

METHODIEK

Transculturele kinder- en jeugdpsychiatrie

Intake & Diagnostiek Vluchtelingen en asielzoekers



Intakegesprek
Binnen 2 weken

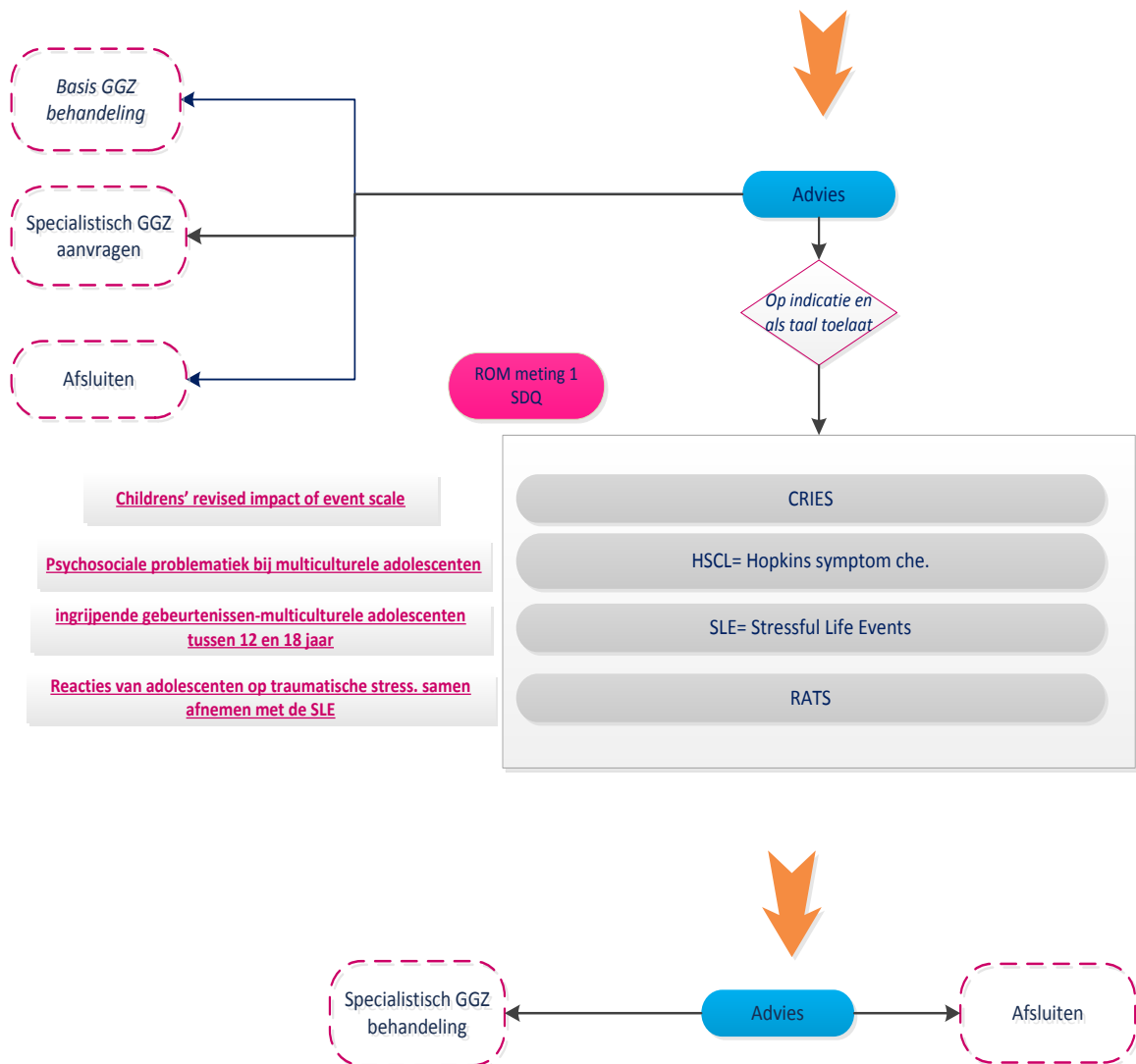
Screening SSKK model
"Out of the box" denken

Verlengde intake met tolk:

(hetero-)anamnese, waarin ook ruimte wordt genomen voor het vluchtverhaal en de biografie Genogram en gezinsonderzoek, afhankelijk van leeftijd van het kind en of het kind of de jongere alleen of met ouders/verzorgers/familieleden in Nederland wordt opgevangen. Hulpvraagverheldering, tot elkaar komen van verklaringsmodellen

Eventueel:

Cultureel interview >12 jr. (in het licht van identiteitsontwikkeling), gezinscultureel interview, opvoedingsstijl



METHODIEK

Transculturele kinder- en jeugdpsychiatrie

Behandeling jonge vluchtelingen en asielzoekers

Advies

SSKK model
(veerkracht gericht behandeling)

Comorbiditeit problematiek
zie betreffende zorgpad

Zorgverlener

Kies gericht je doel
En/of

Keten

Stress

Huidig stress verminderen
veiligheid creëren

Accare

Kwetsbaarheid

Behandeling

Voorliggend veld - Accare

Sociaal steun

Bronnen van steun aanboren

Accare

Persoonlijk kracht

Persoonlijke kracht versterken

ROM meting 2

Evaluatie na 8/12 sessies of
beëindiging

Clënten kunnen zich
verder ontwikkelen op
eigen kracht

nee

Inzetten evidenced based
Interventie

ja

nee

nazorg

Voortgaan

Afsluiten

Methodiek

Doelgroep:

Gezinnen, jonge vluchtelingen en asielzoekers die in Nederland worden opgevangen en die worstelen met psychische en psychiatrische problemen.

Hierin zijn een aantal risico-groepen te onderscheiden.

Jongeren die kwetsbaar en beïnvloedbaar zijn, een laag zelfbeeld hebben, met een belast verleden, slachtoffer van eer-gerelateerd geweld, die zich buitengesloten voelen, willen ergens bij horen, gezien worden en belangrijk zijn. Zij vormen daarmee een groep die het risico loopt te 'radicaliseren' en geronseld te worden door extremistische gewelddadige groepen die in de maatschappij actief zijn. Ook deze groep jongeren behoort tot de doelgroep die o.a. binnen de jeugdGGZ geholpen kunnen worden, liefst dat zij nog eerder in de zorgketen in beeld komen.

Verder lopen meisjes risico's vanwege de eis dat zij van onbesproken (seksueel) gedrag moeten zijn. De eer van de familie hangt hiermee samen. Er kunnen ernstige problemen ontstaan op dit gebied. Als een meisje in de ogen van haar familie 'verwestert' of een relatie krijgt dan kan dit mogelijk escaleren en uitmonden in eer gerelateerd geweld.

Er zijn ook specifieke kwetsbare doelgroepen zoals uitgeprocedeerde asielzoekers al dan niet in gezinslocaties (formeel in afwachting van uitzetting), en de alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV'ers; onder voogdij van NIDOS).

Ook gezinshereniging en de bijbehorende (lange) gezinsherenigingsprocedure kan leiden tot problemen zoals toename onrust, angst, schaamte en schuldgevoelens.

Ook kunnen er door het verschil in migratietempo risicovolle situaties ontstaan op het gebied van familie-eer. Het kind heeft zich, in afwezigheid van de ouders, geleidelijk veel meer aangepast aan de veel vrijere westerse normen dan de familie mogelijk kan begrijpen. (Schipper, 2016)

Doel:

Vroege opsporing en snelle behandeling van psychiatrische (gezins-) problematiek voorkomt en beperkt de latere gevolgen hiervan zoals verdere (intergenerationele) traumatisering, langdurig binnen de hulpverlening blijven en daardoor chroniciteit. Zowel vluchtelingen als de samenleving hebben hier baat bij, want een betere gezondheid draagt bij aan meer zelfredzaamheid en volwaardiger participeren in de maatschappij.

Inleiding:

De meeste vluchtelingen en asielzoekers kinderen komen uit oorlogsgebieden. Het zijn angst, zorgen, behoefte aan veiligheid, een betere toekomst etc. die hen of hun ouders doen besluiten om op zoek te gaan naar veiligheid en bescherming. Velen hebben ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Het verlaten van huis en haard is vaak een groot verlies. Oorlog, geweld en marteling hebben forse impact op de fysieke en psychische gezondheid. Psychische klachten ontstaan ook door traumatische ervaringen tijdens de vlucht. In eerste instantie belanden vluchteling en asielzoekerskinderen met hun (meegekomen) familieleden en (on)bekenden in stressvolle opvangsituaties. Ieder kind reageert anders op dit soort gebeurtenissen. Sommigen lijden aan chronische stress of vallen terug in hun ontwikkeling. Vluchtelingen hebben tienmaal vaker dan gemiddeld een posttraumatische stress stoornis (Fazel et al, 2012, Reed et al, 2012).

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

Omdat kinderen in ontwikkeling zijn, is de kans op schade door stress groter. Het maakt hen kwetsbaarder voor nadelige invloeden vanuit de buitenwereld. Kinderen kunnen allerlei klachten krijgen, zoals zich depressief voelen, angstig zijn, agressief of druk reageren. Ook kunnen hun leerprestaties worden beïnvloed door concentratieproblemen. Zo hebben ingrijpende gebeurtenissen soms schadelijke gevolgen voor deze kinderen, nu en in de toekomst. Maar lang niet alle kinderen ontwikkelen (forse) problemen. De meeste vluchtelingen vertonen grote veerkracht; zij proberen een nieuw leven op te bouwen in een veilige omgeving en willen hiervoor kansen aangrijpen. Desondanks zullen gezondheidsproblemen soms invloed hebben op het functioneren en op onder meer het vermogen om Nederlands te leren en te integreren. Herstel kan makkelijker verlopen als het leven van een kind weer normaler wordt, het kind zich veiliger gaat voelen én er volwassenen beschikbaar zijn die hulp, geruststelling en bescherming kunnen bieden.

Reguliere interventies uit de kinder- en jeugdpsychiatrie praktijk kunnen op cultuursensitieve wijze worden ingezet voor vluchtelingen en asielzoekers (Haar e.a., 2017)

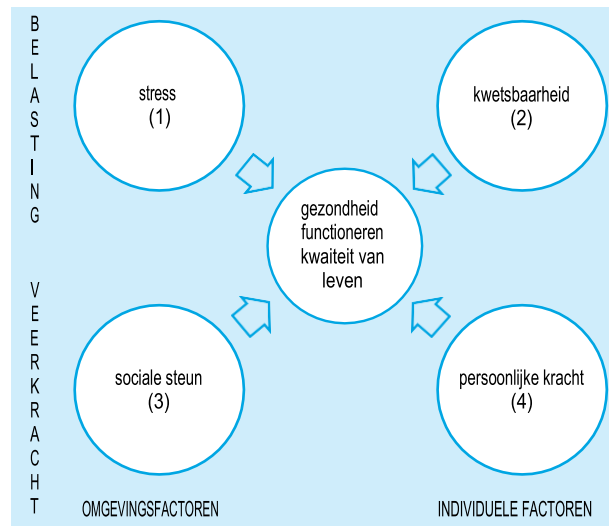
Theoretische onderbouwing:

Jonge asielzoekers en vluchtelingen komen in chaos en verwarring aan in Nederland. Dit nemen zij mee in de spreekkamer. Het is aan de hulpverlening om in deze chaos een rustpunt te zijn en blijven. Er zal naar bevinding van zaken gehandeld moeten worden, aansluitend op wat de eerste behoefte en prioriteit heeft, met een grote mate van flexibiliteit en creativiteit. Het is een heen en weer bewegen tussen fases van ontregeling, waarin ruimte wordt genomen voor stabiliseren, steunen en structureren en fases van meer stabiliteit waarin mogelijk ruimte kan ontstaan voor verwerking en acceptatie.

Het veerkracht model beschrijft een cultuursensitieve aanpak voor het werken met vluchtelingen (Lamkaddem e.a., 2015b). Het is een model waarin patiënten hun kracht leren hervinden, zodat zij eigenaarschap over problemen terugwinnen en meer controle en grip op het eigen leven krijgen. Veerkracht verklaart voor een belangrijk deel het fenomeen dat traumatische ervaringen lang niet altijd leiden tot psychiatrische problemen. Van groot belang is hoe iemands leven is na de traumatische ervaringen. Mensen herstellen zich na traumatische gebeurtenissen veel beter wanneer zij kans zien en kansen krijgen om hun persoonlijke, sociale en materiële bronnen van veerkracht te vinden, of te hervinden (Hobfoll e.a., 2011).

Het veerkrachtgericht werkmodel is een 'stress-steun-kracht-kwetsbaarheid'-model (SSKK) waarbij de vroegere en huidige stresserende omstandigheden (1) in kaart worden gebracht (zie figuur 1) Ook de kwetsbaarheidsfactoren (2) worden geanalyseerd (bijv. de genetische factoren, intelligentie, chronisch fysieke klachten). Vervolgens worden de sociale steun (3) en de persoonlijke kracht (4) onderzocht. De laatste twee vormen samen de veerkrachtfactoren. Deze veerkrachtfactoren worden onderverdeeld in biologische, psychologische, sociale, culturele en existentiële of zingevingsfactoren.

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------



FIGUUR 1. Het 'stress-steun-kracht-kwetsbaarheid'-model (naar Sleijpen e.a. 2016; Lamkaddem 2015b; Bronstein e.a. 2013; Laban e.a. 2010 en de Jonghe e.a. 1999.)

Een behandeling vanuit dit veerkrachtmodel richt zich op het verbeteren van de gezondheid en het functioneren van de kinderen/jeugdigen en gezinnen middels het versterken van de veerkracht factoren en het leren omgaan met de kwetsbaarheids- en stressfactoren, naast de behandeling van de gezondheidsklachten.

Vluchtelingengroepen uit verschillende landen laten overeenkomsten zien in hun bronnen van veerkracht. Hoewel jonge vluchtelingen meerdere verschillende uitdagingen onder ogen hebben moeten zien, zijn de basale behoeften (zoals zich veilig voelen, betekenisvolle relaties hebben, mogelijkheden voor persoonlijke groei) en fundamentele coping strategieën (zoals steun zoeken bij anderen, hoop en betekenisvolle afleiding vinden) universeel voor de adolescentie. Ook de socio-culturele achtergrond van vluchtelingen kan een positieve bijdrage vormen aan hun veerkracht, zoals hun spiritualiteit en culturele tradities. Veerkracht heeft universele, zowel als specifieke, en op de cultuur gebaseerde componenten (Mc Carthy en Marks, 2010).

Om de veerkracht te ondersteunen, om het natuurlijk herstel niet te hinderen, en liefst deze te bevorderen en versnellen zijn universele voorwaarden voor de ontwikkeling noodzakelijk (Kalverboer, 2008) voor het behalen van de ontwikkelingstaken. Ook in alle opvangsvormen die onder verantwoordelijkheid van het COA vallen wordt gewerkt vanuit een gemeenschappelijke pedagogische visie gestoeld op deze voorwaarden:

1. Adequate verzorging

Zorg voor gezondheid, fysiek welbevinden, bijv. kleding, voeding, onderdak.

2. Een veilige fysieke directe omgeving

Lichamelijke bescherming van het kind in het gezin, geen mishandeling, geen toxische invloeden, geen gevaarlijke woning.

3. Affectief klimaat

Geborgenheid, steun en begrip van de ouders, passend bij het kind

4. Ondersteundende flexibele opvoedingsstructuur

Regelmaat, stimulering, controle, grenzen stellen, ruimte voor eigen initiatief, niet teveel/te weinig verantwoordelijkheid bij het kind.

5. Adequaat voorbeeldgedrag ouder

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

Kind kan gedrag, optreden, normen en waarden van ouders overnemen.

6. Interesse

Ouder toont belangstelling voor kind en zijn leefwereld

7. Continuïteit in opvoeding en verzorging, toekomstperspectief

Ouders bouwen veilige hechtingsrelatie op met het kind. Basisvertrouwen in standgehouden door beschikbaarheid van ouder

8. Veilige, fysieke, wijdere omgeving

Veilige buurt en samenleving. Geen oorlog

9. Respect

Omgeving van het kind neemt behoeften, gevoelens van het kind serieus.

10. Sociaal Netwerk

Het kind en gezin hebben verschillende, beschikbare steunbronnen.

11. Educatie

Het kind krijgt scholing en opleiding en kan zijn talenten ontplooien.

12. Omgang met leeftijdsgenoten

Het kind heeft omgang met andere kinderen in verschillende situaties, passend bij ontwikkelingsniveau van het kind.

Zorg voor kinderen en jongeren zou zoveel mogelijk moeten plaatsvinden vanuit een gezinsbenadering (ouders worden weer in hun kracht gezet)

Niet alleen vluchtelingenkinderen hebben in hun land en tijdens hun vlucht ingrijpende en traumatische gebeurtenissen meegemaakt, dat geldt ook voor hun ouders. De meeste asielzoekers komen uit gebieden waar sprake is van (burger)oorlogen, vervolging, onderdrukking en martelingen. Het gezin(ssysteem) is getraumatiseerd.

Veerkracht vormt een tegenwicht tegen de gevolgen van stress en trauma. Veel getraumatiseerde vluchtelingenkinderen hebben ernstig getraumatiseerde en depressieve ouders. Onderlinge relaties worden verstoord, niet zelden is er sprake van parentificatie: kinderen gaan voor hun ouders zorgen.

Veel vluchtelingengezinnen komen uit een (eer)cultuur, waarin waarden en normen fundamenteel verschillen van de westerse cultuur. Dit betekent dat ouders voor de opgave staan om hun kinderen, op te voeden en te begeleiden 'tussen twee culturen', waarbij zij recht willen doen aan enerzijds de eigen cultuur, anderzijds de Nederlandse cultuur. Niet zelden leidt dit tot grote spanningen in gezinnen. Dit kan escaleren en leiden tot dreiging met geweld of het feitelijk toepassen van (ernstig) geweld.

Binnen hetzelfde SSKK-model kan er gezinsgericht worden gewerkt vanuit het systemisch, oplossingsgericht en contextueel denken: met expliciete aandacht voor zowel het gezin als de socio-economische en sociale context van een asielzoekerscentrum (Drozdek, 2014; Furman, 2011; Lowe, 2004).

Er kan tegelijkertijd gewerkt worden vanuit de context van het levensverhaal, vanuit het narratief (Tjin A Djie & Zwaan, 2007), daarbij aandacht gevend aan de verhalen die er zijn geweest, het 'rememberen' (samen herinneringen ophalen), de pijn die samen gedeeld kan worden en de kracht die het gezin in en met elkaar heeft kunnen vinden om door te gaan (Madsen e.a., 2012).

Het zou ook gewenst zijn gebruik te maken van onderdelen van het Cultureel Interview (Rohloff e.a., 2003). Het Culturele Interview biedt concrete handvatten voor een gesprek over de leefwereld van de patiënt, over diens culturele repertoires én de persoonlijke invulling daarvan en omgang daarmee,

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

zoals o.a. in het vorm geven aan de opvoeding. Hedendaagse antropologen beschouwen culturen als *local worlds that are constantly in flux* (Kirmayer e.a., 2003). Die werkelijkheid vraagt van de hulpverlener elke patiënt te situeren in zijn actuele sociale wereld en te bezien in het licht van zijn persoonlijke geschiedenis, om recht te kunnen doen aan zijn unieke persoon en zorg op maat te kunnen bieden.

Inzet van tolken en cultural mediators

Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van een (live aanwezige of telefonische) professionele tolk, in afstemming met het gezin. Deze ondersteuning is van groot belang voor vluchtelingen die de taal niet machtig zijn. Bot (2005) adviseert de tolk een interactieve rol te geven in de behandeling: hij of zij is geen co-therapeut maar kan wel de therapie extra kracht geven, juist ook door de hulp van de non-verbale signalen. Het is aanbevelenswaardig zoveel mogelijk met dezelfde tolk te werken in de therapie, dit geeft continuïteit en vertrouwen.

Ook kan in bepaalde situaties het goed zijn de samenwerking te zoeken met een cultural mediator (Martin, 2009). Cultural mediators hebben hun meerwaarde als de 'culturele afstand te groot' is. De cultural mediator medieert letterlijk tussen patiënt en behandelaar. Dat wil zeggen, er worden verhelderende vragen gesteld, zaken kunnen door de cultural mediator nader toegelicht worden vanuit de cultuur van de patiënt of de behandelaar.

Zowel een tolk als een cultural mediator vertegenwoordigen een geheel eigen discipline met hun eigen professionele kwalificaties

Trauma-focused interventies kunnen deel uitmaken van de behandeling, na of ingebed in de veerkrachtgerichte interventies.

Er zijn verschillende methodieken voorhanden: traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT), EyeMovement Desensitization Reprocessing (EMDR) en Narrative Exposure Therapy ((KID)NET). Deze methoden kennen alle een vorm van blootstelling aan (een deel van) een herinnering die zo akelig is dat het wordt vermeden, en verandering van gedachten over wat is gebeurd en wat dat betekent voor het verdere leven. CGT en EMDR hebben nog niet veel bewijs voor effectiviteit bij specifiek vluchtelingenkinderen. KIDNET daarentegen is juist beproefd en onderzocht op effectieve toepassing bij vluchtelingen. (KID)NET is gestoeld op geheugentheorie en probeert te bewerkstelligen dat zogenaamde 'hot' of traumatische herinneringen bewerkt kunnen worden (af kunnen koelen) en worden opgenomen in het geheel van biografische herinneringen (Schauer e.a., 2011). Dat wordt bereikt door allereerst een chronologische lijn (letterlijk) neer te leggen waarlangs bloemen en stenen in chronologische volgorde worden gelegd. Bloemen verwijzen naar herinneringen aan positieve gebeurtenissen; stenen (van verschillende grootte) refereren aan herinneringen aan ingrijpende ervaringen. Op die ingrijpende ervaringen wordt vervolgens uitgebreider ingegaan. NET is ontwikkeld in vluchtelingenkampen, en inmiddels is de effectiviteit aangetoond (Stenmark e.a., 2013; Robjant en Fazel, 2010).

De indruk dat traumagerichte therapie bij vluchtelingen veiliger en effectiever is dan klinisch soms wordt aangenomen, werd recent bevestigd door een systematische review van Ter Heide (2015). De afgelopen jaren zijn meerdere onderzoeken beschikbaar gekomen waaruit blijkt dat traumagerichte therapie veilig en effectief is bij vluchtelingen, zelfs voor diegenen zonder verblijfsvergunning (Ter Heide, 2015; Ter Heide e.a., 2011; Naijla e.a., 2010; Jaberghaderi e.a., 2004; Oras e.a., 2004). Het ontbreken van een vluchtelingenstatus is geen goede reden om vluchtelingen een traumagerichte behandeling te onthouden.

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

Cultuursensitieve zorg

Het is belangrijk dat de cultuursensitieve zorg geïntegreerd wordt aangeboden binnen een setting van een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling.

Culturele sensitiviteit betekent o.a. dat er een bejegening en attitude is met respect, interesse en belangstelling (vanuit een 'niet-weten' positie), zelfbewustzijn van eigen cultuur ('*looking at the inside from the outside*') en ervaring (bijv. door reizen, multicultureel werk) en een bewustzijn van het '*white privilege*'. Het betekent verder dat er wordt gezocht naar een respectvolle samenwerking, samenwerking met allereerst het gezin en de jongere en daarnaast met de vaak in grote aantallen betrokken hulpverleners binnen en buiten de (eigen) instelling. Cultuursensitief is ook het bieden van een luisterend oor opdat lijden gedeeld kan worden en kracht en verbinding kan worden gevonden om door te gaan.

Routine Outcome Monitor (ROM)

Als onderdeel van de ROM kan gekozen worden voor het gebruik maken van meer algemene vragenlijsten, zoals de SDQ (12-18 jr) en de OQ45 (>18 jr). Een ROM vragenlijst wordt vaak vooraf aan de intake verstuurd. Echter, een asielzoeker of vluchteling heeft mogelijk niet (altijd) de beschikking tot internet om de vragenlijsten te kunnen invullen. Ook is het de vraag of de vragenlijst beschikbaar is in de taal die de asielzoeker beheerst. Er kan ook gekozen worden om de ROM vooraf aan intake achterwege te laten.

Als screeningsvragenlijsten meer gericht op trauma- en stress gerelateerde stoornissen n.a.v. de informatie die uit de intake naar voren komt, kunnen de volgende vragenlijsten worden gebruikt: CRIES, HSCL, SLE en de RATS¹ (Bean, 2006)

Toelichting Intake en (aanvullende) diagnostiek

De intake kan het beste worden afgenomen met behulp van een lijfelijk aanwezige tolk, en waar mogelijk wordt dezelfde tolk als bij aanvang ook in de vervolgesprekken en eventuele behandeling ingezet. Er volgt standaard een intakegesprek waarbij de (hetero-) anamnese wordt afgenomen, waarin tijd wordt ingeruimd om het vluchtverhaal te horen en een biografie wordt afgenomen. Afhankelijk van de problematiek, leeftijd (<12 jr, > 16 jr) en wensen kan de samenstelling met de verschillende gesprekspartners tijdens de intake-gesprekken variëren. Ook wordt o.a. het genogram opgesteld en gezinsonderzoek (afhankelijk van leeftijd van het kind en of het kind of de jongere alleen of met ouders/verzorgers/familieleden in Nederland wordt

¹ CRIES= *Childrens' revised impact of event scale*

HSCL= *Hopkins symptom check list: kort indicatief instrument voor het opsporen van psychosociale problematiek bij multiculturele adolescenten.*

SLE= *Stressful Life Events, maakt een inventarisatie van het aantal ingrijpende gebeurtenissen die multiculturele adolescenten tussen 12 en 18 jaar, hebben meegemaakt; kan ook gebruikt worden om klachten te monitoren gedurende een tijdsperiode.*

RATS= *Reacties van adolescenten op traumatische stress. Korte indicatieve vragenlijst dat samen afgenomen dient te worden met de SLE checklist om vast te stellen of een adolescent een traumatische ervaring heeft meegemaakt en welke reacties hij last van heeft; kan ook gebruikt worden om klachten te monitoren gedurende een tijdsperiode.*

Op <http://www.amadiagnostics.centrum45.nl> kan de handleiding met daarin meer informatie over betrouwbaarheid, validiteit & normen worden gevonden.

opgevangen) uitgevoerd.

Daarnaast wordt de hulpvraag verhelderd en komen zo mogelijk al in de diagnostiek fase de verklaringsmodellen van hulpvrager (ouders, kind) en hulpverlener (intaker) bij elkaar.

Tijdens de intake (en behandeling) is het belangrijk rekening te houden met de ontwikkelingsleeftijd van het kind, gezien in de context van vlucht, migratie en cultuur.

Gezien de verschillende onderdelen die in de intake aan bod komen en door het gebruik van een tolk zal een intakegesprek meer tijd kosten. Het is goed om hiermee rekening te houden bij het inplannen van de afspraak. Ook zal het nodig zijn een tot meerdere vervolginname gesprekken te voeren.

Als leidraad in het afnemen van de (ontwikkelings-) anamnese kan een gedeelte van het cultureel interview (CI-KJP, Te Poel, 2012) worden gebruikt, of binnen een vervolgspraak in zijn geheel worden afgenomen.

In het geval van alleenstaande minderjarige vreemdelingen kan familie uit het land van herkomst worden betrokken door het inzetten van social media, zoals skype en what's app. Ook op latere momenten wanneer gezinshereniging in beeld komt, is het goed om aan deze mogelijkheid te denken, in samenwerking en samenspraak met het Nidos.

Indien er verdenking is op andere psychiatrische problematiek dan trauma-gerelateerde stoornissen of op co-morbiditeit is het goed om ook anderszins aanvullend onderzoek te verrichten. Gedacht kan worden aan een ontwikkelings-anamnese, intelligentie onderzoek, een (observatie)onderzoek bij of speltherapeut, de psychomotorische therapeut of de kinder- en jeugdpsychiater.

Toelichting behandeling en begeleiding.

Bij de verschillende behandelingsmodaliteiten is het belangrijk altijd aandacht te blijven houden voor de sociaal-juridische context en met name de culturele achtergrond. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt vanuit het SSKK-model en waar nodig wordt pro-actief en outreachend gewerkt.

Overzicht van behandel mogelijkheden vanuit het SSKK model

Stress en (sociale) steunfactoren. Inzet opdat de huidige stressoren te verminderen waar mogelijk, o. a. door het creëren van veiligheid. Hiernaast kan er ook een rol zijn weggelegd voor advocay (pleitbezorging).

Vanuit de zorginstelling is het de kunst om de verschillende ketenpartners hierbij te betrekken en te blijven coördineren.

Psycho-educatie: Uitleg over hoe trauma werkt, wat kenmerken zijn, wat dit in het gedrag met kinderen en zo mogelijk ook met ouders zelf doet. Adviezen worden gegeven teneinde de patiënt te activeren en vermijding tegen te gaan.

Mindspring (-junior) is een psycho-educatief en opvoeding ondersteuningsprogramma in de eigen taal en cultuur ontwikkeld voor en door asielzoekers en vluchtelingen. Mind-Spring is door Paul Sterk ontwikkeld in samenwerking met een aantal asielzoekers en de GCA. Speciaal opgeleide vluchtelingen en asielzoekers geven psycho-educatie en psychosociale

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

ondersteuning aan mede asielzoekers of vluchtelingen. Deze groepsbijeenkomsten hebben het karakter van een training waarin specifieke problemen van asielzoekers en vluchtelingen behandeld worden. De asielzoekers en vluchtelingen worden geïnformeerd over problemen die kunnen spelen op het gebied van stress, depressie en lusteloosheid, trauma, rouw en schuldgevoelens, ontheemding en acculturatie, verlies van verworvenheden in eigen land en de dagelijkse besommingen op een asielzoekerscentrum). Verder wordt aandacht besteed aan waarom men deze problemen kan hebben en wat men er zelf aan kan doen

Structurende cultuursensitieve ouderbegeleiding en/of opvoedingsondersteuning: o.a. gericht op veiligheid binnen het gezin; het bieden van structuur en duidelijkheid door ouders aan het kind/de kinderen; het belang (weer) zien of leren van positieve aandacht geven, voorkomen van overvraging. Ook kan de ouderbegeleiding in gaan op het belang van duidelijke afspraken maken en begeleiden van het kind.

Er zijn verschillende methoden voor ouderbegeleiding en/of opvoedingsondersteuning, verbetering communicatie en versterking veerkracht ontwikkeld. Voorbeelden daarvan zijn de *korte interventie methode (KIM)* en *Multifocus*, beide ontwikkeld door de Mutsaersstichting; Of de *Multifamily Therapy (MFT)* 'Goed ouderschap in moeilijke tijden', doorontwikkeld door Stichting Centrum 45/Arq Psychotrauma Expert groep. (Mooren en Bala, 2016, Figley and Kiser, 2013)

Schoolbegeleiding: Samen opstellen van handelingsplannen. Regelmatig contact onderhouden en afstemmen met school, indien nodig in de vorm van een regelmatig zorgoverleg

Kwetsbaarheid en kracht.

Om de kwetsbaarheid te verminderen en de (persoonlijke) kracht te versterken zijn verschillende behandel mogelijkheden beschikbaar binnen de zorginstelling(en):

Systeemtherapie: Systeemgesprekken kunnen betrekking hebben op hoe ouders er kunnen zijn voor de kinderen: samen de zorg en verantwoordelijkheid dragen en vertrouwen herwinnen in hun relatie. Ouders kunnen leren hoe ze hun kind(eren) minder kunnen belasten met hun eigen emoties en traumatische herinneringen. Er wordt stil gestaan bij de verhalen die zijn geweest (vanuit de narratieve systeemtherapie), hoe ouders in moeilijke tijden oplossingen hebben gezocht (rememberen) (Madsen, 2012). Daarnaast kan er ook mogelijk gebruik worden gemaakt van gezinsondersteunende interventies zoals Triple P en video feedback.

Non verbale therapieën : Lichaamsgericht werken/Psychomotore therapie, beeldende therapie en speltherapie

Lichaamsgerichte interventies; ontspanningsoefeningen, biofeedback en psychomotore therapie. Het accent ligt op leren herkennen, erkennen en interpreteren van lichaamssignalen. Het biedt de mogelijkheid om het verband tussen spanningen en lichamelijke klachten te laten ervaren, waar verbale uitleg van het verband niet voldoende is (Heezen, 2000).

In de non-verbale therapieën zoals beeldende en/of spel therapie kan o.a. gebruikt worden gemaakt van stabilisatietechnieken (zoals o.a. een veilige plek maken). Door middel van spelmateriaal, tekenen en knutselen en het maken van muziek wordt vorm gegeven aan gevoelens van angst, verdriet en onmacht. Het kind oefent met oplossingen vanuit onmacht naar meer kracht, oefenen met bijv. minder regie willen hebben, en/of in samenwerken en afstemmen op de ander, door afspraken te maken, te leiden en te volgen. Daarnaast is er

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

ook ruimte voor plezier en ontspanning. Het kind kan daarnaast ook genieten van de aandacht en het spelen, de stress verwerken en meer weerbaar worden tegen de spanningen. **(Deeltijd)gezins behandeling, eventueel in combinatie met PMT, of zoals in de vorm van een multifamilytherapy (MFT).** In de gezinsbehandeling wordt ruimte gemaakt voor positieve spelmomenten via de oplossingsgerichte aanpak (Furman, 2011); er kan ruimte worden gemaakt voor o.a. rouwprocessen, met name door non-verbale indirecte methodes, zoals m.b.v. de 'eilandtekening' kunnen gevoelens van pijn en verdriet met elkaar worden gedeeld). In interactieve spelmomenten kan worden getoond dat hoe duidelijker aanwijzingen worden gegeven aan elkaar, hoe beter kinderen weten wat er van hen verwacht wordt. Het leren complimenten geven, etc. etc.

Psychofarmacotherapie. Er zijn verschillende mogelijkheden van medicatie die ondersteunend kunnen werken, op basis van werking en bijwerkingen profiel op korte en lange termijn wordt hierin een keuze gemaakt.

Crisismanagement: samen opstellen van signalerings en/of crisisplan, een T.O.R, B.O.R. en indien nodig een crisis-opname inzetten.

Traumaverwerkingstherapieën. Zoals KID-NET, EMDR, TF-CGT, Write junior.

Resilient Therapy (Hart, 2008, Masten, 2001). Een veerkracht bevorderende therapie die gebruik maakt van metaforen zoals 'gewoon magie', 'spreuk' en 'toverdrankje'. In de 'magic-box' zitten de vijf belangrijkste concepten: *basics, coping, belonging, learning* en *core self*, zoals de 'rekjes' in een geneesmiddelenkastje. Elk rekje heeft zijn eigen toverdrankjes en flesjes.

- *Basics* kan de volgende 'toverdrankjes' hebben: huisvesting; veilig zijn; gezond eten; sport en ontspanning.
- *Coping* bevat de 'flesjes' oplossen, interesses ontdekken en ontwikkelen, emotie-regulatie, kennen van grenzen en laten beseffen dat er morgen een andere dag is.
- *Belonging*: vind uit waar het kind vindt dat hij/zij bij hoort; houd bestaande relaties gaande, met name relaties die hoop brengen/geven; Leren dat ergens bij horen ook verantwoordelijkheden en verplichtingen met zich meebrengt; Help hem/haar vrienden maken en laat ze met andere kinderen/jongeren omgaan. (bespreek problemen daarmee; Maak gebruik van (culturele, religieuze) achtergrond van kind/jongere en zijn/haar ontwikkelende identiteit.
- *Learning*: schoolgaan erg serieus nemen; zoek toekomst ideeën/plannen uit; geef positieve feedback op behaalde resultaten.
- *Core self*: probeer gevoel van hoop te 'installeren'; help een kind zichzelf te leren kennen; zoek en benoem talenten

Betrokken cliënten:

Aangemelde jongere; ouders/verzorgende/voogd.

Overige voor het systeem belangrijk personen bijvoorbeeld school, tolk

Partners:

COA, GCA-consulent= PAOH-GGZ, GGD, Leerplicht ambtenaar, CJG, FACT-team, (AZC)school, ROC; Nidos; vluchtelingenwerk; woningcorporaties.

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

SCHOLING/TRAINING NODIG VOOR DE UITVOERING

Betrokken disciplines hebben:

- specifieke kennis van systeem diagnostiek en behandeling, het veerkrachtmodel en traumabehandelmogelijkheden
- specifieke kennis van de achterliggende problematiek (invloed cultuur en vlucht, interculturele communicatie).
- affiniteit met de doelgroep.

LITERATUUR

- *Akhtar, S. 1995. A Third Individuation: Immigration, Identity, and the Psychoanalytic Process. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 43, 1051–1084.
- *Armenteros J.L., Lewis J.E., Davalos M. 2007. Risperidone augmentation for treatment-resistant aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5): 558–565.
- *Balkom A.L.J.M. van, Vliet I.M. van, Emmelkamp P.M.G., Bockting C.L.H., Spijker J, Hermens M.L.M. en Meeuwissen J.A.C. 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.
- *Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E and Spinhoven P. 2006. Validation of the multiple language versions of the Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire. *J Trauma Stress*.19(2):241–55.
- *Bot H. 2005 *Diaologue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Rodopi.
- *Bronstein I, Montgomery P and Ott E. 2013. Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 22(5):285–94.
- *Drozdek B. 2014. *If you want to go fast go alone, if you want to go far go together*. A PhD thesis. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- *Farrell D, Dworkin M, Keenan P, and Spierings J. 2010. Using EMDR With Survivors of Sexual Abuse Perpetrated by Roman Catholic Priests. *Journal of EMDR Practice and Research*: 4 (3) 124–133(10).
- *Figley C.R. and L. J. Kiser. 2013. *Helping Traumatized Families*. Abingdon: Taylor&Amp: Francis Ltd
- *Furman, B. 2011. *De methode Kids' Skills, oplossingsgerichte therapie met kinderen*. Amsterdam: Boom Nelissen.
- *Heide J. J. ter. 2015 *An eye for complexity: EMDR versus stabilisation in traumatised refugees*. A PhD thesis. Amsterdam: Boom.
- *Heide J.J. ter, Mooren G.T.M., Kleijn W, Jongh A. de, and Kleber R.J. 2011. EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: Results of a pilot RCT. *European Journal of Psychotraumatology*, 2: 5881
- *Hobfoll SE, Mancinie AD, Hall BJ, Canetti D and Bonanno GA. 2011. The limits of resilience: distress following chronic political violence among Palestinians. *Soc Sci Med*. 72:1400–8.
- *Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand S.O. and Dolatabadi S. 2004. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 11 (5): 358–368
- *Jonghe F de, Dekker J, Goris C. 1997. *Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie*.

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

Assen: Van Gorcum

- *Kirmayer L, Simpson C, and Cargo M. 2003. Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11 (Supplement), S15–S23.
- *Korn D.L. and Leeds A.M. 2002. Preliminary Evidence and Installation efficacy for EMDR Resource development and installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder. Wiley Periodicals. *Int. J Clin Psychol* 58:1465—1487.
- *Laban C.J. Hurulean E, Attia A. Asielzoekers en vluchtelingen In: Jong de J, Colijn S, red. Handboek Culturele Psychiatrie en Psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
- *Lamkaddem M, Essink–Bot ML, Deville W, Gerritsen A and Stronks K. 2015a. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *Eur J Public Health*. 25(6):917–22
- *Lamkaddem M, van den Muijsenbergh M en Laban K. 2015b. Vluchtelingen in de praktijk, Persoonsgerichte zorg en veerkracht –gericht werken.. *Ned Tijdschr Geneesk*.;159:A9447
- *Langendijk–van den Berg I, Verdonk P en Abma T. 2014. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Ned Tijdschr Geneesk*.;158:A7702
- *Lowe R. 2004. *Family Therapy: A Constructive Framework*. Rotterdam: SAGE Publications Ltd
- *Madsen W. C. 2012. *Samenwerkingsgerichte hulpverlening met multi–gestresseerde gezinnen*. Antwerpen: Maklu
- *McCarthy C and Marks DF. 2010. Exploring the health and well–being of refugee and asylum seeking children. *J Health Psychol*. May;15(4):586–95.
- * Mooren T and Bala J. 2016. *Goed ouderschap in moeilijke tijden*; Handleiding voor meergezinsgroepen met vluchtelingen. Stichting Centrum'45.
- *Naijla N, Wadaa N, Zaharim M and Alqashan H.F. 2010. The Use of EMDR in Treatment of Traumatized Iraqi Children *Digest of Middle East Studies* 19 (1); 26–36
- *Oras R; Cancela de Ezpeleta S and Ahmad A. 2004. Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nord J Psychiatry*;58:199–203.
- *Rhmaty, F. 2002. *De competentie van een vluchtelingen gezin. Een literatuur onderzoek*. Amsterdam: Collectief Transcultureel Therapeuten.
- *Robjant K. and Fazel M. 2010 The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Reviews*, 30, 8, 1030–9
- *Rohlof H, Loevy N, Stassen L en Helmich S. 2003. Het culturele interview. www.rohlof.nl In Borra R, van Dijk R en Rohlof H. 2002. *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM–IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- *Schauer M., Neuner F. and Elbert T. 2011. *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short–Term Intervention for Traumatic Stress Disorders* (2nd ed.). Cambridge/ Göttingen: Hogrefe & Huber.
- *Shapiro F. 2001. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guildford Press.
- *Sleijpen M, Boeije H.R., Kleber R.J. and Mooren T. 2016. Between power and powerlessness: a metaethnography of sources of resilience in young refugees. *Ethnicity and Health*, 21(2), 158–180.
- * Stenmark H., Catani C., Neuner F., Elbert T., and Holen A. 2013. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour research and therapy*, 51, 10, 641–647.

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
-------------------	------------------------------------	------------

*Tjin A Djie K, Zwaan I. 2007. *Beschermjassen, transculturele hulp aan families*. Assen: Van Gorcum.

Eigenaar omschrijving

Naam: Katinka Haar; Irma Mollink

Functie: Kinder- en jeugdpsychiater; systeemtherapeut

Zoek termen: *cultuursensitief, cultuur, trauma, systeemtherapie, vluchtelingen, asielzoeker, veerkracht, tolk, transcultureel,*

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
--------------------------	------------------------------------	------------

Datum: maart 2017	Samenstelling: K. Haar, I. Mollink	Versie : 1
------------------------	------------------------------------	------------