



Vluchtelingen met psychische klachten

Pim Scholte

Met het toegenomen aantal vluchtelingen in Nederland is de kans groter dat huisartsen te maken krijgen met specifieke vluchtelingenproblematiek. Psychische problemen uiten zich bij hen vaker in allerlei afzonderlijke klachten en zijn niet gemakkelijk onder een afgebakende diagnose te scharen. Dan is het beter om de behandeling op de afzonderlijke symptomen te richten en in te gaan op achterliggende, existentiële problemen. Een op kracht gerichte psychosociale benadering verdient de voorkeur boven een klachtgerichte medische aanpak.

Sinds de massale instroom van bijna 60.000 asielzoekers in 2015 ligt het jaarlijkse gemiddelde aantal instromende vluchtelingen in Nederland iets boven de 30.000. De belangrijkste herkomstlanden zijn Syrië, Iran en Eritrea.¹ Eind 2018

CASUS

Een 43-jarige man uit het Midden-Oosten is drie jaar geleden samen met zijn vrouw als politiek vluchteling in Nederland aangekomen. Sindsdien hebben ze in primitieve wooneenheden in verschillende asielzoekerscentra (AZC's) gewoond. Het paar heeft tot nu toe vergeefs verschillende verblijfsprocedures gevoerd. De man meldt zich bij zijn huisarts met somberheid, wanhoop en overprikelbaarheid. Hij spreekt goed Engels, maar de diagnostiek wordt bemoeilijkt door zijn wijloppige, geagiteerde monologen. De huidige symptomen voldoen niet volledig aan de criteria van een posttraumatische stressstoornis of een depressie. Mogelijk is er bij hem sprake van een nooit gediagnosticeerde bipolaire stoornis. Wanneer de huisarts hem bij het derde consult vraagt naar zijn vroegere leven, lopen tijdens het antwoord de tranen over zijn wangen. De patiënt was in zijn thuisland een gerespecteerd bestuurder en intellectueel, zijn vrouw was er tandarts en het paar leefde in welstand. In het AZC hebben ze nauwelijks mogelijkheden tot zinvolle tijdsbesteding, al helemaal niet op hun niveau. "Dit is de eerste keer in al die jaren dat iemand hiernaar vraagt."



Bij vluchtelingen met psychische klachten gaat het vooral om diagnostiek en begeleiding.

Foto: iStock

DE KERN

- Achter psychische klachten gaat bij vluchtelingen vaak existentiële nood schuil; diagnostiek en behandeling hebben baat bij een daarop gerichte gespreksvoering.
- Psychopathologie manifesteert zich bij hen vaker als een spectrum van afzonderlijke klachten dan als een afgebakende, diagnosticeerbare stoornis.
- Als er geen duidelijke psychiatrische stoornis zoals een posttraumatische stressstoornis of depressie is vast te stellen, kan de huisarts aanwezige psychische klachten op symptoomniveau behandelen.
- Een krachtgerichte, psychosociale benadering geeft de huisarts meer middelen in handen dan een klachtgerichte, medische behandeling.

verbleven er in ons land ruim 100.000 vluchtelingen, terwijl meer dan 12.000 asielaanvragen nog in behandeling waren.² Huisartsen zullen dus al snel een of meer vluchtelingen in hun praktijkbestand hebben. Er is alle reden om bij deze patiënten rekening te houden met mogelijke psychische problemen, alleen zullen ze hiervoor niet snel de hulp van de huisarts inschakelen. Bovendien zijn de klachten lang niet altijd makkelijk te interpreteren. Taalproblemen, cultuurgebonden opvattingen en uitingen, en onwetendheid over de mogelijke rol van de huisarts zijn veelvoorkomende belemmeringen tijdens het contact. Daarbij komt dat huisartsen vaak geen duidelijk beeld hebben van de achtergrond van deze patiënten. Dit artikel gaat in op de mogelijkheden die huisartsen hebben om deze moeilijkheden te overkomen, hoe ze zicht kunnen krijgen op veelvoorkomende problematiek en psychische klachten, en welke rol ze kunnen spelen bij de behandeling ervan.

EXISTENTIËLE PROBLEMATIEK

Vluchtelingen hebben verliezen geleden, of ze nu traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt of niet. Ze hebben bijna alles achtergelaten wat vertrouwd en betekenisvol was: huis en haard, geliefden, het gebruikelijke klimaat en voedsel, hun taal, hun cultuurgebied met de daarbij behorende vanzelfsprekendheden en gewoonten.³ En vooral: de rollen die zij in het sociale leven speelden, waaraan zij zelfrespect ontleenden en waarvoor ze waardering van anderen kregen. Van al deze zaken, die bijdragen aan het identiteitsgevoel en het zelfbeeld, is de vluchteling verstoken. Intussen mist het bestaan betekenis, en ontbeert het individu erkenning en herkenning. Eenzaamheid en vervreemding kunnen het gevolg zijn, wat voor alle vluchtelingen wel in enige mate geldt.⁴ In hun omgeving weet bijna niemand over hun leven in het land van herkomst: hoe woonden ze, hoe zag de dag eruit, wat gaf trots, plezier, enzovoort? Iemand die de gelegenheid krijgt over zulke dingen te vertellen onthult zijn of haar feitelijke kernwaarden, voelt zich gezien en erkend. Het zijn wezenlijke stappen in de opbouw van een intermenselijke relatie, en dat

geldt natuurlijk evenzeer voor de relatie tussen vluchteling en (huis)arts.

BENADERING

Tijdens het consult is het dan ook een gouden zet om expliciet interesse te tonen voor de identiteit van de patiënt en niet alleen voor diens klachten of problemen: “Vertel eens, ik weet verder zo weinig van u, hoe was het vroeger?” Door naar het vroegere leven te vragen kan de arts de vluchteling helpen weer voeling te krijgen met zijn of haar potentieel. Dat kan lastig zijn en vereist ook bepaalde gespreksvaardigheden. Vluchtelingen hebben dikwijls lang in een positie verkeerd waarin moeilijkheden en hulpbehoefte de boventoon voerden. Deze zijn hun zelfbeeld als het ware gaan inkleuren, en lijken als enige te kunnen worden gevoeld en geuit. Het kan helpen om uitleg te geven over de invloed van tegenslag en ellende op het zelfbeeld, en over het belang van herstel van het vroegere potentieel. Dat is voor hen op dat moment misschien nauwelijks voelbaar, maar zeker nog aanwezig (denk aan intelligentie, sociale vaardigheden en dergelijke).^{5,6} Zo'n uitgebreide kennismaking kost tijd en vraagt om een dubbel consult, maar deze investering betaalt zich later stellig uit. Zie ook het hoofdstuk over vluchtelingen in de NHG/Pharos-uitgave *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren* en de gerelateerde factsheet.^{7,8}

TAAL

Het is essentieel dat de vluchteling voldoende taalvaardig is om zich genuanceerd uit te kunnen drukken. Vaak zal het Nederlands (of Engels) niet toereikend zijn en is een vertaler onontbeerlijk. De inzet van een professionele telefonische tolk is eenvoudig en vaak ad hoc te realiseren. Dit heeft omwille van de vrijheid van spreken en van de kwaliteit van de (letterlijke en ongekleurde) vertaling de voorkeur boven het inzetten van familie of bekenden. De digitale kennisbank van Pharos bevat nuttige filmpjes die psychologische onderwerpen in eenvoudige taal uitleggen.⁹⁻¹²

PSYCHOPATHOLOGIE

Hulpverleners denken bij vluchtelingen bijna reflexmatig aan trauma en verlies, en dat is niet voor niets: oorlogsgeweld en politieke repressie gaan gepaard met vaak huiveringwekkende wreedheden en gewelddadig verlies van naasten. Tijdens de vlucht zijn ervaringen met misbruik, bedreigingen of levensgevaar niet ongebruikelijk. Na aankomst in ons land kunnen minimale leefomstandigheden, gedwongen ledigheid en onzekerheid over de toekomst vervolgens het herstel belemmeren. De geschatte prevalentie van vooral posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressie is onder vluchtelingen dan ook flink verhoogd: respectievelijk 13-25% en 8-25% versus 2,6-3,3% en 4,2-6,3% onder de algemene Nederlandse bevolking.¹³⁻¹⁶

Traumagerelateerde psychopathologie manifesteert zich bij vluchtelingen echter zelden in zuivere PTSS- of depressie-symptoomprofielen zoals gedefinieerd volgens de DSM-5.¹⁷

Veel vaker is er sprake van een gevarieerd spectrum aan klachten, samengesteld vanuit de PTSS-, depressie-, angst-, somatisatie- en andere domeinen.¹⁸ De huisarts kan zich bij de diagnostiek dan ook beter richten op het vaststellen van afzonderlijke symptomen, dan streven naar een ‘echte’ diagnose. Het laatste vereist immers herkenning van een groep af te bakenen symptomen, en juist dat is problematisch. Vanuit de hoofdklacht kan men eventuele daarbij passende symptomen exploreren en, wanneer deze niet voldoen aan alle criteria voor een feitelijke (DSM-)diagnose, vaststellen welke klacht het meest last geeft. Deze kan dan het doelsymptoom worden van een eventueel in te zetten klachtgerichte behandeling (zie beneden).

Bij dit alles is het van belang om te beseffen dat vluchtelingen veelal kampen met actuele en dagelijkse stress, die voortkomt uit hun ongunstige sociale omstandigheden. Deze vormen vaak een belangrijker bron van psychische klachten dan de schokkende ervaringen in het verleden.¹⁹ Verwijzing naar maatschappelijk georiënteerde hulp ligt dan meer voor de hand dan medisch ingrijpen.

INDIRECTE PRESENTATIE

Het is niet alleen lastig om psychische problemen bij vluchtelingen te diagnosticeren omdat klachten vaak niet onder één noemer te vangen zijn. Wat ook een rol speelt is dat het voor veel migranten niet voor de hand ligt om voor psychische problemen hulp te zoeken bij een huisarts. Ze zullen eerder bijvoorbeeld een goede vriend in vertrouwen nemen of steun zoeken in hun geloof.²⁰ Ook komt het voor dat ze van een arts een strikt biomedische oriëntatie en medicatievoorschriften verwachten, terwijl ze zelf andere (bijvoorbeeld bovennatuurlijke) ideeën hebben over de oorsprong van de klachten.^{21,22} Een andere complicerende factor is dat het uiten van psychische problematiek in veel culturen van herkomst als zwakte wordt gezien, en tot stigmatisering en uitstoting kan leiden. Uit angst en schaamte hiervoor zoeken vluchtelingen niet snel hulp, en als ze zich in ons land al tot een huisarts wenden, uiten ze zich dikwijls niet in psychologisch idioom maar via fysieke klachten. Bovendien bestaat er in veel culturen zowel in de beleving als in het taalgebruik geen lichaam-geestdualisme, geen scheidlijn tussen lichaam en geest.²³⁻²⁵ Het kan voor de huisarts dan lastig zijn om vast te stellen of een patiënt een beschrijving van een fysieke gewaarwording symbolisch bedoelt of dat het om een feitelijke ervaring gaat.

Wanneer de patiënt fysieke klachten noemt, moet de huisarts natuurlijk de herkomst vaststellen en het ervaren lijden serieus nemen. Wanneer een somatische verklaring ontbreekt kan de arts al dan niet kiezen voor een expliciete uitleg over de samenhang met eventuele psychische problematiek. Nog belangrijker is het om geïnteresseerd te informeren hoe het gaat met gezin, familie, woning, werk, enzovoort. Dat stelt de patiënt in de gelegenheid eventuele problemen te benoemen, zonder dat hij of zij de ervaren psychische last hoeft te verwoorden. Vervolgens kan men empathisch reageren met steun, adviezen of maatregelen.

BIJZONDERE AANDACHTSPUNTEN

Men moet ook altijd aan ervaringen met seksueel geweld denken, dat immers tijdens oorlogsgeweld, gedurende de vlucht en in opvang- en asielzoekerscentra veel voorkomt, soms in de vorm van uitbuiting.²⁶ Ondanks de nauwelijks te overschatten impact op het psychische en fysieke welzijn, is het door schaamte en angst voor stigmatisering onder slachtoffers gebruikelijker om hier over te zwijgen dan te spreken. Men moet dan ook niet schromen er expliciet naar te vragen wanneer het verhaal van de patiënt(e) of de aard van de fysieke klachten daarvoor ook maar de geringste aanwijzing geeft. Terughoudendheid hierin komt neer op nalatigheid. De vraag ‘Hebt u ooit te maken gehad met seksueel geweld of dwang?’ is nooit schadelijk, en kan bevrijdend zijn.

Bedenk daarnaast dat overmatige prikkelbaarheid bij PTSS in ernstige gevallen kan leiden tot agressiviteit en woede-aanvallen, bijvoorbeeld jegens drukke jonge kinderen in het eigen gezin. Het is raadzaam bij getraumatiseerde vluchtelingen rekening te houden met dergelijke vormen van huiselijk geweld.²⁷ Omdat zulke agressie buiten de eigen controle ligt en veelal met grote schaamte is omgeven, verdient deze een voorzichtige exploratie en begrip. Ook is het goed om te vragen naar misbruik van alcohol of andere middelen, die bij PTSS veelvuldig als zelfmedicatie worden aangewend om de *arousal* te dempen of te kunnen slapen. Het leidt geregeld tot middelenafhankelijkheid.²⁸

BEHANDELEN OF VERWIJZEN

Veelvoorkomende klachten zijn somberheid, slaapproblemen, agitatie en middelenmisbruik. Het is vaak moeilijk, maar wel van belang om moedeloosheid rond vooral sociale problemen (de verblijfsprocedure, acculturatiestress, werkeloosheid) en rouw te onderscheiden van depressie. Bij de eerste twee zijn steun en eventueel begeleiding aan de orde, terwijl medicalisering voorkomen moet worden. Suïcidale uitspraken zijn soms wanhoopsuitingen zonder feitelijke doodswens. Goed doorvragen helpt dit onderscheid te maken: ‘Ik snap uw wanhoop en uw wens hier vanaf te zijn, maar wilt u nu werkelijk dood?’ Uiteraard is psychiatrische bemoeienis geboden bij een werkelijke depressie en suïcidaliteit.

Wanneer symptomen van vooral PTSS specifieke aandacht behoeven kan men deze proberen aan te pakken via psycho-educatie, leefstijlmaatregelen (waaronder slaaphygiëne), en ontspannings- en *grounding*-oefeningen (vooral bij agitatie en dissociatieve verschijnselen).^{29,30} Daarvoor is eventueel ook de poh-ggz in te zetten.

Bij PTSS is psychotherapie de behandeling van eerste keuze, en bij een volledige PTSS – bij vluchtelingen meestal een complex beeld – is een verwijzing naar de specialistische ggz dan ook op zijn plaats, net als bij ernstig middelenmisbruik. Vaak is PTSS niet in volle omvang vast te stellen; dat wil zeggen, niet volgens alle vier DSM-criteria (intrusies, overprikkeling, vermijding, verstoorde cognities en stemming). Toch kunnen afzonderlijke symptomen extreme last veroorzaken, bijvoorbeeld aanhoudende nachtmerries. Wanneer de eerder

genoemde maatregelen onvoldoende helpen en er (nog) geen sprake is van verwijzing naar de ggz, is medicamenteuze behandeling een optie. SSRI's hebben dan de voorkeur.³¹⁻

Wanneer de PTSS-patiënt slaapproblemen heeft is benzodiazepinegebruik riskant omdat het dissociatieve verschijnselen kan versterken of uitlokken in de vorm van anterograde amnesie, verwardheid en desoriëntatie. Bovendien is de slaapproblemen vaak chronisch, waardoor middelenafhankelijkheid op de loer ligt.³² Off-label wordt soms mirtazapine in lage dosering (7,5 mg of lager) voorgeschreven, al strookt dit niet met de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen en is de effectiviteit ervan niet wetenschappelijk aangetoond.^{33,34} De psychiater schrijft soms atypische antipsychotica voor bij ernstige slaapproblemen met frequente nachtmerries (bijvoorbeeld olanzapine of quetiapine).

Ook psychotische uitingen kunnen de diagnostiek bemoeilijken. Het is dan lastig te bepalen of er sprake is van een psychotische stoornis, herbelevingen of dissociatie in het kader van PTSS. Het kan ook gaan om verschijnselen die binnen de cultuur van de patiënt tot het normale gedrag behoren (bijvoorbeeld het horen van stemmen van voorouders).^{35,36}

Wanneer dergelijke verschijnselen het dagelijkse functioneren verstoren is verwijzing naar de specialistische ggz hoe dan ook geïndiceerd.

Verwijzing naar de ggz vereist bij vluchtelingen vaak meer dan gemiddelde overreding. Zoals eerder aangegeven, schamen ze zich en zijn ze vaak bang voor stigmatisering. Psychiatrische hulp associëren ze dikwijls met 'gekke'. Geduldige psycho-educatie en uitleg zijn dan geboden. Voor adequate consultatie en verwijzing stelde het ARQ Kenniscentrum Migratie onlangs een landelijk overzicht van interculturele ggz-instellingen samen.³⁷

BESCHOUWING

Uit het voorgaande moge blijken dat de psychische problematiek bij vluchtelingen zich weliswaar kan uiten via psychiatrische symptomen, maar dat existentiële nood bijna altijd een rol speelt. In de behandeling kan de huisarts juist bij dat laatste een rol spelen door krachtgericht en niet klachtgericht te werk te gaan, en door het bevorderen van contactherstel met het eigen potentieel (vaardigheden, talenten, trots en liefde, ambities, enzovoort) en eventuele sociale hulpbronnen (familie!). Zo'n benadering put uit de verworvenheden van de Positieve Psychologie en de Herstelondersteunende Zorg.^{5,38}

Bij de casus zorgde een tijdelijke focus van de huisarts op de hoogwaardige rol die de patiënt in het verleden speelde voor een doorbraak in het contact, waarna diagnostiek en behandeling pas goed mogelijk werden. De patiënt voelde zich eindelijk erkend en werd rustiger. Hij beschreef het beloop van zijn stemmingswisselingen, waardoor de huisarts uiteindelijk de diagnose bipolaire stoornis kon stellen. Na instelling op passende medicatie kon de patiënt worden gestimuleerd om zich in te zetten in verschillende commissies van de vereniging van zijn landgenoten en stabiliseerde zijn stemming.

Voor krachtgerichte interventies moet men het gesprek dus

richten op de vaardigheden van de patiënt ('U hebt kinderen grootgebracht, vrienden gemaakt, voor familie gezorgd, een vak uitgeoefend', enzovoort), op bronnen van zingeving en plezier, en op de kernwaarden van de patiënt ('Wat is essentieel om uw leven waardevol te laten zijn?'). Vervolgens is het goed de patiënt tot activiteiten aan te zetten die aansluiten bij diens belevings- en ideeënwereld, bijvoorbeeld zorgende of ambachtelijke taken, goede zelfzorg en sport of sociale activiteiten. Het gaat, kortom, vooral om het herwinnen van zelfrespect en verbondenheid met (en erkenning door) de omgeving.

Bij een krachtgerichte benadering moet de religie of spiritualiteit extra aandacht krijgen, die voor veel vluchtelingen immers op enige wijze als belangrijke bron fungeert. De steun van gebed en rituelen, het lezen van teksten en de adviezen van een geloofsgemeenschap en geloofsleiders zijn dikwijls van grote waarde en versterken de veerkracht. Het onderwerp vraagt wel om een omzichtige benadering vanwege mogelijke gevoeligheden rond religieuze denkwijzen en groeperingen.

CONCLUSIE

De waarde die de huisarts voor de vluchteling met psychische klachten heeft komt uiteindelijk vooral tot uiting tijdens het gesprek dat gericht is op de existentiële nood. Belangrijk is het om de identiteit, het eigen potentieel, de kernwaarden en het maatschappelijk functioneren te erkennen en te bekrachtigen. Bij symptomen gaat het vooral om diagnostiek en begeleiding, onder andere met psycho-educatie en het aanreiken van leefregels en oefeningen. Het aandeel van medicamenteuze behandeling is beperkt. ■

LITERATUUR

1. VluchtelingenWerk Nederland. Cijfers over vluchtelingen: Nederland, Europa & wereldwijd. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland.
2. UNHCR. Global Trends. Forced displacement in 2018. Geneva: UNHCR, 2019.
3. Eisenbruch M. The cultural bereavement interview: a new clinical research approach for refugees. *Psychiatr Clin North Am* 1990;13:715-35.
4. Silve D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:200-7.
5. Dröes J, Witsenburg C (redactie). Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen. Amsterdam: SWP, 2012.
6. Van Heemstra HE, Scholte WF, Haagen JFG, Boelen PA. 7ROS-ES, a transdiagnostic intervention for promoting self-efficacy in traumatized refugees: a first quantitative evaluation. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10:1673062.
7. Van den Muijsenbergh M, Oosterberg E (redactie). Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren. Utrecht: NHG en Pharos, 2016.
8. Pharos. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Pharos, 2018.
9. Pharos. Kennisbank. Utrecht: Pharos.
10. Pharos. Dounia praat en overwint. Seksueel misbruik binnen de familie en hoe slachtoffers over hun ervaringen kunnen praten. Utrecht: Pharos, 2015.

11. Pharos. Marian heeft een depressie. Wat kan ze doen? Over wat je kan doen bij een depressie. Utrecht: Pharos, 2017.
12. Pharos. Ismail doet vreemd. Wat kan je als familie doen? Over wat je kunt doen als iemand in de familie een psychose heeft. Utrecht: Pharos, 2014.
13. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:537-49.
14. Ikram UZ, Stronks K. Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. A literature review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: Academic Medical Center, 2016.
15. De Vries GJ, Olf M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress* 2009;22:259-67.
16. De Graaf R, Ten Have M, Tuithof M, Van Dorsselaer S. First-incident of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord* 2013;149:100-7.
17. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth ed. Washington: APA, 2019.
18. Jongedijk RA, Eising DD, Van der Aa N, Kleber RJ, Boelen PA. Severity profiles of posttraumatic stress, depression, anxiety, and somatization symptoms in treatment seeking traumatized refugees. *J Affect Disord* 2020;266:71-81.
19. Miller KE, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26:129-38.
20. Teunissen E, Sherally J, Van den Muijsenbergh M, Dowrick C, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UM) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ open* 2014;4:e005738
21. Van der Boor C, White R. Barriers to accessing and negotiating mental health services in asylum seekers and refugee populations: the application of the candidacy framework. *J Immigr Minor Health* 2020;22:156-74.
22. Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020;75:101812.
23. Descartes, R. *Meditations on first philosophy*, in the philosophical writings of René Descartes. Cottingham J, Stoothoff R, Murdoch D (translation). Cambridge: Cambridge University Press, 1984;2:1-62.
24. Kirmayer LJ, Dao JHT, Smith A. Somatization and psychologization: understanding cultural idioms of distress. In: Okpaku S (editor). *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998:233-65.
25. UNHCR. Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: a review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict. Geneva: UNHCR, 2015.
26. Araujo JO, Souza FM, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saude Publica* 2019;53:78.
27. Timshel I, Montgomery E, Dalgaard NT. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse Negl* 2017;70:315-30.
28. Weiss NH, Schick MR, Contractor AA, Dixon-Gordon KL. Posttraumatic stress disorder and substance use: Identifying the underlying role of difficulties regulating positive emotions. *Addict Behav* 2019;96:119-26.
29. Progressive muscle relaxation training. YouTube.
30. CBT demo grounding techniques. YouTube.
31. Van Balkom ALJM, Van Vliet IM, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
32. Zorginstituut Nederland. *Farmacotherapeutisch Kompas*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
33. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. *NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening)*. *Huisarts Wet* 2014;57:352-61.
34. Nieuwhof AE. Off-labelgebruik mirtazapine als slaapmiddel. *Werkzaamheid niet bewezen, wel bijwerkingen*. *Geneesmiddelen Bull* 2019;6-7:66-8.
35. Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ (editors). *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd, 2008.
36. Zandi T, Havenaar JM, Limburg-Okken AG, Van Es H, Sidali S, Kadri N, Van den Brink W, et al. The need for culture sensitive diagnostic procedures: a study among psychotic patients in Morocco. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:244-50.
37. ARQ Kenniscentrum migratie. *Sociale kaart. Landelijk overzicht interculturele GGZ*. Diemen: ARQ Kenniscentrum migratie, 2020.
38. Snyder CR, Lopez SJ (editors). *The Oxford handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2005.

Scholte P. Vluchtelingen met psychische klachten. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0768-5. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Psychiatrie, Amsterdam: dr. P. Scholte, psychiater, w.f.scholte@amsterdamumc.nl, tevens werkzaam als psychiater bij Laguna Collective in Amsterdam. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.