

De auteur is psychiater en hoofd behandelbeleid bij De Evenaar, Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord Nederland, GGZ-Drenthe  
*Correspondentieadres:* Dr. C. (Kees) J. Laban, Altingerweg 1, 9411 PA Beilen.  
*E-mailadres:*  
 kees.laban@ggzdrenthe.nl

Kees Laban

## Asielzoekers: ziek door trauma's van ver weg of juist van heel dichtbij?

### SUMMARY

#### *Asylum seekers: sick through traumas from far away or near by?*

The problems of asylum seekers are multiple and complex. Next to having experienced a lot of adversities in their country of origin, when they arrive in a host country they face a (usually long) asylum procedure and a multitude of post-migration living problems. Literature shows high prevalence rates of mental disorders and low quality of life. The length of the asylum procedure is an even more important risk factor for psychopathology than the adverse life events in the country of origin. Both qualitative and quantitative research has shown the relevant types of post-migration living problems, such as uncertainty about the future, the fear to be sent home, missing one's family, and lack of work. In order to improve the mental health status of this very vulnerable group, the government should reconsider their policy regarding length of the asylum procedure, living conditions in the asylum seeking centres, work, and family reunification, and should facilitate support by voluntary agencies. Mental health workers should realize the importance of the asylum procedure and the (often related) post-migration living problems and consider to focus their treatment on (coping with) these problems instead of only focusing on traumas from the past. A resilience-oriented approach is recommended.

#### Inleiding

De problemen van asielzoekers zijn complex en divers. Psychische en sociale problemen hangen zowel samen met traumatische ervaringen in het land van herkomst als met de stress die ervaren wordt door de onzekerheid over de toekomst en problemen in de dagelijkse leefomgeving. Er is de laatste jaren meer bekend geworden over de (met name psychische) gezondheidssituatie van asielzoekers en over de invloed hierop van zogenaamde postmigratiefactoren. Dit artikel wil een kort overzicht bieden van deze bevindingen en enkele consequenties voor behandeling en regeringsbeleid aanstippen. Kinderen van asielzoekers, gedetineerde asielzoekers en uitgediende asielzoekers vallen buiten het domein van dit artikel.

## Psychische stoornissen

Uit diverse onderzoeken blijkt dat asielzoekers veel psychische problemen hebben (Gerritsen et al., 2006; Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004; Roodenrijs, Scherpenzeel & De Jong, 1998; Ryan, Benson & Dooley, 2008; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997). Ook laten onderzoeken zien dat asielzoekers meer psychische problemen hebben dan vluchtelingen (Gerritsen et al., 2006; Toar, O'Brien & Fahey, 2009). [NB: asielzoekers wachten op een beslissing op hun aanvraag van een verblijfsvergunning, vluchtelingen hebben die reeds gekregen. Zij hebben veel meer rechten dan asielzoekers, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werk en opleiding].

Gezien de omvang van de totale groep asielzoekers in de westerse wereld (377.200 nieuwe asielaanvragen in 2009 (UNHCR)) is het aantal onderzoeken naar psychische problemen klein. In een overzichtsstudie van de literatuur van de laatste 20 jaar vonden Ryan, Kelly en Kelly (2009) 23 onderzoeken waarin in totaal 7.294 asielzoekers opgenomen waren. Van de 12 bevolkingsstudies (dat wil zeggen: niet-patiënt populaties) zijn er slechts 2 onderzoeken (Laban et al., 2004; Gerritsen et al., 2006) waarbij volgens de laatste richtlijnen voor onderzoek de data correct werden verzameld. Psychische stoornissen onder asielzoekers zijn op verschillende manieren in kaart gebracht. Het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) is een instrument waarmee wordt vastgesteld of (ooit) stoornissen volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-IV) aanwezig zijn (geweest). De volledig gestructureerde vragenlijst is in 58 talen vertaald en het instrument wordt ook in veel toonaangevend internationaal onderzoek gebruikt. Daarnaast is gebruik gemaakt van de internationaal veel gehanteerde zelfrapportagevragenlijsten de *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25) en de *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ). Dit zijn dimensionale scoringslijsten die meestal wat hogere scores aangeven dan de CIDI. Laban et al. (2004) vonden in een bevolkingsstudie onder 294 Iraakse asielzoekers in Nederland dat 54% één of meer psychische stoornissen had volgens de CIDI. Zevenendertig procent had een posttraumatische stressstoornis (PTSS), 22% een andere angststoornis, 35% een depressieve stoornis, en 9% een somatoforme stoornis. Ook in het grootste epidemiologische onderzoek in Nederland, NEMESIS (Bijl, Ravelli & Van Zessen, 1999) is de CIDI gebruikt, waardoor vergelijking van de resultaten goed mogelijk is. De prevalentiecijfers van de Iraakse asielzoekers liggen aanmerkelijk hoger dan bij de Nederlandse bevolking (NEMESIS: depres-

sieve stoornis: 12% en angststoornis: 8%). PTSS was niet in het NEMESIS-onderzoek opgenomen, maar uit een ander onderzoek onder de Nederlandse bevolking (De Vries & Olf, 2009) kwam een percentage van 7% voor PTSS, eveneens met de CIDI gemeten. Gerritsen et al. (2006) vonden met behulp van de HSCL-25 en HTQ onder 232 asielzoekers uit Iran, Afghanistan en Somalië 68% respondenten met angst- en depressieklachten en 28% met PTSS-symptomen. Roodenrijs et al. (1998) hadden al eerder hoge prevalenties ontdekt onder 54 Somalische bewoners van een asielzoekerscentrum: 32% PTSS, 63% depressie en 36% angstsymptomen. Van de groep had veruit de meerderheid (76%) nog geen verblijfsvergunning.

In een aantal onderzoeken is de prevalentie van psychische stoornissen vergeleken tussen asielzoekers en vluchtelingen. Gerritsen et al. (2006) vonden meer PTSS en depressie/angstsymptomen bij asielzoekers dan bij vluchtelingen (PTSS: 28 versus 11%; depressie/angst: 68 versus 39%). Van de asielzoekers beoordeelde 59% de eigen gezondheid als slecht, in vergelijking met 42% van de vluchtelingen. Toar et al. (2009) vonden in Ierland onder een groep asielzoekers (n=60) en vluchtelingen (n=28) van gemengde herkomst (met de HSCL-25 en de HTQ) eveneens hogere scores bij asielzoekers: PTSS-symptomen: 63 versus 21% en depressie/angst: 73 versus 32%. De traumatische gebeurtenissen voorafgaand aan de aankomst in het gastland waren in beide onderzoeken gelijk voor asielzoekers en vluchtelingen. Ook Hondius, Van Willigen, Kleijn en Van der Ploeg (2000) ontdekten een lager percentage PTSS bij vluchtelingen vergeleken met asielzoekers (odds ratio 0.4; CI 0.1-1.0). Fazel, Wheeler en Danesh (2005) onderzochten in een omvangrijke overzichtsstudie prevalentiecijfers bij vluchtelingen in bevolkingsstudies met meer dan 200 participanten en kwamen tot een algemene prevalentie van 9% voor PTSS en 5% voor depressie. Het enige onderzoek onder asielzoekers dat voldeed aan de inclusiecriteria van Fazel et al. (Laban et al., 2004) liet, zoals in de vorige alinea besproken, percentages van 37% PTSS en 35% depressieve stoornis zien. Deze cijfers liggen dus vele malen hoger.

### Lange asielpcedure: belangrijke risicofactor

In een zoektocht naar de risicofactoren ter verklaring van de hoge prevalentiepercentages van psychische stoornissen onder asielzoekers onderzochten Ryan et al. (2008) in een longitudinaal onderzoek 162 asielzoekers. Zij vonden dat alleen de respondenten die tussen de eerste en de tweede meting een verblijfsver-

gunning hadden gekregen verbeterden; dat wil zeggen, zij hadden een lagere score op klachtenniveau (de *Brief Symptom Inventory*, een verkorte versie van de SCL-90). Het onderzoek van Silove et al. (2007) onder 73 asielzoekers leverde hetzelfde resultaat op: zij interviewden asielzoekers kort na aankomst en ongeveer vier maanden daarna. Degenen die een verblijfsstatus kregen hadden een aanzienlijke vermindering van PTSS, angst en depressieve klachten en een beter algemeen functioneren, terwijl bij degenen die afgewezen waren het niveau van klachten gelijk bleef.

Het onderzoek van Laban en collega's (Laban et al., 2004; Laban, Gernaat, Komproe, Van Tweel & De Jong, 2005) wijst op een toename van klachten bij een langer durende asielprocedure. Zij vergeleken 2 groepen Iraakse asielzoekers. Van de groep die net in Nederland aankwam (< 6 maanden; n=143) had 42% een psychische stoornis volgens DSM-IV criteria. In de groep die meer dan 2 jaar geleden aangekomen was (de zogenaamde lang-verblijf-groep; n=151) was dat percentage 66%. Verhoogde percentages kwamen voor in alle categorieën psychopathologie (depressieve stoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en alcoholmisbruik/verslaving) met uitzondering van PTSS. Het percentage van deze stoornis was in beide groepen hoog (respectievelijk 31 en 42%), maar niet significant verschillend. Uit verdere analyses bleek dat het risico op een psychische stoornis bij de lang-verblijf-groep significant hoger was (odds ratio: 2.16; CI 1.15-4.08). Het risico van ervaren traumatische gebeurtenissen in Irak lag aanmerkelijk lager (odds ratio 1.35; CI 1.22-1.49).

Een andere aanwijzing dat de lengte van de asielprocedure een toename van psychische stoornissen veroorzaakt volgt ook uit het onderzoek van Hallas, Hansen, Stæhr, Munk-Andersen en Jorgensen (2007) in Denemarken. Zij vonden in een grote groep asielzoekers (n=3.960) van gemengde etnische herkomst een significante relatie tussen naar psychiatrische zorg verwezen mensen en de lengte van hun verblijf in asielzoekerscentra. De toename in tijd betrof alle categorieën psychopathologie. In Nederland onderzochten Jongedijk en Hoekstra (2006) de redenen van toename in zorggebruik, ondanks het destijds dalende aantal asielzoekers. Na bestudering van meerdere bronnen (onder andere literatuur, interviews, zorggebruikgegevens) concludeerden zij dat langdurig verblijf in de opvang negatieve gevolgen heeft voor de geestelijke gezondheid van asielzoekers en dat dit een belangrijke verklaring was van de toename van het zorggebruik.

In discussies over de onderzoeksbevindingen bij asielzoekers komt vaak het punt naar voren van mogelijk verhoogde rapportage van klachten met het oog op ziekte winst (zoals grotere kans op verblijfsvergunning). In de genoemde onderzoeken komen er niettemin argumenten naar voren om deze mogelijke verstoring van de resultaten tegen te spreken. In het onderzoek van Hallas et al. (2007) kon alleen verwezen worden naar de GGZ als er meer dan drie behandelsessies nodig waren en na toestemming van de immigratiedienst. Dit betekende een extra selectie, waardoor patiënten met overrapportage van klachten minder kans hadden om in het onderzoek te komen. Een argument uit het onderzoek van Laban et al. (2004) is dat PTSS niet significant verschilde tussen asielzoekers die relatief kort en lang in Nederland verbleven. Indien de lang-verblijf-groep zou overrapporteren dan zou dit ook resulteren in een verhoogde prevalentie van PTSS. Bovendien waren in dit onderzoek de respondenten van te voren duidelijk geïnformeerd dat de gegevens volledig geanonimiseerd verwerkt zouden worden en dus op geen enkele wijze hun procedure kon beïnvloeden. Verder vonden Mueller, Schmidt, Staeheli en Maier (2011) onder 80 asielzoekers in Zwitserland dat uitgeprocedeerde asielzoekers (waarbij ziekte winst dus geen rol meer speelde) even hoge scores van psychopathologie hadden als asielzoekers die nog steeds in de procedure zaten.

### Risicofactoren in de asielperiode

Wat maakt de (lange) asielzoekersperiode dan zo stressvol? Eerder uitgevoerde kwalitatieve onderzoeken met behulp van observaties (De Jongh, Van Ee & Dieleman, 2004; Van Dijk, Bala, Ory & Kramer, 2001) vonden als ervaren stressoren van het leven op een asielzoekerscentrum onder meer: kamers delen met vreemden, beperkte mogelijkheden tot werk en opleiding, sociale uitsluiting, verwarrende procedures, angst voor de toekomst, ervaring van een leeg bestaan, gebrek aan een steunend netwerk, discriminatie, en onpersoonlijke benadering (*turned into an object*). Uit een (klein) recent onderzoek (Bernardes et al., 2010) in Engeland blijkt dat de gezondheidsproblemen zelf veel ongerustheid geven; daarnaast noemden de respondenten vooral de onzekerheid van de uitkomst van de asielprocedure, angst om teruggestuurd te worden, zorgen over de familie in het land van herkomst en het niet mogen werken. In een onderzoek onder asielzoekers naar redenen van drugs- en alcoholgebruik werd de verveling, de noodzaak van *killing time*, genoemd als belangrijkste reden (Dupont, Kaplan, Verbraeck, Braama &

Van de Wijngaart, 2005). Het onderzoek bevestigde volgens de auteurs hun hypothese dat drugs- en alcoholgebruik meer te maken had met de stressfactoren in het heden dan met meegemaakte trauma's. Het aspect van verveling wordt ook door dichters verwoord, bijvoorbeeld een dichter uit Irak schreef: "Wij dwingen de middag met onze zware adem naar haar einde, omdat we wachten ....." (Al-Sawad, 2002).

Silove et al. (1997) ontwikkelden een lijst van ruim 20 vragen, de *Post-migration Living Problems checklist*, waarmee postmigratie stressoren kunnen worden gemeten. In deze lijst zijn items opgenomen zoals: angst om teruggestuurd te worden, financiële problemen, ontbreken van werk, discriminatie, eenzaamheid, zorgen over de toekomst, gemis van familie en woonproblemen. De lijst is daarna gebruikt in veel onderzoeken (bijvoorbeeld Bernandes et al., 2010; Laban et al., 2005; Ryan et al., 2008; Schweitzer, Greenslade & Kagee, 2007). Laban et al. (2005) vonden dat de langverblijf-groep (> 2 jaar) veel hogere scores had in vergelijking tot de pas gearriveerde groep (< 6 maanden). Na verdere analyse bleek dat er drie (clusters van) stressoren waren die een sterk verband lieten zien met het hebben van een psychische stoornis, te weten: 1) items gerelateerd aan 'zorgen over de asielpcedure' (onzekerheid over verblijfsvergunning, angst om teruggestuurd te worden en onzekerheid over de toekomst), 2) 'zorgen over familie' (gemis van de familie, zorgen over familie in Irak, het niet naar Irak kunnen als er iets naars gebeurt met de familie, eenzaamheid) en 3) werkgerelateerde items. Een hogere score op 'zorgen over het niet mogen werken' verhoogde het risico op een psychische stoornis met 44%! Ook uit het onderzoek van Ryan et al. (2008) blijkt dat er veel postmigratie stressoren gemeld worden, welke eveneens een significant verband met psychische problemen lieten zien. De aanwezigheid van sociale steun bleek in dit onderzoek een beschermende factor te zijn. Dit is een bevinding die ook in onderzoeken onder vluchtelingen is gevonden (Schweitzer et al., 2006). Ahern et al. (2004) en Gorst-Unsworth en Goldenberg (1998) ontdekten onder vluchtelingen dat gebrek aan sociale steun een significante risicofactor voor psychopathologie was. Het risico bleek zelfs groter dan dat van traumatische gebeurtenissen. Silove, Steel, McGorry en Mohan (1998) vergeleken postmigratie stressoren onder 196 Tamil-immigranten, vluchtelingen en asielzoekers en vonden dat asielzoekers aanzienlijk meer stressoren meldden. Ook in het onderzoek van Gerritsen et al. (2006) en Toar et al. (2009) scoorden asielzoekers hogere niveaus van postmigratiestress dan vluchtelingen.

Tot slot: uit het onderzoek van De Vroome en Van Tubergen (2010) onder 3.405 vluchtelingen in Nederland blijkt dat een lange asielpcedure de economische integratie van vluchtelingen negatief beïnvloedt. Bij verdere analyses bleek dit grotendeels te verklaren uit het feit dat asielzoekers geen onderwijs mogen volgen, niet mogen werken, de taal niet structureel leren en nauwelijks banden kunnen leggen met Nederlanders. De lange asielpcedure en de daarmee samenhangende postmigratie stressoren leveren dus niet alleen gezondheidsschade op maar ook economische schade.

### Consequenties voor politiek en behandeling

De conclusie uit bovenstaande onderzoeksbevindingen is dat het vooral de (lange) asielpcedure en de postmigratie stressoren zijn die de verhoogde prevalenties van psychische stoornissen bij asielzoekers verklaren en niet zozeer de trauma's in het land van herkomst. Er is zelfs mogelijk geen andere groep waarbij de sociaal-maatschappelijke omstandigheden zo'n duidelijke weerslag hebben op gezondheid en functioneren.

Op de behandeling van asielzoekers hebben bovenstaande bevindingen een fundamentele invloed. Behandelaars moeten zich bewust zijn van de forse invloed van 'het-in-een-asielpcedure-zijn' op de patiënt. De druk en de complexiteit van de procedure is voelbaar in de spreekkamer en moet niet leiden tot een *blaming the victim* situatie. De machteloosheid van de asielzoeker slaat soms over op de behandelaar, wat gevoelens van aversie geeft of, aan de andere kant, leidt tot overbetrokkenheid. Geadviseerd wordt een veerkracht-georiënteerde benadering (Alayarian, 2007; Laban, Attia & Hurulean, 2010) te kiezen. In deze benadering richt de behandeling zich niet primair op de schokkende en traumatische levensgebeurtenissen uit het verleden, maar wordt serieuze aandacht besteed aan de dagelijkse leefproblemen (de context) en aan de voortdurende stress die de asielpcedure genereert. Samen met de patiënt wordt naar persoonlijke krachtbronnen en relevante sociale steun gezocht die kunnen helpen om de problemen nu het hoofd te bieden en de gezondheidsklachten te verminderen of hier beter mee om te gaan.

Verandering van regeringsbeleid is nodig om de gezondheidsrisico's te verminderen. Allereerst: verkorting van de asielpcedure. Het streven van de Vreemdelingenwet 2000 is dat een asielzoeker binnen het jaar een uitslag krijgt op zijn aanvraag. In de praktijk duurde en duurt dat echter vaak (veel) langer. De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND, 2011) geeft geen cijfers over de duur van de asielpcedure. Vanuit het

gezondheidsperspectief zou, op grond van het onderzoek van Laban et al. (2004, 2005), de procedure zeker korter dan 2 jaar moeten duren. Verder zijn, met het oog op verbetering van de gezondheid belangrijk: mogelijkheden tot (taal)onderwijs en werk, betere woonomstandigheden met meer privacy, meer mogelijkheden tot sociale contacten, minder overplaatsingen en meer aandacht voor het bestaan van psychische problematiek bij de toewijzing van een verblijfsstatus. Helaas is het huidige politieke klimaat zodanig dat het niet erg waarschijnlijk is dat deze punten binnenkort verwezenlijkt zullen worden. Voor hulpverleners en andere betrokkenen is het dus des te belangrijker om de bovenstaande onderzoeksbevindingen te koppelen aan hun praktijkervaring en deze voortdurend onder de aandacht van regering en bevolking te brengen. Wanneer het beleid zich verder verhardt, kan verwacht worden dat er zich meer gewelddadigheden en suïcides zullen voordoen

#### Literatuur

- Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W.G., Koci, B., Waldman, R., & Vlahov, D. (2004). Gender, social support and posttraumatic stress in post war Kosovo. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 762-770.
- Alayarian, A. (2007). Trauma, resilience and creativity. In A. Alayarian (Ed.), *Resilience, suffering and creativity. The work of the refugee therapy centre* (pp. 1-14). London: Karnac Books.
- Al-Sawad, M. (2002). Wachten op een nieuwe Sheharazada. In S. Jasim & M. Al-Sawad (Red.), *1001 Nacht wachten* (pp. 5-7). Assen: Van Gorcum.
- Bernardes, D., Wright J., Edwards, C., Tomkins, H., Difo, D., & Livingstone, A.G. (2010). Asylum seekers' perspectives on their mental health and views on health and social services: Contributions for service provision using a mixed-methods approach. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 6, 3-19.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & Zessen, G. van (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Dijk, R. van, Bala, J., Ory, F., & Kramer, S. (2001). "Now we have lost everything", Asylum seekers in the Netherlands and their experiences with health care. *Medische Antropologie*, 13, 284-300.
- Dupont, H.J.B.H.M., Kaplan, C.D., Verbraeck, H.T., Braama, R.V., & Wijngaart, G.F. van de (2005). Killing time: drug and alcohol problems among asylum seekers in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, 16, 27-36.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Deville, W., Willigen, L.H.M. van, Hovens, J.E., & Ploeg, H.M. van der (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 18-26.
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq: Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94.
- Hallas, P., Hansen, A.R., Stæhr, M.A., Munk-Andersen, E., & Jorgensen, H.L. (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: A retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*, 7, 288.
- Hondius, A.J.K., Willigen, L.H.M. van, Kleijn W.Chr., & Ploeg H.M. van der (2000). Health problems among Latin-American and Middle-Eastern refugees in the Netherlands: Relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 619-634.
- IND (2011). De IND belicht. Jaarresultaten 2010. Rijswijk: Immigratie- en Naturalisatiedienst
- Jongedijk, R., & Hoekstra, M. (2006). GGZ voor asielzoekers. Te veel, voldoende of te weinig? *Cultuur Migratie en Gezondheid*, 3, 148-159.
- Jongh, D.M. de, Ee, M.J. van, & Dieleman M.A. (2004). Leven in een asielzoekerscentrum: Asielzoekers aan het woord over hun gezondheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82, 112-117.
- Laban, C.J., Attia, A., & Hurulean, E. (2010). Asielzoekers en vluchtelingen. In J. de Jong & S.J. Colijn (Red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 563-576). Utrecht: De Tijdstroom.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komprou, I.H., Schreuders, G.A., & Jong J.T.V.M. de (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 843-852.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komprou, I.H., Tweel, I. van, & Jong, J.T.V.M. de (2005). Post migration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 825-832.
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European Journal of Public Health*, 21, 184-189.
- Roodenrijs T.C., Scherpenzeel R.P., & Jong J.T.V.M. de (1998). Traumatische ervaringen en psychopathologie onder Somalische vluchtelingen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 132-142.
- Ryan, D.A., Benson, C.A., & Dooley, B.A. (2008). Psychological distress and the asylum process. A longitudinal study of forced migrants in Ireland. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 37-45.

- Ryan, D.A., Kelly, F.E., & Kelly, B.D. (2009). Mental health among persons awaiting an asylum outcome in western countries. A literature review. *International Journal of Mental Health, 38*, 88-111.
- Schweitzer, R., Greenslade, J., & Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: A narrative account. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 282-288.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997) Anxiety, depression and PTSS in asylum seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry, 170*, 351-357.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*, 175-181.
- Silove, D., Steel, Z., Suslijik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., Brooks, R., Touze, D. le, Ceollo, M., Smith, M., Harris, E., & Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSS, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: A longitudinal study. *American Journal of Disaster Medicine, 2*, 321-329.
- Toar, M., O'Brien, K.K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health, 9*, 214.
- UNHCR (2009) . Global trends refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced and stateless persons, Geneve. UNHCR Statistical Online Population Database, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), <http://www.unhcr.org/statistics/populationdatabase>.
- Vries, G.J. de, & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 259-267.
- Vroome, T. de, & Tubergen, F. van (2010). The employment experience of refugees in the Netherlands. *International Migration Review, 44*, 376-403.