



**Universiteit Utrecht**

**De invloed van Marteling en Somatische  
Comorbiditeit op Behandelverloop van Asielzoekers  
en Vluchtelingen**

Master Klinische- en Gezondheidspsychologie

Masterscriptie, 25-07-2015

Auteur: M. den Boon (3642119)

Scriptiebegeleider: Dr. J.W. Knipscheer

Begeleider vanuit Centrum'45: Dr. S. de la Rie

Tweede beoordelaar:

### Samenvatting

*Slachtoffers van marteling laten over het algemeen meer psychopathologie zien dan slachtoffers van andere vormen van trauma. De huidige behandeling van martelingslachtoffers lijkt niet goed aan te sluiten, somatische comorbiditeit lijkt hierin een rol te spelen. In dit onderzoek wordt gekeken of marteling van invloed is op het behandelverloop (drop out, no show, behandelduur en klachtenreductie) en wat daarbij de rol is van somatische klachten. De gegevens van 75 participanten zijn opgenomen in een pretest-posttest onderzoeksdesign. De participanten waren vluchtelingen en asielzoekers in behandeling bij Centrum'45, een expertisecentrum voor psychotrauma. Uit huidig onderzoek blijkt dat marteling geen invloed heeft op behandelverloop. Daarnaast bleek er geen verschil in somatische klachten tussen mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn en somatische klachten bleken niet van invloed op het behandelverloop. Behandeling leidde bij de meeste participanten tot weinig klachtenreductie, verder onderzoek dient hierop in te gaan.*

### Summary

*Victims of torture have generally seen more psychopathology as victims of other forms of trauma. The current treatment of torture victims do not connect well, somatic comorbidity seems to play a role in this. This study examined whether torture affects the treatment outcome (drop out, no show, duration of treatment and reduction of symptoms) and thereby the role of somatic complaints. Data from 75 participants were included in a pretest-posttest study design. The participants were refugees and asylum seekers who received treatment in Centrum'45, an expertise center for psychological trauma. Current research shows that torture does not affect treatment outcome. In addition, there was no difference in somatic complaints among people who are tortured versus those who are not tortured and somatic complaints did not affect the treatment outcome. By the majority of participants, treatment resulted in no significant reduction of complaints, further research is recommended.*

## Inleiding

De wereld lijkt in brand te staan, op veel plekken laait het geweld op. Etnisch geweld, religieuze conflicten en machtsstrijd brengen een stroom van vluchtelingen en asielzoekers op gang. Begin 2014 zijn er wereldwijd 11.703.179 mensen op de vlucht. Een van deze brandhaarden is Syrië. In Syrië hebben burgers te maken met willekeurige aanvallen, executies, ontvoeringen en martelingen (Human Right Watch, 2014). Volgens de UNHCR, vluchtelingenorganisatie van de Verenigde Naties, zijn Syrische gezinnen na hun aankomst in shock, uitgeput en zonder enig bezit. De meesten zijn al maar dan een jaar op de vlucht om aan de moeilijke situatie in Syrië te ontvluchten (UNHCR, 2014). Tot en met augustus vorig jaar zochten 16.518 mensen bescherming in Nederland. Van deze vluchtelingen en asielzoekers is het grootste gedeelte afkomstig uit Syrië en Eritrea (Vluchtelingenwerk, 2014).

Volgens het internationale verdrag betreffende de status van Vluchtelingen (1951) is een vluchteling: ‘een persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren’. Gebleken is dat psychische problemen in het algemeen vaker voorkomen bij vluchtelingen (Selten et al., 2012). Uit een grootschalige review (Fazel et al., 2005) bleek dat vluchtelingen in westerse landen tien keer meer kans hebben om een Post-Traumatische Stress Stoornis (PTSS) te ontwikkelen dan leeftijdsgenoten in diezelfde landen. PTSS kenmerkt zich door onwillekeurige herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding van stimuli die doen herinneren aan het trauma, en hoge prikkelbaarheid die zich kan uiten in waakzaamheid en slaapproblemen. PTSS kan ontstaan als gevolg van enkelvoudige traumatische gebeurtenissen zoals een auto ongeluk, maar ook als gevolg van meer complexe traumatische ervaringen zoals langdurige gevangenschap of het meemaken van een oorlog (Gersons, 2012). Naast PTSS komt depressie veel voor bij westerse vluchtelingenpopulaties met daarbij een hoge comorbiditeit (Fazel et al., 2005; Lindert et al. 2009). Hierbij lijken vrouwen een hogere kans te hebben op psychopathologie dan mannen. En ook het land waar de vluchteling vandaan komt is van belang, vluchtelingen uit Oost-Europa hebben meer kans op psychopathologie dan vluchtelingen uit Azië en het Midden Oosten. Leeftijd speelt een belangrijke rol in de kans op het ontwikkelen van psychopathologie bij vluchtelingen. Hoe

jonger de vluchteling is, hoe lager de kans op het ontwikkelen van psychopathologie. Kinderen hebben hierdoor in het algemeen een lagere kans op psychopathologie (Porter & Haslam, 2005). Hierbij moet wel het onderscheid gemaakt worden dat wanneer een kind met zijn ouders vlucht de kans kleiner is op psychopathologie dan wanneer het kind alleen op de vlucht is (Fazel et al., 2012). Naast bovenstaande risicofactoren zijn er nog veel meer te noemen zoals is gebleken dat hoe ernstiger het ondervonden geweld, hoe hoger het risico op klachten (Mooren & Braakman, 2012). Het is dan ook niet vreemd dat uit onderzoek blijkt dat bijna alle mensen die marteling hebben meegemaakt, te maken hebben met chronische psychopathologie (Jaranson & Quiroga, 2011). Onder de mensen die jaarlijks op de vlucht slaan zijn veel slachtoffers van marteling. De aantallen van vluchtelingen die gemarteld zijn liggen tussen de 5 tot 35 procent van het totaal aantal vluchtelingen wereldwijd (Baker, 1992; Basoglu, 1992). Schatting is dat er in Europa alleen al 400.000 slachtoffers van marteling wonen. En bij dit getal is geen rekening gehouden met mensen die nog gevangen zitten of in vluchtelingenkampen verblijven of nog in landen wonen waar nog gemarteld wordt. Bovendien is bij dit getal ook geen rekening gehouden met de mensen die nooit hebben aangegeven dat ze gemarteld zijn (IRCT, 2010).

### **Definitie van Marteling**

Er bestaan verschillende definities van marteling; De World Medical Association (WMA) definieert marteling als ‘opzettelijk, systematisch of buitensporig toepassen van fysiek of geestelijk straffen door één of meerdere personen die alleen, of op orde van een autoriteit handelen, om een persoon te dwingen om informatie te geven, een bekentenis te doen of voor andere redenen (World Medical Association, 1975, p.1). Wat steeds vaker gezien wordt is dat marteling niet zozeer wordt ingezet om informatie te verkrijgen maar veelal om ‘lichaam en geest te breken’. Met marteling wordt geprobeerd om iemands persoonlijkheid te vernietigen (Gorman, 2001).

Er zijn verschillende vormen van marteling. Verschillende methodes en processen worden binnen verschillende culturen gebruikt. Maar het einddoel is vaak hetzelfde: iemand fysiek en psychisch voor langere tijd vernietigen (Staehr & Staehr, 1995). Mensen worden vaak eerst met onsystematisch geweld geterroriseerd om mensen zwakker te maken. Daarna begint het martelen systematisch en worden de zwakke plekken van iemand uitgebuit. Tijdens het martelen wordt geprobeerd om iemand zijn persoonlijkheid te breken. Mensen worden nummers, persoonlijke eigenschappen worden afgenomen en degene die hen gevangen houdt moet met diep respect worden behandeld (Staehr & Staehr, 1995). Alhoewel er verschillende

martelmethodes worden gebruikt zijn er ook overeenkomsten te vinden. Reden hiervoor kan zijn dat politie, leger en andere gewelddadige groepen worden getraind met dezelfde methodes. De vormen van marteling kun je in 5 categorieën classificeren: (1) De onthouding van eten, drinken, medische zorg en isolatie van gevangene. (2) Herhaaldelijk terroriseren door schelden, meerdere pogingen tot moord plegen, het verplichten tot marteling van ander en het getuigen laten zijn van marteling van anderen. (3) Veelvuldig slaan en schoppen, elektrische schokken, nagels uittrekken, brandmerken met sigaret en slaan op de voetzolen. (4) Overtreden van taboe en vernederen door verkrachting of ander seksueel geweld, forceren van eten en drinken van urine, rond laten springen als een pad of laten blaffen als een hond. (5) Steeds nieuw bedachte situaties zoals ophangen aan de polsen of warme elementen tegen iemand zijn lichaam aandrukken (Sironi & Branche, 2002). Deze martelmethodes zijn gruwelijkheden van ongekeerde omvang met grote lichamelijke en psychische effecten op de slachtoffers.

### **Effecten van marteling op het slachtoffer**

De effecten van marteling op een individu vormen een interactie van sociale, politieke, culturele, economische, medische, psychologische en biologische factoren. Vluchtelingen die te maken hebben gehad met marteling rapporteren vaak sociale problemen, financiële problemen (huisvesting), problemen in het opvoeden van kinderen en sociale isolatie (Jaranson et al., 2011). De definities van marteling kennen veelal een psychische en een lichamelijke component. Zoals eerder beschreven, is marteling bedoeld om 'lichaam en geest te breken' (Gorman, 2001).

De psychische gevolgen van marteling laten zich zien in een verhoogde kans op PTSS en depressie, de twee meest voorkomende psychische stoornissen onder slachtoffers van marteling (Raghavan et al., 2013). In een onderzoek onder niet politieke gevangenen in een Turkse gevangenis kwam de relatie tussen marteling en het ontstaan van PTSS duidelijk naar voren (Paker et al. 1992). Een groep van 208 gevangenen, zowel mannen als vrouwen tussen de 18-60 jaar die tenminste 6 maanden gevangen hadden gezeten werden voor het onderzoek geselecteerd. In deze gevangenis bleek binnen een groep van 208 personen dat 15,4% niet gemarteld was en 84,6% wel gemarteld was. Verder bleek dat 39% van de gevangenen met PTSS was gediagnostiseerd. Van de gevangenen die niet gemarteld waren, had niemand PTSS (Paker et al. 1992). De prevalentie van PTSS bij vluchtelingen in een klinische setting bleek 14% onder gemartelde Bhutanese (Shrestha et al., 1998) en 20% onder latino vluchtelingen in de Verenigde Staten (Eisenman et al., 2003). Ook uit ander onderzoek onder vluchtelingen,

blijkt dat PTSS symptomen meer gerapporteerd worden in gemartelde groepen dan in niet gemartelde groepen (van Ommeren, 2002).

Naast deze psychische component bij slachtoffers van marteling is er de lichamelijke component. Martelingsslachtoffers melden vaak medische problemen, waarvan sommige het directe resultaat zijn van de marteling en andere van de stress (Jaranson et al. 2011). Mensen die veelvuldig op hun hoofd geslagen worden hebben in sommige gevallen bijvoorbeeld epilepsie verschijnselen en geheugenproblemen. Mensen die gemarteld zijn kunnen botbreuken hebben (niet goed genezen in sommige gevallen doordat ze geen behandeling hebben gehad) en mensen die opgesloten gezeten hebben in een donkere ruimte kunnen gezichtsverlies hebben (Burnett & Peel, 2001).

In de literatuur komt ook naar voren dat deze twee kanten, de psychische en lichamelijke effecten, van marteling niet los van elkaar staan. Het hier boven al genoemde onderzoek onder gevangenen (Paker et al., 1992) heeft ook naar de somatische comorbiditeit gekeken. Onder de gemartelde gevangenen die lichamelijke complicaties hadden door de marteling bleek 71% aan de criteria voor PTSS te voldoen. Dit in vergelijking met de gevangenen die geen lichamelijke complicaties hadden waarvan 18% voldeed aan de criteria voor PTSS. Door meerdere auteurs is dit bevestigd, namelijk dat bij slachtoffers van marteling met PTSS vaak ook comorbiditeit is met somatische klachten (Baker et al, 1997; McFarlane et al, 1994; van Ommeren et al, 2002; Schnurr & Jankowski, 1999). Een reden hiervoor kan zijn dat mensen die fysiek zware marteling hebben doorgemaakt en hier nu nog last van hebben grotere traumatische stress kennen en hebben gekend. Daarnaast is een mogelijke reden voor de comorbiditeit van somatische klachten en PTSS is dat de blijvende aanwezigheid van somatische klachten een herinnering is aan het trauma waardoor deze niet op de achtergrond verdwijnt (Paker et al., 1992). Ook is trauma geassocieerd met neurobiologische veranderingen zoals een verhoogde psychologische arousal, wat ook somatische gevolgen kan hebben (van Ommeren et al., 2002).

### **Huidige behandeling van martelingsslachtoffers**

Binnen de GGZ in Nederland zijn de aanbevolen evidence based interventies voor de behandeling van PTSS, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CGT) (Vermetten et al., 2012). Bij EMDR wordt de traumatische herinnering als het ware op 'scherp' gezet, waarna een afleidende stimulus wordt geïntroduceerd. De traumatische herinnering wordt gekoppeld aan neutrale associaties en de traumatische herinnering verzwakt qua levendigheid en emotionele

intensiteit (De Jongh & Ten Broeke, 2012). Bij traumagerichte cognitieve gedragstherapie worden factoren, zoals gedrag en cognities, die de PTSS symptomen hebben veroorzaakt beïnvloed (Van Minnen, 2012). Zowel EMDR als traumagerichte cognitieve gedragstherapie worden gezien als effectief bij het behandelen van PTSS (Bisson et al, 2007). Van de mensen met PTSS die in behandeling gaan, rapporteert 56% na de behandeling geen klachten meer (Bradley et al. 2005). Deze cijfers laten zien dat de stoornis voor een deel van de mensen goed te behandelen is maar er ook een groot gedeelte op dit moment nog niet bij de behandeling gebaat is.

De algemene richtlijn voor PTSS behandeling staat hierboven beschreven, aangenomen zou kunnen worden dat dit dus ook zou moeten gelden als de beste behandeling voor veel marteling slachtoffers. Nadat marteling heeft plaatsgevonden is een positieve prognose voor herstel geassocieerd met het verkrijgen van behandeling, bereiken van veiligheid en bescherming (bijvoorbeeld door een succesvolle asielprocedure), stabiele levensomstandigheden en goed sociaal support. Wat een slechte prognose op herstel na martelervaringen veroorzaakt zijn onstabiele levensomstandigheden, discriminatie en daders die ongestraft blijven (Jaranson et al., 2011). Ondanks dat in dit artikel behandeling wordt geassocieerd met een positieven prognose blijkt uit veel onderzoek dat er nog bijna geen positieve effecten voor het behandelverloop van marteling slachtoffers zijn gevonden (Montgomery & Patel, 2011; Raghavan et al., 2013). Wat psychologische interventies in de weg kan staan, is de fysieke pijn die marteling slachtoffers voelen. Mensen worden herinnerd aan het trauma en de daarbij horende fysieke pijn. Deze kan toenemen tijdens en na de sessies met de psycholoog. Deze toenemende pijn kan zorgen voor hogere drop-out van de behandeling (Taylor et al., 2013). Een andere reden die het behandelverloop negatief beïnvloed is de chronische duur van PTSS bij martelingsslachtoffers. Behandeling duurt vaak jaren om effect te bereiken en klachten te reduceren omdat PTSS bij martelingsslachtoffers vaak chronisch blijkt te zijn (Kinzie, 2011).

De grootste beperking van het huidige behandelaanbod voor gemartelde vluchtelingen is dat er een bijna exclusieve focus is op psychische gezondheidsklachten en niet op de combinatie van somatische, psychologische en sociale problemen. Maar zelfs wanneer er een multidisciplinaire behandeling wordt gegeven, waar psychische en somatische klachten beide behandeld worden, is de invloed van de huidige behandelingen op somatische klachten door marteling klein. Klachten blijven vaak bestaan, ondanks behandeling, en lijken zelfs door de jaren heen groter te worden (Olsen et al, 2007; Carlsson et al, 2005; Patel et al., 2014)). Eerder werd al genoemd dat de blijvende aanwezigheid van somatische klachten een

herinnering is aan het trauma waardoor deze niet op de achtergrond verdwijnt (Paker et al., 1992). Dit zou een reden kunnen zijn dat behandeling zo weinig effect lijkt te hebben. Wanneer, zoals benoemd, somatische klachten niet afnemen door behandeling zullen ze blijven herinneren aan het trauma.

De beste resultaten van behandeling komen van studies waarin er rekening wordt gehouden met de specifieke cultuur waar mensen uit komen (Montgomery & Patel, 2011). Volgens Gorman (2001) is er sprake van een 'torture syndroom'. Dit is anders als het gewone stress-respons syndroom. Het hangt erg met cultuur samen, wat er dan ook voor zorgt dat de behandeling en het begrijpen ook vanuit die cultuur moeten worden gezien. Een slachtoffer kijkt naar de trauma ervaring vanuit zijn eigen politieke, etnische en spirituele achtergrond. Het slachtoffer probeert vanuit zijn eigen aangeleerde coping stijl om te gaan met het trauma (Gorman, 2001).

### **Huidige onderzoek**

Gezien het grote aantal vluchtelingen en de schaal waarop gemarteld wordt, is het belangrijk om meer onderzoek naar de behandeling van marteling te doen, zeker nu er nog geen effectieve behandeling lijkt te bestaan. In Stichting Centrum'45, een behandelcentrum voor ernstig getraumatiseerde mensen onder wie veel asielzoekers en vluchtelingen, wordt onderzoek verricht naar de gevolgen van marteling voor het klachtenpatroon dat mensen ontwikkelen en naar de meest optimale behandelvorm die gemartelden geboden kan worden. In deze thesis staat een specifieke vraagstelling binnen dit onderzoek centraal, namelijk: de mogelijke verschillen tussen gemartelde en niet gemartelde patiënten met betrekking tot het behandelverloop. Het behandelverloop wordt in de huidige studie geoperationaliseerd door factoren als no show, drop out, behandelduur en klachtenreductie. Zoals besproken komt uit de literatuur naar voren dat tijdens de behandeling van slachtoffers van marteling drop-out en no-show van invloed zijn op het behandelverloop. De verwachting is dan ook, vanuit de literatuur, dat patiënten die gemarteld zijn vaker zullen uitvallen tijdens de behandeling (te meten in no-show en drop-out) dan niet gemartelde slachtoffers. Verder zijn klachtenreductie en behandelduur aan de orde gekomen als zijnde verschillend bij gemartelde versus niet gemartelde vluchtelingen. De verwachting is, vanwege de chronische aard van de klachten, dat de behandelduur langer en de klachtenreductie lager is bij gemartelde vluchtelingen versus niet gemartelde vluchtelingen. Naast deze factoren die van invloed zijn op het behandelverloop wordt gekeken naar de somatische comorbiditeit. De psychische en lichamelijke aspecten van marteling zijn niet los van elkaar te zien en er wordt dan ook een



hogere comorbiditeit verwacht bij gemartelde vluchtelingen dan bij niet gemartelde vluchtelingen. Onderzoek laat zien dat hoe meer PTSS klachten iemand heeft, hoe meer somatische klachten iemand heeft (van Ommeren et al., 2002). Daarnaast is de verwachting dat somatische comorbiditeit negatief van invloed is op het behandelverloop.

## **Methode**

### **Onderzoeksvraag**

Hoofdvraag: In hoeverre is er een verschil in behandelverloop waar te nemen van mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet zijn gemarteld? En wordt dit beïnvloed door de somatische comorbiditeit van mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn?

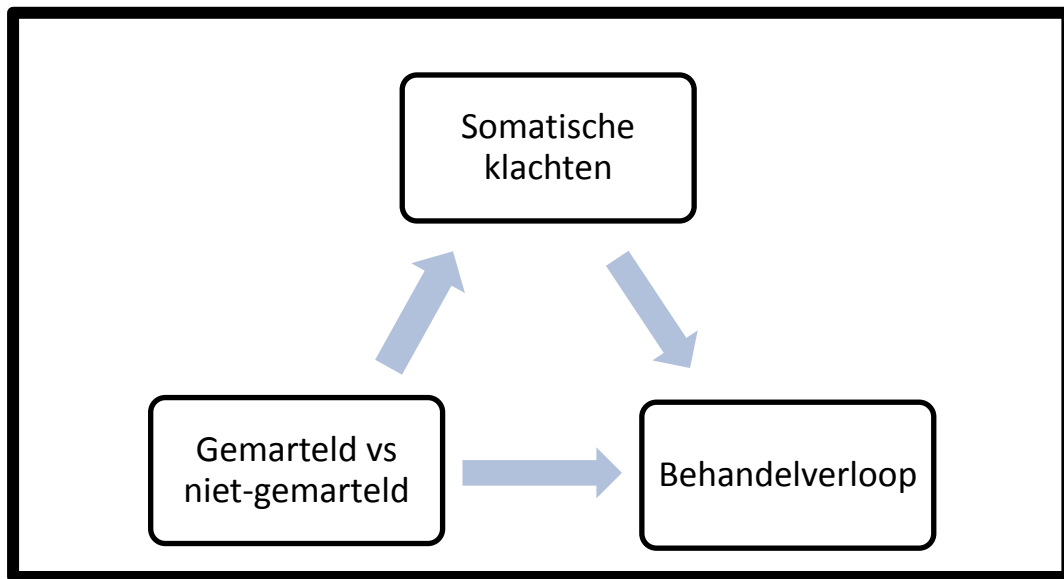
Deelvragen:

1. In hoeverre is er tijdens de behandeling een verschil in drop-out waar te nemen van mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn?
2. In hoeverre is er een verschil in 'no show' bij de behandeling waar te nemen van mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn?
3. In hoeverre verschilt de behandelduur van mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet zijn gemarteld?
4. In hoeverre is er een verschil in klachtenreductie door de behandeling van mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn?
5. Zijn somatische klachten van invloed op het behandelverloop?
6. Is er sprake van een hogere comorbiditeit bij mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn?

### **Design**

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen, is gekozen voor een kwantitatief pretest-posttest onderzoeksdesign. In een pretest-posttest vergelijk je groepen die een behandeling hebben ondergaan (Dimitrov & Rumrill, 2003). De afhankelijke variabele in dit onderzoek is het behandelverloop en de onafhankelijke variabele is het al dan niet gemarteld zijn van de participanten. Somatische klachten worden meegenomen als mediator. In figuur 1 staat dit schematisch weergegeven.

Figuur 1. Schematische weergave van het onderzoek



## Participanten

Participanten in dit onderzoek waren patiënten van Centrum'45. Centrum'45 is een expertisecentrum voor psychotrauma door onderdrukking, oorlog en geweld. Geselecteerd voor dit onderzoek zijn alle vluchtelingen en asielzoekers die minimaal een jaar in behandeling waren bij Centrum'45, waarvoor zowel een meting aan het begin van de behandeling (binnen 12 maanden na intake) als aan het eind van de behandeling (in de 12 maanden voor afsluiting van de behandeling) beschikbaar was. Alle vluchtelingen en asielzoekers die minder dan 1 jaar in behandeling zijn geweest of waarvoor geen begin- en/of eindmeting beschikbaar was, zijn geëxcludeerd. Ook zijn patiënten bij wie het onduidelijk was of zij gemarteld zijn of niet, van het onderzoek geëxcludeerd. Deze laatste groep gaf bij intake en/of tijdens de behandeling geen duidelijkheid of zij wel of niet gemarteld waren.

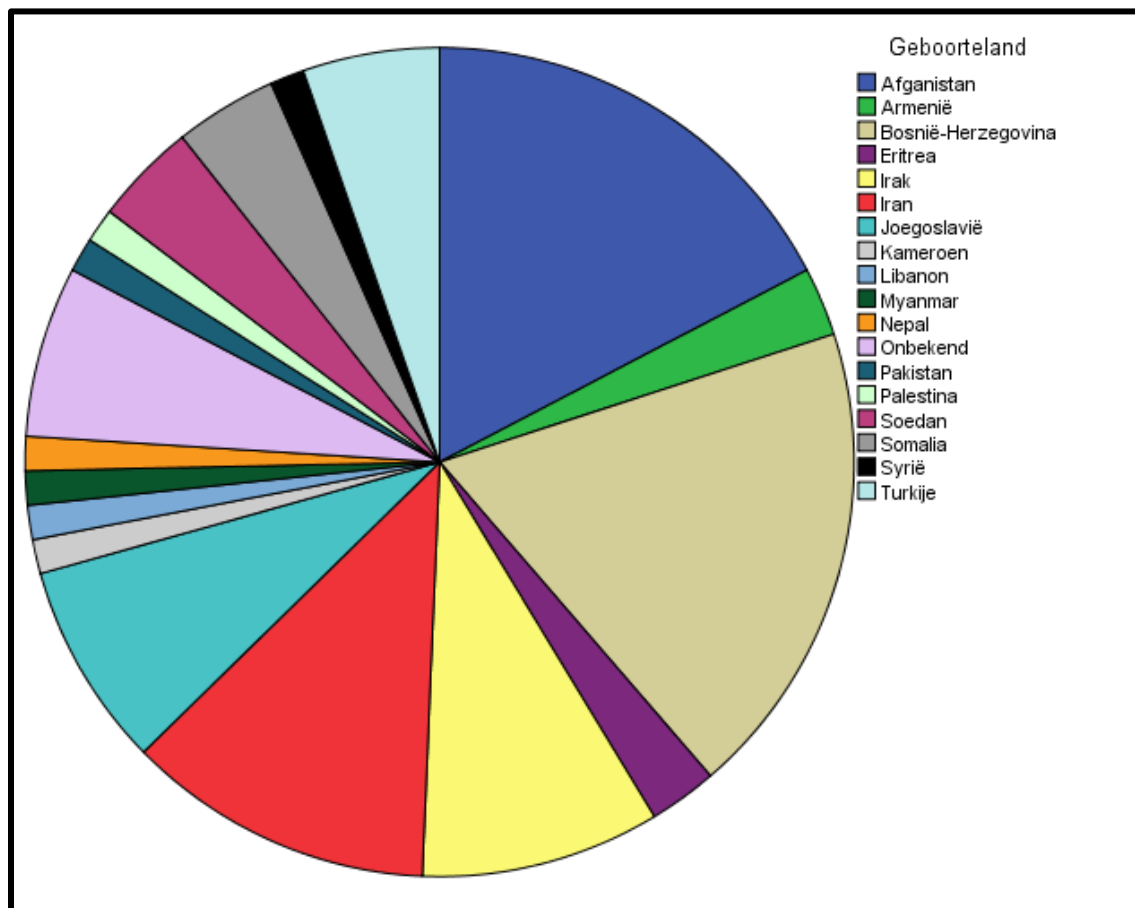
De steekproef kent in totaal 75 participanten (man N=52, 69,3%, vrouw N=23, 30,7%). De participanten waren tussen de 24 en 63 jaar oud (M=42,34, SD=9.41). Van deze groep gaven 34 patiënten aan niet gemarteld te zijn en 41 gaven aan wel gemarteld te zijn. De meeste patiënten zijn gediagnosticeerd met een diagnose die valt onder angststoornissen (n=53) en depressieve stoornissen (n=17) (Tabel 1).

Tabel 1. Cluster diagnoses van de participanten

Cluster	N	%
Angststoornissen	53	70.7
Depressieve stoornissen	17	22.7
Persoonlijkheidsstoornissen	2	2.7
Somatoforme stoornissen	1	1.3
Restgroep Diagnoses	1	1.3

De participanten waren voornamelijk afkomstig uit het Midden-Oosten (N=42), Afghanistan (N=13) en Iran (N=9). Ook had een grote groep participanten als herkomst een land in Zuidoost-Europa (N=20) (Figuur 2).

Figuur 2. Herkomst naar geboorteland van de participanten.



## Procedure

De data zijn afkomstig uit de zogenaamde Routine Outcome Monitoring (ROM) die ieder jaar twee keer plaatsvindt. In het kader van de ROM procedure vullen patiënten bij intake verschillende vragenlijsten in. Na ongeveer een half jaar vindt er een tweede meetmoment plaats waarin de patiënten opnieuw dezelfde vragenlijsten invullen.

De data uit het huidige onderzoek zijn afkomstig uit de periode van 2002 tot 2012. De onderzochte vragenlijsten zijn de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Symptom Checklist -25 (HSCL-25) en de Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL).

De HTQ is een zelfbeoordelingsvragenlijst die bestaat uit vier gedeelten. Deel I bestaat uit 17 items die betrekking hebben op de (mate van) blootstelling aan traumatische gebeurtenissen. Deel II zijn open vragen waarin er om een beschrijving wordt gevraagd van de meest traumatische gebeurtenis in het land van herkomst en het land van opvang. In deel III staan vragen over traumatische gebeurtenissen waarbij ook hoofdverwondingen optraden. In deel IV wordt er gevraagd naar symptomen met betrekking tot het trauma en PTSS symptomen. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van alleen het eerste deel van de HTQ. De HTQ hanteert een 4-puntsschaal om de ernst van de symptomen te meten gedurende de voorafgaande week. De HTQ-totaalscore wordt bepaald door de som van de symptoomscores te delen door het aantal symptomen. De HTQ is een valide en betrouwbaar meetinstrument bevonden onder een klinische populatie vluchtelingen (van Dijk et al., 1999; Mollica et al., 1996). De betrouwbaarheid van de HTQ in deze streekproef was goed (Cronbach's  $\alpha=0.763$ ).

De HSCL-25 bestaat uit 10 items die angst meten ('angstig voelen', 'trillen', 'nervus voelen') en 13 items die binnen het depressieve spectrum vallen ('weinig energie', 'makkelijk huilen', 'verlies van seksuele interesse'). De overige 2 items gaan over somatische symptomen ('slecht slapen' en 'weinig eetlust'). De symptomen werden gemeten op een 4-puntsschaal (1=helemaal niet, 4=extreem) (Khuon & Lavelle, 1987). Uit onderzoek onder getraumatiseerde vluchtelingen uit verschillende culturen blijkt dat de HSCL-25 bij deze groepen betrouwbaar en valide is (Lavik et al., 1999). Het geeft de mogelijkheid om symptomen en sociaal disfunctioneren op te sporen (Lavik et al., 1999). De betrouwbaarheid van de HSCL-25 in de huidige streekproef was goed (Cronbach's  $\alpha=0.854$ ).

Fysieke symptomen werden gemeten met de PILL. De PILL is een vragenlijst met 54 items waarin gevraagd wordt naar fysieke symptomen en sensaties. De vragen worden

beantwoord op een 5-punt Likertschaal (1= 'nog nooit/bijna nooit het symptoom gehad', 5= symptoom meer dan eens per week ervaren) (Edwards et al., 2001). De PILL is valide en betrouwbaar bevonden (Richards et al., 2000). Er zijn geen gegevens bekend over crossculturele validiteit. De betrouwbaarheid van de PILL in deze streekproef was goed (Cronbach's  $\alpha = 0.865$ ).

### Data analyse

De gegevens van de vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van het computerprogramma SPSS versie 20.0. Zowel de onafhankelijk T-toets als de Pearson's Chi-kwadraat toets voor samenhang is meerdere malen uitgevoerd om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. De onafhankelijke T-toets is uitgevoerd voor de deelvragen 3 & 4 en de Pearson's Chi-kwadraat toets voor samenhang voor de deelvragen 1&2. Bij het uitvoeren van de Pearson's Chi-kwadraat toets is gecontroleerd of de scores normaal gedistribueerd waren en of er gelijke variantie tussen de scores was. Wanneer dit niet het geval was, is Welch's *t* test gebruikt.

### Resultaten

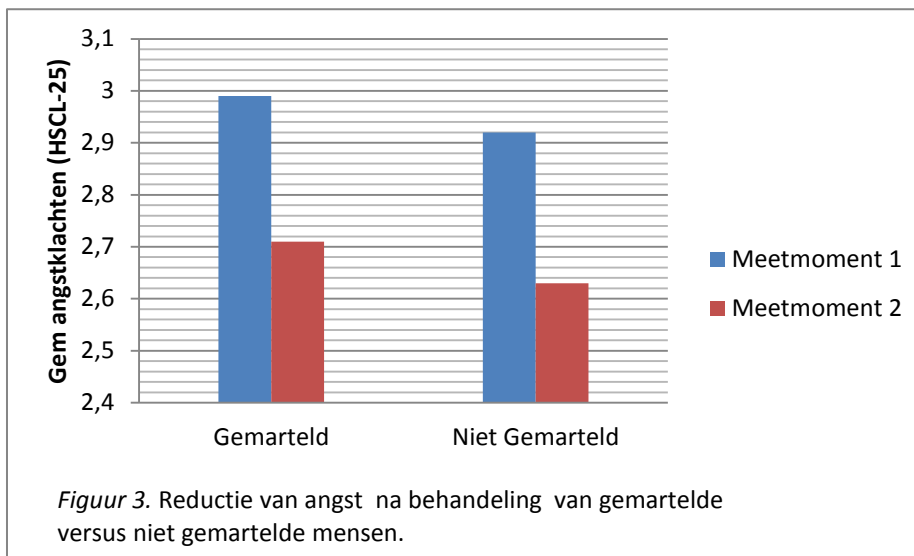
Er is geen verschil gevonden in mate van drop-out tussen gemartelde en niet-gemartelde patiënten,  $\chi^2 (1, N=75) = .753, p = .385$ .

Er is ook geen verschil gevonden in mate van no show tussen gemartelde en niet-gemartelde patiënten,  $\chi^2 (1, N=75) = .2714, p = .257$ .

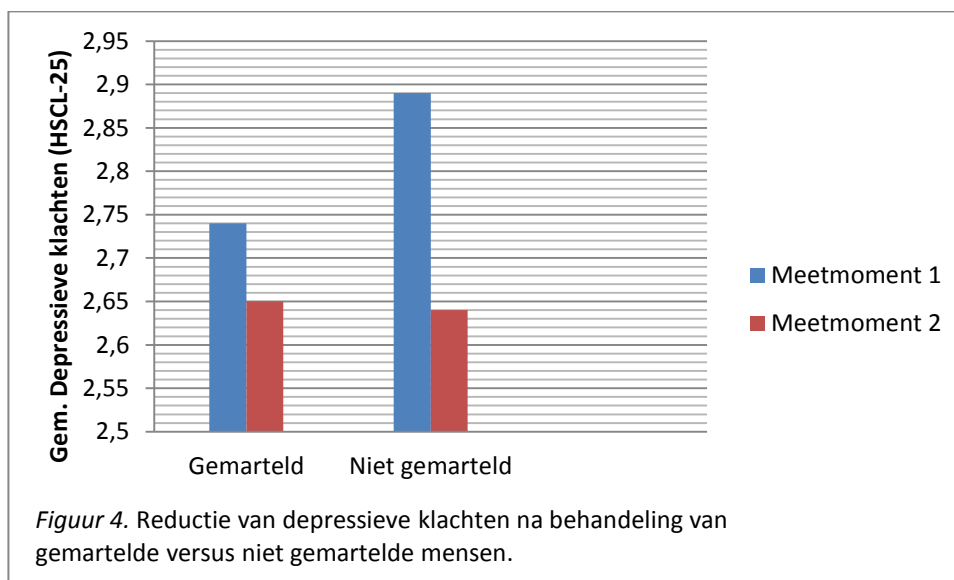
Gemiddeld zijn gemartelde mensen ( $M=38.63, SD=20.68$ ) langer in behandeling dan niet gemartelde mensen ( $M=36.62, SD=15.33$ ). De behandelduur bleek niet significant te verschillen tussen beide groepen,  $t(72.16) = -.484, p = .630$ .

Gemiddeld waren de angstklachten van gemartelde mensen voor behandeling hoger ( $M=2.99$ ) dan de angstklachten van niet gemartelde mensen ( $M=2.92$ ). Na behandeling waren de angstklachten voor gemartelde ( $M=2.71$ ) en niet gemartelde mensen ( $M=2.63$ ) afgenomen (Figuur 3.). Gemiddeld namen angstklachten na behandeling meer af bij niet gemartelde mensen ( $M=-.37, SD=.66$ ) dan bij wel gemartelde mensen ( $M=-.18, SD=.61$ ) maar dat verschil

was niet significant,  $t(47) = -1.012$ ,  $p = .317$ .

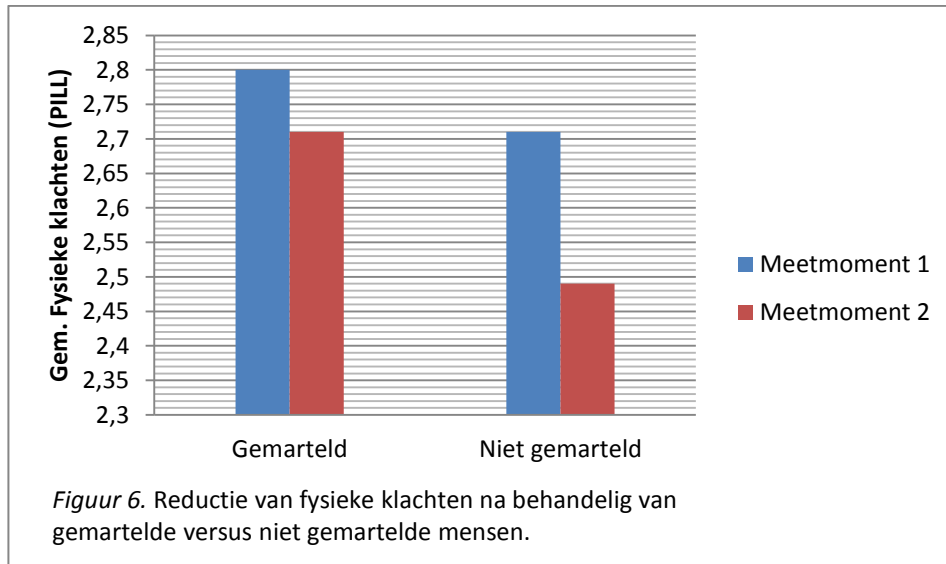


Gemiddeld waren de depressieve klachten van gemartelde mensen voor behandeling lager ( $M=2.74$ ) dan de depressieve klachten van niet gemartelde mensen ( $M=2.89$ ). Na behandeling waren de depressieve klachten voor gemartelde ( $M=2.65$ ) en niet gemartelde mensen ( $M=2.64$ ) afgenomen (Figuur 4.). Gemiddeld namen depressieklachten na behandeling meer af bij niet-gemartelde mensen ( $M=-.27$   $SD=.68$ ) dan bij wel gemartelde mensen ( $M=-.03$ ,  $SD=.57$ ) maar ook dit verschil bleek niet significant,  $t(47) = -1.407$ ,  $p = .166$ .

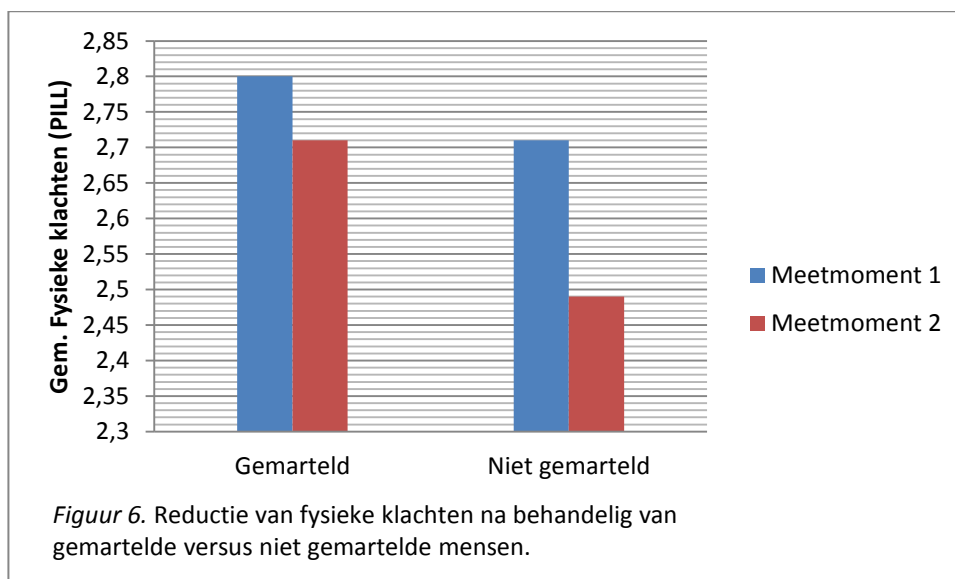


Gemiddeld waren de PTSS klachten van gemartelde mensen voor behandeling hoger ( $M=3.07$ ) dan de PTSS klachten van niet gemartelde mensen ( $M=3.04$ ). Na behandeling waren de PTSS klachten voor gemartelde ( $M=2.71$ ) en niet gemartelde mensen ( $M=2.61$ )

afgenomen (Figuur 5.). Gemiddeld namen PTSS klachten na behandeling meer af bij niet-gemartelde mensen ( $M=-.46$   $SD=.76$ ) dan bij wel gemartelde mensen ( $M=-.31$ ,  $SD=.56$ ) maar dit verschil was eveneens niet significant,  $t(71) = -.981$ ,  $p=.330$ .



Gemiddeld waren de fysieke klachten van gemartelde mensen voor behandeling hoger ( $M=2.80$ ) dan de PTSS klachten van niet gemartelde mensen ( $M=2.71$ ). Na behandeling waren de PTSS klachten voor gemartelde ( $M=2.71$ ) en niet gemartelde mensen ( $M=2.49$ ) afgenomen (Figuur 6.). Gemiddeld namen fysieke klachten na behandeling meer af bij niet-gemartelde mensen ( $M=-.22$   $SD=.67$ ) dan bij wel gemartelde mensen ( $M=-.03$ ,  $SD=.63$ ) maar dit verschil bleek evenmin significant,  $t(48) = -1.017$ ,  $p=.314$ .



Het al dan niet gemarteld zijn, heeft geen directe invloed op het behandelverloop. Onderzocht is of somatische klachten na marteling van invloed zijn op het behandelverloop. De participanten zijn hiervoor in 2 groepen verdeeld, één groep met veel somatische klachten (N=30) en één groep met weinig/geen somatische klachten (N=45).

Er is geen verschil gevonden in mate van 'drop-out' tussen mensen met veel somatische klachten en mensen met weinig tot geen somatische klachten:  $\chi^2(1, N=75) = .22, p = .637$ .

Er is ook geen verschil gevonden in mate van 'no show' tussen mensen met veel somatische klachten en mensen met weinig tot geen somatische klachten:  $\chi^2(1, N=75) = 1.740, p = .419$ .

Op het gebied van klachtenreductie bleken angstklachten na behandeling gemiddeld meer af te nemen bij mensen die weinig tot geen somatische klachten hadden ( $M = -.32, SD = .65$ ) dan bij mensen die veel somatische klachten hadden ( $M = -.18, SD = .63$ ), maar dit verschil was niet significant:  $t(47) = -.802, p = .427$ . Depressieklachten namen gemiddeld af bij mensen die weinig tot geen somatische klachten hadden ( $M = -.23, SD = .61$ ), bij mensen die veel somatische klachten hadden, bleef dit gelijk ( $M = .00, SD = .64$ ), het verschil was evenwel niet significant:  $t(47) = -1.344, p = .186$ . PTSS klachten bleken na behandeling gemiddeld meer af te nemen bij mensen die veel klachten hadden ( $M = -.40, SD = .71$ ) dan bij mensen die weinig tot geen somatische klachten hadden ( $M = -.37, SD = .64$ ), het verschil was echter niet significant:  $t(71) = .261, p = .795$ . Ook bleken op het gebied van klachtenreductie fysieke klachten na behandeling vrijwel gelijk bij mensen die weinig tot geen somatische klachten hadden ( $M = .01, SD = .59$ ) en namen ze af bij mensen die veel somatische klachten hadden ( $M = -.32, SD = .70$ ), dit verschil was echter eveneens niet significant:  $t(48) = 1.821, p = .075$ . Tenslotte bleek dat mensen die niet gemarteld zijn gemiddeld meer somatische klachten meldden ( $M = 3.29, SD = 2.38$ ) dan mensen die niet gemarteld zijn ( $M = 3.15, SD = 1.88$ ), maar het verschil was niet significant,  $t(73) = .300, p = .765$ .

## Discussie

Het huidige onderzoek richt zich op het verschil in behandelverloop tussen patiënten die al dan niet gemarteld zijn en op de invloed van somatische klachten hierop. De algehele conclusie is dat het al dan niet gemarteld zijn geen invloed heeft op behandelverloop. Er bleek geen verschil tussen gemartelde mensen en niet gemartelde mensen in drop out, no show, behandelduur en klachtenreductie. Daarnaast bleek dat mensen die veel somatische klachten



ten gevolge van marteling rapporteerden, geen verschil lieten zien in drop out, no show, behandelduur en klachtenreductie vergeleken met mensen die weinig tot geen somatische klachten meldden ten gevolge van marteling. Tenslotte bleek geen verschil te zijn in somatische klachten tussen mensen die gemarteld zijn versus mensen die niet gemarteld zijn.

De bevindingen van het huidige onderzoek wijken behoorlijk af van de besproken literatuur (Baker et al, 1997; McFarlane et al, 1994; van Ommeren et al, 2002; Paker et al., 1992; Schnurr & Jankowski, 1999). Deze auteurs spraken van een comorbiditeit van somatische klachten bij slachtoffers van marteling met PTSS. Reden hiervoor was dat patiënten door hun somatische klachten herinnerd bleven aan de marteling, daarnaast was het trauma ook vaak heviger wanneer iemand gemarteld was (Paker et al., 1992) en hadden er neurobiologische veranderingen plaats gevonden (van Ommeren et al., 2002). Ook zou bij gemartelde patiënten de no show en drop-out van de behandeling hoger zijn (Taylor et al., 2013) en er zou een langere behandelduur zijn (Kinzie, 2011). Al deze bevindingen worden door het huidige onderzoek niet onderschreven.

In het huidige onderzoek bleek geen verschil in behandelverloop tussen gemartelde en niet gemartelde mensen. Wat opviel was de lage afname van klachten bij beide groepen. Fysieke klachten namen bij gemartelde mensen (maar ook niet gemartelden) vrijwel niet af, maar ook angst, depressie en PTSS klachten namen weinig af. Reden hiervoor kan zijn dat, zoals genoemd, nog weinig evidentie bestaat voor behandel effectiviteit bij martelingsslachtoffers (Montgomery & Patel, 2011; Raghavan et al., 2013). Maar ook in het algemeen lijkt de behandeling die in Nederland wordt gegeven niet aan te sluiten bij de behoefte van vluchtelingen met PTSS door onder andere taalbarrières en cultuurverschillen (Morris et al. 2009). Dit wordt onderschreven door de resultaten in het huidig onderzoek waar naar voren komt dat er weinig profijt uit de behandeling wordt gehaald op het gebied van angst, depressie, PTSS en fysieke klachten. Dit zegt niet dat de behandeling niet zinvol is, mogelijk heeft de behandeling gevolgen voor andere aspecten die de kwaliteit van leven beïnvloeden. De problemen die martelingsslachtoffers ondervinden moeten breder gezien worden dan alleen PTSS symptomen, ook de context waarin de patient verkeerd moet meegenomen worden in onderzoek (Patel et al., 2014). Een andere verklaring voor de lage afname van klachten na behandeling kan zijn dat Centrum<sup>45</sup> te maken heeft met een groep patiënten die een chronische complexe vorm van PTSS hebben. Een syndroom wat geobserveerd wordt bij overlevers van langdurig en herhaaldelijk trauma (Herman, 1992). Het trauma bevat interpersoonlijk geweld en was beperkte of geen steun aanwezig (Mooren et al., 2012). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van deze vorm van PTSS,

maar duidelijk is dat het gaat om een chronische vorm van PTSS waarvoor de huidige behandeling mogelijk minder toereikend is (Resick et al., 2012). Een methodologische verklaring voor de lage reductie van klachten kan zijn dat de power van het onderzoek niet groot genoeg was. Er is namelijk wel degelijk een trend te zien wanneer je naar de grafische weergave van de resultaten kijkt. Klachten nemen bij niet-gemartelde meer af als bij gemartelde mensen. Het vergroten van een steekproef maakt het onderzoek krachtiger (Goodwin, 2006) en hierdoor zouden de verschillen significant kunnen worden. Verder onderzoek zou dit moeten uitwijzen.

Opvallend is ook dat er geen verschil in somatische klachten is tussen mensen die gemarteld zijn en mensen die niet gemarteld zijn. Een verklaring hiervoor kan zijn dat empirisch onderzoek laat zien dat mensen uit niet-westerse culturen meer somatische symptomen ervaren en uiten bij extreme stressvolle gebeurtenissen (Kirmayer & Young, 1998). Het verschil tussen de 2 groepen in huidig onderzoek kan wegvallen doordat er in het algemeen veel lichamelijke klachten worden gerapporteerd. Een andere verklaring kan zijn dat de gebruikte vragenlijsten voor fysieke klachten, de PILL niet valide is voor de doelgroep vluchtelingen en asielzoekers. Hierover zijn in de literatuur geen gegevens bekend en dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. Doordat mensen uit niet-westerse culturen over het algemeen meer somatische symptomen rapporteren (Kirmayer & Young, 1998), zou door de hoge scores de PILL het onderscheid tussen de groepen niet kunnen maken.

Een beperking van het huidige onderzoek die voor de opvallende onderzoeksresultaten heeft kunnen zorgen, is dat de aard van de behandeling niet in de analyses is meegenomen. Uit onderzoek blijkt dat er tussen soorten behandeling vrij grote verschillen zijn in werking bij vluchtelingen met een traumatisch verleden. Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Narratieve Exposure Therapie (NET) lijken beter te werken als bijvoorbeeld groepsinterventies, multidisciplinaire aanpak en familie interventies (Slobodin & de Jong, 2015). Ook het feit dat de gegevens over het al dan niet hebben van een status van de participanten ontbraken kan voor een vertekend beeld hebben gezorgd. Onzekerheid over de asielprocedure zorgt voor een verhoogde kans op depressie (Ehnholt & Yule, 2006) en zorgt voor verhoogde en gecontinueerde psychische nood (Robjan et al., 2009). In huidig onderzoek kan het ontbreken van deze gegevens voor een vertekend beeld hebben gezorgd. Een andere beperking van huidig onderzoek die voor de opvallende onderzoeksresultaten kan hebben gezorgd is dat slachtoffers van marteling vaak niet betrouwbaar zijn in hun getuigenis over de traumatische gebeurtenissen en assessment van psychologische problemen hierdoor lastig is (Campbell, 2007). Reden voor de onbetrouwbaarheid van de getuigenis van een

martelingslachtoffer is de hoge emotionele opwindning, geheugenproblemen, culturele normen over wat wel/niet te zeggen en ontkenkende en vermijdende coping mechanismen (Mollica & Caspi-Yavin, 1991).

Een limitatie van huidig onderzoek is doordat alle participanten in behandeling waren bij Centrum<sup>45</sup>, de externe validiteit van de resultaten laag is en er moet opgepast worden voor generalisatie. Een andere methodologische limitatie is de steekproef die genomen is. Door in het onderzoek alleen mensen op te nemen die zowel aan het begin als aan het eind de vragenlijst hebben ingevuld, sluit je mensen buiten het onderzoek die tijdens de behandeling uit gevallen zijn en hierdoor geen twee meetmomenten hebben gehad.

Belangrijk is om te kijken naar alternatieve behandelingen voor getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen. Hierbij hoeft, zoals aangetoond in huidig onderzoek, geen onderscheid gemaakt te worden in behandelverloop tussen gemartelde mensen en niet gemartelde mensen. Maar belangrijk is het wel om te zoeken naar alternatieve behandeling, omdat de huidige behandeling niet voldoende lijkt te helpen om klachten af te laten nemen. In de Verenigde Staten wordt onderzoek gedaan naar de werking van Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy (CA-CBT). Een therapie die cultuursensitief is en een mengeling van exposure en emotieregulatietechnieken kent (Hinton et al. 2012). De resultaten van de CA-CBT zijn veelbelovend. In een onderzoek onder Vietnamese vluchtelingen (Hinton et al., 2004) en in een onderzoek bij Cambodjaanse vluchtelingen (Hinton et al., 2005) blijkt dat CA-CBT effectief is bij het behandelen van PTSS.

Verder moet nog onderzocht worden of er in behandeling wel verschil gemaakt dient te worden tussen mensen die gemarteld zijn en mensen die niet gemarteld zijn. Op basis van huidig onderzoek kan gesteld worden dat dit onderscheid overbodig is. Niettemin dient verder onderzoek hier verder op in te gaan.

Vervolgonderzoek dient ook in te gaan op factoren die ook mee gespeeld kunnen hebben in het behandelverloop. Zoals bijvoorbeeld land van herkomst, asielstatus, leeftijd, mate van geweld, duur van het geweld en educatieachtergrond. Dit zijn factoren die de behandeling ook kunnen beïnvloeden (Porter & Haslam, 2005; Mooren & Braakman, 2012). Ook kan het interessant zijn om in vervolgonderzoek gebruik te maken van instrumenten die beter onderscheid maken tussen wat het beoogde doel van de marteling was. Dit was met de huidige dossierinformatie niet te achterhalen terwijl dit wel van belang is bij het definiëren van marteling om zo het begrip ‘marteling’ ook beter te kunnen operationaliseren (Quiroga & Jaranson, 2005). Wanneer instrumenten hier meer sensitief voor zouden zijn kunnen er nieuwe inzichten gegenereerd worden.

Geconcludeerd kan worden dat marteling niet van invloed is op het behandelverloop en dat er tussen gemartelde en niet-gemartelde patiënten geen verschil in somatische klachten is die het behandelverloop zou kunnen beïnvloeden. Klinische implicaties van dit onderzoek zijn daarom dat in behandeling er geen verschil gemaakt hoeft te worden tussen mensen die gemarteld zijn en mensen die niet gemarteld zijn. En dat er in behandeling van slachtoffers van marteling geen speciale aandacht hoeft te zijn voor somatische comorbiditeit. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of dit nieuwe inzicht, met bredere operationalisaties, stabiel is over tijd en tevens van toepassing is op andere patientenpopulaties buiten Centrum'45.

## Literatuurlijst

Basoglu, M., (1992). *Torture and its consequences*. New York: Cambridge Press.

Baker, D. G., Mendenhall, C. L., Simbart, L. A., Magan, L. K., & Steinberg, J. L. (1997). Relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported physical symptoms in Persian Gulf War veterans. *Archives of Internal Medicine*, *157*, 2076–2078.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *The British journal of psychiatry*, *190*(2), 97-104.

Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of traumatic stress*, *18*(6), 685-696.

Burnett, A., & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ: British Medical Journal*, *322*(7286), 606.

Campbell, T. A. (2007). Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors: A review. *Clinical Psychology Review*, *27*, 628-641.

Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2005). A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, *193*(10), 651-657.

Dijk, van D.G.L., Kortmann, F.A.M., Kooyman, M., Bot, J., (1999) De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) als transcultureel screeningsinstrument voor de posttraumatische stressstoornis bij opgenomen vluchtelingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *41* (1), 45-49.

Dimitrov, D. M., & Rumrill, P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Medical Publishers Incorporated*, *20*(2), 159-165.

Edwards, K. J., Hershberger, P. J., Russell, R. K., & Markert, R. J. (2001). Stress, negative social exchange, and health symptoms in university students. *Journal of American College Health*, *50*(2), 75-79.

Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210.

Eisenman, D. P., Gelberg, L., Liu, H., & Shapiro, M. F. (2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *Journal of American Medical Association*, 290, 627–632.

Fazel, M., Jeremy, W., Danesh, J., (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.

Gersons, B., (2012). Traumaspectrumstoornissen: van enkelvoudig tot complexe PTSS. In E. Vermetten, R. Kleber, O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (65-82). Enschede: Tijdstroom.

Goodwin, C.J. (2010) *Research in psychology: Methods and design*. New York: Wiley.

Gorman, W. (2001). Refugee survivors of torture: Trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(5), 443.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G., & Pollack, M. H.(2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 617–629.

Hinton, D. E., Pham, T., Tran, M., Safren, S. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 429–433.

Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural psychiatry*, 49(2), 340-365.

Human Right Watch (2014). *Human Rights in Syria*.

Geraadpleegd op 7 mei 2015, van

<http://www.hrw.org/middle-eastn-africa/syria>

IRCT (2010). International Rehabilitation Council for Torture Victims. 26 June - *International Day against Torture. The fight against torture: a key priority for the EU*.

Geraadpleegd op 9 april 2015, van

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/07/254>.

Jaranson, J. M., & Quiroga, J. (2011). Evaluating the services of torture rehabilitation programmes. *Torture*, 21, 98-140.

Jongh, A. de., & Broeke, E. ten. (2012) Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR). In E. Vermetten, R. Kleber, O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (533-542). Enschede: Tijdstroom.

Khuon, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatry*, 144(4), 497-500.

Kinzie, D.J. (2011). Guidelines for psychiatric care of torture survivors. *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. 21 (1):18-26

Kirmayer, L.J., & Young, A. (1998). Culture and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.

Lavik, N. J., Hauff, E., Solberg, Ø., & Laake, P. (1999). The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(1), 17-20.

Lindert J, Ehrenstein, von O.S.V., Priebe, S., Mielck, A., Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 69, 246-257.

McFarlane, A. C., Atchison, M., Rafalowicz, E., & Papay, P. (1994). Physical symptoms in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 715–726.

- Minnen, A. van. (2012) Cognitieve Gedragstherapie (CGT). In E. Vermetten, R. Kleber, O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (521-532). Enschede: Tijdstroom.
- Mollica, R. F. & Caspi-Yavin, Y. (1991). Measuring torture and torture related symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (4), 581–587
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Lavelle, J., Tor, S., Yang, T., Chan, S., et al. (1996). The Harvard trauma questionnaire (HTQ): manual, Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Journal of Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 1.
- Montgomery, E., & Patel, N. (2011). Torture rehabilitation: Reflections on treatment outcome studies. *Torture*, 21(2), 141-145.
- Mooren, T. & Braakman, M. (2012). Vluchtelingen. In E. Vermetten, R. Kleber, O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (601-618). Enschede: Tijdstroom.
- Mooren, T., Stöfseel, M., Truyens, T., (2012). Complexe PTSS. In E. Vermetten, R. Kleber, O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (601-618). Enschede: Tijdstroom.
- Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare barriers of refugees post-resettlement. *Journal of community health*, 34(6), 529-538.
- Olsen, D. R., Montgomery, E., Bøjholm, S., & Foldspang, A. (2007). Prevalence of pain in the head, back and feet in refugees previously exposed to torture: a ten-year follow-up study. *Disability & Rehabilitation*, 29(2), 163-11.
- Ommeren, M. van, Sharma B., Sharma G.K., Komproe, I., Cardena, E., Jong, de J.T., (2002). The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Trauma Stress*, 15, 415–421.
- Paker, M., Paker, O., Yuksel, S., (1992). Psychological Effects of Torture: An Empirical Study of tortured and non-tortured non-political prisoners. In: M. Başoğlu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (72-81). CUP Archive.



Patel N, Kellezi B, Williams, A.C.D.C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

Porter, M., Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294, 602-612.

Quiroga, J. & Jaranson, J. (2005) Politically-motivated torture and its survivors. A desk study review of the literature. *Torture*, 13 (2-3), 1-111.

Raghavan, S., Rasmussen, A., Rosenfeld, B., & Keller, A. S. (2013). Correlates of symptom reduction in treatment-seeking survivors of torture. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 377.

Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M.K., Wells, S.Y., Wiltsey Stirman, S., Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 241-251.

Richards, J. M., Beal, W. E., Seagal, J. D., & Pennebaker, J. W. (2000). Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 156.

Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The british journal of psychiatry*, 194(4), 306-312.

Schnurr, P. P., & Jankowski, M. K. (1999). Physical health and posttraumatic stress disorder: Review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 295–304.

Selten, J. P., Laan, W., Kupka, R., Smeets, H. M., & van Os, J. (2012). Risk of psychiatric treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, The Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 271-278.

Shrestha, N. M., Sharma, D. B., Ommeren, van M., Regmi, A. S., Makaju, R., Komproe, I., et al. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world:

Symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 280, 443–448.

Sironi, F., & Branche, R. (2002). Torture and the borders of humanity. *International Social Science Journal*, 54(174), 539-548.

Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.

Stæhr, A., & Stæhr, M. (1995). *Counselling Torture Survivors*. IRCT.

Taylor, B., Carswell, K., & de C Williams, A. C. (2013). The interaction of persistent pain and post-traumatic re-experiencing: a qualitative study in torture survivors. *Journal of pain and symptom management*, 46(4), 546-555.

UNHCR. (2014). *Needs soar as number of Syrian refugees tops 3 million*.

Geraadpleegd op 3 februari, van

<http://www.unhcr.org/53ff76c99.html>

Vermetten, E., Kleber, R., Haagen, J., (2012). Aspecten van psychologische behandelmethoden en procedures. In E. Vermetten, R. Kleber, O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (511-520). Enschede: Tjdstroom.

Vluchtelingenwerk. (2014). *Feiten en Cijfers Wereldwijd*.

Geraadpleegd op 3 februari, van

<http://www.vluchtelingenwerk.nl/feiten-cijfers/cijfers/wereldwijd>

World Medical Association. (1975). *A Declaration on Human Rights*. Tokyo.