

Oorspronkelijk artikel

Traumatische ervaringen en psychopathologie onder Somalische vluchtelingen in Nederland

door T.C. Roodenrijs, R.P. Scherpenzeel en J.T.V.M. de Jong

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de aard en de intensiteit van traumatische ervaringen onder 54 vluchtelingen uit Somalië. Er is gekeken naar het voorkomen van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en de (co)morbiditeit van angst- en depressieklachten. Als meetinstrumenten zijn de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) en de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) gebruikt. Daarnaast is door middel van dossieronderzoek een inventarisatie gemaakt van de medische-zorgconsumptie van deze groep vluchtelingen. De Somaliërs melden een gemiddelde van 15,9 traumatische gebeurtenissen. Volgens de HTQ hebben 17 mensen (31,5%) een PTSS. Volgens de HSCL-25 is er bij 19 mensen (36%) sprake van angstproblematiek en bij 33 mensen (63%) van depressieproblematiek, waarbij een aanzienlijke comorbiditeit bestaat. Er is geen positieve correlatie tussen het aantal ervaren traumatische gebeurtenissen en de hoogte van PTSS, angst- of depressiescores. Er is sprake van een frequent artsbezoek met een diversiteit aan somatische klachten. Psychische klachten worden echter zelden gemeld.

Inleiding

Vluchtelingen hebben vaak onmenselijke omstandigheden, geweld en marteling doorstaan. Zij vormen mede hierdoor een risicogroep wat betreft psychische en somatische klachten en psychiatrische ziekten (Van Willigen en Hondius 1992; Clinton-Davis en Fassil 1992; Mollica e.a. 1987b). Er bestaat veel belangstelling voor 'organized violence' als oorzaak van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen (De Girolamo 1990; Desjarlais e.a. 1995). Naast de diagnose PTSS worden ook andere psychiatrische stoornissen gerapporteerd die verband houden met trauma's als oorlogsgeweld. Voorbeelden hiervan zijn midde-lenmisbruik, depressieve stoornis, gegeneraliseerde angst- en paniekstoornis en somatoforme stoornissen (Barudy 1989; Westermeyer 1986; Marsella e.a. 1994).

Er is nog weinig informatie over de huidige gezondheidssituatie van vluchtelingen in Nederland. Dit geldt zeker ook voor de Somalische

vluchtelingen die binnen de GGZ vaak worden beschouwd als een problematische groep om mee te werken. Dit descriptieve onderzoek inventariseert de aard en omvang van traumatische ervaringen die Somalische vluchtelingen hebben ondergaan. Verder wordt het voorkomen van psychopathologie bij deze groep vluchtelingen onderzocht, te weten PTSS, angst- en depressieproblematiek. Ook is de medische-zorgconsumptie bestudeerd.

Methode

Somaliërs in Nederland – In 1995 kwamen er 3.977 Somaliërs naar Nederland. Hiermee nemen zij qua aantal de tweede plaats in na vluchtelingen uit Bosnië. Vanaf 1983 hebben 24.451 Somalische vluchtelingen een asielverzoek ingediend. Vanaf 1990 hebben 11.988 Somalische vluchtelingen een verblijfsvergunning gekregen (Immigratie en Naturalisatie Dienst 1996).

Dit onderzoek betreft een groep van 54 Somaliërs ouder dan 16 jaar uit vier asielzoekerscentra (AZC's) in Zuid- en Oost-Nederland (Spaubeek, Schimmert, Groesbeek en Aalten). De groep van 54 Somaliërs is door middel van een gelegenheidssteekproef totstandgekomen. In totaal verbleven er in de vier centra 119 Somalische mensen ouder dan 16 jaar. Van hen werden door afwezigheid 46 niet bereikt. Van de 73 benaderde mensen hebben er 19 deelname geweigerd, met als redenen dat zij het te druk hadden, niet over het verleden wilden praten, of zich aan de Ramadan hielden.

Er vond een inventarisatie plaats van een aantal sociaal-demografische variabelen en van medische gegevens zoals bekend op de medische opvang (MOA) van het AZC. Daarnaast werden twee meetinstrumenten gebruikt. De *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) is een vragenlijst waarmee 17 traumatische gebeurtenissen en 30 aan traumatische gebeurtenissen gerelateerde symptomen worden gemeten (Mollica e.a. 1992). Zestien van deze symptomen komen overeen met de DSM-IV-criteria voor PTSS. De overige items betreffen 14 cross-cultureel gevalideerde items voor Indochinese vluchtelingen. De HTQ heeft een vierpuntsschaal waarop symptomen gescoord worden van 1 tot en met 4. Het voorkomen van PTSS wordt bepaald met behulp van de item cut-off score van 2.5 van de HTQ (Mollica e.a. 1992a). Eveneens wordt het voorkomen van PTSS door middel van strikte interpretatie van de DSM-IV-criteria bepaald, waarbij alleen symptomen met een score 3 (in grote mate) en 4 (extreem) worden meegeteld. De *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL-25) is een screeningsinstrument voor angst- en depressiesymptomen (Derogatis e.a. 1974; Mouanoutou e.a. 1995). De HSCL-25 bevat 10 vragen met betrekking tot angst en 15 vragen gericht op depressieve symptomen. Het voorkomen van de symptomatologie wordt op een vierpuntsschaal weergege-

ven. Voor beide subschalen is een item cut-off score van 1.75 gebruikt om psychiatrische symptomatologie aan te kunnen duiden.

Beide meetinstrumenten zijn voor het onderzoek in het Somalisch vertaald. De vragenlijsten werden afgenomen in het bijzijn van een Somalische tolk. Hoewel het zelf-invul-vragenlijsten zijn, is er bewust voor gekozen om de vragen in interviewvorm te stellen, aangezien verwacht werd dat een aantal respondenten geen formele opleiding hebben gevolgd. Alle tolken kregen dezelfde instructies en training. Met het oog op sociaal wenselijke antwoorden werd duidelijk gemaakt dat de uitslag van het onderzoek geen effect had op een eventuele verblijfstitel.

Bij een groep van 47 Somaliërs zijn beide vragenlijsten volledig afgenomen, bij zeven Somaliërs zijn slechts de vragen over hun huidige symptomen gesteld, aangezien zij niet over het verleden wilden praten. Bij één Somaliër zijn er geen gegevens over de angst- en depressie-symptomen, aangezien het interview als te belastend werd ervaren. Bij de totale groep Somaliërs werden door middel van onderzoek van de dossiers van de medische dienst van het AZC hun medische gegevens geïnventariseerd. Naast het aantal malen dat men de arts van het AZC heeft bezocht, werd ook gekeken naar de aard van de klachten, medicatiegebruik, roken en alcoholgebruik. De frequentie van het artsbezoek werd gerelateerd aan de tijd dat men in Nederland is of aan de tijd dat men zich in een AZC bevindt. De klachten zijn vervolgens gerubriceerd naar de ICPC-code (Höppener e.a. 1990).

Resultaten

Sociaal-demografische beschrijving – Samenvattend kan gezegd worden dat er sprake is van een jonge islamitische populatie (gemiddelde leeftijd 26 jaar, $sd = 6.0$) met twee keer zoveel mannen (67%) als vrouwen. De groep is redelijk hoog opgeleid en overwegend afkomstig uit Mogadishu. De helft van de groep (52%) behoort tot de Daarood-clan (clan van voormalig dictator S. Barre). Meer dan de helft van de groep (67%) is alleen en heeft (nog) geen verblijfsstatus (76%). Verder verbleef meer dan de helft van de groep (65%) ten tijde van het onderzoek korter dan zes maanden in Nederland en is bijna de helft van de groep (43%) langer dan zes maanden op de vlucht geweest.

Traumatische gebeurtenissen – Gemiddeld maakten de respondenten 15,9 ($sd = 0.88$) traumatische gebeurtenissen mee. Het totaal aantal gebeurtenissen ‘gezien’ of ‘ervaren’ heeft een gemiddelde waarde van 13,7 per persoon ($sd = 2.08$), terwijl het totaal aantal gebeurtenissen ‘ervaren’ een gemiddelde waarde heeft van 11,3 per persoon ($sd = 2.42$). Voor het voorkomen van de afzonderlijke traumatische gebeurtenissen wordt verwezen naar tabel 1. 29 personen (62%) hebben een marteling ondergaan. De meest genoemde vormen van marteling zijn in afnemende

Tabel 1: Het voorkomen van afzonderlijke traumatische gebeurtenissen (n = 47)

Traumatische gebeurtenissen	gezien of ervaren (%)	ervaren (%)
1. Nabij de dood zijn	100	94
2. Onnatuurlijke dood van familie of vrienden	100	100
3. Scheiding van familieleden	100	100
4. Enig andere zeer beangstigende of levensbedreigende situatie	100	100
5. Gebrek aan voedsel of water	96	83
6. Ernstige verwondingen	96	38
7. Moord op familie of vrienden	96	96
8. Geen onderdak	94	89
9. Gevechtssituatie	94	66
10. Gedwongen isolement van anderen	94	87
11. Moord op vreemden	94	92
12. Slechte gezondheid zonder toegang tot medische zorg	85	40
13. Marteling	83	62
14. Gevangenschap	62	43
15. In contact zijn geweest met landmijnen	33	2
16. Verkrachting of seksueel misbruik	26	0
17. 'Brainwashing'	13	7

rangorde: al dan niet met voorwerp geslagen worden (23 mensen), langdurig vastgebonden zijn (5 mensen), messteken, bloedafname, poging tot verkrachting, het breken van lichaamsdelen en elektrische schokken op geslachtsdelen.

Traumatische gebeurtenissen in Nederland – Aan de Somalische vluchtelingen is ook gevraagd om de meest traumatische gebeurtenissen die zij in Nederland hebben meegemaakt, te beschrijven. 26 mensen (55%) geven aan geen traumatische ervaringen in Nederland te hebben meegemaakt. De resterende groep (45%) noemt negatieve ervaringen die samenhangen met het vluchteling zijn in Nederland zoals het langdurige en vaak weinig comfortabele verblijf in een AZC of bijvoorbeeld onzekerheid omtrent een status.

Voorkomen van symptomen – De inventarisatie van PTSS-symptomen (HTQ) is weergegeven in tabel 2. De meest voorkomende angstsymptomen (HSCL-25) zijn: 'rusteloos voelen, niet stil kunnen zitten' (43%), 'hoofdpijn' (38%), 'angstig voelen' (25%), 'flauwte, duizeligheid, zwakte' (23%), 'nervositeit, shakiness inside' (23%). De meest voorkomende depressiesymptomen (HSCL-25) zijn: 'in- en/of doorslaapproblemen' (77%), 'te veel zorgen over dingen maken' (71%), 'alleen voelen' (71%), 'hopeloos voelen over de toekomst' (46%), 'neerslachtig voelen' (45%).

Tabel 2: Het voorkomen van afzonderlijke PTSS-symptomen (n = 47)

PTSS-symptoomgroep <i>herbeleven</i> (B)	%
1. Terugkerende opdringende onaangename herinneringen	87
2. Terugkerende akelige dromen over de gebeurtenis	28
3. Handelen of voelen alsof de gebeurtenis zich herhaalt	30
4/5 Emotionele en/of fysiologische reactie a.g.v. gebeurtenis	67
PTSS-symptoomgroep <i>vermijden</i> (C)	
1. Vermijden van gedachten, gevoelens of gesprekken	100
2. Vermijden van activiteiten	85
3. Geheugenverlies	2
4. Verminderde belangstelling belangrijke activiteiten	20
5. Onthechting of vervreemding	24
6. Beperkt uiten van affect	11
7. Gevoel een beperkte toekomst te hebben	39
PTSS-symptoomgroep <i>hyperactivatie</i> (D)	
1. Moeite met slapen of doorslapen	69
2. Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen	33
3. Moeite met concentreren	32
4. Overmatige waakzaamheid	15
5. Overdreven schrikreacties	24

Medische consumptie – Het gemiddeld aantal contacten bij de AZC-arts (berekend voor de periode in Nederland) van alle AZC's bedraagt 1,1 per maand (sd = 1.09).

Aard van de klachten – In tabel 3 is de verdeling van klachten over de 17 ICPC-categorieën weergegeven, waarbij rekening is gehouden met de frequentie van voorkomen. Ook is er gekeken naar de tien meest voorkomende problemen (36%) volgens de ICPC-codes, variërend van pruritis (6,0%), acute infectie bovenste luchtwegen (5%) tot late gevolgen van trauma (d.w.z. de lichamelijke klachten veroorzaakt door geweld; marteling, kogels en granaatscherven) (2%) en symptomen klachten keel (2%). In de categorie meest voorkomende problemen waren ook slapeloosheid en andere slaapproblemen (4%), hoofdpijn (2%) en verminderde eetlust (2%) terug te vinden.

Intoxicaties – Bij het inventariseren van het alcoholgebruik blijkt dat 44 personen (96%) geen alcohol gebruiken. 26 personen (55%) roken niet, 21 personen (45%) roken, gemiddeld tien sigaretten per dag. Van de 18 personen bij wie het qat-gebruik is geïnventariseerd, gebruiken 14 (78%) in wisselende mate qat. Het medicatiegebruik is zeer gering: 35 personen (65%) gebruiken geen medicatie, 16 personen (31%) gebruiken wel medicatie, waarbij het soort medicijnen sterk wisselt; slechts 2

Tabel 3: Aard van somatische klachten ingedeeld naar ICPC-categorieën (n = 54)

ICPC-categorieën	totaal	%
1. Tractus digestivus	69	16
2. Huid en subcutaan weefsel	58	14
3. Tractus respiratorius	56	13
4. Oog	39	9
5. Zwangerschap, bevalling, kraambed en anticonceptie	38	9
6. Algemeen en niet gespecificeerd	28	7
7. Psychische stoornissen	23	6
8. Bewegingsapparaat	22	5
9. Geslachtsorganen en borsten vrouw	19	5
10. Zenuwstelsel	13	3
11. Urinewegen	13	3
12. Endocriene metabole en voedingsziekten	12	3
13. Tractus circulatorius	11	3
14. Sociale problemen	7	2
15. Bloed en bloedvormende organen	5	1
16. Oor	4	1
17. Geslachtsorganen en borsten man	3	1

mensen gebruiken op het moment van onderzoek benzodiazepinen; geen van de respondenten gebruikt tijdens het onderzoek antidepressiva.

Gemiddelde scores van de symptomen – Volgens DSM-IV-criteria blijkt dat er bij 19 personen (35%) een PTSS-diagnose gesteld kan worden. Bij gebruik van de HTQ cut-off score van 2.5 zijn er 17 personen (31,5%) met een PTSS, 9 mannen (25%) en 8 vrouwen (44%). De gemiddelde item-score van de HTQ bedraagt 2.26 (sd = 0.39), range 1.56-3.13. De gemiddelde item-score op de tien angstsymptomen van de HSCL-25 bedraagt 1.68 (sd = 0.49), range 1.10-3.10; 19 personen (36%) hebben een score hoger dan de cut-off score van 1.75. Het betreft 9 mannen (25%) en 10 vrouwen (56%). De gemiddelde item-score op de 15 depressiesymptomen van de HSCL-25 bedraagt 1.98 (sd = 0.55), range 1.00-3.20; 33 personen (63%) hebben een score hoger dan de cut-off score van 1.75. Het betreft 19 mannen (53%) en 14 vrouwen (78%).

Comorbiditeit – Er blijkt bij 23 personen (43,4%) sprake te zijn van meerdere syndromen volgens HTQ en HSCL-25. Bij 12 personen (22,6%) komt zowel een PTSS als angst- en depressieproblematiek voor. Bij 6 personen (11,3%) komt zowel depressie- als angstproblematiek voor; bij 4 personen (7,5%) zowel een PTSS als depressieproblematiek; bij 1 persoon (1,9%) is er sprake van een PTSS als angstproblematiek.

Onderlinge verbanden – Er werden geen significante correlaties gevonden tussen het aantal traumatische gebeurtenissen (ervaren of getuige van

geweest) en de hoogte van de PTSS-scores (Pearson's $r = -0.026$, $p = 0.85$, tweezijdig), angstscores ($r = 0.15$, $p = 0.26$, tweezijdig) en depressiescores ($r = -0.03$, $p = 0.83$, tweezijdig). De spreiding van het aantal traumatische gebeurtenissen was echter zeer laag. De gemiddelde waarde bedroeg 13,7 ($sd = 2.08$). Somalische vluchtelingen met een PTSS (gemeten met de HTQ) bleken significant hogere gemiddelde angstscores ($t(51) = 5.14$, $p < 0.01$, tweezijdig getoetst) of depressiescores ($t(51) = 6.41$, $p < 0.01$, tweezijdig getoetst) te hebben dan Somalische vluchtelingen zonder een PTSS.

Discussie

In dit onderzoek is sprake van een zeer getraumatiseerde groep Somalische vluchtelingen. PTSS, angst- en depressieproblematiek komen vaak voor met een hoge onderlinge comorbiditeit. Ondanks de hoge medische consumptie blijken psychische klachten echter nauwelijks een reden voor consultatie. Helaas is onbekend of de onderzoekspopulatie representatief is voor de gehele Somalische populatie in Nederland, daar sociaal-demografische gegevens over vluchtelingen in Nederland volledig ontbreken. Dit descriptieve onderzoek beoogt met name van waarde te zijn als een eerste inventarisatie van de mate en aard van psychopathologie bij (een groep) Somalische vluchtelingen. Tevens kan het een aanzet geven voor verder onderzoek, temeer daar de behoefte aan informatie vanuit het 'werkveld' groot is. Zo komen bij Pharos veel verzoeken tot ondersteuning binnen van reguliere zorginstellingen betreffende de Somalische groep vluchtelingen. Hierna zullen kort per variabele de meest in het oog springende bevindingen worden besproken.

Traumatische gebeurtenissen – Binnen de categorie afzonderlijke traumatische gebeurtenissen van de HTQ is het opvallend dat slechts 13% van de respondenten op het item 'brainwashing' scoort. Dit is niet in overeenstemming met ander onderzoek waar een percentage van meer dan 60% is gevonden (Mollica e.a. 1992a). Een mogelijke verklaring voor dit lage percentage is het feit dat deze populatie vooral slachtoffer was van willekeurige terreur in een burgeroorlog tussen clans zonder ideologische motieven. Hoewel iedereen van onze groep over verkrachting of seksueel misbruik gehoord heeft en ook een beperkt aantal personen (26%) er getuige van is geweest, is er echter niemand in de groep die het zelf heeft meegemaakt. Gezien de berichten over Somalië en de UNHCR-informatie (1995) over de situatie in de vluchtelingenkampen in Kenya is het onwaarschijnlijk dat er in deze onderzoekspopulatie geen slachtoffers zijn van seksueel geweld. Een reden voor de mogelijke onderrapportage is het gegeven dat in Somalië seksuele mishandeling een stigma betekent voor zowel het slachtoffer als voor haar/zijn

familie. In vele culturen is het spreken over seksualiteit in het algemeen en seksueel geweld in het bijzonder taboe (Van der Kwaak e.a. 1991; Mollica en Caspi-Yavin 1991).

Traumatische gebeurtenissen in Nederland – De hoedanigheid van vluchteling zijn in Nederland blijkt voor 45% van de Somaliërs een traumatische ervaring. Dit sluit aan bij onderzoek naar acculturatieve stress bij vluchtelingen, dat stelt dat tevens mede hierdoor vluchtelingen een risicogroep vormen voor het krijgen van psychiatrische ziekten (Williams en Berry 1991).

Trauma-symptomen – De 14 toegevoegde trauma-items, cross-cultureel gevalideerd voor een groep Indochinese vluchtelingen (Mollica e.a. 1992a), lijken gezien hun cultuurspecificiteit niet volledig bij Somalische vluchtelingen aan te sluiten. Van de traumasymptomen die het minst frequent voorkomen, blijken er 5 in de 14 toegevoegde trauma-items te vallen. Voor een deel is deze lage score te verklaren uit de reële situatie, bijvoorbeeld bij het item 'het gevoel hebben dat je de enige bent die geleden heeft'. Mensen interpreteren deze vraag concreet: 'Nee, iedereen is slachtoffer van de oorlog'. Bij de vragen 'het gevoel hebben alsof je gek wordt' en 'het gevoel hebben alsof je in twee personen gespleten bent' bestaat de indruk dat onder andere vanuit sociale wenselijkheid ontkennend geantwoord wordt: 'ik ben toch niet gek'. Bij de vraag 'je schuldig voelen dat je overleefd hebt' bestaat de indruk dat de vraag geïnterpreteerd wordt als 'ben je schuldig of heb je schuld'. Omdat al deze vragen behept zijn met problemen van semantische en conceptuele validiteit, valt er geen uitspraak te doen of een aantal vragen verwijzen naar mogelijk interculturele verschillen in traumasymptomatologie. Onduidelijk blijft welke en of er aanvullende cultuurspecifieke PTSS-symptomen zijn voor Somalische vluchtelingen.

Comorbiditeit – Somalische vluchtelingen met een PTSS blijken significant hogere gemiddelde angst- en depressiescores te hebben. Dit is conform onderzoek van Hermann (1992), die stelt dat langdurige depressie de meest voorkomende bevinding is bij mensen die ernstig getraumatiseerd zijn. De hoge mate van het voorkomen van PTSS en angst- en/of depressieproblematiek is in overeenstemming met verschillende andere onderzoeken waarin naast PTSS andere psychische stoornissen gevonden worden bij trauma's zoals oorlogsgeweld (Jensen e.a. 1989; De Girolamo 1990; Kinzie e.a. 1985; Lerer e.a. 1991; Mollica e.a. 1990; Petersen e.a. 1995; Rundell e.a. 1989).

Medische consumptie – Uit het gemiddeld aantal consulten per maand blijkt een hoge medische consumptie, namelijk 1,1 consulten per maand. Dit sluit aan bij het feit dat er in de opvangcentra een frequent

artsbezoek is. Uit het *Statistisch Jaarboek 1996* blijkt voor de Nederlandse bevolking een gemiddeld aantal contacten met de huisarts van 0,3 per persoon per maand te gelden. De resultaten in dit onderzoek zijn in overeenstemming met andere onderzoeksbevindingen waarin vluchtelingen naast een groot aantal psychische klachten ook een groot aantal specifieke somatische klachten vertonen (Hondius en Van Willigen 1989). In dit onderzoek worden psychische klachten echter zelden als reden voor consult aangevoerd. Ondanks het feit dat deze klachten bestaan, zijn de respondenten niet geneigd hiervoor hulp te vragen. Een voorbeeld: in dit onderzoek is de frequentie van in- of doorslaapproblemen (in grote mate tot extreem) 77%. Uit de inventarisatie van de medische dossiers blijken slaapproblemen slechts in 4% van de gevallen als klacht genoteerd te zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vluchtelingen hun psychische problemen eerder in somatische dan in psychische klachten vertalen (Clinton-Davis en Fassil 1992; Mollica e.a. 1987).

Relatie traumatische gebeurtenissen en traumasymptomen – In dit onderzoek kan geen verband worden aangetoond tussen het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen en de hoogte van de scores van PTSS, angst- of depressiesymptomen. Dit is niet in overeenstemming met veel literatuur op dit gebied (Mollica e.a. 1987a en 1987b; Rundell e.a. 1989). De bevinding is wel in ander Nederlands onderzoek beschreven (Willigen en Hondius 1992). Het ontbreken van een correlatie kan worden verklaard uit de eerdergenoemde geringe spreiding in traumatische gebeurtenissen gezien of ervaren (gemiddelde waarde = 13,7, sd = 2,08). Bijna alle personen hebben dus veel traumatische gebeurtenissen doorstaan. In dit onderzoek, waarin de gehele groep veel traumatische gebeurtenissen heeft doorstaan, ontwikkelt niet iedereen een PTSS, angst- dan wel depressieproblematiek. Indien er sprake is van een PTSS, is er tevens sprake van hogere angst- en/of depressiescores. Het is zeer aannemelijk dat premorbide individuele psychologische factoren en/of biologische kwetsbaarheid naast eventuele verschillen in acculturatieve stress medebepalend zijn voor het al dan niet ontstaan van deze psychopathologie (Basoglu e.a. 1994a en b). De in de praktijk gehoorde signalen dat de Somalische groep geïsoleerd is en nauwelijks gezien wordt in de reguliere gezondheidszorg, roept, zeker gezien de ernst van de problematiek bij deze onderzoeksgroep, vragen op. Het lijkt wenselijk dat er middels aanvullend onderzoek, voorlichting en bijscholing deskundigheidsbevordering plaatsvindt, die ten goede zal komen aan adequate hulpverlening voor (Somalische) vluchtelingen met psychische/psychiatrische problematiek.

Wij willen de Somalische asielzoekers en medewerkers van de AZC's hartelijk danken voor hun medewerking. Wij bedanken dr. I.H. Komproe voor zijn steun bij de statistische bewerking.

Summary: Traumatic experiences and psychopathology among Somalian refugees in the Netherlands

This study was designed to determine the prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) and the co-morbidity of PTSD with depression and anxiety among a sample of 54 Somalian adult refugees in the Netherlands. The study used the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) and the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) to measure the correlation of their current psychiatric disorders with the number of traumatic events experienced. In addition, their physical health consumption was assessed. On average the refugees experienced 15,9 traumatic events. Seventeen subjects (31.5%) met the criteria for PTSD, 19 subjects (36%) met the criteria for an anxiety disorder and 33 subjects (63%) for a depressive disorder. No positive correlation was found between the number of traumatic events experienced and the severity of the PTSS, anxiety, or depression scores. The subjects frequently consulted their general practitioner for a variety of physical complaints whereas psychological complaints were seldomly expressed.

Literatuur

- Barudy, J. (1989). A programme of mental health for political refugees: Dealing with the invisible pain of political exile. *Social Science and Medicine*, 28, 715-727.
- Başoğlu, M., Paker, M., Erdogan, Ö., e.a. (1994a). Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA*, 272, 357-363.
- Başoğlu, M., Parker, M., Paker, Ö., e.a. (1994b). Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 76-81.
- Clinton-Davis, L., & Fassil, Y. (1992). Health and social problems of refugees. *Social Science and Medicine*, 35, 507-513.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., e.a. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. In P. Pichot (est.), *Psychological measurements on psychopharmacology, Modern problems in pharmacopsychiatry*. Krager, Basel.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., e.a. (1995). *World mental health problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Dramensky Petersen, H., Abildgaard, U., Daugaard, G., e.a. (1985). Psychological and physical long-term effects of torture: A follow-up examination of 22 Greek persons exposed to torture 1967-1974. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13, 89-93.
- Girolamo, G. de (1990). Mental health and psychosocial problems among refugees, an international overview. *2nd European Conference on Traumatic Stress*. Noordwijkerhout.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD, a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hondius, A.J.K., & van Willigen, L.H.M. (1989). Baseline healthcare for refugees in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 28, 729-733.
- Höppener, P., Knottnerus, J.A., Metsemakers, J.F.M., e.a. (1990). Een geautomatiseerd steekproefbestand voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 33, 66-69.
- Jensen, S.B., Schaumburg, E., Leroy, B., e.a. (1989). Psychiatric care of refugees exposed to organized violence: A comparative study of refugees and immigrants in Frederiksborg County, Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 125-131.
- Kinzie, J.D., Fredrickson, R.H., Ben, R., e.a. (1985). Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psy-*

- chiatry*, 141, 645-650.
- Kwaak, A. van der, Haaijer, I., & Bartels, K. (1991). Besnijdenis bij Somalische vrouwen: de stilte doorbroken? *Medische Antropologie*, 3, 210-235.
- Lerer, B., Doleu, A., & Bleich, A. (1991). *Co-morbidity and cross-cultural variability in PTSD*. Paper presented at 144th annual meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans.
- Marsella, A.J., Borneman, T., Ekblad, S., e.a. (1994). *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington: American Psychological Association.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., de Marneffe, D., e.a. (1987a). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist 25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., & Lavelle, J. (1987b). The psychosocial impact of war trauma and torture on South East Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1572-1576.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., Lavelle, J., e.a. (1990). Assessing symptom change in South East Asian refugee survivors of mass violence and torture. *American Journal of Psychiatry*, 147, 83-88.
- Mollica, R.F., & Caspi-Yavin, Y.C. (1991). Measuring torture and torture related symptoms. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 581-587.
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y.C., Bollini, P., e.a. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mouanoutoua, V.L., & Brown, L.G. (1995). Hopkins Symptom Checklist-25, Hmong Version: A screening instrument for psychological distress. *Journal of Personality Assessment*, 64, 2, 376-383.
- Rundell, J.R., Ursano, R.J., Holloway, H.C., e.a. (1989). Psychiatric responses to trauma. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 68-74.
- UNHCR (1995). *Kenya Operation. Information Bulletin february*. Public information, Nairobi 1-12.
- Westermeyer, J. (1986). Planning mental health services for refugees. In C&J Williams & Westermeyer (red.), *Refugees mental health issues in resettlement countries*. New York: Hemisphere.
- Williams, C.L., & Berry, J.W. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees, application of psychological theory and practice. *American Psychologist*, 46, 632-641.
- Willigen, L.H.M. van (1988). De lichamelijke en geestelijke conditie van vluchtelingen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 27, 1251-1255.
- Willigen, L.H.M. van, & Hondius, A.J.K. (1992). *Vluchtelingen en gezondheid, deel 1: Theoretische beschouwingen omtrent de medische klachten van vluchtelingen in de eerstelijnszorg*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

T.C. Roodenrijs en R.P. Scherpenzeel zijn beiden werkzaam als AGIO psychiatrie in PC Welterhof respectievelijk APZ Reinier van Arkel. Ze voerden het onderzoek uit als studenten geneeskunde in Maastricht. J.T.V.M. de Jong is bijzonder hoogleraar transculturele psychiatrie bij de VU, directeur van TPO-Amsterdam, en psychiater in het AWT Pijp/Rivierenbuurt in Amsterdam. Correspondentieadres: R.P. Scherpenzeel, Frederik Hendriklaan 125, 5212 BD 's-Hertogenbosch.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-7-1997.