

CULTUURSENSITIEF WERKEN MET ALLEENSTAANDE JONGE VLUCHTELINGEN

'VEERKRACHT-PROJECT' BIEDT TRAUMA-GEÏNFORMEERDE INTERVENTIE

Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's) lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problematiek. Over de beste benadering van deze problematiek is nog veel onduidelijk. Aan de hand van een casus bespreken we hoe we cultuursensitief kunnen werken met een AMV die last heeft van traumagerelateerde klachten.

CARLIJN VAN ES, MARIEKE SLEIJPEN, WINTA GHEBREAB EN TRUDY MOOREN

Aman (niet zijn echte naam) is een jongen van zestien jaar. Hij komt uit Eritrea. Op zijn veertiende is hij alleen naar Nederland gevlucht. Sinds enkele maanden woont Aman in een kindervoorgroep (KWG), een vorm van opvang voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's) van 13 tot 17 jaar. Op de KWG zijn 24 uur per dag mentoren aanwezig om de jongeren te ondersteunen bij hun dagelijkse taken. Aman woont hier met tien andere jongeren, de meesten uit Eritrea, sommigen uit Syrië. Op een doordeweekse dag vraagt Aman zijn mentor of hij naar de kerk mag. De mentor legt uit dat dit niet kan, omdat Aman dan school zou missen. Aman wordt boos en schreeuwt naar de mentor. Hij rent naar zijn kamer en slaat de deur achter zich dicht. De mentor komt achter hem aan, maar Aman wil hem niet spreken. Hij blijft boos op zijn kamer zitten.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat AMV's vaker psychische klachten ontwikkelen dan jongeren die samen met een ouder gevlucht zijn (onder andere Huemer e.a., 2009; Vervliet e.a., 2014). AMV's zijn mogelijk kwetsbaarder doordat ze gescheiden zijn van hechtingsfiguren én lopen meer risico op potentieel traumatische ervaringen doordat er geen ouder is die hen kan beschermen tijdens de vlucht. Toch is nog weinig duidelijk over wat de beste manier is om deze

problematiek aan te pakken. Er zijn niet veel studies voor handen naar programma's en behandelingen voor psychische problemen bij AMV's (Demazure e.a., 2017; Unterhitzenberger e.a., 2015). Een case-seriestudie onder getraumatiseerde Somalische vluchtelingen tussen 12 en 17 jaar laat zien dat KidNET (een specifieke kindgerichte variant van Narratieve Exposure Therapie) vermindering van PTSS, alsook van depressieve symptomen kan geven (Onyut e.a., 2005). Ook de enkele studies die er zijn naar cognitieve gedragstherapie (o.a. Ehntholt e.a., 2005) en EMDR (Oras e.a., 2004) bij jonge vluchtelingen (vaak niet specifiek bij AMV's) zijn hoopgevend. Maar er is meer bewijs nodig dat traumagerichte behandeling bij jonge vluchtelingen goed mogelijk is en daadwerkelijk helpt.

In het kader van een onderzoek naar de uitdagingen van Eritrese AMV's in Nederland spraken we met Eritrese jongeren en hun begeleiders, waaronder mentoren en jeugdbeschermers, die als voogd verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van alleenstaande minderjarige asielzoekers en vluchtelingen (Van Es e.a., 2019). De begeleiders gaven aan dat deze jongeren veel stress ervaren, onder andere vanwege de asielprocedure, de vaak complexe gezinsherenigingsprocedure en zorgen om achtergebleven familieleden. Zij voelen zich verantwoordelijk voor de veiligheid en toekomst van hun familie. De jongeren ervaren verder stress



Box 1: Eritrea

Afgelopen jaren was er een grote instroom van alleenstaande minderjarige vluchtelingen vanuit Eritrea. Van alle AMV's die in Nederland asiel aanvragen, vormen zij op dit moment de grootste groep. Dit werd veroorzaakt door de situatie in het thuisland. Eritreeërs worden vaak jarenlang aan dwangarbeid (dienstplicht) onderworpen en er is sprake van willekeurige arrestaties, verdwijningen en martelingen. De jongeren die naar Nederland zijn gekomen, hebben vrijwel altijd een (jaren)lange vlucht achter de rug. Diverse hulpverleners die met Eritrese AMV's werken maken zich zorgen over de sociaal-maatschappelijke situatie van deze jongeren (Pharos, 2016). Andere AMV's komen voornamelijk uit Syrië en Marokko (IND, 2019).

door wat ze hebben meegemaakt in Eritrea en tijdens hun vlucht (box 1). Sommige AMV's kampen met psychische klachten, zoals slaapproblemen, concentratiemoeilijkheden en problemen met de emotieregulatie.

TABOE OP GGZ

Uit onze studie bij Eritrese AMV's en hun begeleiders kwam naar voren dat de jongeren verschillende knelpunten ervaren in onder andere de toeleiding naar de geestelijke gezondheidszorg (Van Es e.a., 2019). Zo heerst bij veel van hen een taboe op de GGZ en zijn begeleiders niet altijd goed op de hoogte van de verwijzprocedure. Begeleiders melden verder dat lange wachtlijsten en intakeprocedures de jongeren afschrikken. Ook sluit de hulpverlening vaak niet goed aan bij de behoeften van de jongeren. Terwijl jongeren veelal niet bekend zijn met de westerse hulpverlening, zijn hulpverleners in de GGZ niet altijd ervaren met het benaderen en behandelen van deze doelgroep. Hulpverleners hebben soms het idee dat de problemen van de jongeren vooral of uitsluitend te maken hebben met dagelijkse stressoren, zoals zorgen over de ingewikkelde gezinsherenigingsprocedure, en dat zij daar als hulpverlener geen rol in kunnen spelen. Bovendien voelen sommige jongeren die wel naar een psycholoog zijn verwezen, zich niet altijd goed begrepen.

Vanwege deze knelpunten krijgen AMV's in Nederland niet altijd de hulp die ze nodig hebben. Om de psychische klachten van AMV's in Nederland te adresseren en de bekende drempels naar de GGZ te doorbreken, zijn we in 2016 begonnen met het aanbieden van een laagdrempelige trauma-geïnformeerde interventie in het Veerkrachtproject (box 2).

SNEL, DICHTBIJ EN KORT

De trauma-geïnformeerde interventie heeft de volgende uitgangspunten. Allereerst is de interventie voor AMV's laagdrempelig. Zo is er geen complexe, langdurige intakeprocedure. Voordat de jongeren met de interventie starten, ziet de psycholoog hen één keer, direct daarna begint de behandeling. Ten tweede krijgt de jongere de interventie op of nabij zijn of haar woonplek aangeboden. Ten derde is de interventie kortdurend, namelijk zeven tot negen sessies. Tot slot wordt rekening gehouden met culturele diversiteit. In

dit artikel werken we deze uitgangspunten uit. We beschrijven hoe we tijdens het toeleidingstraject en in de interventie recht proberen te doen aan deze principes. Overigens zijn de betrokken behandelaars GZ- of klinisch psychologen, werkzaam bij Centrum'45, Traumacentrum Limburg, de Evenaar, Entrea Lindenhout en Nidos. Allen zijn ervaren in het behandelen van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers en hebben een erkende EMDR-opleiding afgerond.

Een dag na het conflict over het kerkbezoek gaat de mentor het gesprek aan met Aman. Hij wil weten wat de jongen dwarszit en wat hij nodig heeft. De mentor heeft vaker gezien dat jongeren geprikkeld reageren als hij hun iets verbiedt en gaat dan bij zo'n jongere na waar deze reactie vandaan komt. De mentor ruimt voldoende tijd in voor het gesprek. Hij vertelt dat hij zich de afgelopen tijd zorgen om Aman maakt. Zo is hem opgevallen dat Aman prikkelbaar is en vaker woede-uitbarstingen heeft. Ook loopt hij 's nachts op

AMAN WIL NIET PRATEN OVER NARE DINGEN, HIJ WIL ZE VERGETEN

de gang rond. Hij vraagt of Aman zich in deze zorgen herkent. Aman vertelt over de stress die hij heeft. Zo maakt hij zich zorgen over zijn familie die niet in Nederland woont. De mentor vraagt door (box 3). Vervolgens vertelt Aman dat hij de laatste tijd slecht slaapt. Het is moeilijk om in slaap te komen, dan heeft hij veel piekergedachten. Als hij wel in slaap valt, komen er meestal heftige nachtmerries. Daarom staat hij op en loopt hij over de gang. De mentor legt uit dat mensen in Nederland die iets naars hebben meegemaakt en daar last van hebben, vaak hulp zoeken, bijvoorbeeld van een psycholoog. Aman reageert direct dat hij niet naar de psycholoog wil, omdat dit zou betekenen dat hij 'gek' is. Hij wil het verleden vergeten en er niet over praten. Hij wil zich op de toekomst richten, en hoopt vooral dat zijn ouders, broertje en zusjes naar Nederland kunnen komen, zo snel mogelijk. De rest komt dan wel goed. De mentor legt uit dat mensen die naar een psycholoog gaan voor dergelijke klachten niet 'gek' zijn. Een psycholoog kan helpen om met klachten om te gaan. Ook legt de mentor uit dat Aman niet gelijk alles hoeft te vertellen. Hij biedt aan om de eerste keer met Aman mee te gaan. Aman stemt daarmee in.

Aan het eind van het gesprek, nadat hij heeft gecontroleerd of Aman alles heeft begrepen, vraagt de mentor aan Aman of hij zijn zorgen met de jeugdbeschermer mag bespreken. Aman geeft hiervoor toestemming. De mentor neemt direct contact op met de jeugdbeschermer en legt hem zijn zorgen voor. De jeugdbeschermer neemt contact op met een van gedragswetenschappers van Nidos. Zij adviseren

jeugdbeschermers over begeleiding en hulpverlening en kunnen ook AMV's doorverwijzen naar de GGZ. Het blijkt lastig een behandeling te vinden die aansluit bij de behoeften van Aman. De gedragswetenschapper heeft gehoord van het Veerkrachtproject. Ze heeft het idee dat de interventie die dit project biedt mooi aansluit bij Aman, omdat ze weet dat de psychologen veel ervaring hebben met het werken met AMV's en naar de jongeren toekomen. Daarnaast wordt samen- gewerkt met iemand die niet alleen de taal, maar ook de cultuur 'vertaalt', een interculturele mediator (ICM). Na overleg met de jeugdbeschermers, mentor en Aman zelf, wordt Aman aangemeld voor deze trauma- geïnformeerde aanpak. Vervolgens komt de psycho- loog samen met de ICM bij hem langs op de KWG om kennis te maken.

De cultuursensitieve benadering van deze trauma- geïnformeerde interventie wordt onder andere gewaar- borgd door de samenwerking met ICM's. Dit zijn mensen met een achtergrond en ervaringen die verge- lijkbaar zijn met die van de AMV's zelf. Zij komen uit hetzelfde land, kennen de cultuur, spreken dezelfde taal en zijn eveneens naar Nederland gevlucht. ICM's worden geselecteerd door Nidos en vervolgens getraind door Nidos en ARQ Centrum'45. Het werken met een ICM heeft een aantal voordelen. Zo verloopt het contact met de ICM vaak gemakkelijk, omdat deze dezelfde taal spreekt. Daarnaast heeft de ICM tussen de verschillende sessies van de interventie regelmatig contact met de jongere. De ICM is om deze reden vaak goed op de hoogte van de situatie van de jongere en diens thuiscontext. Dit gebeurt in nauwe samenwer- king en afstemming met de psycholoog. Ook kunnen ICM's een modelfunctie voor de jongere vervullen. Zij beheersen de Nederlandse taal en hebben hun weg gevonden in de Nederlandse maatschappij. Na iedere sessie overleggen de psycholoog en de ICM over wat hen is opgevallen en krijgt de ICM de mogelijkheid om zijn perspectief te delen.

AAN HET WERK

Dan de sessies zelf. Nadat de jeugdbeschermers de jongere over de aanpak heeft geïnformeerd, komen de psycholoog en ICM langs voor de eerste sessie. Deze sessie is alleen met de jongere, of, indien gewenst, samen met de jeugdbeschermers of mentor. Het doel

ALS AMAN NACHTMERRIES HEEFT, GAAT HIJ OVER DE GANG LOPEN

is kennis te maken en verdere uitleg te geven over de interventie. Er wordt onder andere gesproken over verwachtingen en vertrouwelijkheid. Ook vindt een eerste inventarisatie plaats van de problemen en sterke kanten van de jongere. Er wordt nog eens uitgelegd dat de behandeling van zeven tot negen sessies zal tellen en

Box 2: Het Veerkrachtproject

Het Veerkrachtproject is een samenwerkingsproject van Nidos en ARQ Centrum'45. Nidos voert als onafhankelijke (gezins)voogdij-instelling, op grond van de wet, de voogddijtaak in Nederland uit voor AMV's. Stichting Centrum'45 is een landelijk centrum voor specialistische diagnostiek en behandeling van mensen met complexe traumaklachten.

Het project, dat financiële steun krijgt van AMIF, is gestart in 2016. Het richt zich op het bevorderen van de veerkracht van AMV's in Nederland. De aanleiding was de signalering dat diverse organisaties tegen moeilijke- heden aanliepen in de opvang en begeleiding van Eritrese AMV's. Sinds 2018 richt het project zich ook op andere nationaliteiten. We zetten in op het vergroten van kennis en begrip van de professionals die werken met AMV's. Zo is er een toolkit met praktische handvatten en zijn er aanvul- lende informatieve notities voor onder andere mentoren en jeugdbescher- mers van AMV's (zie ook: <https://www.nidos.nl/uitgelicht/het-kenniscen- trum-eritrese-amvs/>).

Momenteel scherpen we de trauma-geïnformeerde interventie aan die we in dit artikel beschrijven en professionaliseren we de inzet van interculturele mediators (ICM's). Het project loopt tot april 2020. Voor de trauma-geïnformeerde interventie gelden de volgende exclusiecriteria: 1) leeftijd boven dan 18 jaar, 2) ernstige psychiatrische problematiek zoals dreigende suïcide of psychotische verschijnselen; dan wordt nagegaan of een intensievere interventie passend is, bijvoorbeeld medicatie of opname en 3) migratie of verhuizing op heel korte termijn.

de jongere krijgt de vraag of hij instemt met de aanpak en samenwerking.

Tijdens de tweede sessie vindt voormeting plaats. De jongere vult, met hulp en uitleg van de ICM, enkele korte vragenlijsten in over zijn klachten. Daarnaast wordt gestart met de levenslijn zoals ook KIDNET (Neuner e.a., 2008) deze hanteert. Een touw op de grond symboliseert de levenslijn van de geboorte tot nu. De jongere legt eraan, op de betreffende leeftijdsjaren, bloemen en stenen neer. De bloemen symboliseren belangrijke prettige gebeurtenissen; de stenen staan symbool voor angstige, schokkende en traumatische gebeurtenissen. Zo'n levenslijn leggen brengt verschillende voordelen met zich mee. Zo kan het de therapeut en jongere in gesprek brengen over het verleden. Daarnaast geeft de levenslijn een duidelijke, chronologisch overzicht van positieve en negatieve gebeurtenissen in het leven van de jongere. In de derde sessie is gelegenheid om het leggen van de levenslijn af te ronden.

Tijdens de vierde sessie wordt uitgezocht hoe meegemaakte gebeurtenissen bijdragen aan het ont- staan en onderhouden van de huidige traumatische stressklachten. Hierbij wordt een psycho-educatieve benadering gehanteerd, waarbij ook het verkla- ringsmodel van de jongere zelf aan bod komt. Ten slotte wordt uitleg gegeven over het vervolg van de behandeling.

De vijfde en zesde sessie worden benut om cognitieve gedragstherapeutische modules uit te voeren. Als de gelegde stenen duidelijk samenhangen met de huidige klachten wordt gestart met het kind- en jeugdprotocol van EMDR (Beer & De Roos, 2017), om de ergste



spanning eraf te halen. In sommige gevallen sluit EMDR echter (nog) niet goed aan bij de klachten en behoeften van de jongere, bijvoorbeeld wanneer depressieve klachten overheersen. In dat geval kan de psycholoog starten met een benadering die zich meer richt op activatie en het versterken van het sociale steunsysteem. Indien nodig kunnen twee extra sessies (7 en 8) worden toegevoegd. Tevens bespreken psycholoog en jongere de naderende afronding van de behandeling.

Tijdens de laatste sessie wordt de behandeling afgesloten en vindt een nameting plaats (dezelfde korte vragenlijsten als tijdens de voormeting worden

ICM KOMT UIT HETZELFDE LAND, HIJ 'VERTAALT' OOK DE CULTUUR

afgenomen). Soms gebeurt dit in aanwezigheid van de jeugdbeschermer of mentor. Samen met hem en de jongere wordt besproken of de interventie voldoende resultaat heeft opgeleverd. In sommige gevallen zal de jongere behoefte hebben aan meer psychologische ondersteuning. Dan wordt de verwijzing naar de regionale GGZ of een andere zorgverlener besproken. In dat geval is een van de belangrijkste doelen het verlagen van drempels en het vergemakkelijken van de weg naar de GGZ in Nederland.

NACHTMERRIES

Tijdens de behandeling van Aman blijkt dat veel actuele stressoren een rol spelen. Aman maakt zich zorgen om zijn familie die nog in Eritrea verblijft. Hij wil graag dat ze ook naar Nederland komen en is druk met het aanvragen van gezinshereniging. Ook lijken de klachten van Aman verband te houden met wat hij eerder heeft meegemaakt. Zo heeft hij nachtmerries over de gevaarlijke bootvlucht. Tijdens het invullen van de levenslijn legt Aman enkele grote stenen neer. De psycholoog en Aman besluiten samen om met EMDR te starten, gericht op de gebeurtenissen waarvan hij intrusies heeft. Tijdens de laatste sessie sluit ook de mentor aan. Samen met Aman en de mentor wordt besproken hoe het nu met Aman gaat. Na de eerste paar sessies kreeg Aman wat meer last van nachtmerries en herbelevingen. Daarna is dit minder geworden. Aman vindt het niet zo moeilijk meer om terug te denken aan de stenen, dit roept bijna geen angst meer bij hem op. Wel heeft hij nog veel last van de huidige bronnen van stress. Hij weet niet goed hoe hij hiermee moet omgaan. Om deze reden kijkt de psycholoog samen met Aman en de mentor naar mogelijkheden voor doorverwijzing. Uiteindelijk vinden ze een psycholoog in de regio. De Veerkrachtpsycholoog bespreekt met Aman, de mentor, de jeugdbeschermer en de nieuwe behandelaar het belang van een 'warme' overdracht. Om deze overdracht te faciliteren, maken ze twee afspraken waarbij Aman, de Veerkrachtpsycholoog en de nieuwe behandelaar aanwezig zijn.

BELANGRIJKE ROL VOOR DE ICM

Op dit moment hebben ongeveer veertig jongeren deze interventie aangeboden gekregen. Uit een eerste evalu-

atie (door middel van focusgroepen met de betrokken psychologen en ICM's, het vergelijken van antwoorden van de jongeren op de voor- en nametingen en de terugkoppeling van betrokken jeugdbeschermers en mentoren) kwamen de volgende punten naar voren. Voorafgaand aan de start van dit project verwachtten we dat deze AMV's wantrouwend tegenover hulpverlening zouden staan. Tijdens de sessies is echter gebleken dat de jongeren minder wantrouwend waren dan geanticipeerd. Zij stelden zich open op en het vertrouwen nam sterk toe tijdens de sessies. De psychologen vertelden dat de samenwerking met ICM's hierin een grote rol speelt. De ICM's ondersteunden de psychologen om goed bij de AMV's te kunnen aansluiten en onderhielden tussen de sessies contact met de jongeren. Daarnaast hielp ook het 'outreachende' karakter van de aanpak om de drempel naar de GGZ te verlagen. De jongeren hoefden niet naar een GGZ-instelling te reizen. Zo waren ze bovendien minder tijd kwijt aan de behandeling, waardoor ze minder vaak belangrijke zaken, zoals school, moesten missen. De jongeren bleken erg veerkrachtig te zijn. Velen van hen spraken over hoop voor de toekomst en deelden manieren die zij hadden ontwikkeld om met stress om te gaan. Zowel psychologen als ICM's waren hiervan onder de indruk.

DE JONGE VLUCHTELINGEN BLEKEN ERG VEERKRACHTIG

Jeugdbeschermers gaven aan dat er veel vraag is naar een dergelijk hulpaanbod dat aansluit bij de behoeften van deze jongeren. Om deze reden is het aanbod uitgebreid en zijn psychologen verspreid over het land getraind om deze interventie te kunnen aanbieden.

Bij sommige jongeren bleek dat EMDR (nog) niet goed aansloot, vaak omdat zij behoefte hadden aan een ander aandachtspunt, bijvoorbeeld een focus op activatie of versterking van de eigen coping. Daarom is het belangrijk steeds kritisch te beoordelen of een bepaalde behandeling wel niet moet worden aangeboden en wanneer.

Op dit moment weten we nog weinig over trauma-geïnformeerde benaderingen bij AMV's en de invloed van een dergelijke aanpak op symptomen van PTSS en depressie. Daarom wordt de trauma-geïnformeerde interventie nu verder geëvalueerd. Jongeren zullen voor én na iedere sessie drie vragenlijsten invullen over hun PTSS-klachten, depressieve klachten en huidige stressoren. Ook houden de psychologen bij wat de hulpvraag is van de jongeren, wat ze per sessie doen en waarom.

Tot slot nog dit. Ook al hebben AMV's vaak veel meegemaakt, bij een groot deel van hen zien we dat zij manieren hebben gevonden om met stress om te gaan. Het is belangrijk hier waardering aan te geven en samen te onderzoeken hoe deze manieren kunnen worden versterkt. Het is zaak alert te zijn op aanhoudende klachten. Veel AMV's geven aan met name last

Box 3: Gesprekken over nare gebeurtenissen

Wanneer een begeleider van een jongere het gesprek aangaat over klachten en nare gebeurtenissen, is het van belang de jongere de leiding te laten nemen. Vaak zal een jongere het fijn vinden dat iemand oprecht interesse toont en actief luistert en hij zijn verhaal kan doen. Het is hierbij belangrijk niet af te dwingen dat een jongere verhalen vertelt die hij liever niet zou willen prijsgeven. Het is van belang om in het gesprek aan te sluiten bij de kennis, belevingswereld en woorden van de jongere zelf. Niet alle jongeren hebben al eerder gesproken over nare gebeurtenissen en de psychische gevolgen hiervan. Enkele vragen die de begeleider kan stellen luiden (Sleijpen e.a., 2018):

- Heb je dit wel eens eerder gehad?
- Heeft iemand die je kent, bijvoorbeeld een familielid, hier eerder last van gehad?
- Wat heb jij/heeft diegene toen gedaan? Wat hielp?
- Welk advies zou een familielid jou geven?

te hebben van dagelijkse stressoren, maar wanneer je met hen in gesprek gaat, blijkt soms dat er meer aan de hand is en dat stress ook wordt veroorzaakt door ervaringen uit het verleden. Dan is mogelijk hulp binnen de GGZ nodig. Daarnaast kunnen AMV's goed worden ondersteund bij het omgaan met dagelijkse stressoren. Ook al kunnen psychologen problemen met bijvoorbeeld de asiel- of gezinshereningsprocedure meestal niet oplossen, zij kunnen de jongeren wel ondersteunen in het versterken van de vaardigheden om met deze stress om te gaan.

De onderdelen van het Veerkrachtproject zijn niet nieuw; ze bevatten componenten uit enkele veelgebruikte behandelingen, zoals EMDR, NET EN CGT. Onze interventie heeft enkele belangrijke kenmerken die bijdragen aan een goede aansluiting bij deze jongeren, zoals:

- outreachend;
- voldoende tijd tijdens een gesprek met de jongeren;
- een open en geïnteresseerde houding, waarbij aandacht is voor het verklaringsmodel en de perspectieven van de jongeren zelf;
- formulering van een gezamenlijk doel;
- nadruk op het empoweren van de jongeren;
- samenwerking met ICM's (zij ondersteunen psychologen bij het beter aansluiten bij de jongeren en het opbouwen van een vertrouwensrelatie);
- flexibele aanpak.

Onder flexibele aanpak wordt verstaan dat een psycholoog oog moet hebben voor de continu veranderende context, omstandigheden en behoeften van de jongere. Hij moet bereid zijn waar nodig de aanpak aan te passen en met nieuwe professionals, zoals ICM's, samen te werken. Hoewel dit gewenst is, blijkt het in de praktijk complex te zijn om de infrastructuur van de aanpak te organiseren en deze flexibiliteit op alle fronten te hanteren. Psychologen en ICM's moeten reizen, er moet goed worden afgestemd met andere betrokkenen, zoals de jeugdbeschermers en de mentor, en er moet rekening worden gehouden met andere verplichtingen van de jongeren, zoals school.

LITERATUUR

- > Beer, R., & de Roos, C. (2017). *Handboek EMDR kinderen & jongeren*. Amsterdam: Lannoo Campus.
- > Demazure, G., Gaultier, S., & Pinsault, N. (2017). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 447-466.
- > Ehntholt, K.A., Smith, P.A., & Yule, W. (2005). School-based cognitive-behavioural therapy group intervention for refugee children who have experienced war-related trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 235-250.
- > Huemer, J., Kanik, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M.H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Apr 2, 3(1), 13.
- > Immigration and Naturalisation Service (2019). *Asylum trends: Monthly report on asylum applications in the Netherlands*. Den Haag.
- > Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): From neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 641-664.
- > Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, Feb 3(5), 7.
- > Oras, R., De Ezpeleta, S.C.D., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 199-203.
- > Pharos (2016). 'Van ver gekomen...' Een verkenning naar het welzijn en de gezondheid van Eritrese vluchtelingen. Pharos: Utrecht.
- > Sleijpen, M., van Es, C., te Brake, H., & Mooren, T. (2017). *Alleenstaande minderjarigen uit Eritrea in Nederland: Kansen en bedreigingen aan het begin van een nieuw leven*. Utrecht: Pharos.
- > Sleijpen, M., van Es, C., te Brake, H., & Mooren, T. (2018). *Toolkit voor de begeleiding van Eritrese alleenstaande minderjarigen in Nederland*. Nidos: Utrecht; Diemen: ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum.
- > Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, Oct 23, 15, 260.
- > Van Es, C.M., Sleijpen, M., Mooren, T., te Brake, H., Ghebrea, W., & Boelen, P.A. (2019). Eritrean unaccompanied refugee minors in transition: A focused ethnography of challenges and needs. *Residential Treatment for Children and Youth*, 36, 175-176.
- > Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014a). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 337-346.