

Behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen met psychofarmaca

door J.G.B.M. Rohlof

Gepubliceerd in 1995, no. 6

Samenvatting

Het aantal vluchtelingen neemt in Nederland aanzienlijk toe. Velen van hen zijn getraumatiseerd door gebeurtenissen in het land van herkomst en tijdens de vlucht. Traumabehandeling bestaat in de regel uit psychotherapie ('exposure' en 'coping') maar vaak zijn psychofarmaca nodig. Voor de behandeling is goede diagnostiek nodig; vaak wordt de diagnose posttraumatische stress-stoornis gesteld, maar er komt ook veel comorbiditeit voor. Medicatie bij niet-westerse individuen dient voorzichtig gedoseerd te worden aangezien waarschijnlijk de werkzame dosering lager is. Ook zijn er vaak problemen met de compliance. Bij de posttraumatische stress-stoornis worden momenteel antidepressiva toegepast, zowel van de eerste als van de tweede generatie. Indien er enkel klachten over nachtmerries bestaan kan men langerwerkende benzodiazepines als slaapmiddel geven. Een goede afstemming van farmacotherapie en psychotherapie blijft noodzakelijk om negatieve interacties te voorkomen.

Inleiding

Het aantal in Nederland opgevangen vluchtelingen en asielzoekers neemt de laatste jaren exponentieel toe, van 21.615 in 1991 tot 34.000 in 1993. Velen van hen zijn naar Nederland gekomen om redenen van oorlog, politiek geweld en/of vervolging, en niet om economische redenen zoals bepaalde figuren ons willen doen geloven. Medio 1993 zijn de belangrijkste herkomstlanden Iran, Irak, Somalië, en het vroegere Joegoslavië. Gezien de situatie in deze landen valt niet te verwachten dat er mogelijkheden zijn voor snelle terugkeer, zodat we moeten rekenen op een in Nederland blijvend aanwezige, en groeiende groep vluchtelingen.

Een groot aantal van deze vluchtelingen kampt met de verwerking van ernstig traumatische gebeurtenissen: oorlogshandelingen, gevangenschap, martelingen, vervolging, met daarbij angst voor ontdekking tijdens de vlucht, enz. Nu reeds wordt overal binnen de geestelijke gezondheidszorg een toename geconstateerd van de vraag naar behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen. Te verwachten is dat deze vraag de komende jaren nog verder zal stijgen, enerzijds door de toename van de vluchtelingenstroom, anderzijds door de vertraging die meestal optreedt in het zoeken naar psychiatrische en psychotherapeutische behandeling. Ten dienste van deze vraag werd in 1992 de stichting Pharos opgericht, een instelling die zich bezighoudt met zowel het zelf behandelen van vluchtelingen als ook met consultatie ('zorgondersteuning') aan anderen in de gezondheidszorg die vluchtelingen behandelen.

De psychotherapeutische behandeling van patiënten die te maken hebben met gevolgen van traumata bestaat tegenwoordig meestal uit een combinatie van verwerking, individuele steun en het zorgdragen voor een veilige, ondersteunende omgeving. Bij verwerking worden elementen uit de gedragstherapie gebruikt: 'exposure', dit is het blootstellen aan de traumatische herinneringen die zo levendig mogelijk

opgeroepen worden, in een rustige behandelsetting, en ook het aanleren van 'coping'-strategieën om beter om te gaan met indringende gedachten en nachtmerries.

Vormen van psychotherapie bij traumabehandeling zijn bestudeerd in diverse dubbelblinde studies: hierin blijkt exposure vaak superieur boven andere technieken (Solomon e.a. 1992). In een Nederlandse studie werden drie technieken met elkaar vergeleken, namelijk een psychodynamische aanpak, hypnotherapie en desensitisatie, die alle drie een even positieve uitkomst gaven (Brom e.a. 1989).

Aan de psychiater wordt om diverse redenen om een farmacotherapeutische behandeling bij traumatiseerde vluchtelingen gevraagd.

In een aantal gevallen is psychotherapeutische behandeling wel mogelijk, maar klaagt de patiënt toch over slechte controle over symptomen als depressiviteit, slecht slapen en terugkerende herinneringen. Psychofarmaca kunnen in deze gevallen de psychotherapeutische behandeling ondersteunen. Bij andere patiënten is psychotherapie (nog) niet mogelijk. Zij kunnen of willen niet over traumatische gebeurtenissen praten, en hebben enkel klachten, van psychische of somatische aard. Bij sommige anderen speelt ook nog een onoverkomelijk taalprobleem waardoor een gesprekscontact niet tot stand komt.

Ten slotte kunnen psychofarmaca worden aangewend om een relatief snelle symptomatische verbetering te bereiken teneinde patiënten gemotiveerd te houden voor psychotherapie: die geeft immers meestal pas op langere termijn verbetering. Daarbij moet bedacht worden dat voor patiënten uit andere culturen het geven van medicijnen gelijk staat aan het hen serieus nemen als patiënt.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van problemen en mogelijkheden in de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen met psychofarmaca. Over de behandeling van vluchtelingen met psychofarmaca werd reeds in Nederland gepubliceerd (Vladar Rivero 1988, 1992), maar een systematisch literatuuroverzicht ontbrak nog. Ook verdienen de meest recente studies een vermelding.

Allereerst wordt een aantal epidemiologische gegevens verstrekt die van belang zijn voor het onderwerp. Vervolgens komen algemene opmerkingen over medicatiegebruik bij vluchtelingen aan de orde. Hierna worden de dubbelblinde, gerandomiseerde studies vermeld betreffende de farmacotherapeutische behandeling van de posttraumatische stress-stoornis (verder afgekort als ptss). Aan de hand daarvan volgen ten slotte aanbevelingen voor de klinische praktijk.

Epidemiologie

De posttraumatische stress-stoornis, zoals beschreven in de dsm-iii-r (American Psychiatric Association 1988), is een frequent voorkomend psychiatrisch ziektebeeld, niet alleen bij vluchtelingen. Volgens onderzoek door Breslau e.a. (1990) zou de levenslange prevalentie van de ptss in de bevolking maar liefst 9% bedragen.

Bij een grote groep bij het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen aangemelde vluchtelingen (n=480) vonden Hondius en Van der Willigen (1992) in 92% een anamnese van marteling of vervolging. Psychische klachten werden aangetroffen bij 83% van deze groep (n=401); de meest genoemde klachten bij deze subgroep waren slaapstoornissen (59%), angst (47%), zich depressief voelen (31%), concentratiestoornissen (28%), prikkelbaarheid (23%), en nachtmerries (19%) (de totaalscore is meer dan 100% omdat een aantal klachten meer dan eens werd gemeld).

Bij een onderzoek naar het voorkomen van de ptss bij een psychiatrisch opgenomen groep vluchtelingen uit Zuidoost-Azië (n=322) vond Kinzie (1987) een prevalentie van 70% voor een bestaande diagnose van ptss, en 5% voor een dergelijke diagnose in het verleden bij de overigen.

Een complicerend element is de comorbiditeit bij ptss met andere psychische aandoeningen. Davidson e.a. (1985) vonden bij een opgenomen groep mensen met een ptss een comorbiditeit met depressie van 41%, met alcoholmisbruik van 41%, met bipolaire stoornis van 25%, en met een angststoornis van 19%. Hierdoor worden zowel de interpretatie van de epidemiologische gegevens bemoeilijkt, als het onderzoek naar behandelmogelijkheden belemmerd.

Vanuit de klinische praktijk in Nederland kunnen hieraan een aantal overwegingen worden toegevoegd. Zo is het moeilijk bij de individuele patiënt de bijdrage te schatten die de traumatisering in het land van herkomst of tijdens de vlucht aan zijn psychische symptomen levert. Evenzeer 'stresserend' kunnen de huidige omstandigheden van de vluchteling zijn: problemen rond de asielprocedure, problemen in de aanpassing aan de Nederlandse cultuur, ledigheid, het verlies van status, en identiteitsproblemen, problemen in de relaties met gezinsleden of landgenoten, zorgen over achtergebleven familieleden, enz. Veel van deze spanningen kunnen de verwerking van eerdere traumata belemmeren. Hiertegenover staat de veiligheid en rust die de meeste vluchtelingen in Nederland ervaren.

Wanneer iemand pas kort in Nederland is, kan het taalprobleem een grote barrière betekenen. Als de taal enigszins onder de knie is kan er vaak nog moeilijk gecommuniceerd worden over gevoelens omdat het daarbij om moeilijke abstracte begrippen gaat. Werken met tolken levert niet altijd succes op, mede gezien de verschillen tussen talen; in sommige talen bestaan er zelfs geen termen voor depressie en angst. Daarnaast zijn er culturele belemmeringen: de betekenis en het belang van diverse symptomen worden door patiënten uit andere culturen ofwel overdreven ofwel gebagatelliseerd, afhankelijk van de culturele betekenis. Voorbeelden hiervan zijn het vaak klagen over verlies van fysieke kracht en het onderrapporteren van somberheid.

Het moge duidelijk zijn dat het stellen van de diagnose ptss bij vluchtelingen niet eenvoudig is. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat er momenteel in Nederland sprake is van onderrapportage: symptomen worden vaak anders geïdentificeerd, bijvoorbeeld in somatische beelden.

Medicamenteuze behandeling: algemene opmerkingen

Bij medicatieverstrekking aan individuen uit andere culturen dient men een aantal zaken te overwegen. Allereerst is het de vraag of de dosering van medicijnen bij personen uit verschillende delen van de wereld wel dezelfde moet zijn. Lin e.a. (1986, 1991) gaven een overzicht over de literatuur die geschreven is over de respons op medicatie bij verschillende bevolkingsgroepen. Er zijn aanwijzingen dat met name Aziatische patiënten reeds gebaat zijn met een lagere dosering psychofarmaca. Als redenen hiervoor worden aangevoerd: dieetverschillen, met name de verhouding koolhydraat/eiwit, en enzymdeficiënties, waaronder als belangrijkste uiting geldt de deficiëntie van acetaldehyde-dehydrogenase, die bij 50% van Chinezen, Japanners en Vietnamezen voorkomt. Antidepressiva geven bij niet-Europese bevolkingsgroepen eerder klinisch werkzame spiegels dan bij Europese. Dit werd tot heden onderzocht bij Aziatische, bij Indische en Pakistaanse, en bij Portoricaanse patiënten. Het lijkt verstandig de klinische regel aan te houden van een voorzichtige opbouw van met name antidepressieve medicatie bij niet-westerse bevolkingsgroepen.

Daarnaast is er het vraagstuk van de compliance. Twee studies toonden aan dat de compliance van vluchtelingen uit Zuidoost-Azië bij het gebruik van antidepressiva ronduit slecht is. Kinzie e.a. (1987) ontdekten dat 61% van 41 depressieve patiënten geen waarneembare bloedspiegel had bij de behandeling met antidepressiva. Kroll e.a. (1990) namen zelfs bij slechts 5 van de 32 patiënten die

zeiden antidepressiva te gebruiken, een therapeutische spiegel waar; bij 10 anderen bestond een subtherapeutische spiegel en bij 17 geen waarneembare spiegel. Kroll e.a. noemen een aantal factoren die bij de compliance een belangrijke rol spelen. De meeste factoren zijn huns inziens cultureel bepaald. Zo is er een grote gevoeligheid voor bijwerkingen, en worden ook symptomen die al bestonden vóór het medicatiegebruik, zoals angst, somberheid en zwakte aan de pillen toegeschreven. Verder worden in ontwikkelingslanden pillen meestal voor korte tijd voorgeschreven teneinde symptoomreductie te verkrijgen. Ook wordt gevreesd dat westerse medicijnen te sterk en verslavend zouden werken. Kroll e.a. wijzen nog op het feit dat volksgeloof soms strijdig kan zijn met de effecten van psychofarmaca, in de zin dat bepaalde bij-effecten van medicijnen (b.v droge mond of stijfheid) in het volksgeloof als tekenen worden gezien van ziekte. Ten slotte merken ze aan bepaalde patiënten dat ze helder en snel wekbaar willen blijven 's nachts. In onveilige gebieden in de wereld kan dat essentieel zijn ter voorkoming van beroving en ander onheil, maar ook in Nederland kan een té grote sedatie angst oproepen: gereedheid om te vluchten is bij veel vluchtelingen tot levensreddende eigenschap ontwikkeld. In families van vluchtelingen worden ook nogal eens medicijnen van elkaar gebruikt en aan elkaar gegeven. Tot verbazing van de voorschrijvende arts zijn de pillen dan al weken op; een werkzame spiegel wordt dan wel moeilijk bereikt.

Uit bovenstaande volgt dat instructie bij het voorschrijven van medicijnen bij vluchtelingen veel uitgebreider moet zijn dan bij de Nederlandse populatie. Met name de bijwerkingen moeten uitgebreid aan de orde komen. Het kan ook geen kwaad bij slechte respons op antidepressiva een bloedspiegel van de medicatie te laten bepalen, enerzijds om individuele, of etnisch-verklaarbare verschillen in farmacokinetiek te achterhalen, anderzijds als controle op de compliance. Onder de antidepressiva zijn de richtgebieden voor therapeutische serumspiegels goed gedocumenteerd voor amitriptyline, nortriptyline, imipramine, desipramine en clomipramine. Bij de antipsychotica geldt dit voor haloperidol, flufenazine en perfenazine. Voor andere middelen zijn de richtgebieden redelijk gedocumenteerd (Veefkind e.a. 1993).

Medicamenteuze behandeling: keuzecriteria voor psychofarmaca

Er komen in de literatuur geen beschrijvingen voor van gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studies betreffende farmacotherapeutische behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen. Wel is er een beperkt aantal van die studies voorhanden bij andere personen met ptss, momenteel een zestal. Solomon e.a. (1992) geven in een overzichtsartikel van de farmacotherapeutische en de psychotherapeutische behandelingsstudies bij ptss een opsomming van deze studies. De meeste studies betreffen de behandeling van getraumatiseerde Vietnam-veteranen. Enkele studies beschrijven concentratiekampslachtoffers en slachtoffers van verkrachtingen. Het is belangrijk dit voor ogen te houden aangezien er, zoals gezegd, verschillen bestaan tussen groepen patiënten met ptss-klachten.

Het is dus van belang om te bezien welke symptomen door welke farmaca beïnvloed worden. Davidson e.a. (1990) verrichtten een gecontroleerde studie naar de invloed van amitriptyline bij 46 veteranen met ptss. Na 8 weken was er een significant beter resultaat bij het gebruik van amitriptyline dan bij placebo-gebruik. Het betrof hier een algehele verbetering, gemeten via een aantal onderzoeksschalen voor angst, depressie en 'indruk van gebeurtenissen'. Met name werd ook een verbetering in vermijdingssymptomen gevonden.

Reist e.a. (1976) deden onderzoek bij 27 opgenomen veteranen met ptss, die ze behandelden met desipramine. Bij deze gecontroleerde studie van 4 weken vonden ze slechts een vermindering van depressieve symptomen bij degenen die met desipramine waren behandeld ten opzichte van de placebo-behandelden. Angst en ptss-symptomen verminderden niet.

Frank e.a. (1988) voerden een 8 weken lange gecontroleerde studie uit waarbij imipramine, phenelzine (een mao-remmer) en placebo werden vergeleken. Zowel imipramine als phenelzine bleken beter dan placebo te werken op nachtmerries, indringende herinneringen, en flashbacks. Er was geen verschil in het effect op de vermijdingssymptomatologie. Het betrof hier een groep van 46 veteranen.

Shestatzky e.a. (1988) vonden bij een studie bij 13 Isralische patiënten met ptss na verschillende traumata geen verschil tussen phenelzine en placebo. Hun studie duurde 4 weken.

Braun e.a. (1990) deden onderzoek met een benzodiazepine, alprazolam. In hun vijf weken durend onderzoek vonden ze slechts een vermindering van angstsymptomen, geen significante veranderingen in depressieve symptomatologie of in ptss-symptomen.

De laatste studie is nog ongepubliceerd. Van der Kolk e.a. (1994) deden een 5 weken lange gecontroleerde studie met fluoxetine bij 64 PTSS-patiënten, van wie 31 veteranen en 33 patiënten met andere traumata waren. De studie werd gevolgd door een open trial van vijf maanden. Fluoxetine bleek sterk superieur aan placebo op ptss-symptomen, overigens bij de veteranen wat minder dan bij de andere patiënten. De posttraumatische symptomatologie in het algemeen nam af, in het bijzonder de verdoofdheid ('numbing') en de opwinding ('arousal'). Met name de verbetering van de ptss-symptomen in het algemeen is een belangrijke bevinding, aangezien de andere, eerder onderzochte middelen enkel invloed hadden op ofwel de herbeleving ofwel op de vermijding, maar slechts in geringe mate een algehele verbetering van ptss-symptomatologie teweegbrachten. De farmaca bij uitstek bij psychofarmacologische behandeling of begeleiding van getraumatiseerde patiënten blijken dus de antidepressiva te zijn.

In een aantal gevallen is de enige klacht van een getraumatiseerde patiënt het feit dat hij slecht kan slapen door nachtmerries met daardoor vroeg of herhaald ontwaken en ook angst om in slaap te vallen. Wat is in deze gevallen een goede farmaco-therapeutische strategie? Allereerst is het belangrijk de diagnostiek verder af te ronden wat betreft de ptss; bij veel patiënten is uiteindelijk toch een 'gemaskeerde' ptss aanwezig. Psychotherapeutische of farmacotherapeutische behandeling van de ptss zoals boven beschreven kan dan het meeste soelaas bieden. Vervolgens is het van belang te kijken naar de verwerking bij het wakker worden van de nachtmerrie. Niet de nachtmerrie is immers het meest lastig, maar de associatie die de patiënt legt met werkelijk beleefde 'nachtmerries': een nachtelijke herbeleving van een marteling geeft veel meer onrust dan een achtervolgingsbeleving bij iemand die nooit echt achtervolgd is geweest. Het benadrukken van de veiligheid nú en het versterken bij de patiënt van de gedachte: ik heb tenslotte deze ellende overleefd door eigen kracht, zijn belangrijke therapeutische factoren ten behoeve van het hanteren van nachtmerries.

Betreffende de behandeling van nachtmerries met slaapmiddelen zijn geen gegevens in de literatuur voorhanden. Wel kan men op theoretische gronden een aantal zaken postuleren. Nachtmerries die herinnerd worden komen voornamelijk voor tijdens rem-slaaperperioden (A.Kales e.a. 1980). In dit opzicht kunnen ze ook onderscheiden worden van de pavor nocturnus, ofwel de incubus, in het Engels 'sleep terror', die gepaard gaat met gillen, bewegen, en autonome prikkeling, en vaak niet herinnerd wordt. Patiënten tijdens een pavor nocturnus zijn ook moeilijk wekbaar. Deze stoornis komt tijdens non-rem diepe slaap, in de stadia 3 en 4, voor (J.D.Kales e.a. 1980). Slaapmiddelen van de benzodiazepine-groep verlengen in het algemeen de rem-latentietijd en verminderen de totale rem-periode. Overigens wordt door benzodiazepines ook de tijd verkort die doorgebracht wordt in slaapstadia 3 en 4.

Vanuit deze theoretische basis kan men logischerwijs aannemen dat slaapmiddelen van de benzodiazepine-groep het aantal nachtmerries, en ook de pavores nocturni, verminderen. Toch zijn hierbij enkele kanttekeningen te plaatsen. Het na enkele weken stoppen van rem-slaap onderdrukkende

medicatie kan resulteren in een tijdelijke 'rebound' in de hoeveelheid en de intensiteit van de rem-slaap. Dit fenomeen zou de levendige en vaak onplezierige dromen die voor kunnen komen na het stoppen van een benzodiazepine kunnen verklaren. Ook zouden rem-slaap onderdrukkende middelen tot nachtmerries kunnen leiden aan het einde van de nacht, indien het een slaapmiddel is met een relatief korte eliminatiehalfwaardetijd. Ten slotte is er bij het gebruik van benzodiazepines paradoxale stimulatie van het centrale zenuwstelsel gemeld, waarbij ook nachtmerries kunnen optreden (Gilman e.a. 1990).

Conclusie

Als men tot de keuze moet komen voor een psychofarmacon in de behandeling van een getraumatiseerde vluchteling dan dient men een rationele keuze te maken. De meest rationele keuze is het instellen op een antidepressivum. Niet alleen zijn antidepressiva aantoonbaar werkzaam bij symptomen van de posttraumatische stress-stoornis, maar uiteraard ook bij depressies die vaak voorkomen bij een ptss. In bepaalde gevallen waarin de symptomatologie beperkt blijft tot nachtmerries en slaapproblemen kan men de keuze maken voor een langwerkend slaapmiddel van de benzodiazepine-groep, op grond van rem-slaap-onderdrukking. Goede instructie, voorzichtig afbouwen en bedachtzaam zijn op paradoxale reacties zijn hierbij belangrijk.

Het is duidelijk dat de ontwikkeling van farmacotherapie bij symptomen van traumatisering nog in de kinderschoenen staat. Overigens geldt dit ook voor de psychotherapie waar wel veel over geschreven is, maar waar nog weinig gedegen onderzoek naar verricht is (Solomon e.a. 1992). Nieuw onderzoek is ook nodig naar de combinatie van die twee, conform het onderzoek naar de combinatie van de twee methoden van behandeling bij depressies (Weisman 1979). Het is immers niet geheel duidelijk of farmacotherapie een psychotherapeutische behandeling beter kan laten werken, kan neutraliseren, of kan tegenwerken.

Southwick en Yehuda (1993) zijn van mening dat de therapeut bij een gecombineerde farmacotherapeutische en psychotherapeutische behandeling van de ptss de patiënt zorgvuldig moet blijven controleren. Daarnaast moet de behandelaar volgens hen bedachtzaam zijn op reddersfantasieën, op de symbolische waarde van medicatie voor zowel de patiënt als voor de behandelaar, en op de fasering in de behandeling: nadruk op medicatie in het begin, nadruk op psychotherapie later. Met name de fasering is belangrijk voor personen afkomstig uit andere culturen of uit landen waar de gezondheidszorg een andere status heeft: het tijdig introduceren van psychotherapeutische technieken vermindert sterk de afhankelijkheid van de patiënt.

In de klinische praktijk is het belangrijk verloop en uitkomst van behandeling bij getraumatiseerde vluchtelingen zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven. Zo kan er retrospectief geleerd worden van n=1 studies. Zolang er weinig gedegen onderzoek voorhanden is moet de clinicus vooral op zijn eigen intuïtie afgaan, gecombineerd met de nog beperkte richtlijnen die in dit artikel zijn neergelegd.

Literatuur

American Psychiatric Association. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de dsm-iii-r*

(vert. G.Koster van Groos), Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1988.

Braun, P., D.Greenberg, H.Dasberg e.a. (1990), Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 236-238.

- Brom, D., R.J. Kleber, P.B. Defares (1989), Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Breslau N., G.C. Davis, P. Andreki e.a. (1990), Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 218-222.
- Davidson, J.R., M. Schwartz, M. Storck e.a. (1985), A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 142, 90-93.
- Davidson, J, H. Kudler, R. Smith e.a. (1990), Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 47, 259-266.
- Frank, J.B., T.R. Kosten, E.L. Giller e.a. (1988), A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for post traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1289-1291.
- Gilman, A.G., T.W. Rall, A.S. Niess (1990), *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Pergamon, New York, p.349-355.
- Hondius, A.J.K., L.H.M. van der Willigen, *Vluchtelingen en gezondheid. Deel II, Empirisch onderzoek*, Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1992.
- Kales, A., C.R. Soldatos, A.B. Caldwell e.a. (1980), Nightmares: clinical characteristics and personality patterns. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1197-1201.
- Kales, J.D., A.Kales, C.R.Soldatos e.a. (1980), Night terrors: clinical characteristics and personality patterns. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1413-1417.
- Kinzie J.D, P.Leung, J.K.Boehnlein e.a. (1987), Antidepressant blood levels in Southeast Asians: clinical and cultural implications. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 175, 480-485.
- Kinzie J.D., J.K. Boehnlein, P.K. Leung e.a. (1990), The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 147, 913-9917.
- Kolk, B.A. van der, D. Dreyfuss, M. Michaels e.a. (1994), Fluoxetine in post traumatic stress disorder. Ter publikatie aangeboden.
- Kroll J., P. Linde, M. Habenicht e.a. (1990), Medication compliance, antidepressant blood levels, and side effects in Southeast Asian patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 279-283.
- Lin, K.M., R.E. Poland en I.M. Lesser (1986), Ethnicity and Psychopharmacology. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, 151-165.
- Lin, K.M., W.W. Shen (1991), Pharmacotherapy for Southeast Asian psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 346-350.
- Reist, C., C.D. Kaufman, R.J. Haier (1976), A controlled trial of desipramine in 18 men with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 513-516.
- Shehatzky, M., D. Greenberg, B. Lerer (1988), A controlled trial of phenelzine in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 24, 149-155.

Solomon, S.D., E.T. Gerrity, A.M. Muff (1992), Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder, *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.

Southwick, S.M., R.Yehuda (1993), The interaction between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 404-410.

Veefkind, A.H., J.C.L. van Commenée, W.J. Broekema (1993), Serumspiegels van psychofarmaca. Spiegelbeeld, wat vertel je me nou? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 35 , 242-253.

Vladar Rivero, V. (1988), Het gebruik van psychofarmaca bij de hulpverlening aan politieke vluchtelingen. In: G. van der Veer, *Politieke vluchtelingen*, Intro, Nijkerk, p. 125-134.

Vladar Rivero, V. (1992), The use of psychotropic medication. In: G. van der Veer, *Counselling and Therapy with Refugees*, Wiley, Chichester, England, p.171-183.

Weissman, M.M. (1979), The psychological treatment of depression: Evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1261-1269.

Summary: Psychopharmacological treatment of traumatized refugees

The number of refugees in the Netherlands is increasing considerably. Many of them are traumatised by events in the country of origin and during the flight from that country. Trauma treatment generally consists of psychotherapy (exposure and coping techniques) but often psychiatric drugs are needed. A proper diagnosis is necessary for the treatment; often the diagnosis of post traumatic stress disorder is made, but there is much comorbidity. In non-Western individuals medication should be dosed carefully because of a lower effective dose. Often there are also problems with compliance in using the drug. At the moment antidepressants are used in the post traumatic stress disorder, from the first as well as from the second generation. If the only complaint is of nightmares, longer acting benzodiazepines are recommended as sleeping medication. A good matching of pharmacotherapy and psychotherapy is fundamental if negative interaction is to be prevented.

De auteur dankt prof.dr. J.T.V.M. de Jong, psychiater, en A. Kuyvenhoven, psychiater, voor hun commentaar op een eerdere versie van het artikel.

De auteur is werkzaam als psychiater bij de stichting Pharos te Amsterdam en bij de RIAGG Zuid-Holland-Noord te Leiden. Correspondentie-adres: Stichting Pharos, Prins Hendrikkade 120, 1011 AM Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 8-11-1994.