



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Socialt arbete med barn och unga, SOL 067

Höstterminen 2004

Flyktingbarn med Posttraumatiskt stressyndrom

Hjälp de behöver och får

Författare: Katarina Darte &

Therese Svensson

Handledare: Gunilla Lindén

ABSTRACT

The aim of this research paper was to examine the help required by refugee children with post-traumatic stress disorder (PTSD). In addition to this, we also examined the help the refugee children are currently receiving.

We have examined this from the perspective of the theory of the ecology of human development. The method we used was qualitative and we conducted eleven profound interviews with professionals working with the target group in question. The essential questions were; *which needs, according to the professionals, do refugee children with PTSD have, what characterises the professional's work to help the children and what possibilities and obstacles there are in giving the children optimal help.*

The results strongly conclude that it is important for the children's development to have at least one supportive adult in their surrounding, a positive experience at school and during leisure activities. The most important purpose of the treatment is to maintain as many normal and functioning factors as possible in the children's life.

Professionals are overall satisfied with their ability to help these children even with limited and insufficient resources, but the way asylum seeking families cases are managed in the Swedish society are still unsatisfactory.

FÖRORD

Vi vill börja med att tacka de personer som har hjälpt oss att göra den här uppsatsen möjlig. Först, och främst, tack till Anders Björnsson, Maria Gran, Rima Hafez, Lena Hansson, Emma Johansson, Marianne Karlsson, Annika Lind, Daoud Majid, Sofie Nilsson, Kristina Olsson, Ingela Sunesson och Lisbeth Österberg, som ställt upp på intervjuer och därigenom låtit oss ta del av den kunskap och erfarenhet de besitter. Tack även till Marie-Louise Lundberg och Kristina Pettersson som har hjälpt oss att komma i kontakt med flera av våra intervjupersoner. Tack också till vår handledare Gunilla Lindén för goda råd och konstruktiv kritik under uppsatsens gång. Sist, men inte minst, tack till familj och vänner för visat intresse, stöd och tålamod.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>FÖRORD</u>	2
<u>INLEDNING</u>	5
1.1 <u>PROBLEMFÖRMULERING</u>	5
1.2 <u>AVGRÄNSNINGAR</u>	6
1.3 <u>SYFTE</u>	7
1.4 <u>FRÅGESTÄLLNINGAR</u>	7
<u>2 METOD</u>	7
2.1 <u>VAL AV METOD</u>	7
2.2 <u>URVAL</u>	8
2.3 <u>GENOMFÖRANDE</u>	9
2.4 <u>BEARBETNING OCH ANALYS AV INSAMLAT MATERIAL</u>	10
2.5 <u>RESULTATETS TILLFÖRLITLIGHET</u>	11
2.6 <u>KÄLLKRITIK</u>	12
2.7 <u>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</u>	12
2.8 <u>FORTSATT FRAMSTÄLLNING</u>	13
<u>3 BAKGRUND</u>	13
3.1 <u>DEFINITIONER</u>	13
3.1.1 <u>Traumatisk kris</u>	13
3.1.2 <u>Flykting</u>	14
3.1.3 <u>Asylprocessen</u>	14
3.1.4 <u>Asylsökandes rättigheter</u>	15
3.1.5 <u>Flyktingars status i det svenska samhället</u>	16
3.2 <u>HISTORIK</u>	16
3.3 <u>POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM (PTSD)</u>	17
3.3.1 <u>Diagnossystem</u>	17
3.3.2 <u>Kriterier för PTSD-diagnosen</u>	17
3.4 <u>PRIMÄR OCH SEKUNDÄR TRAUMATISERING</u>	19
3.5 <u>TRAUMATISKA EFTERVERKNINGAR</u>	19
3.5.1 <u>Tillit</u>	20
3.5.2 <u>Skuld</u>	20
3.5.3 <u>Vrede och ilska</u>	21
3.5.4 <u>Psykomatiska symtom</u>	21
3.5.5 <u>Regression</u>	21
3.6 <u>SYMPTOM PÅ PTSD I OLIKA ÅLDRAR</u>	21
3.6.1 <u>Små barn och trauma</u>	21
3.6.2 <u>Förskolebarn</u>	22
3.6.3 <u>Skolbarn</u>	22
3.6.4 <u>Tonåringar</u>	23
3.7 <u>BEHANDLING</u>	23
3.7.1 <u>Mångsidig problematik</u>	23
3.7.2 <u>Föräldrars oro</u>	23
3.7.3 <u>Föräldrars ansvar</u>	23
3.7.4 <u>Barnpsykoterapi</u>	24
3.7.5 <u>Att arbeta med tolk</u>	24

4	<u>TEORI</u>	25
4.1	<u>UTVECKLINGSEKOLOGI</u>	25
4.1.1	<u>Mikronivå</u>	26
4.1.2	<u>Mesonivå</u>	27
4.1.3	<u>Exonivå</u>	27
4.1.4	<u>Makronivå</u>	27
4.2	<u>UTVECKLINGSPSYKOLOGI</u>	28
4.2.1	<u>Socioemotionell utveckling</u>	28
4.2.2	<u>Kognitiv utveckling</u>	29
5	<u>PRESENTATION AV INTERVJUMATERIALET</u>	29
5.1	<u>INTERVJUPERSONERNA</u>	30
5.2	<u>TEMA 1: BARNENS BEHOV AV STÖD OCH HJÄLP</u>	31
5.3	<u>TEMA 2: PROFESSIONELLAS MÖJLIGHETER TILL ATT GE STÖD OCH HJÄLP I DEN NUVARANDE SITUATIONEN</u>	34
5.4	<u>TEMA 3: MÖJLIGHETER OCH SVÅRIGHETER I YRKESUTÖVANDET</u>	37
5.5	<u>TEMA 4: VISIONER MED ARBETET ATT HJÄLPA BARNEN</u>	41
5.6	<u>TEMA 5: OMGIVNINGENS BETYDELSE FÖR BARNEN</u>	42
6	<u>ANALYS</u>	45
6.1	<u>BARNENS BEHOV AV STÖD OCH HJÄLP</u>	45
6.2	<u>PROFESSIONELLAS MÖJLIGHETER ATT GE STÖD OCH HJÄLP I DEN NUVARANDE SITUATIONEN</u>	46
6.3	<u>MÖJLIGHETER OCH SVÅRIGHETER I YRKESUTÖVANDET</u>	47
6.4	<u>VISIONER MED ARBETET ATT HJÄLPA BARNEN</u>	49
6.5	<u>OMGIVNINGENS BETYDELSE FÖR BARNEN</u>	51
7	<u>SLUTDISKUSSION</u>	52
8	<u>KÄLLFÖRTECKNING</u>	54
8.1	<u>LITTERATUR</u>	54
8.2	<u>ÖVRIGT TRYCK</u>	55
8.3	<u>INTERNET</u>	55
8.4	<u>INTERVJUER</u>	56
	<u>BILAGA 1 - INFORMATIONSBREV</u>	57
	<u>BILAGA 2 - TEMAN FÖR INTERVJUN</u>	58
	<u>BILAGA 3 - INTERVJUGUIDE</u>	59

INLEDNING

1.1 Problemformulering

Vårt intresse för detta ämne väcktes under en föreläsning om traumatiserade flyktingbarn som hölls på Socialhögskolan i Lund i början av höstterminen 2004. Föreläsningen framkallade starka känslor hos oss båda, och vi kände att vi ville lära oss mer om dessa barns situation. Att den mediala debatten kring asylsökandes situation i dagens Sverige dessutom har eskalerat under hösten har medfört, att vi bestämde oss för att fördjupa oss i detta ämne.

I vår uppsats har vi valt att undersöka situationen både för asylsökande barn och barn med uppehållstillstånd. Många av våra intervjupersoner har berört den pågående debatten, som dels handlar om den långa asylprocessen, dels om vuxna asylsökandes rätt till vård, som indirekt påverkar deras barn. Därför vill vi redan nu i inledningen lyfta fram några citat från intervjupersoner, som speglar debatten sedd utifrån barnens perspektiv.

Viktigt att peka på är hur vi idag faktiskt skapar trauma via en lång asylprocess. Om familjen har varit här i några år och har slagit sig till ro, barnen går i skolan och har kompisar, och plötsligt en dag så får de inte stanna här längre. De måste återvända till sitt hemland och därmed förlorar de sina kamrater och sin trygghet. Sverige har blivit deras värld och därför anser jag att det blir ett brott mot barnen att bara skicka hem dem. Jag tycker att de som har barn och som har funnits i systemet under lång tid borde få stanna här. (KO).

Det som är svårast med asylsökande barn är att dessa barn har rätt till all vård, medan asylsökande vuxna bara har rätt till akutvård vilket bland annat innebär att psykiatri inte tar emot dem. Mår föräldrarna dåligt så mår barnen dåligt och därför är man tvungen att jobba med hela familjen. Barnen är i behov av sina föräldrar. (LH).

Den 25 november 2004 meddelade Utrikesdepartementet, att den barnpsykiatriska behandlingen nu kommer att omfatta även vård av föräldrarna, när det är nödvändigt för barnens hälsa, gällande från den 1 januari 2005 (www.regeringen.se 2004-12-07). Vi har

utifrån vad våra intervjupersoner har sagt förstått att det är av stor vikt att tillgodose föräldrarnas behov av vård för att kunna hjälpa barnen på ett adekvat och långsiktigt sätt.

Vi vill i denna undersökning medvetandegöra hur barn med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan ha det och hur deras traumatiska minnen påverkar barnet, dess familj och omgivning. Det är troligt, att vi i vår yrkesroll kommer att komma i kontakt med dessa barn. Då blir denna kunskap viktig för att kunna bemöta och behandla barnen och få ökad förståelse för deras problematik.

1.2 Avgränsningar

Det finns flera olika utlösande händelser som kan leda till att barn får diagnosen PTSD. Exempel på detta är att barn har utsatts för våld, sexuella övergrepp, naturkatastrofer och krig (Broberg et al 2003). Vi har valt att inrikta oss på barn, som kommer ifrån krigsdrabbade områden och som har fått diagnosen PTSD.

I denna uppsats har vi valt att avgränsa oss till asylsökande barn och barn med uppehållstillstånd. Vi kommer inte att gå närmre in på gömda barn och deras familjer.

Vi kommer att utgå ifrån de professionellas perspektiv, då vi anser att det är olämpligt att ta tillfällig kontakt med dessa barn, som i många fall redan har svårigheter med förtroende gentemot omgivningen.

Den utvecklingsfas barnet befinner sig i kan ha betydelse för vilka PTSD-symtom barnet kommer att uppvisa (Dyregrov 1997). Med anledning av detta kan vi tänka oss, att behandlingen skiljer sig åt beroende på barnets ålder och utveckling. Därför har vi valt att fokusera på barn i skolåldern, cirka 7-12 år. Anledningen till att vi har valt denna åldersgrupp är dels att det är svårare att avgöra symtom hos de yngsta barnen, dels att tonåringarnas symtom liknar vuxnas (Angel 2004).

En av de teorier som vi har valt att använda som utgångspunkt för analysen i vårt arbete är utvecklingsekologi. Ett skäl till detta är att vi har velat sätta in barnens behov av hjälp i ett perspektiv som belyser deras samspel med omgivningen. Ett annat skäl är att vi har velat belysa även omgivningens, i första hand de professionellas, möjligheter att hjälpa, i ett

samspejlspektiv. Vi kommer även kortfattat att redogöra för utvecklingspsykologisk teori och gå närmare in på två grunddrag i skolbarns psykiska utveckling, nämligen den socioemotionella och den kognitiva. Skälen till att vi har valt att presentera en utvecklingspsykologisk ram är att den har betydelse för hur barn i olika utvecklingsperioder och under olika utvecklingsbetingelser reagerar på känslomässig stress och trauma.

1.3 Syfte

Vårt syfte är att ur ett utvecklingsekologiskt perspektiv undersöka professionellas syn på den hjälp som flyktingbarn med PTSD behöver och får.

1.4 Frågeställningar

1. Vilka är skälen till att det är viktigt att känna igen och uppmärksamma barn med PTSD?
2. Vilka behov av stöd anser de professionella att barn med PTSD har?
3. Hur arbetar de med att hjälpa barnen?
4. Finns det något de skulle vilja ändra på i sitt framtida arbete med barnen?
5. Vilka möjligheter och hinder finns på vägen mot att ge barnen optimal hjälp?
6. Hur ser de professionella på omgivningens möjligheter till och delaktighet i att hjälpa barnen?

Vi vill tydliggöra hur frågeställningarna hänger samman med vårt syfte. Frågeställningarna 1, 2 och 6 berör vilka behov barnen har och frågeställningarna 3, 4 och 5 handlar om den hjälp, som barnen faktiskt får, i första hand av de professionella.

2 METOD

2.1 Val av metod

Vi har valt att använda oss av kvalitativ metod, det vill säga vi har genomfört halvstrukturerade intervjuer. En fördel med denna metod är att intervjupersonerna får möjlighet att utveckla sina idéer, förklara sina ståndpunkter och identifiera vad de anser vara de centrala faktorerna inom området. En nackdel med metoden är, att det tar lång tid att skriva

ut det insamlade materialet (Denscombe 2000). Vi har dock funnit det lärorikt att lyssna igenom banden och skriva ut dem ordagrant och detta har underlättat vårt arbete med att analysera materialet. Då vårt syfte med uppsatsen har varit att undersöka de professionellas syn på den hjälp som flyktingbarn med PTSD behöver och får, anser vi, att denna metod var den mest lämpliga, då vi ville ha mer djupgående insikter inom området. Vi ville samla mer ingående information från ett mindre antal människor, och därför kunde vi utesluta kvantitativ metod i form av till exempel enkäter, som delas ut till ett större antal människor och som ger mer ytlig information (ibid.).

2.2 Urval

Redan i inledningsfasen av uppsatsarbetet bestämde vi oss för att genomföra intervjuer med professionella för att undersöka hur de ser på möjligheten att hjälpa traumatiserade flyktingbarn. Vi började med att kontakta Marie-Louise Lundberg, psykolog på Centrum för krigs- och tortyrskadade i Malmö, en specialistavdelning som tillhör Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Anledningen till att vi valde att kontakta henne var att hon genom sin föreläsning om traumatiserade flyktingbarn har fått oss intresserade av ämnet. Marie-Louise Lundberg ställde sig positiv till att medverka i en intervju och rekommenderade oss att ta kontakt med fyra andra verksamma inom BUP i Malmö som alla var positiva till att medverka. I fortsättningen av arbetet kommer vi att använda ett fingerat namn på Marie-Louise Lundberg för att avidentifiera hennes intervjusvar. Detsamma gäller även övriga intervjupersoner.

Därefter kontaktade vi Röda Korset och Rädda Barnen i Malmö. Röda Korset vänder sig först och främst till vuxna, och de ville därför inte medverka men hänvisade oss till BUP på Rosengård, en stadsdel i Malmö med hög andel invandrare och flyktingar. Vi kontaktade dem och fick tag på ytterligare en intervjuperson. När det gäller Rädda Barnen bedriver de mest handläggning och opinionsbildning i Skåne, medan behandlingen är förlagd till Rädda Barnens kriscentrum i Stockholm. På grund av detta avstånd har vi inte haft möjlighet att intervjua någon därifrån. Därefter kontaktade vi kuratorssamordnaren för BUP i Lund, Kristina Pettersson, som hjälpte oss att ordna två intervjuer till, en i Lund och ytterligare en på Rosengård.

De första åtta intervjupersonerna har vi, som framgått av ovanstående, fått tag på genom att använda oss av den så kallade snöbollsmetoden, det vill säga genom att vi har sökt en person, som sedan har hänvisat oss vidare till andra kvalificerade intervjupersoner inom området (Denscombe 2000). Därefter hade vi svårt att komma vidare med denna metod och fick därför börja med en ny strategi. Denna bestod i att ringa till BUP's växel i flertalet stora städer i Skåne och presentera oss själva och vår uppsats. Resultatet blev att Ängelholm, Kristianstad och Ystad kunde bidra med fyra intervjupersoner. Fördelningen av intervjupersoner mellan olika stadsdelar i Malmö och städer i Skåne upplever vi har gett en bredare utgångspunkt för vår undersökning.

Sju av intervjupersonerna är socionomer, fyra är psykologer och en är överläkare. Vi är nöjda med denna fördelning mellan yrkesgrupperna, då majoriteten är socionomer som faktiskt är den yrkesgrupp vilken vi kommer att tillhöra. Vi anser emellertid, att det även är viktigt att lyfta fram psykologernas kunskap, då det är psykologerna som oftast utför behandling av yngre barn. Det är positivt, att vi har fått med en läkares syn på denna problematik, då man inom BUP arbetar i team bestående av dessa tre yrkesgrupper: psykolog, läkare och socionom. Alla, som vi har intervjuat, arbetar inom BUP's verksamhet. Genom att vi har varit i kontakt med många yrkesverksamma inom området har vi erfarit, att det är BUP som besitter den kunskap, som bäst uppfyller vårt syfte med uppsatsen och därmed motiverar vårt val av intervjupersoner.

2.3 Genomförande

Vi tog den första kontakten med intervjupersonerna per telefon, där vi presenterade oss själva och vår uppsats. Därefter skickade vi ut ett informationsbrev samt några punkter (se bilaga 1 och 2) som vi skulle komma att beröra i vår intervju. Anledningen till att vi valde att skicka ut dessa punkter var att de efterfrågats av några av de intervjupersoner vi varit i kontakt med. Vi var först tveksamma till att ge dem dessa punkter, men efter att ha diskuterat det med vår handledare beslutade vi att tillmötesgå deras önskemål. Grunden till att vi var osäkra var att det kunde komma att påverka uppsatsens slutresultat, genom att svaren riskerade att bli alltför tillrättalagda. Vi tror dock inte, att det har gjort någon större skillnad, då vi formulerade punkterna på ett övergripande sätt. Det har varit viktigt för oss att alla intervjupersonerna har fått så lika förutsättningar som möjligt inför intervjuerna. Några dagar efter att vi skickat ut denna information tog vi åter kontakt med intervjupersonerna, och de gav då sitt medgivande

till att medverka i våra intervjuer. Vid detta samtal bestämde vi även tid och plats för intervjuerna.

Vi har gjort elva intervjuer, alla mellan 60 och 90 minuter långa. Vi har båda deltagit vid alla intervjuerna, men vi har haft huvudansvaret för varannan intervju. Det har varierat var vi har träffat intervjupersonerna, då vi har varit flexibla och anpassat oss efter deras önskemål. Majoriteten av intervjuerna, det vill säga nio av elva, har utförts på respektive intervjupersons arbetsplats. De andra två har genomförts på Socialhögskolan i Lund respektive i en intervjupersons hem.

Vid intervjuerna använde vi bandspelare, förutom vid ett tillfälle, då önskemål fanns om att inte bli inspelad. Vi märkte snabbt att ljudupptagningen bitvis var bristfällig och av denna anledning har vi valt att den som inte är huvudansvarig för intervjun även skulle föra anteckningar. Vi har upplevt, att detta har hjälpt oss att tyda vad som sägs på bandet och gjort, att vi inte har gått miste om värdefull information. För att underlätta analysen har vi valt att skriva ut intervjuerna. En av intervjuerna utfördes i grupp bestående av två socionomer. På grund av att de önskat att inte bli inspelade har vi valt att i efterhand ta bort denna intervju, då det har blivit svårt att urskilja vem som sagt vad utifrån våra anteckningar. *Vi har alltså träffat totalt tolv yrkesverksamma intervjupersoner vid elva intervjutillfällen och vi valt att redovisa tio av dessa intervjuer.*

2.4 Bearbetning och analys av insamlat material

Efter att ha spelat in intervjuerna har vi gjort en noggrann transkription för att ha som underlag i vår kommande analys. Vi har valt att redovisa det som framkommit under intervjuerna utifrån fem teman; *barnens behov av stöd och hjälp, professionellas möjligheter till att ge hjälp och stöd i den nuvarande situationen, möjligheter och svårigheter i yrkesutövandet, visioner med arbetet att hjälpa barnen och omgivningens betydelse för barnen*. Genom att vi använder oss av dessa teman blir det en struktur runt det insamlade materialet, som lätt kan kopplas till våra frågeställningar. Vi har därefter analyserat det presenterade intervjumaterialet utifrån en del av den teori, som vi tar upp i kapitel 4 och utgår då ifrån samma teman.

Vi har medvetet valt bort den delen av intervjuerna, som rör diagnostisering, då vi anser att denna del dels inte är av direkt vikt för att kunna besvara frågeställningarna, dels att svaren inte har gett någon ny empiri utan intervjupersonerna har hänvisat direkt till de diagnoskriterier, som gäller och som vi har valt att presentera i bakgrundsmaterialet, kapitel 3.

2.5 Resultatets tillförlitlighet

Vi har valt att i efterhand ta bort en av våra intervjuer, det vill säga gruppintervjun. Vi upplevde under denna intervju en viss obalans mellan intervjupersonerna, där den ena var mångordig medan den andra mest bekräftade och ibland utvecklade resonemanget. Att vi har valt att ta bort denna intervju anser vi ökar resultatets tillförlitlighet.

Vi har som nämnts båda deltagit i samtliga intervjuer. Med tanke på intervjuareffekten kan det finnas både för- och nackdelar med detta, sett både utifrån vårt och intervjupersonens perspektiv (Denscombe 2000). Positivt för vår del har varit dels att det har gett en ökad trygghet att vi har varit två i mötet med intervjupersonen, dels att vi båda har kunnat vara uppmärksamma och tagit del av intervjupersonens svar och genom följdfrågor förtydligat eventuella oklarheter, vilket även ökar validiteten i vår undersökning. För vår del upplever vi inte att det har varit någon nackdel med att vara två. Detta då vi har känt oss trygga med varandra och haft klara roller, det vill säga vi har på förhand diskuterat och kommit överens om vem som ska hålla i intervjun och vem som sitter med som lyssnare och för anteckningar.

När det gäller utifrån intervjupersonens perspektiv skulle det kunna innebära att de känner sig obekväma och iakttaga då vi har varit två. De vi har intervjuat är dock professionella med stor erfarenhet av bland annat behandling av familjer, och de är därför vana vid samtal med flera personer i rummet. Därför tror vi inte, att det har varit av någon större betydelse för dem, att vi har varit två.

Vi anser att vår intervjuguide har fungerat bra och varit heltäckande (se bilaga 3). Det är bara en fråga, nummer 8, som vissa har haft svårigheter att förstå, men efter omformulering från vår sida har alla kunnat besvara den.

Kvalitativ metod har fungerat bra för vår undersökning. Vi upplever att vi har kommit åt den information som professionella inom området besitter.

2.6 Källkritik

En av de böcker som vi har funnit mest intressant och användbar är *Att möta flyktingar* skriven av Birgitta Angel och Anders Hjern. Angel var psykolog och har arbetat med flyktingfamiljer i terapi sedan slutet av 1970-talet. Hjern är läkare och har arbetat med barnhälsovård och sjukvård i en invandrartät förort till Stockholm sedan mitten av 1980-talet. Bokens material har vuxit fram i nära samarbete med författarnas kollegor och de personer som har närvarat vid de utbildningar som författarna har ansvarat för. Även om bokens innehåll inte är forskningsinriktad så anser vi att den är trovärdig, då författarna har många års erfarenhet inom arbetet med traumatiserade flyktingar.

En annan bok som vi också har haft stor användning för är *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar* skriven av Anders Broberg, Kjerstin Almqvist och Tomas Tjus. Alla tre författarna är forskare i klinisk barnpsykologi, legitimerade psykologer och psykoterapeuter med lång erfarenhet av arbete med barn, ungdomar och familjer. Under arbetet med vår uppsats har vi funnit boken användbar för såväl bakgrundskapitel om PTSD som teoridel.

När det gäller information om asylsökandes rättigheter och asylprocessen har vi valt att använda oss av information från Migrationsverkets och Regeringens hemsidor. Vi har tyckt att det är viktigt att få tag på den nyaste informationen, då det ofta kan ske ändringar på området och därför har vi medvetet valt att använda oss av information från dessa myndigheters hemsidor. Vi har varit källkritiska när det gäller material från Internet, men efter en gemensam bedömning har vi valt att använda oss av information från dessa myndigheters hemsidor.

2.7 Etiska överväganden

Som vi tidigare har nämnt kommer vi att utgå ifrån de professionellas perspektiv, då vi anser att det är olämpligt att ta tillfällig kontakt med dessa barn, som i många fall redan har svårigheter med förtroende gentemot omgivningen. Av samma skäl har vi valt att inte intervjua barnens föräldrar, då i många fall även dessa är traumatiserade.

När det gäller kontakten med professionella anser vi att etiska överväganden främst handlar om att ge dem tydlig information, att de får möjlighet att avgöra om de vill medverka eller ej

samt hur vi hanterat det insamlade materialet. Vi har varit noga med att skicka ut informationsbrev, så att de har kunnat bilda sig en uppfattning om vår uppsats, samt övergripande punkter som senare kom att beröras under intervjuerna. Vid första telefonkontakten erbjöd vi att de först skulle få tid att ta del av denna information, innan de bestämde sig för att medverka. Vi har också garanterat dem anonymitet och därför har vi valt att ge dem fingerade namn direkt vid utskrivningen av intervjuerna.

2.8 Fortsatt framställning

Efter kapitlen inledning och metod följer nu ett kapitel om bakgrundsfakta som är relevant för att förstå den kommande empiridelen. Vi presenterar ett teoriavsnitt där vi kort beskriver delar av utvecklingsekologi och utvecklingspsykologi som är tillämpliga på vårt arbete. Därefter följer ett kapitel med en presentation av intervjumaterial och sedan ett kapitel med analys av intervjumaterialet. Som avslutning kommer en kort slutdiskussion.

3 BAKGRUND

3.1 Definitioner

Då vårt arbete handlar om traumatiserade flyktingbarn är det viktigt att nu i inledningen definiera vad en traumatisk kris är och vem som är flykting. Vi kommer också att gå in på asylsökande och deras rättigheter, då vi vill belysa deras nuvarande livssituation och sätta in den i ett sammanhang.

3.1.1 Traumatisk kris

Forskare på området är eniga om att en traumatisk kris förutsätter en hotfull situation eller händelse, som överskrider vad individen har förmåga att hantera. De reflexmässiga flykt- och kampmekanismer, som annars brukar sättas in vid fara fungerar inte, och resultatet blir att individen översköjs av en känsla av hjälplöshet och förlust av kontroll. Förmågan att göra riktiga bedömningar och problemlösning försvinner (Cullberg 2003). Viktigt att nämna är dock att alla barn som har utsatts för skrämmande och smärtsamma erfarenheter inte blir traumatiserade eller får en avvikande psykisk utveckling (Broberg et al 2003).

3.1.2 Flykting

Sverige är ett av de länder som har ratificerat FN:s flyktingkonvention, även kallad Genèvekonventionen. Enligt denna konvention är flykting en person, som lämnat sitt hemland, därför att den känner en välgrundad fruktan för förföljelse. Förföljelsen kan bero på ras-, nationalitets-, samhällsgruppstillhörighet eller religiös och politisk uppfattning. Även den som är statslös men av ovanstående skäl befinner sig utanför det land där bosättningen tidigare funnits och som inte kan eller vill återvända dit på grund av fruktan är flykting. Även andra som är skyddsbehövande exempelvis på grund av risk för att utsättas för tortyr, väpnad konflikt eller förföljelse på grund av sitt kön har rätt till skydd enligt svensk lag (www.regeringen.se 2004-12-07).

Att Sverige ratificerat FN:s flyktingkonvention innebär att Sverige måste pröva alla asylansökningar och ge asyl till dem som definieras som flyktingar enligt konventionen (ibid.). De som väntar på besked på sin ansökan om asyl är asylsökande. Att beviljas asyl innebär, att man får ett permanent uppehållstillstånd, det vill säga man har rätt att bosätta sig i Sverige på obestämd tid (Angel 2004).

Den som får avslag på sin asylansökan, då han/hon inte bedöms vara flykting, och trots det väljer att stanna i Sverige kallas gömd flykting. De gömda flyktingarna har inte längre rätt till stöd ifrån det svenska samhället och lever därför ofta under svåra materiella och psykosociala förutsättningar (ibid.).

3.1.3 Asylprocessen

Det är många myndigheter, som är inblandade i prövningen av asylärenden. Riksdagen och regeringen utfärdar förordningar som i detta fall Migrationsverket, Utlänningsnämnden och polisen måste rätta sig efter i sitt arbete med asylsökande (www.migrationsverket.se 2004-12-07).

Söka asyl kan man göra antingen direkt vid landsgränsen eller hos Migrationsverket. En prövning av ärendet startas, och om Migrationsverket tror, att ett avslag kan bli aktuellt har de sökande rätt till ett juridiskt ombud (ibid.). År 2003 hade Sverige 31 500 asylsökande, och andelen av dem som fick stanna var cirka 10 % (www.regeringen.se 2004-12-07). Ett negativt beslut kan överklagas till Utlänningsnämnden, men inom snar framtid kommer dock en förändring att ske då riksdagen har beslutat att länsrätterna ska ta över denna uppgift (Angel

2004). Beslutet från Utlänningsnämnden är definitivt och vinner omedelbar laga kraft, men Migrationsverket har möjlighet att på grund av humanitära eller praktiska skäl skjuta på hemresan något. Om det uppstår nya omständigheter, som inte tidigare prövats, kan en ny ansökan lämnas till Utlänningsnämnden och detta är något som utnyttjas ofta. I övrigt finns ingen möjlighet att överklaga nämndens beslut (www.migrationsverket.se 2004-12-07).

3.1.4 Asylsökandes rättigheter

Det är staten som ansvarar för de asylsökandes boende. Antingen bor de på en förläggning eller har de ett eget boende (Angel 2004). Asylsökande barn och ungdomar har rätt till utbildning, förskola och barnomsorg i samma utsträckning som övriga barn bosatta i Sverige (www.regeringen.se 2004-12-07). Asylsökande är inte berättigade till socialbidrag eller övrigt stöd från socialförvaltningen så länge de inte har uppehållstillstånd. De vuxna asylsökande har endast rätt till akut sjukvård, medan barnen har samma rättigheter som andra barn i det svenska samhället, när det gäller sjukvård (Angel 2004).

Sverige förbinder sig sedan 1990 att leva upp till Barnkonventionens stadgar. Barnkonventionen innehåller vilka rättigheter barn har, gällande exempelvis rätt till vård, skola och en trygg tillvaro. Att Sverige har skrivit under Barnkonventionen medför dock ingen påföljd ifall Sverige inte lever upp till konventionen, då den inte är lagstadgad. Kritik från andra länder skulle dock upplevas som politiskt pinsam inför världssamfundet (ibid.).

De asylsökande barn, som kommer till Sverige, har enligt Barnkonventionen precis som alla andra barn, rätt att få sin röst hörd och att hänsyn tas till deras behov. De barn, som är i behov av skydd, ska få en fristad i Sverige. Det finns utarbetat humanitära riktlinjer, som gäller vid hantering av ärenden rörande asylsökande barn. Av dessa framgår bland annat att ett barn ska få stanna, om barnet har ett livsnödvändigt vårdbehov, som inte kan tillgodoses i hemlandet, och en mer generös bedömning ska göras om ett barns utveckling vid ett återsändande till hemlandet på ett livsavgörande sätt skulle påverkas negativt (www.regeringen.se 2004-12-07).

När Migrationsverket står inför ett beslut i ett asylärende, där ett barn är inblandat, ska även speciell hänsyn tas till: 1) barnets vistelsetid i Sverige, 2) barnets anknytning till Sverige och 3) barnets och föräldrarnas hälsa (ibid.).

Nyanlända flyktingfamiljer är överrepresenterade på BUP (Angel 2004). Den 25 november 2004 kom ett beslut från regeringen om att höja ersättningen till landstingen för vård av asylsökande. Detta beslut kommer att gälla från den 1 januari 2005. Beslutet innebär också att barnpsykiatrisk vård kommer att omfatta vård av föräldrarna, när det är nödvändigt för barnets hälsa (www.regeringen.se 2004-12-07).

3.1.5 Flyktingars status i det svenska samhället

Det finns en del gemensamma svårigheter för dem som nyligen kommit till Sverige i mötet med det svenska samhället. Flyktingar befinner sig i en mer utsatt social position. De är ofta trångbodda i bostäder med låg status och är oftare arbetslösa. När det gäller flyktingars position på arbetsmarknaden är det exempelvis inte sällan så att flyktingarna inte får arbeten, som motsvarar den utbildning och yrkeserfarenhet, som de hade i sitt hemland. Mest frustrerande är det kanske då flyktingar utbildat sig i Sverige men trots det inte får de jobb de är kvalificerade för. Det är väl dokumenterat, att svenska företag har svårt att acceptera invandrare i högstatusyrken. Situationen blir ännu sämre i och med att den svenska flyktingpolitiken inte förhindrar, att flyktingar placeras ut i områden med hög arbetslöshet (Angel 2004).

3.2 Historik

Ända sedan efterkrigstiden har Sverige tagit emot ett stort antal flyktingar och invandrare. På 1960- och 1970-talen dominerades invandringen av människor som sökte sig till Sverige för att arbeta. Under den senare hälften av 1980-talet ökade flyktinginvandringen, som än idag är den vanligaste formen av invandring tillsammans med invandring av anknytningsfall, det vill säga släktingar och nära anhöriga till flyktingar. Många av flyktingarna kommer från krigsdrabbade områden och bär med sig traumatiska upplevelser till följd av till exempel förföljelse, krig och tortyr (Socialstyrelsen 2000).

På 1860-talet under det amerikanska inbördeskriget började det uppmärksammas att människor påverkades psykiskt av extrema upplevelser, exempelvis hur soldater påverkades under krig (Angel 2004). Till en början handlade det främst om soldater i krig, men sedan andra världskriget har det även kommit uppgifter om människor som upplevt koncentrationsläger, atombomber, våldtäkter, naturkatastrofer och tortyr, vars upplevelser medförde djupa psykiska skador hos många av de överlevande (Cullberg 2003). Runt 1980-

talet utarbetades av amerikanska psykiatriker en symtombild som kom att kallas PTSD (Angel 2004).

3.3 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

3.3.1 Diagnossystem

Det finns idag två olika system för vuxen- och barnpsykiatriska diagnoser, som är i internationellt bruk. Dessa är DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) och ICD-10 (International Classification of Diseases). Det är den amerikanska psykiatriföreningen som har utarbetat DSM-IV och det är Världshälsoorganisationen som har utarbetat ICD-10 (Broberg et al 2003). PTSD-diagnosen finns i båda diagnossystemen och under våra intervjuer framkom, att BUP ofta använder sig av båda parallellt. Vi har valt att utgå ifrån definitionen i DSM-IV när vi beskriver huvuddragen i PTSD, detta då vi tycker denna är mer detaljerad och lättförståelig.

3.3.2 Kriterier för PTSD-diagnosen

En förutsättning för att få diagnosen PTSD är att den drabbade har varit utsatt för en plötslig, oväntad händelse som oftast innebär livsfara för den egna personen eller andras fysiska integritet. Händelsen kan få den drabbade att känna rädsla, hjälplöshet eller skräck. PTSD-syndromet kännetecknas av tre symtomgrupper: återupplevande, undvikande och förhöjd vakenhetsgrad (Angel 2004). Det krävs, att patienten har symtom från alla tre grupperna för att diagnosen PTSD ska kunna sättas (Ingemansson & Rosenquist 2001).

Den första symtomgruppen beskriver olika former av *återupplevelser*. De ofrivilligt pårängande minnena, inre bilder, ljud och lukter fyller medvetandet och är svåra att kontrollera (Johnsen 1999). Även i mardrömmar på natten blir minnena påtagliga. Med minnena kommer åter den känslan av hjälplöshet, vanmakt och ångest, som den drabbade upplevde i samband med traumat. På så vis återupplever personen traumat om och om igen även lång tid efter att själva händelsen verkligen ägde rum (Angel 2004). Så är fallet även när det gäller så kallade flashbacks som också är ett symtom på PTSD och som innebär att den drabbade upplever hela händelseförloppet igen med en känsla av att vara tillbaka i traumat (Simpson & Simpson 2002).

Yngre barn, upp till cirka 10 år, skapar ofta lekar kring traumat (Cederblad 1996). Traumatiska lekar är ofta återupprepande och glädjelösa lekar, vilket gör det svårt för barnen att få nya och inspirerande upplevelser (Angel 2004). De återupprepande lekarna medför att traumat inte försvinner, utan tiden tycks stå stilla för barnet, då både nutiden och framtiden domineras av det förflutna (Johnsen 1999). De återupprepande symtomen (pårängande minnesbilder, flashbacks, mardrömmar, återupprepande lek) visar på att den traumatiska upplevelsen är kognitivt och känslomässigt aktiverad, trots att det kan ha gått lång tid, sedan händelsen inträffade (Broberg et al 2003).

Den andra symtomgruppen beskriver olika former av *undvikande beteende*. De traumatiska minnena väcker så mycket smärta för den drabbade, att ett undvikande beteende utvecklas. Detta kan yttra sig genom att de drabbade inte vill tala om, tänka på eller se någonting, som påminner om eller har att göra med de tankar och känslor, som traumat framkallade. De drar sig därför undan från omvärlden och deltar allt mer sällan i aktiviteter som de förut tyckte om. De föredrar att stanna hemma ensamma framför att göra något som skulle kunna erinra om det de har upplevt (Angel 2004). Många har även förlorat sitt hopp om en bra framtid (Ingemansson & Rosenquist 2001). Den drabbade lägger stor vikt vid att kontrollera sina känslor och behärska sig så att känslorna inte svämmar över. Detta kan bland annat medföra att nära relationer känns allt för pårängande (Angel 2004). Även om undvikandesymtomen fungerar som ett försvar mot det kraftiga känslotillstånd som de pårängande minnena skapar, så begränsar dessa symtom långsiktigt individens möjlighet till livskvalité och håller även den traumatiska händelsens följder vid liv, exempelvis genom att individen fortsätter isolera sig (Ingemansson & Rosenquist 2001).

Minnes- och koncentrationssvårigheter kan också ses som undvikandesymtom som är förknippade med försvarsmekanismer. Försvarsmekanismerna aktiveras av den ångest som de återupprepande symtomen väcker och gör, att den traumatiserade får svårare med inläring (Broberg et al 2003). Det är vanligt att man ser förändringar i personligheten, känslolivet och intellektuella funktioner hos den drabbade. Dessa förändringar kan medföra att personen känner främlingskap både inför sig själv och andra, vilket kan bli ett första steg in i en depression (Angel 2004).

Den tredje symtomgruppen är *förhöjd vakenhetsgrad*. Den traumatiserade utvecklar även symtom, som förefaller vara relaterade till förändringar i vakenhetsgrad. Detta gör att

individen kan uppvisa problem som exempelvis irritation, ilska, koncentrationssvårigheter och hyperuppmärksamhet. Barnet får i likhet med vuxna svårigheter med att slappna av, då de alltid är på sin vakt och reagerar starkt på minsta möjliga ljud (Broberg et al 2003). Detta medför att sömnen blir orolig och spänningssymtom i form av till exempel huvudvärk är vanliga (Angel 2004).

En förutsättning för att kunna ställa diagnosen PTSD är dels att personen har varit utsatt för ett trauma, dels har symtom från alla tre symtomgrupperna. Dessutom ska syndromet ha varat åtminstone en månad och ha orsakat tydliga besvär och försämrad funktion socialt eller yrkesmässigt (Ingemansson & Rosenquist 2001).

3.4 Primär och sekundär traumatisering

Barn kan vara primärt traumatiserade, vilket innebär att de själva direkt har upplevt en skrämmande händelse. Då traumatiserade barn ofta tillhör en familj, där en eller båda föräldrarna också är traumatiserade kan det leda till att barnet även blir sekundärt traumatiserat, indirekt via föräldrarnas trauma. Vissa barn är dock inte primärt traumatiserade men kan må dåligt, då deras föräldrar upplevt ett trauma (Broberg et al 2003).

De traumatiserade föräldrarna kan må så dåligt själva att deras föräldraförmåga blir försämrad. Genom att föräldrarna upplever pårängande minnen och flashbacks blir deras sinnestämning oberäknelig och föräldrarnas reaktioner kan för barnet uppfattas som oförklarliga och skrämmande. Detta är något som påverkar samspelet mellan föräldrarna och barnet negativt (ibid.).

3.5 Traumatiska efterverkningar

Det är vanligt att barn som har upplevt trauma visar upp olika reaktioner som en följd av det svåra, som de har varit med om (Dyregrov 2001). Vi har valt att lyfta fram några av dessa reaktioner, då de är nära förknippade med de känslor som drabbade av PTSD kan ha. Anledningen till att vi har valt att ta med avsnittet i denna del är att vi vill knyta dem till just flyktingbarn och deras familjer som har varit utsatta för en traumatisk kris.

3.5.1 Tillit

Flyktingar som har varit utsatta för traumatiska upplevelser förlorar ofta sin tilltro till livet. Denna tilltro är något, som grundläggs tidigt i livet genom en trygg anknytning och fortsätter att påverka en under livets gång. En traumatisk händelse som exempelvis krig kan dock störa grundtilliten, då de drabbade kommer till insikt om sin egen sårbarhet och rädslan för att det som hänt ska hända igen ständigt finns närvarande. Insikten om sin egen sårbarhet kan bidra till att den traumatiserade får en försämrad självkänsla och upplever sig ha misslyckats med att försvara sig. Ett sätt att hantera detta misslyckande blir därför att personen i fråga försöker skydda sig mot nya upplevelser av denna art genom att ständigt vara på sin vakt och möta allt nytt med misstänksamhet. Även allt, som påminner om traumat, kan väcka rädsla och fruktan hos individen (Brune 1999).

Många av de traumatiserade flyktingar som kommer till Sverige kan, genom sina erfarenheter av exempelvis tortyr, krigsupplevelser och politisk förföljelse i hemlandet, ha särskilt svårt att lita på myndigheter och andra samhällsinrättningar. Ett exempel på detta är sjukvården, som för oss i Sverige är självklart god, medan flyktingar däremot kan känna misstro gentemot både läkare och annan sjukvårdspersonal, då dessa yrkesgrupper alltför ofta medverkat i den utförda tortyren i det forna hemlandet (Apitzsch et al 1999).

3.5.2 Skuld

Både när det gäller barn och vuxna är en vanlig reaktion, för dem som utsatts för våld och övergrepp, känslor av skuld och skam (Broberg et al 2003). Barn kan till exempel känna skuld över vad de inte har fått sagt eller gjort i förhållande till någon närstående, som plötsligt ryckts ifrån dem (Dyregrov 2001). Framför allt när det gäller yngre barn kan de lätt inbilla sig, att de själva bär skulden till det, som har inträffat, då de fortfarande är egocentriska i sitt tänkande. När det gäller barn mellan 7 och 12 år, har de utvecklat sin förmåga att förstå orsakssamband och tenderar därför att lägga mindre skuld på sig själva. Det är viktigt att föräldrar ger barnet stöd att bearbeta skuldkänslorna och inte bara uppmanar dem att inte ha några. Detta kan ske exempelvis genom reflektion om vad barnet kunde ha gjort och vad det hade möjlighet att göra. Därigenom kan barnet få en mer realistisk bild av vad som hände (Broberg et al 2003).

3.5.3 Vrede och ilska

En vanlig konsekvens av traumatiska händelser är, att den drabbade känner vrede och ilska gentemot de personer som anses vara ansvariga för det som har skett. Ibland kan de även rikta ilskan mot sig själva då känslorna av skuld tar överhand (Dyregrov 2001). Det är rimligt att tänka sig att barn med PTSD reagerar antingen med inåvändhet eller med utåtagerande beteende.

3.5.4 Psykosomatiska symtom

Termen psykosomatisk används bland annat för kroppsliga sjukdomar och symtom, som är uttryck för psykiska problem och konflikter. Ett klart sammanhang finns mellan vissa psykosomatiska sjukdomssymtom och kroppens reaktioner i samband med stress, då kroppen förbereder sig för flykt eller attack i samband med psykiska och kroppsliga påfrestningar (Cederblad 1996). Denna reaktion är vanlig hos både barn och vuxna, som har varit utsatta för trauma av olika slag då deras kroppar ständigt är i beredskap för att något liknande kan hända igen, vilket gör att spänningarna i kroppen ökar (Dyregrov 2001). Traumatiserade barn, främst i skolåldern, kan drabbas av dessa symtom (Broberg et al 2003). Exempel på psykosomatiska symtom som är vanliga hos barn är muskelvärk, huvudvärk, magont, kräkningar och svettningar (Dyregrov 2001).

3.5.5 Regression

Regression innebär att barnet går tillbaka till ett tidigare stadium i utvecklingen. Exempel på detta är att barnet kan börja kissa i sängen, bli mer barnsligt i sitt sätt att reagera och att det kräver hjälp med saker, som det tidigare har klarat av att utföra. Dessa reaktioner är oftast övergående, och ett mer åldersadekvat beteende kommer tillbaka då barnet känner sig tryggare igen (Dyregrov 2001). Det kan tänkas att barn med PTSD går tillbaka i utvecklingen och reagerar med att exempelvis kissa på sig, trots att det inte har varit ett problem på länge.

3.6 Symtom på PTSD i olika åldrar

3.6.1 Små barn och trauma

Små barn, upp till tre år gamla, har svårigheter att uttrycka i ord vad de har varit med om. Trots att påminnelser om traumat utlöser rädsla hos barnet kan det inte medvetet ge uttryck för dessa känslor. Att minnet är odetaljerat hos små barn gör också att symtomen på att de

utsatts för ett trauma är svåra att identifiera. Exempel på reaktioner är att de stannar i utvecklingen, blir rastlösa och skrikiga (Angel 2004).

3.6.2 Förskolebarn

Förskolebarn är i ett stadie som präglas av egocentrism. De tror, att de står i centrum och de tror därför att de är ansvariga för mycket av det, som händer i världen. Att de befinner sig på denna utvecklingsnivå har betydelse för hur de reagerar vid ett trauma. De har lätt för att beskylla sig själva för det inträffade. Barnen i den här åldern är beroende av sina föräldrar och är mycket uppmärksamma på föräldrarnas reaktioner i olika situationer. Om föräldrarna visar sig rädda, smittar det av sig på barnet. Regression är ett vanligt symtom för denna åldersgrupp (Angel 2004).

3.6.3 Skolbarn

Barn i skolåldern har ett större urval av reaktioner på posttraumatisk stress (Angel 2004). Hos barn i denna åldersgrupp märks effekterna av traumat främst i skolan och i umgänget med kamraterna. Barn i denna ålder kan besväras av påträngande minnen. Ett sätt att skydda sig mot dessa är att de "stänger av" påträngande tankar och därmed stängs också de delar av hjärnan, som används för kognitiv bearbetning, av. Följden av detta blir inlärnings- och koncentrationssvårigheter för barnet, vilket också gör det svårare att följa med i skolan, något som är påtagligt för skolbarn med PTSD. Skolan är betydelsefull för barn och deras fortsatta utveckling (Broberg et al 2003). En rimlig tanke är, att detta är en anledning, till varför det är viktigt att uppmärksamma symtomen på PTSD hos barn.

Traumafixering, det vill säga ett ökat intresse för våld, förekommer i denna ålder. TV:n kan fungera som ett bedövningsmedel för dessa barn. Genom att TV:n ständigt sänder ut nya intryck, som barnet fokuserar på, hålls minnesbilderna från traumat borta och sänker barnets ångestnivå så länge det sitter kvar framför TV:n (Broberg et al 2003).

I skolåldern fantiserar barnen mycket och de föreställer sig hur de skulle handla om något liknande hände igen. Barnen blir ofta skräckslagna inför saker som påminner om traumat (Angel 2004).

3.6.4 Tonåringar

Tonåringens symtom på posttraumatisk stress liknar den vuxnes, som beskrivs i avsnitt 3.5.2. I tonåren ligger fokus på att utveckla en identitet och därför kan man ofta se utveckling mot antingen en asocial negativ identitet eller att de bli lillgamla. Drogmissbruk kan vara ett sätt att tillfälligt fly sin ångest (Angel 2004).

3.7 Behandling

3.7.1 Mångsidig problematik

Gemensamt för de flyktingfamiljer som söker hjälp hos BUP är att de ofta har en komplicerad problematik bestående av flera olika delar. Det rör sig dels om barnets och föräldrarnas trauman, dels om en besvärlig social situation. Dessutom finns det ofta en obalans i familjedynamiken, det vill säga i de underförstådda samspelsmönster som finns mellan familjemedlemmarna (Angel 2004).

3.7.2 Föräldrars oro

Det är inte ovanligt att det hos föräldrarna finns en oro över att deras barn ska ta skada av att prata om det som har hänt. Denna oro kan göra att de omedvetet förhindrar barnet att prata om sina upplevelser (Broberg et al 2003). Genom att föräldrarna reagerar på ett negativt sätt när barnet tar upp något svårt, lär sig barnet att man inte ska prata om svåra saker. Reaktionen blir istället, att barnen skyddar sina föräldrar från sina traumatiska minnen (Socialstyrelsen 2000). Med hänsyn till detta är det i inledningsfasen av behandlingen viktigt att arbeta med att föräldrarna kan känna sig trygga och lita på att behandlingen inte kommer att skada deras barn och att barnet förstår att det går bra att prata om svåra saker (Broberg et al 2003).

3.7.3 Föräldrars ansvar

Ett bra sätt att inleda behandlingskontakten är att träffa hela familjen tillsammans första gången. Barnets familj måste alltid tas med i behandlingen på ett eller annat sätt (Angel 2004). En förutsättning för att barns behandling ska fungera är nämligen, att föräldrarna tar ansvar för sina handlingar, det vill säga att de är beredda att själva genomgå förändring och acceptera åtgärder, som behövs för att tillgodose barnets behov. I de fall föräldrarna också är traumatiserade kan de vara fullt upptagna med att hantera sina egna känslor och ha svårt att finnas till för barnen. I dessa fall är det viktigt att arbeta med barn och föräldrar parallellt.

Föräldern behöver stöd för att kunna återfå sin föräldraförmåga, och barnet behöver en tillfällig ersättare när föräldern tillfälligt inte orkar stödja barnet (Broberg et al 2003). Det har blivit allt vanligare med familjeterapi som behandlingsform, vars syfte är att studera och förändra interaktionsprocesser, som finns i familjen. Vid familjeterapi behandlas hela familjen tillsammans och terapeuten använder sig av olika metoder för att medvetandegöra det skadliga i familjens samspel (Cederblad 1996).

3.7.4 Barnpsykoterapi

För att ha psykoterapi med barn krävs det, att man hittar sätt att kommunicera med dem på som barnet upplever som lustfyllda, väcker deras intresse och är varierande (Angel 2004). Barn har inte samma förutsättningar att prata om sina problem och känslor som vuxna har. Ett mer naturligt uttrycksmedel för barn är leken, som därför utnyttjas i barnpsykoterapi. Barnen kan exempelvis få måla, spela kaspersteater med handdockor eller leka i sandlåda. Sandlådan, det vill säga Ericametoden, är välkänd inom BUP. Till sandlådan finns ett stort material av förminskade föremål och varelser, som förekommer i vår omgivning. I sandlådan ges barnet möjlighet att med dessa föremål bygga upp sin värld (Danielson 1986). Det viktiga är att de får uttryck för sina fantasier och tankar (Cederblad 1996). Grundtanken är att barnets fria skapande ska uppmuntras och att barnet ska leka så fritt från yttre påverkan som möjligt (Danielson 1986). Det, som barnen har skapat genom leken, ligger som utgångspunkt för samtal som blir en bearbetning av problemen (Cederblad 1996). Det är en fördel om en metod som tilltalar såväl barnet som föräldrarna och terapeuten används (Angel 2004). Vid psykoterapi med ungdomar är det vanligare med samtalsterapi, men det innebär inte att leken är utesluten som metod (Cederblad 1996).

Kliniska erfarenheter med barn, som är i en kris eller kämpar för att komma tillbaka efter ett trauma, visar att de kan bli hjälpta av att skriva ner sina tankar och känslor. Genom skrivandet får barnet möjlighet att uttrycka såväl bortträngda känslor som tankar. Ett inre kaos kan genom att det skrivs ner ges en struktur och ett sammanhang kan bildas mellan dåtid, nutid och framtid. Barnet skriver och tar på så vis kontrollen över minnet och kan dosera framtagningen av minnet på ett sätt som passar just det barnet (Dyregrov 2001).

3.7.5 Att arbeta med tolk

För att kunna kommunicera med nyanlända flyktingar krävs det i regel, att man använder sig av en tolk. En behandlare, som är ovan vid att använda tolk, lägger i regel fokus på problemen

som användningen av tolk medför. Det kan till exempel öka risken för feltolkning, svårigheter vid kontaktskapandet och det tar längre tid. En erfaren tolkanvändare kan dock även se positiva saker med att använda tolk. Det kan till exempel ge behandlaren mer tid att iaktta patienterna, iaktta samspelet inom familjen och det ger mer tid för eftertanke (Angel 2004).

4 TEORI

4.1 Utvecklingsekologi

Utvecklingsekologin är en teori om mänsklig utveckling som har utarbetats av Urie Bronfenbrenner som är professor emeritus i psykologi och i ”human development and family studies”. Bronfenbrenner är född 1917 i Moskva men har tillbringat största delen av sin uppväxt i USA (Andersson 2002). Första gången han presenterade teorin på ett sammanhållet sätt var i boken *The ecology of human development* utgiven 1979.

Bronfenbrenners teori tillkom som en reaktion på den allmänna synen, som utvecklingspsykologin stod för gällande utveckling, men han riktade även kritik mot socialisationsteorin. Utvecklingspsykologin fick kritik för att enbart se utveckling utifrån den enskilda individen, det vill säga inifrån, oberoende av sitt sammanhang. Socialisationsteorin fick kritik för att den enbart fokuserade på den yttre påverkan. Bronfenbrenner ville med utvecklingsekologin visa, att utveckling sker i ett samspel och i interaktionen med olika omgivningsfaktorer (ibid.).

Utvecklingsekologin är en övergripande teoretisk modell, vars syfte är att hjälpa oss att uppmärksamma olika påverkansfaktorer på mänsklig utveckling. Enligt utvecklingsekologin är utvecklingen en produkt av samspelet mellan den växande individen och miljön. Bronfenbrenner menar, att det för individens utveckling är av lika stor vikt att studera de biologiska förutsättningarna som de miljömässiga, men allra viktigast är att studera samspelet mellan dessa två delar. Viktigt när man som utomstående ska studera en miljö är, att man inte bara tar hänsyn till de objektiva förhållandena eller egenskaperna hos miljön utan även till hur de upplevs av individerna som befinner sig i miljön. De aspekter av miljön, som starkast medverkar och bidrar till den psykologiska utvecklingen, är de som på samma gång har en mening för individen (Andersson 1997). Individen är en dynamisk enhet som flyter in i och

ombildar den miljö, som den befinner sig i. Det finns alltså ett ömsesidigt samspel mellan miljö och individ (Andersson 2002).

I och med att utvecklingsekologin är en teori om mänsklig utveckling blir det viktigt att definiera begreppet utveckling. Bronfenbrenner menar att utveckling är bestående förändringar i individens sätt att uppfatta och handla både i och med omgivningen (Andersson 1997). Människor fortsätter att utvecklas under hela sin livstid, och därför är denna teori tillämplig på människor i alla åldrar (Andersson 2002).

Bronfenbrenner använder sig av fyra nivåer som utgångspunkt för analys: mikro, meso, exo och makro. På dessa fyra nivåer bildas olika system som benämns på samma vis som nivåerna. De fyra nivåerna av miljön kan beskrivas som sammanhängande strukturer, som inte ligger hierarkiskt över varandra, utan en liknelse som brukar göras är att de omsluter varandra som ryska dockor (ibid.).

4.1.1 Mikronivå

Mikronivån består av individen omgiven av dess direkta närmiljöer. Exempel på sådana närmiljöer kan vara familj, skola, kamrater, grannar och arbetsplats. Individen påverkas på ett direkt sätt av samspelet med dessa närmiljöer. När detta samspel pågår studeras relationerna i mikrosystemet (Andersson 1997).

Varje närmiljö, som individen är en del av, är ett system som består av olika delar. Ett familjesystem består exempelvis av olika familjemedlemmar, som tillsammans utgör ett system. Detta systems delar bildar ett nätverk av relationer och hur relationerna är utformade påverkar individens utveckling på olika sätt. En individ kan vara en del av flera olika system parallellt. Ett barn kan därför tillhöra exempelvis såväl familjesystemet, kamratsystemet som skolsystemet. De viktigaste beståndsdelarna i mikrosystemet är de aktiviteter, roller och relationer som individen engagerar sig i. Hur dessa ser ut beror på den utvecklingsnivå individen befinner sig i. Genom att omgivningen ständigt påverkar individens samspel på mikronivå kan även förhållanden på exo- och makronivå få betydelse för barnets utveckling (ibid.).

4.1.2 Mesonivå

De olika närmiljöerna är inte oberoende av varandra utan det pågår ett samspel mellan dessa, detta samspel sker på mesonivå Relationer mellan närmiljöerna, exempelvis skolan och familjen, utvecklas i samspelet och påverkar på olika sätt individen (Andersson 1997). Om det exempelvis finns en god kontakt mellan ett barns föräldrar och dess lärare så kan deras relation vara något som påverkar barnet i positiv bemärkelse. Men skulle relationen vara konfliktfylld skulle det sannolikt påverka barnet negativt. Samspel mellan barnets närmiljöer kan ha lika stor betydelse för barnets utveckling som det samspel, som pågår inom respektive närmiljö (Andersson 2002).

4.1.3 Exonivå

Individens utveckling påverkas inte bara av samspel mellan närmiljöer, som den har direkt kontakt med. Det samspel, som sker mellan miljöer som individen inte har någon direkt kontakt med, men vars resultat påverkar individen, sker på exonivå Exempel på sådant samspel, som kan påverka ett barn, är föräldrarnas arbetssituation, skolans resurser, lokalpolitik och kommunens utbud av stödfunktioner, vilket påverkar barnet indirekt (Andersson 1997). Man kan tänka sig att flyktingbarns föräldrar har svårigheter att komma ut i arbetslivet på grund av att de till exempel inte kan språket och inte har någon utbildning, som är gångbar i Sverige. Detta påverkar troligtvis föräldrarna negativt och det kan sedan avspeglas även på barnet.

Lokalsamhället, som tillhör exonivå, kan se olika ut beroende på var man bor. Om man exempelvis bor i en segregerad stad där vissa områden är lugna och andra liknar ghetton, så blir förutsättningarna olika beroende på i vilken del av staden man bor (Broberg et al 2003).

4.1.4 Makronivå

Alla systemen, det vill säga mikro-, meso- och exosystemen samspelar med samhällsförhållanden, normer och värderingar som finns på nationell nivå det vill säga makronivå (Andersson 2002). Här finns bland annat lagar, etnicitet, kön och klassaspekter som avspeglar den allmänna samhällssynen och som på olika vis sätter gränser för vad som är acceptabelt i vårt samhälle. Detta är något som på lång sikt påverkar olika mikrosystem och enskilda barns uppväxtvillkor. Ett exempel på detta är hur det accepterade föräldrabetendet regleras genom lagar och förordningar som till exempel Barnkonventionen och Föräldrabalken (Broberg et al 2003).

4.2 Utvecklingspsykologi

4.2.1 Socioemotionell utveckling

Den socioemotionella utvecklingen avser personlighetsutveckling, känslomässig utveckling och socialisation, det vill säga hur vi lär oss sociala regler och hur vi formas till unika individer och samhällsvarelser (Hwang & Nilsson 1996).

Barnet börjar samspela direkt, när det föds, då anknytning är ett medfött system för att överleva och betydelsen av relationer är fundamental för människan (Daniels et al 1999). Den primära anknytningen är ett psykologiskt "band" mellan barnet och dess närmaste vårdare (Broberg et al 2003). En trygg anknytning ger barnet en större förmåga att lita på människor, att lära sig nya saker, koncentrera sig, leka och socialisera sig. Anknytningen kan för barnet ha betydelse för kvalitén på förhållanden senare i livet. Det är i de dagliga samspelsrelationerna som barnets utveckling sker. Under skolåldern blir barnets liv utanför hemmet allt viktigare. De träffar kompisar, är medlemmar i olika klubbar och får ökat intresse för idrott. Detta betyder dock inte att anknytningen inte fortfarande är viktig för barnets fortsatta utveckling (Daniels et al 1999).

Att föräldrarna uppfattas som en trygg bas, det vill säga ett fysiskt och psykiskt stöd, av barnet är en förutsättning för att barnet ska våga bekanta sig med sin omvärld och utvecklas (Broberg et al 2003). Det är viktigt att tänka på att ju allvarligare stressituation barnet upplever, desto viktigare är det att det finns en känsla hos barnet av att det har en trygg bas (Daniels et al 1999).

Sekundär anknytning, det vill säga förhållanden till andra personer än de primära omvårdnadspersonerna, är viktig att ha. Den kan ses som ett skyddsnät för barnet när den primära anknytningen inte fungerar tillfredställande. Exempel på vilka som kan utgöra sekundära anknytningspersoner är lärare, idrottstränare, släkt och grannar. Dessa personer kan utgöra en trygg bas för barnet att vända sig till i krissituationer (Daniels et al 1999).

Barns förståelse och uppfattning om andra är relaterad till hur de upplever sig själva, en utveckling som pågår under hela livet (Hwang & Nilsson 1996). Roten till en god självkänsla ligger i erfarenheterna från den tidiga anknytningen. För att barnet ska kunna utveckla en god självkänsla blir det bland annat viktigt att det får känna sig duktigt på olika saker. Vuxnas

reaktioner på hur barn presterar i olika sammanhang får en avgörande betydelse för barnets utveckling av självkänslan. Men känslan av att vara duktig kan förstärkas även genom stöd och uppmuntran från den övriga omgivningen (Daniels et al 1999). Barn, som har svårigheter med att få kompisar, kan få en sämre självkänsla, vilket även kan medföra att de får problem med inläringen i skolan och för hur de trivs hemma (Hwang & Nilsson 1996).

4.2.2 Kognitiv utveckling

Kognitiv utveckling handlar bland annat om barnets förmåga att tänka, göra bedömningar och lösa problem. De flesta barn är lättlärd på detta område och klarar att tänka logiskt, när det inte ställs för stora krav på abstrakt tänkande (Hwang & Nilsson 1996).

Språkutvecklingen har med de kognitiva färdigheterna att göra men kan också ses som en social färdighet (Bunkholdt 1994). Barnen får allt bättre uppfattning om språket då deras ordförråd växer, och då ordens innebörd får en djupare mening. Detta leder till att de dels förstår sin omgivning bättre, dels kan göra sig förstådda i större utsträckning än tidigare (Hwang & Nilsson 1996). Språket är viktigt då det är det primära sättet för barn att interagera med sin omgivning (Daniels et al 1999).

5 PRESENTATION AV INTERVJUMATERIALET

Vi inleder detta kapitel med att göra en kort presentation av våra intervjupersoner. Därefter går vi över till att redovisa väsentliga citat ur de svar intervjupersonerna gett på våra frågor under nedanstående teman, som har sitt ursprung i intervjuguiden.

- Barnens behov av stöd och hjälp
- Professionellas möjligheter till att ge hjälp och stöd i den nuvarande situationen
- Möjligheter och svårigheter i yrkesutövandet
- Visioner med arbetet att hjälpa barnen
- Omgivningens betydelse för barnen

Vi kommer alltså att presentera totalt fem teman, där vi sammanställer våra intervjupersoners svar för att ge en överskådlig bild och för att det av utrymmesskäl har varit nödvändigt då citaten annars skulle ha tagit för stort utrymme i uppsatsen.

5.1 Intervjupersonerna

Gemensamt för samtliga intervjupersoner är att de arbetar inom BUP där man arbetar med barn mellan 0 och 18 år. På BUP möter man barn med en skiftande och ofta svår problematik. Deras arbetsuppgifter består främst i att göra utredningar, bedömningar och att utföra behandling både individuellt och i hela familjer. Det är viktigt att lyfta fram att alla intervjupersoner arbetar med både asylsökande barn och barn med uppehållstillstånd och deras familjer.

Anders Björnsson (AB) arbetar som kurator på Centrum för krigs- och tortyrskadade på BUP i Malmö sedan två år tillbaka. Han har tidigare arbetat inom vuxenpsykiatri. I grunden är Anders socionom men han har även läst steg ett i psykoterapi. Centrum för krigs- och tortyrskadade är specialister när det gäller behandling av traumatiserade patienter och möter främst patienter med invandrarbakgrund.

Maria Gran (MG) arbetar som kurator, det vill säga hon är utbildad socionom, på BUP team Nordost i Malmö sedan ett och ett halvt år tillbaka. Hon har tidigare arbetat inom Lunds kommun på olika platser som socialsekreterare, socialsekreterare i skolan och familjebehandlare.

Rima Hafez (RH) arbetar som legitimerad psykolog på BUP team Nordost i Malmö. Hon har arbetat på sin arbetsplats i fem år och har under denna tid mött traumatiserade flyktingbarn och deras familjer.

Lena Hanson (LH) arbetar som överläkare på BUP på Rosengård, en invandrartät stadsdel i Malmö. Lena har arbetat med barn inom psykiatri i 27 år och har stor erfarenhet även av arbete med flyktingfamiljer.

Emma Johansson (EJ) arbetar som kurator på BUP på Rosengård i Malmö. Hon är utbildad socionom sedan 30 år tillbaka men är även utbildad sjuksköterska. Emma har även vidareutbildningar inom olika områden, exempelvis steg ett i psykoterapi och familjeterapibehandling. Emma har arbetat inom BUP i 22 år och har stor erfarenhet av arbete med flyktingfamiljer.

Annika Lind (AL) är utbildad psykolog och psykoterapeut och arbetar på BUP i Kristianstad. Hon har arbetat inom BUP i 24 år. På hennes nuvarande arbetsplats är det hon, som tilldelas de flesta av flyktingärendena bland psykologerna.

Daoud Majid (DM) arbetar som kurator på BUP i Lund och har socionomutbildning som grund men även vidareutbildning i psykoterapi för familjebehandling. Daoud har arbetat inom BUP i nio år och har bland annat erfarenhet från Rosegård. Men även på sin nuvarande arbetsplats i Lund kommer han i kontakt med traumatiserade flyktingbarn och deras familjer.

Sofie Nilsson (SN) arbetar som psykolog på Centrum för krigs- och tortyrskadade på BUP i Malmö. Sofie har arbetat med denna målgrupp i 15 år och har därmed stor erfarenhet av arbete med traumatiserade flyktingbarn.

Kristina Olsson (KO) arbetar som kurator på BUP i Ystad och har socionomutbildning i botten, men hon är även utbildad psykoterapeut. Hon har arbetat inom BUP i 19 år och har stor erfarenhet från arbete med flyktingar.

Lisbeth Österberg (LÖ) arbetar som psykolog på Centrum för krigs- och tortyrskadade på BUP i Malmö sedan tre och ett halvt år tillbaka och har stor erfarenhet av arbete med traumatiserade flyktingfamiljer.

5.2 Tema 1: Barnens behov av stöd och hjälp

Relativt tidigt i intervjun ställde vi frågan till våra intervjupersoner om *varför det är viktigt att uppmärksamma barn med PTSD*. Denna fråga är viktig då den indirekt lyfter fram traumatiserade barns behov av stöd och hjälp. Gemensamt för alla våra intervjupersoner är att de tycker att det är viktigt att uppmärksamma barnen, då det annars finns risk att barnens utveckling stagnerar och på grund av sina symtom kan de få svårigheter bland annat i skolan. SN uttryckte sig så här:

Det omedelbara är det mänskliga lidandet, att barn som har mycket flashbacks fortfarande lever i de här traumatiska händelserna och det är förfärligt smärtsamt. Så det är det absolut primära, att de lider. I förlängningen kan man säga att deras funktionsnivå blir mycket sämre. Det resulterar i att de inte riktigt heller kan

fungera i skolan, socialt eller hemma. Sen ytterligare i förlängningen så kommer det här rent fysiskt att påverka hjärnan och detta visar sig hos barnen genom minnes- och koncentrationssvårigheter, som i förlängningen, särskilt när det gäller barn, är förödande för deras inläring, skolgång och att man inte klarar sig senare i livet. Så mycket hänger på att man får den hjälp man behöver. (SN).

Det har framkommit av nio intervjupersoner (AB, RH, LH, EJ, AL, DM, SN, KO och LÖ) att det finns vissa *skillnader i problembilden hos barnet beroende på åldern*. Det som har betonats är att ju yngre barnet är desto mer beroende är det av en vuxen vid sin sida och påverkas därför i större utsträckning av omvårdnadspersonens reaktioner samt att de yngre barnen i första hand tenderar att få mer psykosomatiska symtom.

De små barnen reagerar mer som sina föräldrar. Det hänger alltså på föräldrarnas reaktion. Om föräldrarna mår mycket dåligt så kan de inte ge barnet trygghet och omsorg. (DM).

Om man tänker på de allra minsta barnen så är det ju anknytning, så om man tänker utvecklingspsykologiskt, så blir det ju behovet av att ha någon som finns i närheten. Jag tänker ju så att hela tiden under uppväxten är detta behovet det viktiga. Finns det en förälder eller en annan vuxen som orkar hålla barnet och finnas till för barnet så är det jättebra. (KO).

När det gäller barnets problembild har samtliga intervjupersoner berört två huvudgrupper, inåtvända och utåtagerande. Sju intervjupersoner (AB, RH, LH, EJ, DM, SN och LÖ) säger att det kan finnas en tendens till att *flickor* är mer inåtvända och *pojkar* mer utåtagerande, men det kan lika gärna vara tvärt om:

Där tror jag att det vanliga stereotypiska sättet att agera spelar in lite grann, det vill säga om man nu vågar sig på att generalisera så tenderar kanske pojkarna att bli något mer utåtagerande, det som liksom är socialt accepterat för pojkar. Medan flickor tenderar att bli lite mer inåtvända, depressiva och så vidare. Men jag säger inte att det är så men om man ska peka på någon slags generell tendens så blir det denna. (SN).

Två av intervjupersonerna (AL och KO) tar upp, att de inte kan se denna uppdelning mellan flickor och pojkar. Vi har valt att lyfta fram ett citat från KO:

När det gäller skillnader på flickor och pojkar så är det mer individuella aspekter. Jag har inte själv den erfarenheten att pojkar är mer utåtagerande just i den här gruppen. (KO).

En intervjuperson (MG) har valt att inte svara på dessa frågor.

Våra intervjupersoner är relativt överens om *vilket stöd som traumatiserade barn är i behov av*. Alla nämner de hur viktiga föräldrarna och barnets övriga omgivning är. De betonar även vikten av att ha ett fungerande samarbete mellan olika instanser som exempelvis skola och socialförvaltning och på så vis öka stödet kring barnet. Här nedan lyfter vi fram några citat:

Det måste finnas stödjande vuxna kring barnen, det är det absolut viktigaste. Förutom detta är det viktigt att man försöker skapa en så normal miljö kring barnen som möjligt. Om de kan gå till skolan är det bra, annars bör man verkligen jobba för detta. Även föräldrarna kan behöva jättemycket stöd och det kan bli ett bekymmer när det gäller asylsökande eftersom de inte har rätt till samma sjukvård och de föräldrarna är många gånger deprimerade. Man måste satsa på de vuxna och mobilisera stödjande vuxna runt barnet. (MG).

Det är oftast i skolorna som problemen visar sig med de här barnen. Därför träffar vi skolpersonal och planerar för vad man kan hjälpa barnet med, till exempel att placera barnet i en mindre grupp och sätta in en stödperson som sitter med för att hjälpa barnet att hänga med i skolan. Man ska titta på en lösning så att barnet inte ska känna sig misslyckat inför sina klasskamrater. Man försöker minska stressen så gott det går. (AB).

Jag tror att det är allra viktigast att ha någon nära relation, där det finns kontinuitet. Finns ingen trygg person alls, då måste vi ta kontakt med socialförvaltningen och ta fram en kontaktperson till barnet. Det är också väldigt viktigt med de normala aktiviteterna. Det är väldigt läkande för barn att ha en bra skolgång och vi har jättemycket kontakt med skolorna. Även fritidsaktiviteter är viktigt, alltså att ha så

mycket välfungerande och normalt som möjligt, speciellt för de asylsökande barnen som ofta har en onormal tillvaro där de lever i ett oerhört spänningstillstånd hela tiden. (EJ).

5.3 Tema 2: Professionellas möjligheter till att ge stöd och hjälp i den nuvarande situationen

Grunden till ett gott behandlingsresultat är att *skapa en kontakt* och inge förtroende. Några saker som samtliga intervjupersoner belyste är att man ska bemöta barnet med tålmod och lyhördhet, samt att man tar hänsyn till barnets utvecklingsnivå och att man skapar en så trygg miljö som möjligt för barnet. Ett annat sätt att få förtroende som behandlare är att få en bra kontakt med föräldrarna. Föräldrarna kan sedan förmedla det vidare till barnet, så att det får tillit till behandlarna. Nedan presenterar vi två citat som tar upp vissa av dessa saker:

En sak som är viktig att ha med sig när man möter de här barnen är att komma ihåg att vi är representanter från vuxenvärlden. Vuxenvärlden kan ha gjort de här barnen väldigt besvikna, det är de vuxna som har startat kriget, det är de vuxna som inte har kunnat skydda dem och så vidare. Det kan därför finnas en misstänksamhet hos barnen både för att de har varit med om att människor har gjort fasansfulla saker och att vi är vuxna och de inte vet vilka vi är. Det är viktigt att ha detta i åtanke vid bemötandet av dessa barn och därför är det också oändligt viktigt med tålmod. Viktigt att man kan möta barnet på deras nivå och försöka prata deras språk, inte prata i för långa meningar, sådana som kan bli svårbegripliga i synnerhet för den här målgruppen som oftast har koncentrationssvårigheter. Viktigt att låta barnen få lära känna mig lite mer, vem jag är, det blir lite mer personligt än med en vuxen patient. (SN).

Det som är jätte viktigt i det här jobbet är att man alltid tror på det barnet berättar, barnen ska både vara helt hörda och helt sedda. Det är viktigt med tålmod och försiktighet, och att man finns kvar hos patienten i vått och torrt. Det är din tid och jag finns här för dig. (MG).

Behandlingen börjar ofta med att personal från BUP träffar hela familjen tillsammans och gör en bedömning över vilka behov av stöd och hjälpinsatser som familjen har. Därefter träffar

man familjen i familjesamtal, och/eller enskilda samtal, där barnet oftast träffar en psykolog själv och föräldrarna träffar parallellt oftast en kurator som ger dem föräldrastöd. I behandlingen använder man sig av olika metoder anpassade efter barnets individuella behov och utvecklingsnivå för att gå igenom det trauma som barnet har upplevt. Det är viktigt att, man går igenom deras flyktingöde så att barnen får någon slags kronologi över det som har hänt och som medför att barnet lättare kan lämna traumat bakom sig. Dessa metoder kan exempelvis bestå av Ericametoden, skriva dagbok och måning. Alla dessa metoder kan användas på barn mellan 7 och 12 år. Nedan lyfter vi fram ett citat som sammanfattar behandlingen på ett bra sätt:

En stor del av att hjälpa barnen är att hjälpa deras föräldrar så att de bättre kan ta hand om dem. Det är viktigt att vi i behandlingen går igenom traumat, man kommer liksom inte undan det. Vi kan prata om traumat eller att de visar det för mig genom till exempel att de leker i sandlådan, något som kanske känns mer naturligt för dem. Då kan jag hjälpa dem att sätta ord på det. Leken symboliserar ofta det de varit med om. Jag försöker också under behandlingens gång tala om de känslorna som är förknippade med traumat exempelvis skräck, skuld, skam och andra känslor som uppkommer vid förluster, mycket komplicerade känslor som jag vet är vanliga hos dessa barn. Det är viktigt att de får bearbeta dessa känslor och också förstår att det är normala reaktioner på en onormal händelse. (LÖ).

När det gäller asylsökande barn och deras familjer, ser behandlingen lite annorlunda ut. I dessa familjer handlar det främst om att stötta familjen i en svår krissituation. Den osäkra situationen gör att man helst undviker att inleda en djupterapi, som riskerar att inte bli avslutad. Nedan har vi valt att presentera ett citat som berör behandlingen av asylsökande:

När det gäller asylsökande barn med PTSD består behandlingen av ett slags hållande av familjen i avvaktan på ett beslut, och detta fyller hela behandlingsrummet. Föräldrarna kan ha svårt för att beskriva sitt barn, de har inte ord för det och gång på gång så glider de in på asylfrågan och på maktlösheten och speciellt på föräldrarnas maktlöshet. Det är alltså något alldeles unikt att jobba i de familjerna därför att det handlar om en hel familjs existens och den är så tydlig liksom i rummet och barnet är bara en del av det. (MG).

När det gäller *skillnader i behandlingen beroende på barnets ålder* så är samtliga intervjupersoner eniga och poängterar särskilt vikten av att utgå ifrån barnets mognadsnivå. Allt eftersom barnet utvecklas överger de leken och övergår allt mer till att använda samtalsbehandling.

Det är ju beroende på vilken utvecklingsnivå barnet är i och precis som med alla andra barn blir behandlingen anpassad efter barnets mognad. Barn som är 7-8 år är kanske på en femårings nivå eller att de kanske är på en 9 årings nivå. Alltså många är ju också lite lillgamla som har varit med om svåra saker. De har fått växa upp alldeles för fort och har fått tagit ett alltför stort ansvar hemma. Hos de yngre är det barnterapi som används och samtalsbehandling är vanligare hos de lite äldre. (RH).

Enligt alla intervjupersoner så finns det inga tydliga *skillnader i behandlingen beroende på barnets kön* utan det handlar mer om individuella skillnader:

Egentligen tror jag inte att det finns några skillnader i behandlingen beroende på kön. De individuella skillnaderna är större än könsskillnaderna. (AB).

Synen på de egna behandlingsinsatserna har sett liknande ut bland alla intervjupersonerna. Det som framgår är att det finns en stor frustration kring asylärenden men annars uttrycker de att de är nöjda med sina insatser utifrån de resurser som finns. Vi har valt ut några citat som ger en bra bild av detta:

När det gäller de asylsökande så känner man en väldig otillfredsställelse eftersom det aldrig kan bli något annat än någon slags krispsykiatri, att ge en första hjälp. Ofta känns det väldigt frustrerande med dessa ärenden, detta trots att det finns forskning kring att bara folk har någon som lyssnar på dem så är ett stöd för dem. Men vad det gäller dem som har uppehållstillstånd så känns det bra, man gör så gott man kan och dessutom i en situation som är någorlunda stabil för barnet. (LH).

Det som är väldigt svårt är ju asylärenden där man har kämpat för familjens rätt att stanna, skrivit intyg, men ändå så utvisas de. Man har lärt känna familjen och kämpat för att de ska få stanna men ändå så lyssnar ingen. Jag känner ändå att jag i

samarbete med föräldrarna kan göra något för dessa barn, jag är en del i sammanhanget. (KO).

5.4 Tema 3: Möjligheter och svårigheter i yrkesutövandet

När det gäller vad som är *svårt i kontakten* med de traumatiserade barnen så var det två områden, som berördes av samtliga intervjupersoner, dels att det är svårt att arbeta med asylsökande, dels vikten av att barnet har fungerande omvårdnadspersoner runt sig. Nedan följer några utvalda citat som visar på vad samtliga tyckte var svårt i kontakten:

Ingenting är speciellt lätt när det gäller asylsökande familjer, jag tycker det är de svåraste ärendena vi har här på BUP. Fast de kan ha samma symtom som andra så är utgångsläget så olika. Jag har aldrig mött barn som mår på det sättet som de asylsökande gör, tidigare har jag aldrig haft problem med att lämna arbetet kvar på jobbet, men när jag började här och träffade de här barnen så storgrät jag när jag kom hem och hade jättebekymmer med att kunna hantera den oerhörda förtvivlan som dessa ärenden väckte hos mig. (MG).

Det allra svåraste är när inte tryggheten finns runt omkring, när det inte finns tillräckligt med stöd i det sociala nätverket. Föräldrar som inte klarar av att möta barnets behov då de mår så dåligt själva. (KO).

Vi vill även lyfta fram andra områden som intervjupersonerna pratade om. Tre av intervjupersonerna (AB, EJ och LÖ) nämnde att barn i skolåldern kan vara omotiverade till att genomgå behandling och vi har valt att lyfta fram ett citat som visar på det:

Svårigheter i kontakten med barnet, särskilt barn mellan 9 och 16 år, är att de oftast inte är så jättemotiverade att komma hit. De är fullt upptagna med att träffa kompisar och dessutom är detta psykiatrin och kan därför upplevas som genant inför kompisarna. (AB).

Fyra av intervjupersonerna (AB, DM, SN och LÖ) nämnde att det kan vara *lätt* att arbeta med barn då de ofta har en bättre förmåga att repa sig jämfört med vuxna. Vi har valt att lyfta fram ett av dem:

Lätt är att de flesta barn repar sig faktiskt relativt bra. Kommer de i kontakt med omvärlden, samhället, är ute och rör på sig och har aktiviteter och så vidare så tror jag att de repar sig mycket snabbare än föräldrarna gör. De är jätteduktiga på att komma igång. De är i en utvecklingsfas och deras nyfikenhet hjälper dem jättemycket. (DM).

Att *arbeta med tolk* kan både innebära för- och nackdelar. En fördel, som intervjupersonerna nämnt i arbetet med tolk, är att barnet kan känna sig tryggare med en person, som pratar deras modersmål. En annan fördel kan vara att både patient och behandlare får tid för eftertanke, då det tar längre tid att kommunicera, när man inte talar direkt till varandra. En nackdel, som har lyfts fram, är att man inte kan vara helt säker på att översättningen blir korrekt. Problem kan bland annat uppstå på grund av skillnader i dialekten. En intervjuperson (MG) tycker att det kan vara ett problem att inte ha möjlighet att vid behov gå in och styra upp samtalet om föräldrarna berättar något, exempelvis att de inte vill leva längre, som barnet inte ska behöva höra. Majoriteten av intervjupersonerna (RH, EJ, AL, DM, SN, KO och LÖ) betonar emellertid att de inte upplever det som ett hinder att arbeta med tolk förutsatt att det är en duktig tolk. Vi har valt att lyfta fram ett citat från EJ:

Jag arbetar med tolk varje dag och det har jag gjort under många år. Det är en vanesak. Vi försöker alltid ha samma tolk till en familj och jag kan inte säga att jag upplever det som ett hinder att arbeta med tolk. Om det är en bra tolk så flyter det bra och vi har många duktiga tolkar som är invanda med vårt sätt att arbeta på BUP. Det är mer om det kommer en ny tolk som vi inte har haft och som inte är van vid att tolka i de här sammanhangen, det vill säga familjebehandling. (EJ).

Samtliga intervjupersoner är överens om att tillgången på *utbildningsdagar och kurser* är betydelsefullt, och att deras behov av detta är relativt tillgodosett utifrån de resurser som finns inom BUP. Vi lyfter nedan fram ett citat (LÖ), där de belyser vikten av utbildning:

Vidareutbildning och kurser är jätteviktig, man behöver påfyllnad alltså man hinner ju inte alltid vidareutveckla sig eller tänka nya tankar och reflektera då man är så upptagen med det man håller på med. Kurser gör att man får en massa nytt och att man tänker till och testat de nya grejerna på patienterna. Du får dessutom

ett avstamp, du får lite frihet och kan umgås med kollegor på ett annat sätt. Det har också sitt värde. (LÖ).

Samtliga intervjupersoner är överens om att *handledning* är betydelsefullt och att deras behov av handledning är relativt tillgodosett utifrån de resurser som finns. Vi har valt att presentera två citat:

Handledning är en förutsättning för att man ska klara jobbet. (LH).

Vi har precis fått specialhandledning för oss som jobbar med traumatiserade flyktingfamiljer, vilket vi verkligen är i behov av. Jag var helt förtvivlad och uppriven av allt jobbigt som var tidigare men nu har vi som sagt gjort slag i saken och har handledning en gång i veckan. Man berättar, vräker av sig, suckar och stönar tillsammans, ger varandra tips och uppmuntran. (AL).

Arbetsmiljön är också något, som samtliga intervjupersoner anser påverkar deras arbete. Vi har lyft fram ett citat:

Både psykiskt och fysiskt påverkar arbetsmiljön oss. Den psykiska arbetsmiljön är ju viktig utifrån hur man har det på arbetsplatsen och hur stämningen är i arbetslag och sånt är ju väldigt viktigt när man jobbar med utsatta människor. Det blir ännu viktigare på något vis att försöka reda i konflikter och så i vårt team är det rätt högt i tak och det tycker jag visar sig bland annat genom att det är många på arbetsplatsen som har stannat kvar och arbetat i många år. Den fysiska miljön är helt okej. (EJ).

Arbetsbelastningen är hög enligt samtliga intervjupersoner, och det är något som de också anser kan påverka deras arbete. Trots att det de senaste åren har blivit allt fler vård sökande patienter så är antalet tjänster detsamma. Detta innebär, att prioriteringar måste göras och att det är de tyngsta ärendena som behandlarna möter. Vi har valt att lyfta fram en av våra intervjupersoners (SN) svar:

Blir vi för belastade så gör vi inte ett bra jobb och där ser jag att vi är i riskzonen. Vi har en psykiatrichef nu som driver och driver att produktionen ska öka, det vill

säga att vi ska ta in fler patienter. Produktionen har ansetts vara för låg, det låter som en fabrik men det är han som säger så man får passa sig så att man inte puschar sina medarbetare för långt i de här svåra ärendena och i synnerhet när det gäller asylsökande. Om man gör det kan behandlarna braka igenom så det måste finnas en balans mellan hur mycket man orkar. (SN).

Alla intervjupersoner är överens om *ekonomins betydelse* för att kunna utföra ett bra arbete. Förminskade resurser som främst har drabbat andra områden i samhället har en indirekt påverkan på BUP's verksamhet. Vi har valt att lyfta fram ett citat (EJ) som visar på förminskade resursers indirekta påverkan:

Det har inte påverkat oss direkt för vi har inga besparingar inom vår verksamhet. Men vi märker ju av när andra måste spara, om skolan måste spara så kanske man inte kan tilldela en resurs till barnet som behöver det efter att vi har utrett det. Eller om socialförvaltningen inte kan placera ett barn som vi tycker att det här barnet måste placeras, så indirekt är det klart att vi märker det. Men inte direkt kopplat till vår egen verksamhet, hittills. Vi inom BUP har varit förskonade när de har sparat inom vuxenpsykiatri, organisatoriskt går ju BUP också inom samma division som vuxenpsykiatri. (EJ).

När det gäller *beslut på nationell nivå* så har alla intervjupersoner betonat, att deras verksamhet i stor utsträckning påverkas av hur asylpolitiken ser ut. En intervjuperson (RH) lyfter speciellt fram, att de långa väntetiderna är ett problem, som i sig kan skapa trauman. Rätten att överklaga ett beslut är viktig, men reglerna kan inte se ut som idag när man kan överklaga hur många gånger som helst. Tre intervjupersoner (LH, EJ och LÖ) nämner specifikt i denna fråga att beslutet på nationell nivå angående föräldrarnas rätt till egen vård påverkar dem i deras dagliga arbete, om man inte även hjälper föräldrarna som ofta mår mycket dåligt så kommer barnen att må ännu sämre. Vi har även valt att lyfta fram en intervjupersons (MG), svar som visar, vad hon tycker om asylpolitiken:

Asylprocessen påverkar ju, jag menar Migrationsverket styrs ju av vilka länder som har flyktingsstatus eller ej, och tar mer hänsyn till politiska beslut högt uppe i hierarkin som har med relationer mellan olika stater att göra och hur läget ser ut i hemlandet nu och tar alltså inte särskilt stor hänsyn till den individuella personen.

Det ena intyget ger uppehållstillstånd och det andra ger inte och det kan stå ungefär samma sak i båda, jag förstår inte hur de väljer, det finns ingen logik i det. För mig är det en stor gåta. (MG).

5.5 Tema 4: Visioner med arbetet att hjälpa barnen

Vi har valt att slå ihop presentationen av vad de professionella skulle *vilja göra annorlunda* och vad de har för *visioner* för det framtida arbetet med traumatiserade barn. Anledningen till att vi gjort detta val, är att vi har märkt att svaren på frågorna går in i varandra. Intervjupersonerna har olika förslag på vad de skulle vilja förändra i sitt arbete, tre av intervjupersonerna (MG, SN och LÖ) säger, att de skulle vilja arbeta med barngrupper. En av intervjupersonerna (SN) påpekar vikten av att arbeta med både kropp och själ och skulle därför vilja ha grupper tillsammans med sjukgymnasten.

Tre av intervjupersonerna (AB, SN och LÖ) framhåller vikten av att kunna nå ut till fler traumatiserade barn som är i behov av vård, resurser inom såväl BUP som övriga samhället skulle behövas för att kunna fånga upp fler barn. Barnen har rätt att få behandling och i nuläget finns det många traumatiserade flyktingbarn som inte skolorna uppmärksammar. Risken finns att barnen slinker igenom hela utbildningssystemet utan att få den vård de har rätt till enligt Barnkonventionen. Även om det skulle innebära att BUP får fler patienter så måste man driva den linjen. Då kan inte politikerna blunda för att det behövs mer resurser. Det är viktigt att barnen upptäcks så tidigt som möjligt och att alla barn, som behöver hjälp, får hjälp.

Tre intervjupersoner (RH, LH och EJ) önskar att asylsökande föräldrar ska ha rätt till vård. Vi har valt ut ett av dessa citat (LH) som tydliggör detta:

Nu är det tal om att asylsökande föräldrar ska ha rätt till mer än akut vård och det är jättebra, men dessvärre så tror Utlänningsnämnden att det är barnpsykiatri som ska ge föräldrarna terapeutisk hjälp och det är vansinnigt. Det har egentligen inte vi någon utbildning för och så kommer vi rent ekonomiskt att äta upp oss själva. (LH).

En intervjuperson (AL) tog upp att hon skulle vilja lösa problemen med integrationen. Som det ser ut nu, kan stora problem uppstå bland annat i och med det segregerade boendet. En annan intervjuperson (MG) lyfte fram, att hon funderar på om BUP inte borde göra sig hörd i den offentliga debatten, att de skulle uttala sig om hur illa de asylsökande faktiskt mår.

Sju av intervjupersonerna (MG, RH, LH, EJ, DM, SN och KO) tar upp som en framtidsvision att förändra asylprocessen. En av intervjupersonerna (KO) vill att nykomna flyktingar ska få snabba insatser i början och hjälp att komma in i samhället. En annan intervjuperson (EJ) ställer sig kritisk till att Utlänningsnämnden idag både utreder, granskar och beslutar i ärenden. Hon menar att det istället skulle finnas en utomstående, som granskar ärenden och tillvaratar barnets intressen. Nedan har vi valt att lyfta fram ett citat där vikten av framförallt samarbetet mellan BUP och Migrationsverket poängteras:

I framtiden önskar jag att det finns ett bredare samarbete med många aktörer i samhället som är inblandade. Ett jätteviktigt samarbete är det med Migrationsverket, att de litar på oss inom BUP, att vi är kompetenta nog att bedöma barnens tillstånd. Att de litar mer på de ord som vi skriver i intygen. I dagens läge får vi ingen respons över huvudtaget, det är i alla fall min praktiska erfarenhet av Migrationsverket. Vi måste samarbeta bättre. (DM).

5.6 Tema 5: Omgivningens betydelse för barnen

Samtliga intervjupersoner är överens om att *föräldrarnas roll* är viktig för att barnet ska kunna bli bättre. Här nedan har vi valt att redovisa två av våra intervjupersoners (MG och LÖ) svar:

Föräldrarna spelar en oerhört stor roll. Det är viktigt att de är med på vad som händer och att vi träffar dem emellanåt och kollar av med dem hur det går hemma och ger föräldrarna råd om det är något som barnet behöver. Vi ska inte överta föräldrarnas roll, det är ju lätt hänt som behandlare att bli en god förälder själv men det är ju föräldrarna som lever med barnet och vi ska hjälpa föräldrarna att bli bättre föräldrar till sina barn. (LÖ).

Föräldrarnas roll är jätteviktig. Vi får ju inga barn friska om inte föräldrarna är det, det är avgörande. Barn behöver föräldrar som kan se dem och stödja dem. (MG).

Samtliga intervjupersoner är eniga om att *skolans roll* är betydelsefull för barnets välmående, samt att det är viktigt att skolans inställning till att barnet går i behandling på BUP är positiv. Vi har valt att belysa detta genom två citat:

Skolan spelar stor roll. Det är viktigt att skolan stöttar barnen och tar kontakt med oss och konsulterar oss ibland vid behov. Det är bra när läraren engagerar sig i dessa barn till exempel genom stödundervisning i skolan. (RH).

Det är jätteviktigt att man har en fungerande skola och en skolform som är anpassad efter barnens behov. I och med att barn med PTSD ofta är känsliga för stress och ljud så kan man ju tänka sig hur det är här i skolan med de här stora klasserna. Här på Rosengård är det ju extremt, eftersom det är så mycket av de nyinflyttande flyktingarna så att säga som hamnar här vilket gör att klasserna ändras hela, hela tiden. På grund av att det blir det ju inte samma trygghet och stabilitet i skolan som hade varit önskvärt för denna grupp. (EJ).

Bland *andra faktorerers* betydelse så poängterar alla intervjupersonerna att nätverk är något som är betydelsefullt för barnet. De har nämnt det i lite olika sammanhang, och vi har valt att lyfta fram några av dem:

Det är bra med släktingar och vänner, ju fler människor runt omkring ett barn som kan hjälpa till och finnas tillgängliga desto bättre kan man säga. Alla positiva krafter som kan skakas fram är alltså av betydelse. (RH).

Om föräldrarna mår dåligt är det bra att få in en kontaktperson, vilket kan bli svårt gällande asylsökande då det är svårt att få resurser inom socialförvaltningen gällande dessa barn. Men det är alltså viktigt för barnet att ha någon människa som ser det och finns där för annars blir det svårt, så är det ju för oss alla. En annan vuxen kontinuitet som ersätter söndriga föräldrar är att eftersträva. (EJ).

Boendet är också en faktor, som har betydelse för hur traumatiserade barn mår enligt samtliga intervjupersoner. Ett problem som lyfts fram är trångboddheten, som kan bli extra påfrestande på grund av de symtom som PTSD kan innebära. Nedan presenteras ett citat som belyser intervjupersonernas svar:

Boendesituationen påverkar barnet jättemycket. Barn som bor på Rosengård löper större risk för att bli vittne till bråk, än vad barn som bor i andra områden gör. De här barnen är ju de som minst av allt ska behöva bli utsatta för detta. Många barn som är krigsskadade blir jätteoroliga och nervösa när de ser riktiga slagsmål, de blir då påmind om krig och soldater som bråkar och skriker. Trångboddheten är också något som kan få stora konsekvenser. Barnen kanske inte kan vara hemma och göra läxor, de har inte ro till det, och orkar inte vara hemma då det är en jobbig hemsituation. Då går de ut på gatorna och bildar gäng. På nätterna kan det handla om att familjemedlemmar vaknar och skriker, vilket blir ett problem när man bor i ett rum och kök. (LÖ).

En tredje faktor, som alla intervjupersonerna berörde, är vikten av organiserade fritidsaktiviteter. Fritidsaktiviteter är bra, eftersom det dels blir fler vuxna kring barnet, dels att barnet får kompisar. Det är även positivt om barnet blir fysiskt trött då dessa barn särskilt är i behov av det för att sova bättre och få möjlighet att slappna av. Vi har valt att lyfta fram ett citat:

Det är viktigt att komma in i någon form av grupp, det spelar ingen roll om det är att spela boll eller piano. Men just det här att de aktiverar sig tillsammans med andra personer. Att de har något annat än skolan att skingra sina tankar med, att de har vänner och att de har något eget. (KO).

Fem av intervjupersonerna (AB, LH, EJ, AL och LÖ) har tagit upp, att det är viktigt för barnen att deras föräldrar kommer ut i samhället. Nedan presenterar vi ett citat:

Att föräldrarna får en roll i samhället är viktigt, så att barnet inte tvingas att bli de vuxna i familjen. Föräldrarna måste bli en del av samhället och inte sitta passiva hemma och inte ha något att göra och behöva bidrag och inte kunna språket ordentligt. Det är jätteviktigt för barnen att deras föräldrar är som andra föräldrar.

Att de kan identifiera sig och vara stolta, att barnet känner att det klarar sig på egen hand. (AL).

En sista punkt som en av intervjupersonerna (KO) nämnt som vi tycker är viktig att ta upp är att hela samhällets attityder har betydelse. Det handlar om det budskap vi ger flyktingar idag genom lagar, bestämmelser och bemötande. Vi måste börja se dem som individer istället för enbart flyktingar som vi gör idag.

6 ANALYS

I det här kapitlet analyserar vi delar av det presenterade intervjumaterialet utifrån teoridelen, som vi har tagit upp i kapitel 4. Analysen sammanfattas under samma teman, som användes vid presentationen av intervjumaterialet, det vill säga: *barnens behov av stöd och hjälp, professionellas möjligheter till att ge hjälp och stöd i den nuvarande situationen, möjligheter och svårigheter i yrkesutövandet, visioner med arbetet att hjälpa barnen och omgivningens betydelse för barnen.*

6.1 Barnens behov av stöd och hjälp

Som ett resultat av de symtom PTSD innebär får ofta dessa barn svårigheter med inlärning. Det blir av den anledningen viktigt att uppmärksamma barnen så att inte deras utveckling stagnerar. Med dagens resurser, inom exempelvis skolan, finns det risk för att barn kan ta sig igenom hela grundskolan utan att få den vård som de behöver och har rätt till enligt bland annat Barnkonventionen. Enligt ett utvecklingsekologiskt perspektiv finns Barnkonventionen på makronivå och utgör en mall för de rättigheter som ett barn har (Broberg et al 2003). Då det är brist på resurser i samhället, blir det svårt att uppfylla alla dessa krav och resultatet blir att exempelvis traumatiserade barn inte uppmärksammas i den utsträckning som skulle behövas.

Intervjupersonerna är överens om att de traumatiserade flyktingbarnen är i behov av minst en fungerande nära relation och en stöttande omgivning. Om man utgår från utvecklingspsykologi, är betydelsen av relationer fundamental för människan och anknytningen till föräldrarna blir därför av stor betydelse (Daniels et al 1999). Även

utvecklingsekologin betonar att detta samspel på mikronivå har betydelse för barnets utveckling (Andersson 1997). Föräldrarna till traumatiserade barn har ofta själva varit med om liknande trauman, och det är något som kan påverka deras föräldraförmåga på ett negativt sätt. Det är då viktigt, att försöka stödja föräldrarna så gott det går. Problem kan uppstå när det gäller asylsökande föräldrar eftersom, de inte har rätt till samma sjukvård och därmed inte kan få den hjälp de skulle behöva för att bearbeta sitt eget trauma. Om inte någon fungerande relation på mikronivå finns, är det viktigt att försöka ordna en kontaktperson genom socialförvaltningen å barnet.

Även den sekundära anknytningen är viktig för det traumatiserade barnet. Om den primära anknytningen inte fungerar, blir vikten av den sekundära anknytningen ännu större och kan utgöra ett skyddsnät för barnet (Daniels et al 1999). Det är bra att försöka få ihop så många stödjande vuxna kring ett traumatiserat barn som möjligt. Ett sätt att få in fler vuxna i ett barns liv är genom delaktighet i någon fritidsaktivitet, där till exempel en idrottslärare kan få stor betydelse för barnet. Den övriga omgivningen har även enligt utvecklingsekologin stor betydelse för barnet och det gäller inte minst skolan, kamraterna och fritidsaktiviteterna, det vill säga barnets närmiljöer. Det är viktigt att skapa så mycket välfungerande som möjligt kring barnet, då dessa faktorer kan ha en läkande effekt (Andersson 1997).

Ett nära samarbete mellan BUP och skolan är viktigt, då de tillsammans kan hitta lösningar som är anpassade efter det individuella barnets behov. Exempel på detta är att placera barnet i en mindre grupp eller sätta in en extra personal som hjälper barnet att koncentrera sig och följa med på lektionerna. Enligt utvecklingsekologin pågår då ett samspel mellan två av barnets närmiljöer, det vill säga behandlaren på BUP och skolpersonalen. Hur detta samspel på mesonivå fungerar, påverkar i allra högsta grad barnet. Vikten av att man finner lämpliga lösningar som passar just det individuella barnet, handlar också om att barnet inte ska behöva känna sig misslyckat inför sina kompisar, vilket enligt utvecklingspsykologin påverkar barnets självkänsla (Daniels et al 1999).

6.2 Professionellas möjligheter att ge stöd och hjälp i den nuvarande situationen

För att nå ett gott behandlingsresultat, anser intervjupersonerna, att det är betydelsefullt att skapa en god kontakt med barnet och dess familj. I mötet med traumatiserade flyktingbarn är

det viktigt att man som behandlare har tålamod, då barnen kan vara misstänksamma mot dem. Misstänksamhet kan ha sin grund i att behandlaren är representant från vuxenvärlden som ofta har gjort barnen besvikna under kriget. Ett viktigt steg kan vara att få en god kontakt med föräldrarna, så att de i sin tur kan förmedla tillit gentemot behandlaren, till barnet. Om vi utgår ifrån ett utvecklingssekologiskt perspektiv, utgör den professionella, barnet och dess familj ett mikrosystem. Mikrosystemets alla delar bildar ett nätverk av relationer och hur dessa relationer fungerar påverkar behandlingens resultat och barnets utveckling (Andersson 1997). Om behandlaren förmår få en god kontakt med barnet och dess föräldrar så är förutsättningarna för ett gott behandlingsresultat större.

I sitt arbete med att hjälpa barnen använder behandlarna metoder, som är anpassade efter barnets ålder, utvecklingsnivå och individuella behov. Enligt utvecklingspsykologin får barn mellan 7 och 12 år en allt bättre uppfattning om språket, de får ett mer omfattande ordförråd och ordens innebörd får en större betydelse för dem. Detta gör det lättare för dem att kommunicera med sin omgivning och därmed också behandlaren (Hwang & Nilsson 1996). De professionella övergår därför successivt från att ha använt lek, till att allt mer använda enbart språket som redskap i behandlingen. Könet har ingen större betydelse i behandlingen, utan det är de individuella behoven som beaktas.

När det gäller de professionellas möjligheter att ge de asylsökande familjerna behandling, är den begränsad på grund av den rådande asylpolitiken. Eftersom det på makronivå är bestämt att föräldrarna inte har rätt till vård för egen del, handlar behandlingen av dessa familjer i dagsläget främst om ett hållande. Barnet kan själv genomgå behandling, men de intervjuade menar att den inte har önskad verkan om föräldrarna själva är traumatiserade och inte får den vård de är i behov av, vilket i dagsläget ofta har varit fallet. Här påverkas därför de professionellas möjlighet att hjälpa de asylsökande barnen i stor utsträckning av beslut på nationell nivå det vill säga makronivå (Andersson 2002).

6.3 Möjligheter och svårigheter i yrkesutövandet

En svårighet i arbetet, som de professionella nämner, är att det ofta inte finns tillräckligt med trygghet kring barnen som de möter. Föräldrarna mår, som vi tidigare nämnt, ofta själva mycket dåligt och kan därför inte tillgodose barnens behov av trygghet. Detta kan kopplas till utvecklingspsykologins begrepp anknytning och trygg bas. Anknytning grundläggs redan vid

födelsen, mellan barnet och dess omvårdnadsperson och kommer att få betydelse för relationer även senare i livet (Daniels et al 1999). När barnet känner sig tryggt med sin omvårdnadsperson, det vill säga uppfattar den som en trygg bas, kan barnet få lust att upptäcka sin omvärld och utvecklas (Broberg et al 2003). De professionella anser att det är svårt att arbeta med barn som inte har denna trygghet och närhet som alla, men speciellt traumatiserade, barn, är i behov av. Detta behov av trygghet är inget som de professionella genom behandling kan tillfredställa, utan det behövs någon som ständigt finns vid barnets sida.

Arbetet med tolk, är något som uppfattas både, som en möjlighet och som ett hinder, av de professionella. Det kan ses som en möjlighet om tolken är duktig, tolken kan till och med skapa trygghet för barnet och dess familj, då tolken pratar deras modersmål. Det pågår ett samspel mellan behandlare, tolk och familj på mikronivå och hur detta samspel ser ut, påverkar utgången för behandlingen och det blir därför viktigt att även familjen trivs med tolken (Andersson 1997). Något, som kan upplevas som ett hinder i arbetet med tolk, är att behandlaren inte får samma möjlighet att vid behov styra samtalet och förhindra att barnet hör saker som inte är lämpliga. Det kan till exempel röra sig om att föräldern önskar att ta sitt liv och uttrycker detta öppet inför barnet, som då kan känna en stark oro för att bli övergivet. Detta kan påverka deras anknytning och framtida utveckling.

De professionella uttrycker att såväl tillgången på utbildningsdagar, handledning och en god arbetsmiljö, är viktig för att kunna utföra ett bra arbete. Om man tar handledning som exempel, ses den som en förutsättning för att klara av arbetet med traumatiserade barn. Den sker med en utomstående handledare och ur ett utvecklingsekologiskt perspektiv, med barnet som mikro, kan ett samspel på exonivå urskiljas. Detta samspel mellan handledare och behandlare kommer att påverka barnet indirekt genom att handledarens stöd och råd gör att behandlaren kan göra ett bättre arbete med barnet och dess familj (ibid.).

Arbetsbelastningen upplevs som hög och det är något som kan påverka de professionellas arbetsinsats på ett negativt sätt. Det är allt fler som söker hjälp hos BUP, och det har inte tillsatts några nya tjänster i takt med denna ökning. Ett resultat av detta kan bli påtryckningar från högre upp i organisationen. Det blir i dessa fall viktigt för varje professionell att sätta en gräns för hur mycket de orkar, då risken finns att de annars blir överbelastade och inte kan arbeta alls. Ser man på detta utifrån utvecklingsekologin, med den professionella som mikrosystem, kan man se hur exempelvis chefen för psykiatrin och dess medarbetare fattar

beslut som indirekt, på exonivå påverkar de professionellas möjlighet att bedriva ett bra arbete (Andersson 1997).

Ekonomi har stor betydelse för de professionellas möjlighet att utföra ett bra arbete. BUP har emellertid, än så länge, varit förskonade från nedskärningar, om man jämför med andra områden i samhället, som till exempel skola och Socialförvaltning. Men nedskärningar inom andra områden är något som påverkar BUP's verksamhet indirekt, det vill säga på exonivå (ibid.). När de professionella har utrett ett barn och sett att det till exempel finns behov av en extraresurs i skolan, kan det på grund av besparingar i skolan bli svårt att tillsätta resursen. Resultatet kan då bli, antingen att BUP får hitta en annan lösning inom sin verksamhet, eller att barnet blir lämnat utan insats, vilket naturligtvis påverkar barnets utveckling.

Ett hinder, som de professionella upplever är, att asylsökande föräldrar inte har haft rätt till egen vård, vilket har påverkat behandlingsresultatet för barnen. Det är viktigt att arbeta med hela familjen, vilket innebär att även föräldrarnas trauma måste bearbetas, för att behandlingen av barnen ska få verkan. Om man utgår ifrån utvecklingsekologin, och ser de professionella som mikrosystem, blir de i och med beslut på nationell nivå, det vill säga makronivå, begränsade i sitt arbete med att hjälpa barnen (Andersson 2002). Det finns ofta en hopplöshet och maktlöshet kring många av dessa ärenden. Behandlarna lägger ner all sin kraft på att kämpa för att familjen ska få stanna här i Sverige, och trots det läggs ingen vikt vid deras bedömning av familjens vårdbehov. Ur ett utvecklingsekologiskt perspektiv, med barnet som mikrosystem, blir samspelet mellan den professionella som vi har valt att se som en närmiljö för barnet, och Migrationsverket ett samspel på exonivå, som indirekt påverkar barnet. En önskan som intervjupersonerna har gett uttryck för är att samarbetet mellan BUP och Migrationsverket ska förbättras. Genom att Migrationsverket visade att de litade på de professionellas bedömningsförmåga i asylärenden, skulle arbetet upplevas som mer meningsfullt. Något som troligtvis skulle innebära att de utförde ett bättre arbete, vilket påverkar deras patienter.

6.4 Visioner med arbetet att hjälpa barnen

Det finns flera olika saker som de professionella skulle vilja ändra på i arbetet med traumatiserade flyktingbarn. En av dessa saker är att de skulle vilja nå ut till fler barn, som är i behov av vård, och till detta skulle det behövas mer resurser, såväl inom BUP som i övriga

samhället. En möjlighet till att kunna nå ut till fler patienter, som har nämnts av intervjupersonerna, är att möta alla nykomna flyktingar och redan då utreda om de är i behov av hjälp. Om fler patienter kom till BUP så skulle politikerna, både på regional och nationell nivå blir tvungna att uppmärksamma behovet av hjälp och stöd hos de traumatiserade barnen. Utifrån ett utvecklingsekologiskt perspektiv innebär det att politikernas beslut, både på exo- och makronivå, kommer att påverka de professionellas dagliga arbete, på mikronivå och därmed även patienterna (Andersson 1997). Ökade resurser till exempel inom skolan skulle medföra att skolpersonalen fick större möjligheter att uppmärksamma traumatiserade barn.

En vision, som de professionella har, är att arbeta med grupper av traumatiserade barn. Utifrån utvecklingspsykologin kan det tänkas att det är positivt att arbeta med barngrupper, då samvaro med andra som varit utsatta för liknande händelser, kan stärka barnets självkänsla. Att barnet förstår att det inte är ensamt och dessutom får möjlighet att skaffa kamrater och skapa relationer till betydelsefulla vuxna är av stor vikt (Daniels et al 1999). Det är även bra, från ett utvecklingsekologiskt perspektiv, om barnet får ett fungerande samspel inom en sådan närmiljö (Andersson 1997).

En annan sak som intervjupersonerna har nämnt är betydelsen av att asylsökande föräldrar ska ha rätt till vård, ett beslut som precis har gått igenom. Ett problem de ser med det nya beslutet, är att det är BUP som ska ge föräldrarna terapeutisk hjälp, vilket de menar att de varken har resurser eller utbildning till. Här blir det tydligt vilket inflytande beslut på makronivå har på den enskilda behandlaren och dess patienter (Andersson 2002).

Andra visioner som intervjupersonerna tar upp berör också makronivå då pratar de bland annat om viljan att förändra asylprocessen. I dagens läge både utreder, granskar och beslutar Utlänningsnämnden i asylärenden. Detta är något de professionella ställer sig kritiska till och menar att det istället borde vara en utomstående som granskar ärenden och tillvaratar barnens intressen. Enligt utvecklingsekologiskt perspektiv skulle det då bli ett mer oberoende samspel mellan den som beslutar och granskar asylärendet. Detta samspel på makronivå skulle påverka de professionella och deras patienter på ett positivt sätt (ibid.).

6.5 Omgivningens betydelse för barnen

Föräldrarna spelar en stor roll för att barnet ska kunna bli friskt, som vi även tidigare nämnt, är det därför viktigt att få med föräldrarna i behandlingen. I och med att barnet lever tillsammans med sin familj är det viktigt att föräldrarna är med i den process som barnet genomgår i behandlingen. Det blir därför viktigt att man träffar även föräldrarna emellanåt och ger dem information om var barnet befinner sig i processen och hur man på ett bra sätt kan förhålla sig till barnet. Genom detta kan föräldrarna stötta barnets utveckling. Om vi utgår ifrån utvecklingsekologin, med barnet som mikrosystem, påverkas barnets utveckling av hur samspelet i familjen fungerar (Andersson 1997). Genom behandlingen hoppas man på att kunna bidra till att samspelet i familjen förbättras och att familjemedlemmarna blir mer uppmärksamma på vars och ens behov.

Skolan har också en viktig roll för barnet. Det är viktigt att skolan stöttar barnen och har en positiv inställning till att barnet går i behandling på BUP. Det är även bra om skolan och BUP har ett bra samarbete. Om detta samspel på mesonivå, det vill säga mellan två av barnets olika närmiljöer, fungerar bra så kan det få effekter som till exempel att lärarna får ökad förståelse för barnets problematik och ställer rimliga krav på barnet utifrån denna (Andersson 2002).

Andra faktorer som har betydelse för barnets utveckling är hur dess nätverk och boendemiljö ser ut, samt vilken roll familjemedlemmarna får i samhället. Trångboddheten är stor bland flyktingfamiljer och detta är något som är en extra påfrestning när man lider av PTSD. Ur ett utvecklingsekologiskt perspektiv kan det uppstå problem i samspelet i familjen om de bor i en lägenhet med ett rum och kök. De påverkas negativt om en eller flera av familjemedlemmarna exempelvis har mardrömmar på nätterna och vaknar och skriker (Andersson 1997). Vikten av att komma ut i samhället gäller för både flyktingbarn och deras föräldrar, det är viktigt att de får en roll i samhället. Genom till exempel skola och fritidsaktiviteter har barn relativt lätt att komma ut i samhället. Det är dock även viktigt för barnen att föräldrarna får en roll i samhället, det gör att de kan identifiera sig med dem och vara stolta över dem, och det är något som enligt utvecklingspsykologin påverkar barnets självkänsla (Daniels et al 1999).

7 SLUTDISKUSSION

Något som har betonats, är att det är viktigt att barn har minst en omvårdnadsperson, som de kan känna sig trygga med och som finns där för dem vid behov. Föräldrarna har en avgörande roll i behandlingen, och det är därför viktigt att skapa en god kontakt, även med dem. Alla positiva krafter som kan plockas fram, är viktiga. Även en fungerande skola och fritid är av betydelse för barn. När det gäller behandlingen av barn, är det viktigt att den anpassas efter barnets utvecklingsnivå. Det är även viktigt att försöka skapa och upprätthålla så mycket normalt som möjligt kring barnet. Det är extra betydelsefullt för de asylsökande barnen, som ofta lever i en kaotisk miljö. De professionella är missnöjda över hur asylärendena hanteras i Sverige. Sett utifrån den brist på resurser som finns i dagens samhälle, är behandlarna i övrigt nöjda med sina arbetsinsatser.

Samtliga intervjupersoner har visat sitt missnöje inför att asylsökande föräldrar inte har haft rätt till vård. De menar att behandlingen i princip är utan verkan om man inte också jobbar med de föräldrar som är traumatiserade. Från och med den 1 januari 2005 har asylsökande föräldrar rätt till vård, beslutet gick igenom efter att vi hade gjort många av våra intervjuer. Redan under intervjutillfällena uttryckte dock några av intervjupersonerna ett missnöje med att det är tänkt att det är BUP som ska behandla föräldrarna, något som de inte anser sig ha resurser eller utbildning till. Detta är något vi har funderat över, och vi förstår inte heller hur ekvationen ska gå ihop. Om man ser till den höga arbetsbelastning som redan råder inom BUP, med långa patientköer, och den tyngd som ärendena därmed får, så tror vi det kan bli svårt att klara den ökade arbetsbelastning som detta beslut kommer att innebära. För att kunna genomföra detta beslut, behöver BUP få mer resurser och utbildning om hur de ska arbeta med föräldrarnas trauma.

En annan sak som, samtliga intervjupersoner har uttryckt sitt missnöje kring, är den trångboddhet som är många flyktingars vardag. Trångboddheten är ett problem som vi tror kan få stora konsekvenser. Det är inte svårt att tänka sig vilken påfrestning och vilka konflikter som kan uppstå om en hel familj tvingas bo i en lägenhet med ett rum och kök. För de traumatiserade familjerna tillkommer dessutom symtom som kan påverka hela familjens tillvaro. Resultatet kan bli att barnen undviker att vara hemma, inte får ro att läsa läxor, och det kan medföra att de kommer efter i skolan. Det är dessutom vanligt att flyktingfamiljer bor i områden med sämre social status. I och med det kaos som kan råda i hemmiljön, kan man

tänka sig att skolbarn hellre umgås med sina kompisar, för att slippa att vara hemma, vilket kan resultera att de hamnar i fel umgänge, och påbörjar en negativ social utveckling. Utan förebyggande insatser är det svårt att komma åt dessa problem.

Precis som vi nämnt tidigare, bor många flyktingar i områden med mindre resurser. Detta är något som kan få konsekvenser, även i skolan, för de traumatiserade flyktingbarnen. Om skolan inte har resurser, blir det svårare för personalen att uppmärksamma barn med PTSD. Vi tycker oss kunna se en tendens till att, för att få uppmärksamhet i skolan idag, krävs det att man har ett mer utåtagerande beteende, som innebär att man inte kan undgå att uppmärksammas. Personalen har bara möjlighet att ta itu med det som visar sig mest akut i klassrummet, och risken finns då att de mer inåtvända barnen kan ta sig igenom hela grundskolan utan att få den hjälp som de behöver, för att utvecklas och klara sig i samhället.

Traumatiserade barn är ett högaktuellt ämne, inte minst med tanke på den förödande flodvågskatastrofen i Sydostasien, som troligtvis kommer att medföra många människors lidande för lång tid framöver. Den kunskap som vi har fått genom detta vetenskapliga arbete kommer även att vara tillämplig på många av de barn som har drabbats. Vi tror därför att denna kunskap blir viktig att ha med sig i vårt framtida arbete.

8 KÄLLFÖRTECKNING

8.1 Litteratur

Andersson Bengt-Erik (1997) *Utvecklingsekologi*. Lund: Studentlitteratur

Andersson Gunvor (2002) "Utvecklingsekologi och sociala problem" i Meeuwisse Anna & Swärd Hans (red): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur

Angel Birgitta & Hjern Anders (2004) *Att möta flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Apitzsch Harmut, Edston Erik, Jakobsson W Sten, Lapins Jan & Søndergaard Hans Peter (1999) "Diagnostik av tortyrskador" i Hjern Anders (red): *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Broberg Anders, Almqvist Kjerstin & Tjus Tomas (2003) *Klinisk barnpsykologi – Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och kultur

Bronfenbrenner (1979) *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University

Brune Michael (1999) "Traumatiserade flyktingar – möte och bemötande i vården" i Hjern Anders (red): *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Bunkholdt Vigdis (1995) *Från födsel till pubertet*. Lund: Studentlitteratur

Cederblad Marianne (1996) *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Liber Utbildning AB

Cullberg Johan (2003) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur

Daniel Brigid, Wassell Sally & Gilligan Robbie (1999) *Child Development for Child Care and Protection Workers*. London: Jessica Kingsley Publishers

Danielson Allis (1986) *Att bygga sin värld – Handbok i Ericametoden*. Stockholm: Psykologiförlaget

Denscombe Martyn (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur

Dyregrov Atle (1997) *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur

Hwang Philip & Nilsson Björn (1996) *Utvecklingspsykologi – Från foster till vuxen*. Stockholm: Natur & Kultur

Johnsen Christie Helen (1999) "Barn i krig – smärtsamma upprepningar och oundvikliga förluster ställs mot goda ritualer och början till något nytt" i Gjørum Bente, Grøholt Berit & Sommerschild Hilchen (red): *Att bemästra – Motståndskraft, skyddsfaktorer och kreativitet bland utsatta barn, ungdomar och deras familjer*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa

Simpson Carolyn & Simpson Dwain (2002) *Coping with post-traumatic stress disorder (PTSD): dealing with tragedy*. New York: The Rosen Publishing Group, Inc

Socialstyrelsen (2000) *Psykisk hälsa hos flykting- och invandrarbarn – En litteraturöversikt*. Stockholm: Kopie Center

8.2 Övrigt tryck

Ingemansson Gunvor & Rosenquist Eva (2001) *Posttraumatiskt Stressyndrom vid Krigstrauma – ett samverkansprojekt*. En broschyr om ett projekt mellan Försäkringskassan i Rosengård och UMAS Psykiatri, sektorsklirik Nordöst. Projektlängd 990601-010531

8.3 Internet

Migrationsverkets hemsida: www.migrationsverket.se 2004-12-07 kl. 13.00

Regeringens hemsida: www.regeringen.se 2004-12-07 kl. 12.50

8.4 Intervjuer

Anders Björnsson, socionom, steg 1 i psykoterapi på Centrum för krigs- och tortyrskadade, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-11-12

Maria Gran, socionom, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-12-20

Rima Hafez, psykolog, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-11-25

Lena Hansson, överläkare, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-11-15

Emma Johansson, socionom, steg 1 i psykoterapi, sjuksköterska, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-12-08

Marianne Karlsson och Ingela Sunesson, socionomer, Ängelholm. Intervjun ägde rum 04-11-23

Annika Lind, psykolog BUP, Kristianstad. Bandinspelad intervju 04-11-29

Daoud Majid, socionom, steg 1 i psykoterapi, BUP, Lund. Bandinspelad intervju 04-12-01

Sofie Nilsson, psykolog på Centrum för krigs- och tortyrskadade, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-11-18

Kristina Olsson, socionom, psykoterapeut, BUP, Ystad. Bandinspelad intervju 04-12-02

Lisbeth Österberg, psykolog på Centrum för krigs- och tortyrskadade, BUP, Malmö. Bandinspelad intervju 04-11-23

Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej!

Vi är studenter på Socialhögskolan i Lund och går vår sjätte termin av totalt sju. Vi har valt inriktningen *Socialt arbete med barn och unga* och är just i inledningsfasen av arbetet med vår C-uppsats. Ämnet vi valt att skriva om är traumatiserade flyktingbarn som har fått diagnosen posttraumatiskt stressyndrom.

Vårt syfte med uppsatsen är att utifrån de professionellas perspektiv undersöka hur traumatiserade flyktingbarn bemöts, samt hur behandlingen kan se ut för dessa barn. Genom intervjuer med professionella vill vi öka vår förståelse för hur man kan arbeta med traumatiserade flyktingbarn.

Vi har tystnadsplikt och kommer att avidentifiera intervjupersonerna, det vill säga byta ut verkliga namn mot fingerade namn. Den färdiga uppsatsen kommer att vara offentlig genom att den finns elektroniskt tillgänglig på nätet.

Vi skulle verkligen uppskatta om Ni vill medverka i vår uppsats och därigenom ge oss möjlighet att ta del av Er kunskap inom detta område.

Vi kommer att ringa inom kort för att höra om Ni är intresserade av att medverka. Har Ni några frågor får Ni gärna höra av Er till oss.Handledare för uppsatsarbetet är Gunilla Lindén, lärare på Socialhögskolan, som kan nås på telefonnummer XXX-XX XX XX.

Med vänliga hälsningar

Katarina Darte
XXX-XXXXXXX

Therese Svensson
XXX-XXXXXXX

Bilaga 2 - Teman för intervjun

Tema 1: Barn (ca 7-12 år) med PTSD

Symtom

Diagnos

Barnets behov av stöd

Tema 2: Behandling

Bemötande

Lätt respektive svårt i kontakten med barnet

Hur ser er behandling ut för aktuell åldersgrupp?

Könsskillnader

Tema 3: Omgivningens betydelse

Föräldrarnas roll

Skolans roll

Andra faktorerers betydelse

Bilaga 3 - Intervjuguide

Presentation av intervjupersoner

1. Namn och titel.
2. Hur länge har du arbetat inom detta område?
3. Vilka barn har du kontakt med? (asylsökande och/eller med uppehållstillstånd)
4. Vilka är dina arbetsuppgifter?

Diagnostisering

5. Vilka kriterier används för att avgöra om ett barn har PTSD? (Skillnaden mellan normal efterreaktion på trauma och PTSD).
6. Vilket diagnossystem utgår ni ifrån och varför?
7. Har barnet diagnosen PTSD när det kommer till er eller är det ni som sätter diagnosen?

Tema 1: Barnens behov av stöd och hjälp

8. Vad gör det viktigt att uppmärksamma ett barn med PTSD?
9. Vilka skillnader i barnets problembild kan du se beroende på åldern?
10. Vilka skillnader i barnets problembild kan du se beroende på om det är en flicka eller pojke?
11. Vilket stöd är viktigt att ge ett barn med PTSD?

Tema 2: Professionellas möjligheter att ge stöd och hjälp i den nuvarande situationen

12. Vad är viktigt att tänka på i bemötandet av dessa barn?
13. Hur går du till väga för att etablera en god kontakt med barnet?
14. Hur ser behandlingen för flyktingbarn (åldersgruppen 7-12 år) med PTSD ut på din arbetsplats?
15. Vilka skillnader kan finnas i behandlingen beroende på barnets ålder?
16. Vilka skillnader kan finnas i behandlingen beroende på om det är en flicka eller en pojke?
17. Hur ser du på de egna behandlingsinsatserna? Känner du dig nöjd eller mindre nöjd?

Tema 3: Möjligheter och svårigheter i yrkesutövandet

18. Vad är lätt respektive svårt i kontakten med barnet?

19. Arbetar du med tolk? Hur upplever du att det påverkar dig i ditt arbete med dessa barn?
20. Vilken betydelse har utbildning, handledning, arbetsmiljö, arbetsbelastning och ekonomiska resurser för din möjlighet att utföra ett bra arbete?
21. I hur stor utsträckning påverkas er verksamhet av beslut på nationell nivå?

Tema 4: Visioner med arbetet att hjälpa barnen

22. Vad skulle du vilja göra annorlunda i ditt arbete?
23. Vad har du för visioner för det framtida arbetet med dessa barn?

Tema 5: Omgivningens betydelse för barnen

24. Vilken roll har föräldrarna i behandlingen; vad anser du om den?
25. Vilken roll har skolan för behandlingen?
26. Finns det någon annan faktor i omgivningen som du upplever är speciellt betydelsefull för barnet? (Nätverk, boende, närmiljö, barnets fritidsintressen och vänner).
27. Är det något du vill tillägga?