten die vrijwilligerswerk doen rapporteren meer depressieklachten dan cliënten met betaald werk ( $F(2,54) = 7,276$ ,  $p < ,01$ ). Er is geen significant verband gevonden tussen werkstatus en PTSS- en angstklachten. Eveneens is er geen significant verband gevonden tussen verblijfsstatus en PTSS-, angst- of depressieklachten.

### 3.2.3 Hypothese II

Asielzoekers blijken meer stress te rapporteren op woon/leefsituatie dan vluchtelingen ( $t = -4,537$ ,  $df = 42$ ,  $p = ,000$ , two-tailed). Vluchtelingen ervaren meer stress op werksituatie dan asielzoekers ( $t = 2,186$ ,  $df = 37$ ,  $p = ,035$ , two-tailed).

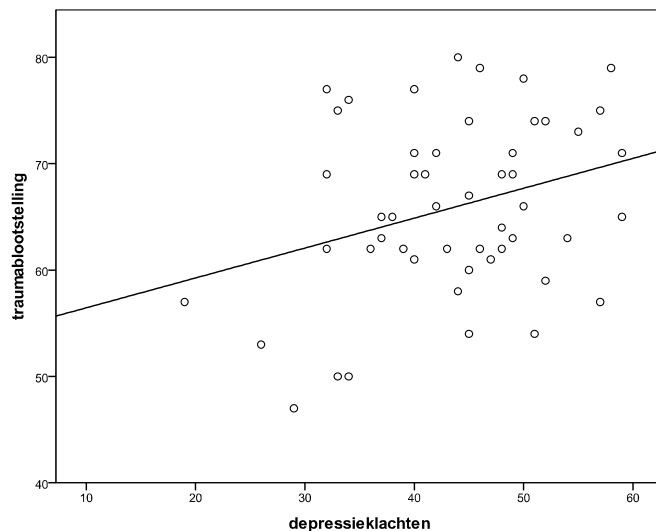
Hoger opgeleiden ervaren meer stress over de sociale omgeving ( $t = -3,221$ ,  $df = 42$ ,  $p = ,002$ , two-tailed). Er bleek geen verband tussen opleidingsniveau en stress op het domein werksituatie.

**Tabel 5.** Gemiddelde score, standaarddeviatie van stressscore op sociaal-maatschappelijke stressfactoren.

Sociaal-maatschappelijke stressfactor	Demografisch kenmerk	Niveau	Gem. score	SD
Woon/leefsituatie	Verblijfsstatus	Asielzoeker	$\mu = 3,8$	,45
		Vluchteling	$\mu = 1,74$	,99
Werksituatie	Verblijfsstatus	Asielzoeker	$\mu = 1,67$	1,16
		Vluchteling	$\mu = 2,72$	,78
Sociale omgeving	Opleidingsniveau	lager opgeleiden	$\mu = 2,21$	,92
		hoger opgeleiden	$\mu = 3,06$	,68

### 3.2.4 Hypothese III

Een hogere traumablootstelling hangt samen met de rapportage van meer depressieklachten ( $r = ,305$ ;  $p < ,05$ ). Uit de regressieanalyse bleek een samenhang op van  $R = 0,35$  ( $p < 0,05$ ), waarbij de verklaarde variantie  $R^2 = ,126$ . De voorspellende waarde van traumablootstelling 12,6 %, en is dus zwak.



**Figuur 3.** Verband traumablootstelling en depressieklachten.

Er is geen significant verband gevonden tussen traumablootstelling en PTSS- en angstklachten.

### **3.2.5 Hypothese IV**

Een hogere mate van stress binnen het gezinssysteem hangt samen met de rapportage van meer angstklachten ( $r=,272$ ). Er werd geen verband gevonden tussen stress binnen het gezinssysteem en PTSS- en depressieklachten. Een hogere mate van stress over somatiek hangt samen met de rapportage van meer depressieklachten ( $r =,292$ ). Er werd geen verband gevonden tussen stress over somatiek en PTSS- en angstklachten. Er werd eveneens geen verband gevonden tussen stress op de overige sociaal-maatschappelijke stressfactoren (sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën en inkomen, migratie) en de rapportage van psychiatrische klachten.

### **3.2.6 Hypothese V**

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

### **3.3 Hoofdvraag**

Uit voorgaande analyses is gebleken dat er een significante relatie bestaat tussen traumablootstelling en depressieklachten. Tevens bleek dat van de sociaal maatschappelijke stressfactoren alleen het domein somatiek significant samenhangt met depressieklachten.

Ter beantwoording van de hoofdvraag is gekeken naar de invloed van somatische stressklachten op de relatie tussen traumablootstelling en depressieklachten. Echter bleek uit eerdere analyses (hypothese V) dat er geen significante relatie bestaat tussen traumablootstelling en somatiek. Het uitvoeren van een multiple regressieanalyse kan hierdoor niet worden verantwoord en er blijkt geen sprake van een mediator effect.

## 4 Discussie

---

In het huidige onderzoek is gekeken naar de invloed van traumablootstelling op gerapporteerde psychiatrische klachten onder asielzoekers en vluchtelingen met de diagnose PTSS. Eerdere onderzoeken toonden een verband tussen een grotere hoeveelheid traumatische ervaringen en een hogere rapportage van PTSS-klachten (Neuner et al., 2004; Todorova Moreno & Gibbons, 2002). Verwacht werd dat deze resultaten eveneens werden gevonden in het huidige onderzoek. Daarnaast werd verwacht dat de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten gemedieerd wordt door de aanwezigheid van sociaal-maatschappelijke stressfactoren als gezinsleven, sociale omgeving, woon/leefsituatie, financiën, werk, somatiek en migratie.

### 4.1 Karakteristieken van de steekproef

Het grootste deel van de asielzoekers en vluchtelingen bleek uit het Midden-Oosten afkomstig en meer dan tachtig procent is erkend als vluchteling. Twee derde bleek lager opgeleid en één derde hoger opgeleid. Daarnaast bleek dat meer dan zeventig procent van de steekproef geen werk of vrijwilligerswerk heeft. Deze cijfers zijn overeenkomstig met cijfers van Van Dijk (1996), die schrijft dat zeventig procent van de vluchtelingen werkloos is of beneden zijn opleidingsniveau werkt.

Er is op niveau van levensgebied gekeken naar de sociaal-maatschappelijke stressfactoren onder de cliënten. De gebieden woon/leefsituatie en financiën/inkomen blijken bij een relatief laag aantal (30-40%) van de steekproef voor stress te zorgen. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat het grootste gedeelte van de steekproef vluchteling is. Hoewel de werksituatie vaak stressvol blijkt, is er echter wel mogelijkheid tot een uitkering. Bovendien is er sprake van een zelfstandige woonruimte. Verder ervaart een relatief hoog (65 tot 85%) aantal van de steekproef stress op gezinssysteem, werksituatie, somatiek en migratie. Voor sociale omgeving werd gevonden dat ongeveer de helft van de steekproefcliënten stress op dit levensgebied ervaart.

Ten slotte is gebleken dat op de drie psychiatrische klachtgebieden door een overgroot deel van de cliënten problematiek wordt gerapporteerd.

## 4.2 Bevindingen deelvragen

I Uit het huidige onderzoek blijkt dat vrouwen meer depressieklachten rapporteren dan mannen. Sadock en Sadock (2007) schrijven dat depressieve problematiek twee maal zo vaak voorkomt bij vrouwen als bij mannen. Dat in het huidige onderzoek een hoger gemiddelde voor vrouwen wordt gevonden vindt hierbij aansluiting. Ook werd in overeenstemming met eerder onderzoek gevonden dat er meer depressieklachten worden gerapporteerd wanneer er geen sprake is van betaald werk (Barlow & Durand, 2005; Hammen & Watkins, 2010). Doordat dit onderzoek correlatieel van aard is, kan moeilijk worden bepaald of depressieklachten minder worden door betaald werken of dat betaald werken niet mogelijk is wanneer er sprake is van (te) ernstige depressieklachten.

Er is geen significant verband gevonden tussen het demografische kenmerk verblijfsstatus en PTSS, angst- en depressieklachten. Een opvallend resultaat, aangezien de literatuur beschrijft dat een onzekere juridische status in verband kan worden gebracht met vermeerdering van psychiatrische klachten (Silove et al., 1997; Van der Veer, 2004). De steekproef in het huidige onderzoek bevat echter een zwaktepunt. Stichting Centrum '45, een derdelijnsinstelling, behandelt cliënten bij wie sprake is van een ernstig klachtenbeeld, hetgeen tevens blijkt uit de demografische bevindingen. Op de geanalyseerde klachtgebieden wordt door 89,7 tot 96,7 % van de steekproef ernstige klachten gerapporteerd. Hierdoor is er sprake van een geringe differentiatie binnen de steekproef, waardoor een variabele als verblijfsstatus mogelijk aan voorspellende kracht verliest.

II In overeenkomst met onderzoek van Steel et al. (2006) werd gevonden dat asielzoekers meer stress ervaren over de woon/leefsituatie dan vluchtelingen. Het demografische kenmerk verblijfsstatus werd in verband gebracht met stress over de juridische situatie. Uit eerder onderzoek bleek dat voor asielzoekers, door angst voor remigratie en het proces van statusaanvraag, een onzekere juridische status zeer stressvol is (Silove et al., 1997). Daarnaast is tussen verblijfsstatus en werksituatie een positief verband gevonden. Asielzoekers ervaren minder stress over hun werksituatie, hetgeen terug te leiden is naar het gegeven dat zij doorgaans niet geoorloofd zijn te werken. De stressvolle arbeidssituatie van vluchtelingen, die vaak moeite hebben met het vinden van een baan of onder hun niveau werken (van Dijk, 1996; Silove et al., 1997), levert mogelijk meer stress op dan het niet geoorloofd zijn te werken.



Tussen opleidingsniveau en ervaren stress in de sociale omgeving werd een significant verband gevonden. Hoger opgeleiden bleken meer stress te ervaren in sociaal contact, sociale steun en activiteiten en bezigheden. Naar verwachting houdt dit resultaat verband met de stress die wordt ervaren wanneer er sprake is van onvermogen van het vinden van een baan (op eigen niveau) en bijkomend statusverlies (van Dijk, 1996; Silove et al., 1997). Uit onderzoek van Vinokurov et al. (2000) bleek dat personen die in het migratieland werkten op vergelijkbaar niveau als in land van herkomst, beter geaccultureerd waren en een hoger niveau van levenstevredenheid hadden. Onder acculturatie wordt het opnemen (van delen) van de cultuurkenmerken van land van toevlucht verstaan. De combinatie van schaamte over statusverlies en lager niveau van levenstevredenheid onder hoger opgeleiden die geen baan op eigen niveau kunnen vinden gaat mogelijk gepaard met het terugtrekken uit sociale situaties. Er bleek geen verband tussen opleidingsniveau en stress in de werksituatie: zowel hoger als lager opgeleiden rapporteerden veel stress in de werksituatie. Mogelijk is de ervaren stress op werkgebied door de twee groepen anders van aard, waardoor het effect van sociale statusverlies wel van toepassing is op hoger opgeleiden, maar minder op lager opgeleiden.

III Er is een significante relatie gevonden tussen een hoge traumablootstelling en depressieklachten. Wanneer sprake is van meer traumatische ervaringen worden er meer depressieklachten gerapporteerd. Traumablootstelling bleek daarbij 12,6 procent van de variantie in depressieklachten te verklaren. Dit is echter een zwak verband en suggereert dat er een aantal andere belangrijke factoren zijn die verantwoordelijk zijn voor depressieklachten na trauma.

Asielzoekers en vluchtelingen hebben vaak veel verschillende traumatische ervaringen gehad, waarbij bekend is dat door de veelal agressieve aard van hun ervaringen zij vaker last hebben van PTSS dan de algemene populatie (Friedman & Jaranson, 1994; NICE, 2005). Er wordt ook wel gesproken van een complexe traumatisering (Jongedijk, 2008). In het huidige onderzoek werd echter niet gevonden dat er een toename is in PTSS-klachten naarmate een persoon meer traumatische ervaringen heeft meegemaakt. Dit is in strijd met andere onderzoeken, zoals dat van Todorova Moreno en Gibbons (2002) waaruit bleek dat een toename in traumablootstelling een grotere hoeveelheid PTSS-klachten tot gevolg had. Ook uit onderzoek van Neuner et al. (2004) onder migranten uit Afrika bleken dergelijke resultaten en uit onderzoek van Bernstein Carison & 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. Angstklachten blijken eveneens niet toe te nemen bij een hogere traumablootstelling. Een verklaring voor deze bevindingen kan zijn dat er bij de huidige steekproef voor iedere participant geldt dat er sprake is van meerdere traumatische ervaringen (traumablootstellingscore ligt tussen de 47 en 80) en dat er onderling te weinig verschil in klachten wordt gevonden. Alle cliënten zijn namelijk geïndiceerd voor behandeling bij Stichting Centrum '45 en hebben in de regel een substantieel aantal psychiatrische klachten ten gevolge van trauma. Mogelijk is er door de geringe differentiatie in de steekproef sprake van een plafond effect.

IV Er werd gevonden dat een hoge mate van stress over het gezinssysteem samenhangt met meer angstklachten. Dit kan worden ondersteund vanuit de literatuur (Rosen, 1996). Er werd echter geen verband gevonden tussen gezinssysteem en PTSS en depressieklachten, terwijl depressieklachten volgens de literatuur eveneens stress binnen het gezinssysteem en de sociale omgeving zouden beïnvloeden (Daley & Douaihy, 2006). Mogelijk ervaren personen die hoog scoren op depressieklachten hun gezinssysteem relatief als minder stressvol dan personen die hoog scoren op angstklachten. Eerder onderzoek wees uit dat angstproblematiek vaak gepaard gaat met zorgen en stress op verschillende levensgebieden (Andrews, Crino, Hunt, Lampe, & Page, 2003; Rosen, 1996). Mogelijk heeft de persoon die hoog scoort op angstproblematiek eveneens veel zorgen en stress met betrekking tot het gezinssysteem.

Omdat klachten van PTSS veelal overlappen met angstklachten is het enigszins onverwacht dat zij geen vergelijkbaar verband laat zien met één van de sociaal-maatschappelijke stressfactoren. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat PTSS gerelateerde angstklachten gefocust zijn op traumageschiedenis, terwijl de algemene angstklachten angst op gegeneraliseerd niveau meten. Juist die gegeneraliseerde angst wordt in de literatuur in verband gebracht met piekeren en zorgen. Uit eerder onderzoek bleek bovendien dat er bij vluchtelingen vaak sprake is van angst en zorgen om familieleden die zijn achtergebleven in land van herkomst (Lie, 2004).

Tevens werd er een verband gevonden tussen stress over somatiek en depressieklachten, hetgeen in overeenstemming is met eerder gevonden resultaten uit onderzoek van Beiser (1985) onder vluchtelingen. De richting is moeilijk te bepalen: er kan worden afgevraagd of depressieklachten leiden tot stress over de somatische klachten of dat

dit andersom verloopt.

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 stress over woon/leefsituatie, financiën/inkomen, 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). Mogelijk hebben deze resultaten te maken met methodische beperkingen en is er sprake van een te geringe differentiatie van de steekproef of is het zeer nieuwe meetinstrument RisQ ongeschikt om stress op bovenstaande gebieden vast te stellen. Dit zal echter verder worden bekeken in de methodische reflectie.

V Er werd geen verband gevonden tussen traumablootstelling en sociaal-maatschappelijke stressfactoren. In eerder onderzoek werd gevonden dat hoe meer traumatische ervaringen iemand achter de rug had, hoe meer stress er werd ervaren over achtergebleven familie in land van herkomst (Lie, 2004). Daarnaast bleek uit resultaten van onderzoek van Lopes Cardozo et al. (2000) dat een groter aantal traumatische ervaringen tot gevolg had dat iemand slechter functioneerde op sociaal gebied. Deze levensgebieden werden gemeten middels migratie (waar stress over achtergebleven familieleden onder viel) en sociale omgeving (stress over sociale- contacten, steun en activiteiten en bezigheden). Dit verband werd echter niet gevonden in het huidige onderzoek. Mogelijk ligt het verschil tussen de resultaten van het onderzoek van Lopes Cardozo et al. (2000) en het huidige onderzoek in het verschil in meetinstrument van 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 vergrootten. Er is bij chronisch

getraumatiseerden sprake van een groot aantal somatische klachten. Met name spanningshoofdpijnen, maag/darmklachten en rug- en nekklachten bleken veel voorkomende klachten. Deze resultaten werden niet gevonden in het huidige 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.

#### **4.3 Bevindingen hoofdvraag**

Er werd verwacht dat sociaal maatschappelijke stressfactoren invloed hebben op de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten, maar alleen tussen traumablootstelling en depressie bleek een significante relatie te bestaan. Er is dan ook gekeken naar de invloed van sociaal maatschappelijke stress 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, kan aldus worden verworpen.

Hoewel er al verschillende onderzoeken zijn gedaan naar de invloed van de sociaal-maatschappelijke situatie, werd er nog weinig gekeken naar het mediërende effect op de relatie tussen traumablootstelling en psychisch welzijn. Omdat deze drie gebieden onder de onderzochte doelgroep haast onlosmakelijk verbonden zijn, dient de uitkomst als bijzonder relevant voor toekomstige behandeling en wetenschappelijk onderzoek: zodra duidelijk is op welke gebieden deze doelgroep klachten ervaart, kan worden beslist waar aandacht aan dient te worden besteed tijdens behandeling. De resultaten van het huidige onderzoek wijzen uit dat, wanneer er sprake is van psychiatrische klachten, de relatie met traumablootstelling aldus niet direct zal worden gemedieerd door sociaal maatschappelijke stress die een persoon ervaart. Deze resultaten impliceren dat wanneer er behandeld wordt door middel van traumagerichte therapie, de sociaal maatschappelijke stressfactoren een succesvolle behandeling niet in de weg staan. Uit de resultaten blijkt wel dat stress op sociaal-maatschappelijke situatie positief samenhangt met psychiatrische klachten. In behandeling ter verbetering van de psychiatrische situatie kan er dus aandacht worden besteed aan zowel

traumageschiedenis als sociaal-maatschappelijke situatie.

#### **4.4 Methodische reflectie**

Zoals eerder in dit onderzoek beschreven is er een aantal beperkingen aan het huidige onderzoek te herkennen. Kortweg behelzen zij het volgende: doordat er een steekproef is genomen van vluchtelingen en asielzoekers bij wie sprake was van (ernstige) traumaproblematiek, zijn de resultaten moeilijk generaliseerbaar te noemen. Bovendien is er sprake van een geringe differentiatie binnen de steekproef wat betreft traumablootstelling, psychiatrische klachten en sociaal-maatschappelijke stressfactoren. De populatie had over het algemeen veel traumatische ervaringen achter de rug, veel last van psychiatrische klachten en op veel sociaal-maatschappelijke gebieden last van stress. Hierdoor worden de resultaten slechts onderling vergeleken en niet met mentaal gezonde(re) vluchtelingen en asielzoekers. Een belangrijke beperking van het huidige onderzoek is tevens dat het slechts kijkt naar correlatieve verbanden. Wanneer er sprake blijkt van een verband, kan moeilijk worden bepaald wat de richting is. Met name wanneer het draait om de posttraumatische factoren, zoals werkstatus, sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten, zou interessant zijn te onderzoeken wat oorzaak en wat gevolg is.

Ook op het gebied van meetinstrumentaria kunnen er kritische noten worden geplaatst. De onderscheiden dimensies in het huidige onderzoek zijn gemeten met een drietal vragenlijsten. Om traumageschiedenis in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de Harvard Trauma Questionnaire (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 is voor traumablootstelling. Op de HTQ wordt met een score aangegeven over of iemand iets heeft meegemaakt en op welke manier. Er wordt geen score gegeven aan de duur van blootstelling. Tevens is niet onderzocht of dit item, ofwel deze gebeurtenis, herhaaldelijk is voorgekomen. In het huidige onderzoek zijn bovendien slechts de hoogste scores per item meegenomen als aanduiding van traumablootstelling. De score van meervoudige traumatische ervaringen is hierdoor mogelijk lager uitgevallen.

PTSS, angst- en depressieklachten werden gemeten met de zelfrapportagelijsten HSCL-25 en HTQ. Hoewel deze lijsten geschikt zijn bevonden voor gebruik binnen

verschillende culturen, kunnen kleine verschillen tussen de vertalingen tot verschillen in de resultaten hebben geleid. Het is mogelijk dat accenten of woordkeuze in de lijsten de interpretatie van de vragen heeft beïnvloed. De crossculturele betrouwbaarheid en validiteit van de lijsten wordt door verschillende onderzoeken ondersteund (Kleijn, Hoven & Rodenburg, 2001; Mollica, Caspiyavin, Bollini, Truong, Tor & Lavelle, 1992), hoewel de validiteit van de HSCL-25 ter vaststelling van depressie door Ichikawa et al. (2006) wordt betwist. De lijsten kunnen in onderzoek onder niet-westerse populaties echter als de meest gebruikte meetinstrumenten van het moment worden beschouwd, en zijn daarom ook in dit onderzoek gebruikt.

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 wordt door de onderzoekers gescoord op basis van aanmelding- en intakegegevens. Zo worden 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 goed, echter bleek een beperking bij het invullen van de RisQ dat sommige zaken niet of onvoldoende uitgevraagd waren bij intake. Zoals eerder genoemd is de mogelijkheid dat er 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 een tweede beperking gebleken. De gevonden resultaten van het huidige onderzoek verschilden in uitkomst met het onderzoek van Lopes Cardozo et al. (2000) die participanten een vragenlijst, de GHQ-28, voorlegden.

Tegenover de beperkingen staat in het huidige onderzoek een aantal sterke punten. Hoewel er sprake is van een steekproef die weinig gedifferentieerd is, blijkt dit wel een zeer relevante doelgroep voor onderzoek. Het aantal vluchtelingen en asielzoekers ter wereld is groeiende en een belangrijk percentage hiervan heeft psychiatrische klachten. Het aantal vluchtelingen dat een weg vindt naar de GGZ groeit hiermee ook. Om met deze ontwikkelingen mee te gaan dient er te worden gezocht naar geschikte behandelmethodes en preventie maatregelen. De uitkomsten van het huidige onderzoek geven inzicht in de verhoudingen tussen de gebieden en de punten van aanpak in behandeling.

De gebruikte instrumenten om de angst- en depressieklachten, de HSCL-25 (Parloff et al., 1954), en de PTSS-klachten, deel 2a van de HTQ (Mollica et al., 1996) te meten, hebben een goed beeld kunnen geven van de problematiek binnen de steekproef. Uit het

huidige onderzoek is gebleken dat meer dan negentig procent van de asielzoekers en vluchtelingen zowel PTSS-klachten als angst- en depressieklachten heeft. In het onderzoek van Gerritsen et al. (2006) onder asielzoekers en vluchtelingen in Nederland zijn dezelfde methodische instrumenten gebruikt. PTSS werd vastgesteld aan de hand van een scoring algoritme, beschreven door Harvard Refugee Trauma Group, op basis van de DSM-IV-TR criteria (APA, 2006; Mollica, McInnes, Sarajlic, Lavelle, Sarajlic & Massagli, 1999). 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 het huidige onderzoek.

#### **4.5 Klinische implicaties**

Uit het huidige onderzoek blijkt dat zowel traumablootstelling als sociaal-maatschappelijke stress van invloed is op het psychiatrisch welzijn van de cliënt. Ter verbetering van de klachten kan dus op beide gebieden worden gefocust. Er bleek een aantal relevante correlationele verbanden te bestaan tussen sociaal-maatschappelijke stressfactoren en psychiatrische klachten. Wanneer men weet waar de problematiek zich afspeelt, kan men zich daar op richten in behandeling.

Uit de resultaten blijkt dat een hogere traumablootstelling samenhangt met een hogere mate van depressieklachten na psychotrauma. De resultaten impliceren dat iemand met (een hoge mate van) depressieklachten na psychotrauma mogelijk baat heeft bij een traumagerichte behandeling. De gevonden samenhang tussen stress over de somatische situatie en depressieklachten is een indicatie dat somatische klachten een punt van aandacht moeten zijn bij behandeling. Indien er sprake blijkt van depressieklachten, zou een lichaamsgerichte behandeling waardevol kunnen zijn. Een therapievorm als mindfulness richt zich op de acceptatie van de lichamelijke pijn en zou dus bij depressie bij vluchtelingen een waardevolle aanvulling vormen op de reguliere behandeling. Tevens bleek het hebben van betaald werk samen te hangen met minder depressieklachten. Hoewel de richting van dit verband niet kan worden vastgesteld aan de hand van het huidige onderzoek, lijken de resultaten te impliceren dat de stress van werkloosheid depressieklachten faciliteert. Hulp bij het zoeken van betaald werk, bijvoorbeeld door maatschappelijke hulpverlening, zou de

behandeling kunnen ondersteunen.

Eveneens bleek een verband te bestaan tussen stress omtrent het gezinssysteem en angstklachten. Deze resultaten impliceren dat personen die last hebben van (zeer veel) angstklachten na psychotrauma waarschijnlijk baat hebben bij een behandeling gericht op het gezinssysteem.

Het huidige onderzoek heeft niet aan kunnen tonen dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren verantwoordelijk zijn voor de psychiatrische klachten na traumablootstelling. Deze resultaten impliceren voor de praktijk dat de sociaal-maatschappelijke situatie niet noodzakelijk gestabiliseerd hoeft te worden, alvorens er wordt overgegaan op traumabehandeling. Een tijdrovend driefasen traject lijkt dan ook niet noodzakelijk het meest effectief voor de behandeling van depressieklachten en angstklachten na psychotrauma. Het huidige onderzoek impliceert dat een op maat gesneden behandeling per persoon tot het beste resultaat zal leiden.

#### **4.6 Vervolgonderzoek**

Een belangrijke beperking van het huidige onderzoek is dat het slechts kijkt naar correlatieve verbanden. Wanneer er sprake blijkt van een verband, kan moeilijk worden bepaald wat de richting van het verband is en welke variabele oorzaak en welke gevolg is. In vervolgonderzoek zou kunnen worden gekeken of participanten langere tijd kunnen worden gevolgd, zodat kan worden bekeken wat er eerder optreedt: stress op de sociaal-maatschappelijke factoren of verergering van de psychiatrische klachten. Eerdere onderzoeken toonden al aan dat sociaal-maatschappelijke stressfactoren 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). Het huidige onderzoek toonde aan dat er door de cliënten veel stress wordt ervaren op sociaal-maatschappelijk gebied. Hoewel naar aanleiding van het huidige onderzoek moeilijk kan worden vastgesteld of er sprake is van primaire of secundaire problematiek, blijken er interessante verbanden te bestaan tussen de twee domeinen. In vervolgonderzoek dienen deze nader te worden bekeken.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van een steekproef waarbinnen sprake is van geringe differentiatie, mede door de manier van scoring in het huidige onderzoek (zie methodische reflectie). Voor vervolgonderzoek is het aan te raden een meer rechtlijnige en nauwkeurige methode mee te nemen in de scoring van traumablootstelling, waarbij er rekening wordt



gehouden met het vaker voorkomen van een traumagebeurtenis. Daarmee zou mogelijk de spreiding van het aantal traumatische gebeurtenissen kunnen worden vergroot, om zo het effect van toename in traumablootstelling op een nauwkeuriger wijze te onderzoeken.

#### **4.7 Conclusie**

De bevindingen in het huidige onderzoek bieden inzicht in de levenssituatie van vluchtelingen en asielzoekers in de Westerse samenleving. Op basis van de gevonden resultaten kan worden geconcludeerd dat zowel een hoge traumablootstelling als een hoog aantal sociaal-maatschappelijke stressfactoren samengaat met meer psychiatrische klachten. Ter verbetering van het psychiatrisch welzijn kan er in behandeling worden gericht op zowel verwerking van de traumatische ervaringen als op stabilisatie van de sociaal-maatschappelijke situatie. De resultaten van het huidige onderzoeken impliceren een systeemgerichte behandeling bij angstklachten. Indien er sprake is van (een hoge mate van) depressieklachten lijkt traumagerichte behandeling, ondersteund door behandeling gericht op acceptatie van lichamelijke pijn, het meeste effectief. Er is geen bevestiging is gevonden voor de verwachting dat sociaal-maatschappelijke stress een mediator vormt voor de relatie tussen traumablootstelling en psychiatrische klachten. De beide domeinen beïnvloeden afzonderlijk het psychiatrisch welzijn. Voor een succesvolle traumagerichte behandeling is het niet noodzakelijk de sociaal-maatschappelijke factoren eerst aan te pakken, maar dient er te worden gezocht naar een op maat gesneden programma. Het huidige onderzoek kan worden beschouwd als relevante aanvulling op bestaande literatuur, daar het bijdraagt aan de kennis en inzichten omtrent psychische problematiek van vluchtelingen en asielzoekers en het streven naar een adequate behandeling daarvan.

## 5 Literatuurlijst

---

- Aarts, P. G. H. & Visser, W.D. (2007). *Trauma: Diagnostiek en Behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 545-554.
- 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.
- American Psychiatric Association (2006). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Hartcourt Assessment B.V.
- 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, 258.
- Beiser, M. (1985). A study of depression among traditional Africans, urban North Americans, and Southeast Asian refugees. In: Kleinman A. Good B. *Culture and depression*. Berkeley: University of California, 272-298.
- 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*. In: J.F. Aponte & J. Wohl (red.). *Psychological intervention and cultural diversity*. Boston: Allyn and Bacon, 75–91.

- Bernstein Carison, E. & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma Experiences, Posttraumatic Stress, Dissociation, and Depression in Cambodian Refugees. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1548-1551.
- Boehnlein, J.K., Kinzie, J.D., Ben, R., & Fleck, J. (1985). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 956-959.
- Boehnlein, J.K., Kinzie, D.J., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*, 658-663.
- 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. In: Jong, J. de & Berg, M. van den (red.). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 21-33.
- 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. 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, DC: American Psychological Association, 207–227.
- 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.
- Hall, R. C. & Hall, R. C. (2007). Detection of malingered PTSD: an overview of clinical, psychometric, and physiological assessment: Where do we stand? *Journal of Forensic Science, 52*, 717–725.
- Hammen, C. & Watkins, E. (2009) *Depression*. New York: Psychology Press, 64-65.
- Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M., & Kleber, R. (2010). EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees. Paper presented at the 10th 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.

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.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S.O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11* (5), 358-368.

Jonathan, R.T., Davidson, M.D., & Foa, E.B., (1993). *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*, American Psychiatric Press, Washington, 99-113.

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.

Lie, B. (2004). The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: A longitudinal, comparative study. *Scandinavian Journal of Public*

*Health*, 32 (3), 179-187.

- 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, *Journal of the American Medical Association*, 284 (5), 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., McInnes, K., Sarajlic, N., Lavelle, J., Sarajlic, I., & Massagli, M. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282, 433–439.
- 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.
- 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. *BioMed Central 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 (5), 343–352.

Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294, 602-612.

Rosen, A. (1996). *Anxiety disorders as they impact on couples and family's*. In: Whiteman Kaslow, F. *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*, New York: John Wiley & Sons, 239-241.

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 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.

Silove, D., Coello, M., Tang, K., Aroche, J., Soares, M., Lingam, R. (2002).

Towards a researcher-advocacy model for asylum seekers: A pilot study amongst east Timorese living in Australia. *Transcultural Psychiatry*, 39 (4), 452-468.

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:

website UNHCR: <http://www.unhcr.org/pages/4a02d9346.html> geraadpleegd januari 2011.



website Stichting Centrum '45:

<http://www.centrum45.nl/index.php?page=traumabehandeling/behandelvormen> geraadpleegd  
april 2011-04-27

Programma's:

Predictive Analytics SoftWare (PASW) 2010.

Microsoft Excel 2007.

## Bijlage 1

CENTRUM '45	CONCEPT	RisQ-41
Naam: Datum: Beoordelaar: Voornaamste schriftelijke bron: Datum schriftelijke bron:		

### Checklist Risicofactoren

Bij de intake wordt aandacht gegeven aan de primaire persoonlijke klachten en problemen van cliënten, maar ook aan de overige stressvolle factoren. De checklist is bedoeld als een **aanvulling** op deze inventarisatie, met als doel om de eventueel gesignaleerde (en beschreven!) belastende omstandigheden te wegen en nogmaals expliciet te benoemen. De checklist kan worden gebruikt als hulp bij de onderbouwing van het behandelplan en (bij hernieuwd invullen) het evalueren van de behandelvoortgang tijdens de tussentijdse cliëntbesprekingen.

De checklist is onderverdeeld in verschillende domeinen met daarbij behorende aandachtspunten. Voor ieder domein en item van de checklist wordt de beoordelaar gevraagd te markeren in welke mate een cliënt dit gebied als stressvol/belastend ervaart. Dit kan variëren tussen 4 niveaus, namelijk:

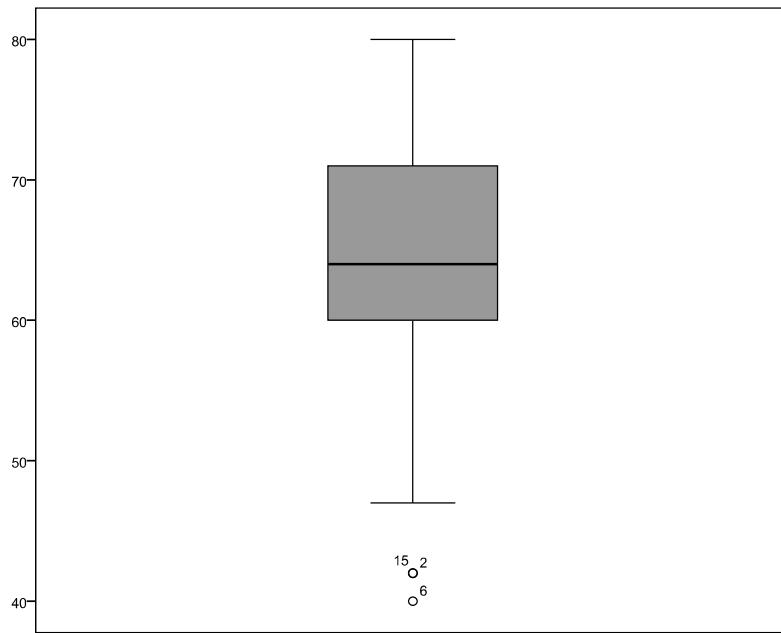
**1 = weinig stress    2 = enigermate stressvol    3 = tamelijk stressvol (aandacht)    4 = zeer stressvol (actie!)**

➔ Vooral bij de domeinen met tamelijk belastende omstandigheden is het belangrijk om ook een duidelijke omschrijving te geven van de stressvolle omstandigheden (per domein is ruimte voor een korte specificatie).

Toelichting op de verschillende domeinen.
<p><i>Gezinsysteem</i>            Bij dit domein gaat het om factoren met betrekking tot het gezin, die extra stress veroorzaken bij een cliënt. Zo kunnen er problemen, bijvoorbeeld spanningen en ruzies, zijn met een partner, kinderen of andere familieleden. Maar ook andere factoren als psychische of lichamelijke problematiek bij een ander gezinslid kunnen voor extra stress zorgen. Daarnaast kan het gemis van een partner of kinderen voor een cliënt stressvol zijn.</p>
<p><i>Sociale omgeving</i>            De sociale omgeving kan zowel een beschermende als een risicofactor vormen bij een cliënt. Zo kunnen contacten zorgen voor steun en activiteiten, maar aan de andere kant kunnen problemen met sociale contacten of het ontbreken van contacten stressvol zijn. Enkele voorbeelden van risicofactoren zijn eenzaamheid, sociale isolatie en verveling.</p>
<p><i>Woon/leefsituatie</i>            Bij dit domein gaat het om de huisvesting en juridische status van de cliënt die voor stress kunnen zorgen. Voorbeelden van risicofactoren hierbij zijn problemen omtrent de verblijfsvergunning en slechte of te kleine huisvesting.</p>
<p><i>Financiën en Inkomen</i>            Het domein financiën en inkomen heeft betrekking op verschillende stressoren omtrent de inkomsten en uitgaven van cliënten. Enkele stressoren waar aan gedacht kan worden zijn een klein bestedingsbudget, schulden en het verplicht zijn geld te sturen naar het buitenland.</p>
<p><i>Werk situatie</i>            Bij het domein werksituatie kunnen zowel het niet hebben van werk als de werkomstandigheden een rol spelen. Risicofactoren kunnen bijvoorbeeld werkloosheid, de werkomstandigheden en het niveau van de werkzaamheden zijn. Ook het ontbreken van mogelijkheden tot opleiding of omscholing.</p>
<p><i>Somatiek</i>            Bij het domein somatiek gaat het om lichamelijke klachten die een rol spelen in het dagelijks leven van cliënten.</p>
<p><i>Migratie</i>            Het vluchten uit het land van herkomst en het aarden in een ander land kan zeer stressvol zijn. Zo gaat vluchten gepaard met achterlaten van het huidige leven en geheel opnieuw starten in een andere cultuur. Stressoren hierbij hebben betrekking op het aanpassen aan een nieuwe cultuur maar ook het plaatsen van de eigen cultuur in een nieuwe omgeving. Ook het rouwen om familie, heimwee en het niet geldig zijn van diploma's kan als stressvol worden ervaren.</p>

		CENTRUM '45		CONCEPT		RisQ-41			
		1 = weinig stress		2 = enigermate stressvol		3 = tamelijk stressvol (aandacht)		4 = zeer stressvol (actief)	
Bijbreken van voldoende informatie voor de beoordeling a.v.p. dit is de koem "???" markeren.									
		???	Weinig 1	Enigszins 2	Tamelijk 3	Zeer 4			
A 1	Gezinssysteem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2	Partnerrelatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3	Ouderschap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4	Gezinsituatie/familie omstandigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
5	Problematiek kinderen / andere gezinsleden (Lichamelijk/psychisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6	Toelichting:								
B 7	Sociale omgeving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
8	Sociale contacten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
9	Sociale steun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
10	(Sociale) activiteiten en bezigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
11	Toelichting:								
C 12	Woon/leefsituatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
13	Huisvesting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
14	Juridische verblijfstatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
15	Toelichting:								
D 16	Financiën en Inkomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
17	Bestedingsbudget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
18	Uitkering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
19	Schulden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
20	Financieel onderhoud van familie buiten Nederland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
21	Toelichting:								
E 22	Werksituatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
23	Werkloosheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
24	Werkomstandigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
25	Werkniveau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
26	Mogelijkheden tot opleiding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
27	Toelichting:								
F 28	Somatiek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
29	Lichamelijke gezondheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
30	Toelichting:								
G 31	Migratie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
32	Ervaren discriminatie (in werk/ dagelijks leven)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
33	Verlies van status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
34	Taalproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
35	Zorgen om familieleden in land van herkomst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
36	Rouw/ Verlies (materieel/familieleden, vrienden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
37	Aanpassing aan andere cultuur (klimaat, eten, hulpverlening, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
38	Tradities handhaven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
39	Beleving van religie in andere samenleving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
40	Heimwee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
41	Toelichting:								
Redactie: Win Kraaij, Petra Leban & Alaka Rajjan (Versie WK2.0: 25 October 2009; RisQ41(WK1.4)doc)									

## Bijlage 2



**Figuur 1** *Boxplot outliers traumablootstelling*