

Lunds Universitet  
Socialhögskolan  
SOL 064  
Höstterminen 2002

**VILKA BARN "KLARAR" FLYKTEN?**  
PROFESSIONELLAS UPPFATTNINGAR OM  
MOTSTÅNDSKRAFT SAMT SKYDDS- OCH RISKFAKTORER  
HOS FLYKTINGBARN

Författare: Kerstin Omander  
Handledare: Gunilla Lindén

## **ABSTRACT**

The aim of this paper was to examine opinions among professionals on which refugee children have the best versus the worst conditions to attain a favourable adaption in their new country. This was investigated through the conceptions of resilience and in consideration of the importance of gender and different methods of treatment.

I have found that there are three subgroups of factors that are of importance. There are the factors in the child's qualities, the factors which have to do with the family and the network around the child and the factors that can be tied to the situation. Which gender the child has is of importance, but neither can be said to be better than the other. It has also become clear that there is not one method of treatment which is used exclusively in work with refugee children. To achieve integration is the most important change in our society to make the situation better for these children.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

sid

<b>Förord.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Inledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Problemformulering.....	4
1.2 Syfte.....	4
1.3 Frågeställningar.....	4
1.4 Perspektivval och avgränsningar.....	5
1.5 Teoretiska utgångspunkter.....	5
1.5.1 Begrepp.....	6
1.6 Metod.....	7
1.6.1 Urval och tillvägagångssätt.....	8
1.7 Etiska överväganden.....	9
1.8 Litteratur.....	9
1.9 Metodkritik.....	9
1.9.1 Reliabilitet/validitet.....	10
<b>2. Tidigare forskning.....</b>	<b>11</b>
2.1 Barns reaktioner på krig och trauma.....	11
2.2 Motståndskraft och skyddsfaktorer.....	12
2.2.1 Barnets egenskaper.....	13
2.2.2 Föräldrar, syskon och övrigt nätverk.....	13
2.2.3 Situations- och exponeringsfaktorer.....	14
2.3 Riskfaktorer.....	15
2.3.1 Barnets egenskaper.....	15
2.3.2 Föräldrar, syskon och övrigt nätverk.....	16
2.3.3 Situations- och exponeringsfaktorer.....	17
2.4 Genusaspekten.....	18
<b>3. Resultatredovisning.....</b>	<b>19</b>
3.1. Presentation av respondenter.....	19
3.2 Behandlingsalternativ.....	21
3.3 Genusaspekten.....	22
3.4 Motståndskraft, skydds- och riskfaktorer.....	23
3.4.1 Barnets egenskaper.....	23
3.4.2 Föräldrar, syskon och övrigt nätverk.....	24
3.4.3 Situations- och exponeringsfaktorer.....	25
3.5 Tankar kring strukturellt förändringsarbete.....	25
<b>4. Analys.....</b>	<b>26</b>
<b>5. Slutdiskussion.....</b>	<b>29</b>
<b>Källförteckning.....</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga Intervjuguide.....</b>	<b>34</b>

## FÖRORD

Arbetet med denna uppsats har varit en spännande resa, från relativt bestämda tankar på vad den skulle omfatta via ifrågasättande av hur en sådan undersökning skulle kunna genomföras och via andra svårigheter i arbetet fram till det färdiga resultatet.

Jag vill passa på att tacka min handledare samt alla de personer jag intervjuat, för utan dessa personers engagemang hade arbetet aldrig varit genomförbart. Därför riktas ett stort tack till:

*Gunilla Lindén*, handledare för uppsatsarbetet

*Anita Johansson*, kurator på Jörgen Kocksgymnasiet, Malmö

*Gun Johansson-Dahl*, kurator på BUP, Malmö

*Marie-Louise Lundberg*, enhetschef på teamet för krigs- och tortyrskadade på BUP, Malmö

*Barbro O'Connor*, psykolog på Röda Korsets rehabiliteringscenter, Malmö

*Bertil Olsson*, enhetschef på Migrationsverket, Alvesta

*Marie-Louise Zaar*, kurator på Rosengårdsskolan, Malmö

Samtidigt vill jag också rikta ett tack till alla de personer i min omgivning som kommit med förslag på infallsvinklar, idéer till förbättringar, ifrågasatt mina tankar samt varit ett stöd för mig under arbetet. Utan er skulle uppsatsen inte ha fått den utformning den har idag.

Arbetet har om möjligt väckt ett ännu starkare intresse för problematiken än vad som fanns hos mig från början, och jag hoppas att det är ett intresse som kan smitta av sig till dig som läsare.

Kerstin Omander

# 1. INLEDNING

## 1.1 Problemformulering

När arbetet med denna uppsats startade var intresseområdet flyktingbarn, vilket är en grupp som många gånger är speciellt utsatt i vårt samhälle. Eftersom färdiga socionomer i sin yrkesutövning ofta möter just de mest utsatta grupperna i samhället växte ett intresse fram hos mig att undersöka vilka omständigheter som kan underlätta respektive försvåra situationen för flyktingbarnen.

Sveriges invandringspolitik gör det svårare än tidigare för människor att ta sig hit och komma in i landet. Reglerna skärps beträffande vilka som får uppehållstillstånd; det krävs att flyktingen är förföljd och lever under svåra omständigheter och hot i sitt hemland. I och med detta har de människor som kommer hit idag troligen upplevt svåra trauman som kan ha satt djupa spår. För barn är det ibland svårare, eftersom de inte alltid förstår varför familjen behöver fly. Det är beslut som fattas över deras huvuden.

Man kan ofta se ett tydligt orsakssamband mellan en yttre händelse och en reaktion. Därför kan det vara intressant att undersöka varför vissa barn klarar sig bättre, medan det för andra går sämre.

Arbetet med denna uppsats görs alltså i ett försök att undersöka vilka barn som "klarar" flykten genom att studera de skydds- och riskfaktorer som kan bidra till att avgöra vilka flyktingbarn som har lättast respektive svårast att få en bra tillvaro i sitt nya hemland. Sådana faktorer är till exempel barnets kön och egenskaper, hur föräldrar påverkar sina barn samt situations- och exponeringsfaktorer kring traumat, flykten och tillvaron i det nya hemlandet.

## 1.2 Syfte

Syftet är att undersöka vilka uppfattningar som finns hos professionella om vilka flyktingbarn som har bäst respektive sämst förutsättningar att få en gynnsam anpassning i sitt nya hemland utifrån begreppen risk- och skyddsfaktorer samt genus- och behandlingsaspekter.

## 1.3 Frågeställningar

- Vilka skyddsfaktorer finns som kan bidra till att flyktingbarnen får en gynnsam anpassning i sitt nya hemland?
- Vilka riskfaktorer finns som kan påverka att flyktingbarnen får en mindre gynnsam anpassning i sitt nya hemland?
- Finns det en koppling mellan barnets anpassning och genusaspekten?

- Vilka behandlingsalternativ finns tillgängliga i arbetet med flyktingbarnen?
- Vilka tankar har de professionella kring vilket strukturellt förändringsarbete som kan göras?

#### **1.4 Perspektivval och avgränsningar**

Mitt intresse är att få en övergripande kunskap om flyktingbarns anpassning och jag väljer därför att anlägga ett *barnperspektiv* i min uppsats, men att utifrån personal inom området söka kunskapen.

Eftersom det är den övergripande bilden som är målet görs ingen avgränsning utifrån barnens ursprungsländer, förutom naturlig avgränsning beroende av från vilka länder som de barn som får stanna i Sverige kommer. Vilka avgränsningar som gjorts beträffande begreppet flyktingbarn, och framför allt vilka som inbegrips i den gruppen, definieras närmare under begreppsavsnittet. De största grupperna barn som de professionella möter, och som därför i stor utsträckning blir de barn som undersökningen handlar om, är barn från f d Jugoslavien, Irak, Afghanistan och barn från olika delar av Afrika.

Både på grund av de ekonomiska skäl, men framför allt på grund av den begränsade tiden söktes främst intervjupersoner i området kring Malmö-Lund. Ett undantag tillkom dock ifråga om enhetschefen på Migrationsverket för ärenden med barn och ungdomar, eftersom den södra regionens huvudkontor ligger i Alvesta.

#### **1.5 Teoretiska utgångspunkter**

Den ursprungliga tanken var att de teoretiska utgångspunkterna skulle kunna variera utifrån vilken information som blev tillgänglig, allt eftersom intervjuerna fortskred. Däremot fanns tankar kring skyddsfaktorer, riskfaktorer och motståndskraft med från uppsatsens start. Efter hand som arbetet gick vidare väcktes mer och mer tankar kring genusaspekten. Då litteratursökningarna tog vid uppmärksammades framstående namn inom forskningen rörande motståndskraftiga barn och vilka risk- respektive skyddsfaktorer som man kan se hos barn. Namn som återkom var bla Emmy Werner, Atle Dyregrov och Kjerstin Almqvist som till viss del representerar den forskning som ligger närmast denna uppsatsens ansatser.

Senare års internationella forskning har dominerats av studier av barn- och ungdomar med flyktingbakgrund. De interkulturella frågorna och det som sammanhänger med migrationsprocessen har kommit mer i skymundan. De studier som publicerats under de senaste tio åren har nästan undantagslöst gällt konsekvenser av krig, våld och flykt för barns psykiska hälsa (Socialstyrelsen 2000).

### 1.5.1 Begrepp

Anpassning – Det är inte helt enkelt att definiera vad som menas med begreppet *anpassning* i denna uppsats. I ett sammanhang som detta skulle anpassning kunna tolkas som att flyktingbarnet ska assimileras i det svenska samhället för att en gynnsam anpassning ska kunna ske, något som ej är tanken. Då uppsatsarbetet påbörjades var tanken klar över vad som skulle undersökas. Det blev däremot desto svårare att uttrycka det i ord. Det var då begreppen gynnsam respektive mindre gynnsam anpassning tog form. Annorlunda uttryckt skulle man kunna säga att undersökningen ville få svar på frågan, vilken uppfattning professionella har om vilka barn som klarar sig bäst/mår bäst respektive sämst i förhållande till vilka upplevelser de varit med om. För min definition av begreppet väljer jag att betrakta barnet som en aktör, till skillnad från att se barnet som passivt. Anpassningen blir då något som barnet åstadkommer i samspel med sin omgivning. En del av förklaringen av begreppet kan också återfinnas i Freuds definition av psykisk hälsa som en förmåga att arbeta och älska. Motsvarigheten hos barn är att leka, lära och ha nära relationer (Johnsen Christie 1999, s.211).

Flyktingbarn - Enligt FN:s konvention om flyktingars rättsliga ställning, Genèvekonventionen från 1951, är en *flykting* en person som på grund av "välgrundad rädsla" för förföljelse, på grund av t ex ras, etnisk bakgrund, religiös och/eller politisk åskådning, befinner sig utanför sitt land. Flyktingen är tvingad att resa eller fly på grund av rädsla för, eller verklig, förföljelse, förtryck, fängelse, tortyr eller förintelse pga krig och dess grymheter.

Med flyktingar avses i den fortsatta framställningen individer vars verklighet bättre definieras av trauman, förföljelse, faror, förlust, isolering, rotlöshet och flyktens dramatiska omständigheter. Begreppet *barn* används i en relativt vid omfattning i denna uppsats. I möjligaste mån har jag bortsett från företeelser som mycket åldersspecifikt hänför sig till en viss del av barndomen. Beroende på att de verksamheter respondenterna representerar sällan omfattar de minsta kan det dock sägas att barnbegreppet blivit något mer begränsat och är tänkt att stå för barn i åldrarna sju till arton år.

Risk- och skyddsfaktor – *Risk- och skyddsfaktorer* kan sägas vara ett motsatspar. Skyddsfaktor är något som fungerar skyddande, det vill säga som minskar risken för att barnet ska ta skada av mindre gynnsamma livssituationer. Det motsatta, riskfaktorerna, är däremot orsak till att problematiska förhållanden riskerar att utsätta barnet för skada. Dessa två begrepp står i ett nära förhållande till varandra, vilket kan belysas med hjälp av ett citat:

”Skyddsfaktorer modifierar risken för ett ogynnsamt utfall så att risken är mindre när skyddsfaktorn finns och större när skyddsfaktorn saknas. Utmärkande för skyddsfaktorer är att de medverkar till ett gynnsammare utfall just i närvaro av en risk; vid låg eller obefintlig risk spelar det ingen större roll för utfallet om skyddsfaktorn finns eller saknas. Enligt denna definition interagerar skyddsfaktorer alltså med riskfaktorer, dvs skyddsfaktorns inverkan är beroende av och varierar med risknivån” (Lagerberg & Sundelin 2000, s. 216).

Trauma – I den fortsatta framställningen är ordet *trauma* ofta förekommande. Trauma kan sägas vara en kris där yttre faktorer och/eller händelser drabbar personen. För flyktingar kan det t ex vara krig, tortyr och förföljelse (Dyregrov 1997).

PTSD – Genom denna uppsats används förkortningen *PTSD, posttraumatiskt stressyndrom*, som många flyktingar drabbas av. Kriterierna för PTSD är bl a att den drabbade ska ha varit utsatt för en traumatisk händelse som återupplevs på olika sätt, den drabbade undviker sådant som kan påminna om händelsen och uppvisar bestående tecken på överspändhet såsom koncentrations- och sömnsvårigheter. Störningen ska vara minst en månad och orsaka kliniskt signifikanta obehag eller försämrad funktion socialt, yrkesmässigt eller inom andra viktiga områden (Ekblad, Jansson & Svensson 1996). För en ingående studie av PTSD kan bla ”Möten i vården: transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården” av Ekblad, Janson och Svensson (1996) rekommenderas.

## **1.6 Metod**

Förutom litteraturstudier planerades att genomföra intervjuer. På grund av svårigheter kring hur intervjuer med flyktingbarn skulle kunna genomföras var beslutet ganska snart fattat att istället genomföra intervjuer med professionella som på olika sätt möter flyktingbarn i sin yrkesutövning. Svårigheterna som fanns kring intervjuer med enskilda barn skulle kunna vara bla bristande språkkunskap, vilket skulle leda till ett tvång att använda tolkar, något som inte skulle vara genomförbart, med tanke på undersökningens begränsningar. Att göra kvalitativa intervjuer valdes utifrån önskan om att förstå eller finna mönster (Trost 1993). Intervjuerna hade en relativt låg grad av standardisering, vilket också ibland kallas för halv- eller semistrukturerade intervjuer (Andersson 1985, Denscombe 2000). Med det menas att grunden för intervjun låg i intervjuguiden (se bilaga), men att intervjuerna till viss del anpassades utifrån vem som intervjuades. Frågorna blev inte exakt ordagrant återgivna i samma ordning i alla intervjuer, olika förklaringar av frågorna behövdes ibland för att tydliggöra dem, och



följdfrågor formulerades efter hand (Trost 1993; Andersson 1985). Detta val gjordes utifrån tanken att respondenterna innehade olika kunskap och hade delvis olika målgrupper för sin verksamhet. Därför blev intervjuerna ett försök att fånga in vars och ens specifika kunskap, snarare än att riskera att få ofullständiga eller intetsägande svar på många frågor.

### 1.6.1 Urval och tillvägagångssätt

Intervjurespondenterna valdes med utgångspunkt i att det skulle vara sex personer som i sin yrkesutövning kom i kontakt med flyktingbarn. Egna funderingar samt förslag från omgivningen ledde fram till att kontakt togs med just dessa personer; det var därför ett ganska styrt urval. Tanken var från början att bestämma en eller två respondenter som sedan skulle kunna ge förslag på ytterligare professionella att intervjua. Med tanke på tiden och rädslan att de som skulle intervjuas hade fullbokade scheman som inte tillät intervjuer förrän alltför sent ändrades dock den planen.

Istället bokades fem intervjuer in och den sjätte lämnades öppen för att mina kontakter på fältet skulle kunna ge förslag på vem den sjätte skulle bli.

Den första kontakten togs i de flesta fall per telefon, då en tid för intervjutillfället bokades in. Alla respondenter visade intresse för att bli intervjuade och gjorde sitt bästa för att kunna boka in intervjuer så snart som möjligt efter den första kontakten. Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser. Detta var till stor del ett praktiskt arrangemang, eftersom det gavs tillfälle att se arbetsplatsen, att respondenten kände sig hemma där, och framför allt att de inte behövde ödsla tid på att förflytta sig till någon annan plats. Alla intervjuer spelades in på band, och skrevs sedan ut ordagrant. Detta gjordes för att lättare kunna se mönster i svaren samt för att minimera risken för att felcitera respondenten.

Vid intervjutillfället lämnades ytterligare information kring uppsatsämnet, och ett informationsblad lämnades också över efter intervjun.

Då de intervjuade är professionella inom området, och har stor och värdefull kunskap som i denna uppsats inte ska kritiskt granskas eller ifrågasättas, är respondenterna inte anonyma, vilket inte heller efterfrågades av någon av respondenterna.

De som intervjuades var:

- **Marie-Louise Lundberg**; psykolog och enhetschef för teamet för krigs- och tortyrskadade (TKT).
- **Marie-Louise Zaar**; kurator på högstadiet vid Rosengårdsskolan.

- **Anita Johansson**; kurator vid Jörgen Kocksgymnasiet i Malmö.
- **Gun Johansson-Dahl**; kurator vid den barnpsykiatriska mottagningen utlokaliserad till Rosengård i Malmö.
- **Barbro O'Connor**; psykolog vid Röda Korsets Rehabiliteringscenter för tortyr- och krigsskadade flyktingar i Malmö.
- **Bertil Olsson**; enhetschef vid Migrationsverket i Alvesta.

### 1.7 Etiska överväganden

Det var delvis även utifrån den etiska utgångspunkten som valet gjordes att inte intervjua flyktingbarn. Det etiska övervägandet innehåller också tankar kring att de barn som kommer hit nu har många traumatiska erfarenheter, och det skulle kunna vara känsligt att intervjua dem med tanke på vad som kan komma upp till ytan och som barnen efter intervjuerna skulle bli lämnade ensamma med. Strävan har under hela arbetets gång varit att få fram en så aktuell bild så möjligt av problemet, och därför har det inte varit aktuellt att intervjua vuxna som kom till Sverige som barn. Svårigheter med språket skulle förhoppningsvis ha varit avhjälpta, men en vuxen persons tankar kring något som hände för några tiotal år sedan kan starkt ha färgats av erfarenheter och tankar som väckts i efterhand. Dessutom motsvarar den grupp som kom hit för exempelvis tjugo år sedan inte den grupp barn som anländer till Sverige idag.

### 1.8 Litteratur

I litteratursökningen har utgångspunkten varit att finna tillgänglig litteratur som behandlar samma eller liknande ämnesområden som uppsatsen. Litteratursökningar har gjorts på Malmö Stadsbibliotek, Malmö Högskolas bibliotek samt på Lunds Universitetsbibliotek. Dessutom har litteratursökningar genomförts via Internet, i t ex olika tidningars databaser. Ord och begrepp som använts som sökord har varit bla flyktingbarn, flyktingbarns hälsa, motståndskraft och skyddsfaktorer/riskfaktorer. Även vidare sökningar har gjorts med grund i referenslistor och lästips i litteratur. Oavsett tillvägagångssättet har målet varit att finna så aktuellt material som möjligt, och en del litteratur har därför automatiskt gallrats bort.

### 1.9 Metodkritik

I arbetet med att formulera frågor till intervjuguiden blev de flesta frågor föremål för omformuleringar, strykningar och tillägg ett flertal gånger. I ett försök att få fram bakgrundsinformation ställdes några frågor om arbetsplatsens verksamhet, verksamhetens

målgrupp samt respondentens roll i verksamheten. Därefter följde frågor som mer direkt skulle kunna knytas till uppsatsens syfte. Antalet frågor som användes visade sig vara lagom många, då intervjutiden var satt till ungefär en timme. I realiteten varierade intervjutiden mellan 45 och 75 minuter. Detta belyser svårigheterna med att beräkna hur lång tid varje fråga tar att besvara, men säger ändå något om att antalet frågor var väl avpassat till intervjutiden.

Vid en granskning efteråt, med facit i hand, kan brister upptäckas i intervjuguiden. Kanske borde några av de sista frågorna, som främst inriktades på uppfattningar kring risk- och skyddsfaktorer, inte ställts så öppna. Resultatet hade då blivit att det hade varit enklare att dra paralleller mellan de olika intervjuerna. Samtidigt gav denna öppenhet en flexibilitet som kunde medföra fördelen att frågorna kunde fånga in en större bredd av information.

### **1.9.1 Reliabilitet/validitet**

De båda begreppen reliabilitet och validitet härstammar från kvantitativ metodologi, så i samband med en kvalitativ studie blir dessa lite annorlunda. Det kan te sig aningen tveksamt att kvantitativt mäta reliabilitet och validitet vid en kvalitativ studie (Trost 1993). Tanken är dock ändå att intervjuerna och den övriga datainsamlingen ska ske så att data blir tillförlitliga och adekvata.

Det kan dock nämnas i detta sammanhang att det finns en risk vid personliga intervjuer att det kan vara svårt att uppnå total objektivitet, vilket gör att reliabiliteten kan ifrågasättas. Det är alltid så att intervjuarens och kontextens inverkan har en effekt på resultatet (Denscombe 2000).

En hög tillförlitlighet (reliabilitet) innebär att mätinstrumentet ger samma data gång efter gång, dvs om i detta fall intervjuguiden är konsekvent och pålitlig. Validiteten däremot anger i vilken utsträckning som forskningsdata och metoder att erhålla data kan anses vara exakta, riktiga och träffsäkra (Denscombe 2000).

Med anledning av det som redovisats om reliabilitet och validitet skulle följande slutsatser kunna dras:

Det är svårt om inte omöjligt att helt tillförsäkra denna undersökning full reliabilitet. Utifrån att det skiftade mellan de olika intervjuerna hur nära sammankopplade svaren var med frågorna kan det uppstå tankar kring tillförlitligheten, och huruvida samma intervjuguide i andra sammanhang skulle ge samma resultat. Det kan dock noteras att svaren trots frågornas öppenhet ofta kretsade kring samma ämne, vilket skulle kunna utgöra uttryck för ett slags reliabilitet.

Även validiteten kan ifrågasättas beträffande att använda resultaten till en generalisering över hur situationen är för alla flyktingbarn. På en del ställen görs generaliseringar, som i ett större sammanhang skulle kunna visa sig vara felaktiga. Helt uppenbart är det i alla fall att ett begränsat antal respondenter inte kan ge en heltäckande bild av hur det ser ut för alla flyktingbarn i hela landet. Därför görs inga anspråk på att uppsatsen ger en heltäckande bild av hur det ser ut för alla flyktingbarn.

## **2. TIDIGARE FORSKNING**

### **2.1 Barns reaktioner på krig och trauma**

Barnens egna behov som just barn kräver uppmärksamhet, och det är viktigt att tänka på att deras symtom ibland tar sig andra uttryck än vuxnas. I flyktingfamiljerna i Sverige idag är många barn inte bara barn i flyktingfamiljer, utan flyktingar själva. De kan ha haft egna skrämmande upplevelser av krig och förföljelse innan de kom till Sverige. Om de ska kunna få den hjälp som krävs räcker det inte att endast hjälpa deras föräldrar eller deras familj (Pålsson, Hjern & Ryman 1995).

Det finns ett stort antal studier som redovisar att ungefär 10 % av flyktingbarnen efterfrågar barnpsykiatrisk hjälp eller har så alarmerande symtom att de anses behöva barnpsykiatrisk hjälp. I de flesta rapporter anges 40-50 % av de undersökta invandrabarnen lida av psykisk ohälsa i meningen sårbarhet eller risk för problem på längre sikt. Mycket talar för att de flesta, eller kanske alla flyktingbarn drabbas, men på olika sätt. Frågan blir i vilken utsträckning skillnaderna i symtom beror på olika upplevelser eller på olika sätt att uttrycka upplevelser (Socialstyrelsen 2000).

De äldre barnens reaktioner liknar de vuxnas, medan de små barnen tidigare drabbas av sorgen över allt de lämnat. Barnen har också mindre ofta än vuxna "flashbacks", dvs plötsliga visuella minnesbilder knutna till våldet, menar Brandell-Forsberg (1991). Andra menar att revisualisering i form av flashbacks tycks utgöra den starkaste reaktionen på traumatiska upplevelser hos barn (Ekblad, Janson & Svensson 1996). Oavsett om det är just i form av "flashbacks" eller inte pekar den mesta litteraturen mot att det är karakteristiskt för barntrauman att det främst är via synen som barn återupplever det de varit utsatta för. Detta tycks vara fallet också om händelsen inte varit specifikt visuell (ibid).

Ofta beskrivs också symtomen hos flyktingbarn och ungdomar som "tysta" och inåtvända (Socialstyrelsen 2000). De vanligaste förekommande symtomen är ökat föräldraberöende, ängslan, rädsla, irritabilitet, aggressivitet, överreaktion, koncentrationssvårigheter, fobiska

reaktioner, framtidspessimism, regressiva symtom, depressiva symtom, undvikande reaktioner samt psykosomatiska symtom som andningssvårigheter, magsmärtor, matvägran, sömnsvårigheter och huvudvärk (Brandell-Forsberg 1991; Ekblad, Janson & Svensson 1996). Typiska reaktioner på PTSD hos barn är de påträngande bilderna, men även andra sinnesintryck i form av lukt, beröring och ljud förekommer (Ekblad, Janson & Svensson 1996).

Barn som varit utsatta för traumatiska händelser får också ett begränsat tidsperspektiv, de känner misstro och skepsis mot andra människor och de generaliserar till hela grupper av människor. Ett exempel på det senare kan vara att de inte litar på människor i uniform (ibid). Allvarligast är det för de barn som avskärmar sina känslor, resignerar och anpassar sig. De antar ett slags vuxen identitet, vilket innebär att de blir symtomlösa, mimikfattiga och ser ”gamla” ut (Brandell-Forsberg 1991).

I Sverige är erfarenheterna från de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna att många invandrar- och flyktingfamiljer söker sig dit och är i behov av hjälp. Statistik från Stockholms län har dock visat att barn och ungdomar med utländsk bakgrund och deras familjer söker barnpsykiatrisk vård mer sällan och senare än svenska familjer. När de söker är deras problem allvarligare, vilket leder till att de erbjuds en första besökstid snabbare än svenska familjer. Ett fåtal av familjerna söker hjälp på eget initiativ; istället har de flesta hänvisats dit av andra hjälpare (Socialstyrelsen 2000).

## **2.2 Motståndskraft och skyddsfaktorer**

Det är inte alltid givet att en faktor fungerar som skyddsfaktor eller som riskfaktor, eftersom samma faktor ibland kan fungera som det ena, ibland som det andra. Kön är en sådan faktor som kan vara både en skydds- och en riskfaktor, beroende på livsskede. Skyddsfaktorer kan fungera kumulativt, dvs en anhopning av skyddsfaktorer kan bidra till ett gynnsamt utfall (Lagerberg & Sundelin 2000).

Generellt sett kan man se två grundläggande faktorer som verkar vara avgörande för hur flyktingbarnen klarar sig. Det är dels den biologiska motståndskraften, dels tryggheten med de närmaste (Ekblad, Janson & Svensson 1996). Misshandel eller sexuellt utnyttjande tidigt i livet hindrar barnet från att utveckla den kompetens som är grunden för all motståndskraft (Dyregrov 1997).

I Almqvists (1997) studie av risk- och skyddsvariabler hos iranska flyktingbarn fann man tre signifikanta korrelationer. Ökad sårbarhet var vanligast hos pojkar, för barn att ha varit utsatta för svår traumatisk stress var associerat med detsamma hos föräldrarna samt att

disharmoniska äktenskap var associerade med sämre mental hälsa hos modern. Det visade sig vidare att emotionellt välmående moder samt inga rapporterade tecken på sårbarhet hos barnet före upplevelsen av krig och politiskt våld var de båda faktorer som hade starkast samband med emotionellt välmående hos barnet vid det andra undersökningstillfället (Almqvist 1997).

### **2.2.1 Barnets egenskaper**

Det finns en mängd olika egenskaper hos ett barn som kan fungera skyddande.

Egenskaper som kan vara skyddande för barnet är till exempel att vara nyfiken, utåtriktad, flexibel, populär, självständig, tålig, ihärdig och att vara realistisk. Barn som har självförtroende, humor, livslust och livsmål, förmåga att ta tillvara mänskliga resurser i omgivningen, förmåga till goda minnesbilder, intellektuell förmåga, förmåga att förstå vad som sker, förmåga att lösa problem och vilja att allt ska bli bra är behjälpta av dessa skyddsfaktorer. Det kan också fungera skyddande att ha en sådan personlighet som kräver eller utlöser andras hjälp och omsorg (Socialstyrelsen 2000; Dyregrov 1997; Lagerberg & Sundelin 2000). Erfarenheten visar att det är viktigt för barn att kunna vara aktiva i livssituationer med mycket stress, då det förhindrar känslan av att vara utlämnade till den passiva vanmakten (Angel & Hjern 1992).

Utåtriktade barn verkar kunna hantera kritiska situationer på ett bättre sätt än inåtvända barn. Det hänger troligtvis samman med att de utåtriktade barnen har en förmåga att mobilisera och tillgodogöra sig stöd från sin omgivning, dessutom kan de utåtriktade barnens optimism vara till god hjälp. Samtidigt är utåtriktning en egenskap som också kan utgöra en riskfaktor eftersom den bidrar till att barnet söker flera situationer som i sig eller tillsammans kan utgöra en fara (Dyregrov 1997).

### **2.2.2 Föräldrar, syskon och övrigt nätverk**

Redan när barnen är mycket små läggs grunden för hur väl föräldrarna kan fungera skyddande för barnen. En viktig skyddsfaktor under den tidiga barndomen är just den trygga anknytningen (Dyregrov 1997). Föräldraförmågan är ofta starkt betonad som den viktigaste faktorn för psykologisk sårbarhet eller motståndskraft hos barn under krig och i andra farliga situationer (Almqvist 1997). Barn har lättare att utstå svåra trauman om de är väl omhändertagna av fungerande föräldrar (Ekblad, Janson & Svensson 1996).

När familjen har flytt utgör den egna familjen flyktingbarnets viktigaste stöd och utgör under den första tiden i det nya landet dess sociala värld. Därför kan påfrestningar inom familjen av olika slag, t ex skilsmässa, ett nytt syskon eller sjukdom slå mycket hårt mot barn under den första tiden i exil (Angel & Hjern 1992).

Eftersom de flesta föräldrar i flyktingfamiljer är offer för organiserat våld och kan lida av PTSD kan det antas att nedsatt föräldraförmåga är relativt vanligt i denna typ av familjer, i alla fall vid ankomsten till det nya hemlandet (Almqvist 1997).

Hur föräldrarna reagerar i samband med de traumatiska upplevelserna blir också viktigt för barnet. Om föräldrarna överreagerat, uppvisat stor oro och osäkerhet eller varit handlingsförlamade vid händelsen blir barnen mer ångestfyllda (Dyregrov 1997). Prognostiskt viktigt för barnen är föräldrarnas möjligheter att ge barnen skydd och tröst, dvs att orka vara föräldrar (Brandell-Forsberg 1991).

Andra faktorer som rör familjeförhållandena är familjesammanhållning, god hälsa hos modern, att det finns en familjeförsörjare samt hög socialgrupp (Lagerberg & Sundelin 2000). Graden av stöd från familj och vänner är avgörande för hur barnen klarar sig igenom tiden under och efter en traumatisk situation. Här är det inte bara närstående och vänner som kan vara av betydelse, utan även den hjälp barnen får från personal på daghem och skola (Dyregrov 1997). Att ha en nära relation till någon vuxen är mycket viktigt för utsatta barn. Om den ena föräldern är psykiskt sjuk är det om den andra föräldern klarar av att stödja barnet som är avgörande för hur barnet mår. Skulle båda föräldrarna svikta i en familj är det just den starka relationen till någon utanför familjen som kan hjälpa barnet genom en svår tid. Kvaliteten, snarare än kvantiteten, i relationerna är avgörande. Det är dock så att barn med fler människor kring sig har lättare att finna starka stödpersoner (Angel & Hjern 1992).

Barn påverkas starkt av sina föräldrar och dessa är mycket viktiga för barnet, men vissa författare trycker på att det också är avgörande vilken förälder som mår sämst. Almqvist (1997) visar att dålig mental hälsa speciellt hos modern associeras med nedsatt välmående hos barnet. Även Kristal-Andersson (2001) menar att utvecklingen till psykisk hälsa hos barn och tonåringar som upplevt krig och politiskt våld och nu lever i exil i synnerhet beror på modern. Båda påpekar dock att också fadern och syskonen kan ha en viktig roll.

### **2.2.3 Situations- och exponeringsfaktorer**

Erfarenheter som är plågsamma just när de inträffar behöver inte bara vara av ondo. De kan också ha en skyddande effekt. Det blir ungefär samma resultat som att immunitet mot infektioner uppstår när individen utsätts för dem och klarar dem, dvs ett slags vaccination (Lagerberg & Sundelin 2000).

Eventuella förvarningar som barnet upplevt om det som sedan hände, hur lång förberedelse tid barnet hade på sig innan händelsen inträffade, hur svårt det är att förstå och förhålla sig till

situationen och inte minst hur stark själva händelsen var för barnet är situationsfaktorer som påverkar barnets traumatiska reaktioner (Dyregrov 1997).

Situationsfaktorer som påverkar utvecklingen av posttraumatiska problem hos barn innefattar bland annat direkt livshotande händelser, att bli vittne till andras mycket svåra skador eller otäcka död och att tvingas lyssna till obesvarade rop på hjälp. Ungdomar som oroat sig för sina yngre syskon efter en katastrof har rapporterat om fler psykiska och somatiska problem än de som inte varit oroliga. Också barn som separerats från sina föräldrar under ett räddningsarbete uppvisar högre grad av "sjuklighet" än andra barn (ibid).

Flyktningbarnens livsöden är nära sammankopplade med historien och de politiska krafter som bestämmer den. Därför är det viktigt för barnen, liksom för vuxna, att kunna sätta in påfrestningarna i ett sammanhang, vilket har visat sig i undersökningar i flyktingläger runtom i världen (Angel & Hjern 1992).

En av de viktigaste skyddande faktorerna i det nya landet är att komma in i ett normalt socialt liv i exilen. För barnet kan det betyda att komma in i en ny gemenskap, att få vänner, att vänja sig vid livet i skolan och få hjälp att integreras i den nya kulturen. Att kunna använda naturliga och gemenskapsbaserade läkningsprocesser, såsom lek, idrott, drömmar och sorgeritualer samt att ha tillgång till sin sociala gemenskap och sitt sociala nätverk är andra viktiga skyddande faktorer (Ekblad, Janson & Svensson 1996).

Personer med tidigare traumatiska upplevelser kan efter adekvat stöd och bearbetning utveckla och få med sig en hjälp som ger dem bättre förmåga att hantera framtida trauman. Dessa erfarenheter kan ge upphov till skyddande mekanismer såsom bemästringsstrategier, positiva uppfattningar om den egna förmågan och nya färdigheter (Ahmad & Sundelin Wahlsten 1998).

## **2.3 Riskfaktorer**

På samma sätt som en anhopning av skyddsfaktorer kan medverka till ett gynnsamt utfall kan en anhopning av riskfaktorer bädda för ett mindre gynnsamt utfall (Lagerberg & Sundelin 2000).

### **2.3.1 Barnets egenskaper**

Ett barn med ett häftigt temperament, det vill säga ett impulsivt och utagerande barn som är intensivt och lynnigt i sina emotionella reaktioner, verkar ha större svårigheter efter stressfyllda händelser än ett barn med ett mildare temperament (Dyregrov 1997).



Andra riskfaktorer som kan sägas ligga i barnets egenskaper är om barnet är introvert, har en bristfällig mental beredskap och förberedelse, tidigare har lidit av ångest och/eller depression samt om barnet har genomlidit obearbetade kriser och trauman (ibid).

Likaså har det visat sig att barn med långvarig sjukdom eller regelbundna vredesutbrott under spädbarnsperioden verkar återhämta sig sämre från PTSD-symtom än de barn som inte haft dessa problem (Almqvist 1997).

En speciell riskgrupp är de barn som har psykiska problem när den traumatiska situationen inträffar. Även barn som redan före en traumatisk situation är ängsliga kommer att skrämmas lättare och därmed förstärka sin ängslan. De löper också större risk att utveckla posttraumatiska reaktioner än de som är mindre ängsliga (Dyregrov 1997).

### **2.3.2 Föräldrar, syskon och övrigt nätverk**

Man kan i allmänhet se att i de traumatiserade familjerna där de mest drabbade barnen finns, finns också de mest drabbade föräldrarna (Angel & Hjern 1992).

Även familjen i sig kan vara en tänkbar riskfaktor. Det kan vara familjemedlemmarna som står för de traumatiserande handlingarna (Dyregrov 1997). Barnet kan tappa förtroendet för alla vuxna människor i omgivningen, då de verkar opålitliga för barnet som ser vuxna föra bort, tortera, fängsla och avrätta andra vuxna människor efter sina egna okända lagar (Böhm 1994).

Föräldrarnas psykiska problem, arbetslöshet, drogmissbruk eller äktenskapliga svårigheter både ökar riskerna för traumatisering och försvårar möjligheten att bearbeta det som skett (Dyregrov 1997). Det har visat sig att icke-europeiska invandrare i Sverige, speciellt flyktingar, oftare skiljer sig än infödda svenskar. Äktenskapliga problem har setts leda till beteendestörningar, särskilt bland pojkar (Almqvist 1997). Föräldrars arbetslöshet samt låg socialgruppstillhörighet är riskfaktorer som kan få till exempel hälsoproblematiska följder (Lagerberg & Sundelin 2000).

Det finns föräldrar som gör sig beroende av barnen och försvårar för dem. De föräldrar som inte tillåter barnen att regrediera efter ett trauma eller som inte klarar av att öppet uttrycka och tala om traumat kan försvåra barnens situation ytterligare (Dyregrov 1997).

Om barnen dessutom har få vänner och familjerna bristfälliga sociala nätverk i övrigt förstärks riskfaktorerna (ibid).

Det bildas många gånger en särskild dynamik i flyktingfamiljer. Barn kan börja tvivla på att det som hände faktiskt har hänt, eftersom föräldrarna uppför sig som om det inte har inträffat.

Barn utvecklar delvis sin uppfattning om verkligheten genom föräldrarnas bekräftelse av vad som är verkligt och vad som är fantasi. Därför kan barn få svårigheter att bearbeta det psykiska traumat om denna tystnad kring traumat råder. Nästa steg i processen är att föräldrarna då börjar tvivla på att deras barn kommer ihåg vad som hänt. Deras reaktion blir då att undvika att ta upp samtalsämnet för att inte själva vara orsaken till barns retraumatisering (Almqvist 2000).

Ovanstående process kan präglas av det som kan kallas den dubbla tystnaden. Det är dels en tystnad utåt i ett försök att inte låtsas om, att inte låta någon veta vad som hänt, dels en tystnad inåt som blir ett försvar mot den stora smärtan. Att tala om de hemska upplevelserna gör ont, och föräldrarna har en vilja att skona sina barn från samma lidande (Böhm 1994).

Ett annat begrepp i sammanhanget är ”tystnadens konspiration”, vilken definieras som att barnen i en del familjer aldrig får de förklaringar som de behöver för att kunna förstå varför mamma och/eller pappa aldrig är glada på samma sätt som andra vuxna. Barnen tar då lätt på sig skulden. Det finns studier som knyter detta till ett dåligt självförtroende och ett dystert framtidsperspektiv i vuxen ålder (Pålsson, Hjern & Ryman 1995). Att ha en öppen kommunikation omkring traumatiska händelser har ett tydligt samband med bättre motståndskraft och en överhuvudtaget bättre situation för barnens del (Dyregrov 1997).

### **2.3.3 Situations- och exponeringsfaktorer**

Mycket tyder på att graden av exponering är avgörande för traumats effekter på kortare såväl som på längre sikt (Raundalen & Dyregrov 1994). Ett trauma orsakat av människor drabbar hårdare än en naturkatastrof. Ju närmare händelsen är till en självy, desto troligare är det att symtom framkallas. Påfrestningar som medför förlust av liv är skadligare än de som inte gör det (Angel & Hjern 1992). Våldsforskning har också visat att närheten till våldet, dess varaktighet och grad av brutalitet utgör viktiga riskfaktorer, vilket även gäller fysiskt tvång, uttalat hot under våldsepisoden, vad barnen konkret sett samt vilken relation barnet har till förövaren (Dyregrov 1997).

Både bland vuxna och barn verkar det finnas en direkt relation mellan dosen av traumatisk stress som den drabbade varit utsatt för och svårigheten i PTSD-symtomen (Almqvist 1997).

Barn som direkt reagerar starkt känslomässigt tenderar att utveckla allvarligare posttraumatiska problem än de barn som uppvisar mindre intensiva reaktioner i den akuta situation (Dyregrov 1997).

Migrationsbakgrund utgör en riskfaktor för psykisk ohälsa och sociala problem. Familjesplittring, förlust av familjemedlemmar och kamrater, psykisk eller fysisk ohälsa hos

föräldrar, traumatiska uppbrott, våld, hot, isolering, förlust av struktur i vardagen, avbrott i skolgång, språksvårigheter och konflikter i familjen är några av de omständigheter före, under och efter migrationen som innebär psykosociala påfrestningar (Socialstyrelsen 2000).

## 2.4 Genusaspekten

Huruvida manligt eller kvinnligt kön förstärker barnets chanser att anpassa sig är omtvistat.

Undersökningar visar vanligtvis beträffande reaktioner som ångest och depression att flickor upplever fler problem och svårigheter än pojkar (Dyregrov 1997). Ser man däremot till beteendestörningar och konflikter med omgivningen uppvisar pojkarna fler problem än flickorna. En slutsats skulle därför kunna vara att flickor får emotionella problem, medan pojkar uppvisar fler beteendestörningar. Skillnaderna är också tydliga beträffande att ta kontakt med andra för att prata om det som skett vilket är betydligt vanligare att flickor gör (ibid). Vänner kan vara samtalspartners som flickor söker. Pojkarna "använder" inte ofta sina vänner på samma sätt. Inte heller söker de tröst hos föräldrar i samma utsträckning som flickor (ibid).

Den typ av stöd och hjälp som professionell personal rekommenderar, sk involveringsstöd, har också visat sig vara den hjälp flickor föredrar. Involveringsstöd betyder att man delar med sig av sina egna erfarenheter vid krissituationer och ger varandra stöd genom att tala om händelsen. Pojkar brukar däremot förespråka distanseringsstöd, vilket innebär att man försöker hålla den svåra situationen på avstånd genom att tala om annat och låtsas som om ingenting har hänt. Pojkarnas reaktioner är problematiska då experter menar att dessa kommer att leda till större svårigheter för pojkarna med tiden (ibid).

Raundalen & Dyregrov (1994) har noterat en generell tendens, som dock ej är vetenskapligt belagd, att det inom många kulturer är männen som "bestämmer" att man helst inte ska tala om händelser som berört familjen eller någon av dess medlemmar. Författarnas observationer ger en bild av att barnen, i synnerhet flickorna, kan tala med varandra om allt. Det är en kommunikation som kan spela en viktig roll när kontakten med de vuxna inte fungerar (Raundalen & Dyregrov 1994).

Beträffande ålder i samband med kön förefaller kvinnligt kön vara en skyddsfaktor före adolescensen, medan manligt kön förefaller vara det under adolescensen. En del av förklaringen till skillnaderna i rapporterad psykisk ohälsa kan vara att små pojkar med svårigheter agerar ut och syns, medan flickor generellt är följsamma och tysta. Pojkarna dominerar i antal på de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna i Sverige i åldrarna upp till

tolv år, medan flickorna dominerar efter tolv års ålder. Denna tendens är densamma bland flyktingbarn som bland svenska barn (Socialstyrelsen 2000; Almqvist 1997).

### 3. RESULTATREDOVISNING

#### 3.1 Presentation av respondenter

- **Anita Johansson**; kurator vid Jörgen Kocksgymnasiet i Malmö. Det finns två kuratorer vid Jörgen Kocksgymnasiet. Anita Johanssons ansvarsområde är livsmedelsprogrammet, IV-livsmedelsprogram (gymnasieprogram individuellt val), IV-eleverna samt det som kallas specialklasser. Tidigare var Jörgen Kocksgymnasiet en del av den större Värnhemsskolan, och även under den tiden arbetade Anita Johansson som skolkurator. En stor del av de elever som gick på Värnhemsskolan, och även de elever som nu går på Jörgen Kocksgymnasiet, är ungdomar med utländsk bakgrund. Eleverna på skolan är i stort sett ungdomar i åldrarna femton till nitton år.
- **Gun Johansson-Dahl**; kurator på den barnpsykiatriska mottagningen utlokaliserad till Rosengård. Denna mottagning hör till barnpsykiatrin på MAS. Det är en öppenvårdsmottagning. Målgruppen är barn upp till arton år med barnpsykiatriska symtom. Upptagningsområdet är stadsdelarna Husie och Rosengård, två mycket olika stadsdelar sett till befolkningssammansättningen.
- **Marie-Louise Lundberg**; psykolog och enhetschef för teamet för krigs- och tortyrskadade (TKT) i Malmö. TKT:s övergripande målsättning är att behandla flyktingars psykiska skador till följd av krig och tortyr. Teamet tar emot barn, ungdomar samt deras föräldrar som direkt upplevt krig och tortyr. Psykoterapi är den största delen av verksamheten, men man erbjuder också viss medicinsk konsultation och behandling gällande somatiska besvär till följd av krig och tortyr. Även på TKT är målgruppen barn upp till arton år.
- **Barbro O'Connor**; psykolog på Röda Korsets Rehabiliteringscenter för tortyr- och krigsskadade flyktingar i Malmö. Centret tar främst emot de flyktingar i Region Skåne som har uppehållstillstånd, men tar även i viss mån emot asylsökande. Det finns tre andra centra i Sverige som Röda Korset har med den här inriktningen. På Röda Korsets rehabiliteringscenter arbetar man dels med individuella behandlingar, dels med gruppbehandling. Den ungdomsgrupp som finns på Röda Korset är till för ungdomarna i åldrarna mellan sexton och tjugosex år.

- **Bertil Olsson**; enhetschef vid Migrationsverket i Alvesta. Migrationsverket är uppdelat på olika regioner. Migrationsverket i Alvesta är Migrationsverkets enda barn- och ungdomsverksamhet i södra Sverige, och ansvarar därmed för alla ensamkommande barn och ungdomar upp till arton år som bor i Skåne, Blekinge, Småland och Öland. I Alvesta finns också ett anläggningsboende för barn och ungdomar som inte bor med eller har någon släkting i Sverige. Idag finns lite drygt 40 barn som bor i Alvesta och drygt 70 barn som bor ute i olika kommuner i de ovannämnda landskapen.
- **Marie-Louise Zaar**; kurator vid högstadiet på Rosengårdsskolan. Högstadiet består av klass sex till nio och i stort sett är det tre klasser i varje årskull. Dessutom finns fem förberedelseklasser på olika nivåer. Förberedelseklasserna kan ta emot barn som kommer direkt från sina hemländer. Genom att de går igenom de olika nivåerna inom förberedelseklasserna är tanken att de sedan ska kunna slussas ut i den ”vanliga” skolan. Högstadieläverna är i stort sett i åldrarna mellan tretton och sexton år.

Respondenternas uppfattning är att de största grupperna flyktingbarn som blir uppmärksammade inom deras verksamheter är från f d Jugoslavien, Irak, Afghanistan samt barn från olika delar av Afrika. Detta stämmer ganska väl överens med vilka flyktingar som kommer till Sverige. Därmed är det ett genomsnitt av dem som kommer till Sverige som behöver hjälp, det vill säga ingen nationalitetsgrupp är överrepresenterad.

De flesta barn söker hjälp på grund av att de eller deras föräldrar är krigsskadade och/eller att de lider av PTSD eller depressioner. Det slags problem som blivit aktuella i massmedia då barnen hamnar i kulturkrockar upplevdes främst av de båda skolkuratorerna.

De barn som respondenterna kommer i kontakt med är främst barn som lever i familjer där föräldrarna är gifta, och många har också syskon. Några är kanske på väg att bilda egen familj, men det är i stort sett bara Bertil Olsson på Migrationsverket som kommer i kontakt med de helt ensamma barnen och ungdomarna. Det skulle kunna ha en förklaring i att de barn som placeras ut i kommuner utanför Alvestas anläggningsboende ofta får något slags familjehemsplacering. Det kan bland annat vara att de placeras hos syskon eller andra släktingar som kommit till Sverige tidigare. Trots det verkade det som om respondenterna oftast kommer i kontakt med barn med biologiska föräldrar, där de flesta, som nämnts ovan, är gifta och sammanboende om inte den ena föräldern avlidit i kriget.

### 3.2 Behandlingsalternativ

I intervjuerna framkom att de flesta barn/familjer får hjälp från de olika instanserna på grund av att de blivit uppmärksammade av andra och därmed skickade via remiss från t ex skola, socialtjänst, sjukvård eller psykiatri. Det kunde också vara så att patienterna fått tips från vänner som redan hade kontakt med det berörda stället. Det var mest utpräglat för skolkuratorerna att barn självmant sökte sig till dem.

Att de flesta inte själva söker hjälp kan ha olika orsaker. Exempelvis skulle det kunna vara att flyktingfamiljer inte är så insatta i det svenska samhället och därför inte vet var man ska söka hjälp, vilket kan styrkas av att särskilt Johansson-Dahl upplevde att det var de mest etablerade flyktingfamiljerna som själva sökte hjälpen. Med etablerade flyktingfamiljer menade hon familjer där föräldrarna bott en längre tid i Sverige, behärskar det svenska språket och har arbete. Både Johansson-Dahl och Zaar hade dock uppfattningen att det inte är dessa familjer de möter på Rosengård, eftersom det tycks finnas en tendens att när flyktingfamiljerna kommit så pass långt in i det svenska samhället bor de inte kvar på Rosengård.

En annan aspekt kring varför inte familjerna själva söker hjälp som framkom i flera intervjuer var att de trodde att det ansågs negativt att söka psykiatrisk hjälp; att man ”inte kan vara riktigt klok” om man söker den sortens hjälp. Det var inte heller ovanligt att patienterna i första hand sökte för olika somatiska symtom, som magont, huvudvärk etc.

Värt att notera i detta sammanhang är också att det framkom under intervjuerna med Marie-Louise Lundberg och Barbro O'Connor att teamet för krigs- och tortyrskadade samt Röda Korset rehabiliteringscenter hade sex respektive tolv månaders kötid. Om ett akutärende blir aktuellt på TKT hänvisas familjen därför ofta till ett av de andra teamen inom BUP.

Intervjurespondenterna anger att de i behandlingen av barnen inte använder någon speciell metod, eller har någon särskild teoribildning som grund. Däremot kunde de använda inslag av kognitiv terapi, delar av den lösningsfokuserade modellen, kreativa modeller och mycket arbete utgick från en psykodynamisk grund med existentiella inslag. På teamet för krigs- och tortyrskadade var det dock tydligast att personalen till stor del använder en metod som kallas FEED (Fokuserad Emotionell Edukativ Debriefingbaserad traumaterapi). FEED är en metod som lämpar sig för kortare behandlingstider och fokus är på traumat. Det edukativa i metoden tar sig uttryck i att man samtalar om vad PTSD är och att PTSD kan kännas som om patienten håller på att bli tokig, men att detta inte är fallet. Samtidigt som metoden kan sägas handla om att återuppleva traumat, att tala om det som hänt, försöker man under varje samtal också samtala om det som var innan och också om det som ligger i framtiden.

*Beroende på hur barnen mår är de mer eller mindre mottagliga för det. Som vad vill du bli när du blir stor. I något skede kanske de bara rycker på axlarna. Jag kommer aldrig att bli stor, säger de. De har liksom inga framtidsutsikter. De är så kliniskt djupt deprimerade så de har ingen framtidstro över huvudtaget.*  
(Marie-Louise Lundberg)

Även på Röda Korset används bl a en speciell metod i behandlingen som kallas basal kroppskännedom. Det är en aktiv form av sjukgymnastisk behandling, där man ska lära känna sin kropp och få balans i kroppen. Patienterna får också lära sig om avspänning. Basal kroppskännedom kan man arbeta med både individuellt och i grupp. Detta kombineras ofta på Röda Korsets Rehabiliteringscenter med samtalsbehandling.

De båda skolkuratorerna remitterade ofta elever vidare till t ex socialtjänsten och barnpsykiatrien. Att skicka elever till någon annan instans uppfattar de båda skolkuratorerna ofta som frustrerande eftersom de då inte har samma möjlighet att följa eleverna. Dessutom upplevdes de långa väntetiderna som ett stort hinder. Även från Migrationsverket remitterade man barnen vidare till barnpsykiatrien när barnen ville ha hjälp av annan karaktär än vad Migrationsverkets myndighetsutövande handläggare kunde ge. Olsson menade att alla som ville fick barnpsykiatrisk hjälp, men uppfattade det dock som om det inte var majoriteten av barnen som tog emot sådan hjälp.

Röda Korset, TKT och BUP remitterar däremot inte vidare om det inte rör somatiska undersökningar. I vissa fall remitteras det också vidare till andra delar inom psykiatrien. Det kan ske om det är ett fall som inte lämpar sig för en öppenvårdsmottagning, t ex om det är en patient som lider av en personlighetsstörning som funnits redan före traumat, om det är en akut självmordssituation eller att det finns hot med i bilden.

### **3.3 Genusaspekten**

De flesta respondenter uppger att det är ganska jämn könsfördelning bland dem som söker hjälp. De som skiljde sig från övriga var Johansson-Dahl på BUP på Rosengård som anser att det är en överrepresentation av pojkar samt Marie-Louise Zaar på Rosengårdsskolan som upplever en överrepresentation av flickor. Enligt Bertil Olsson på Migrationsverket finns det en klar överrepresentation av pojkar bland de barn som kommer utan vårdnadshavare eller annan vuxen till Sverige.

*Jag tror att en väsentlig anledning är kulturella betingelser i de länderna där barnen kommer ifrån. Det är dyrt att skicka barn. Man gör en stor investering om man inte har mycket pengar. Man ska betala smugglare, oftast flyger barnen och ska ha hjälp med falska handlingar och en massa sådana här saker som kostar mycket pengar. Då tror jag, det är en känsla jag har men inget jag kan vidimera statistiskt, många gånger att familjen kanske*

*väljer att satsa på den äldste sonen. /---/ Från vissa kulturer skulle de nog aldrig kunna tänka sig att skicka ut sin dotter utan sin pappa eller någon äldre bror eller släkting som följer med.*

(Bertil Olsson)

Det fanns skiftande uppfattningar bland respondenterna huruvida problemyttringarna skiljde sig mellan pojkarna och flickorna. Enligt flertalet stämde dock den grova generaliseringen att pojkarna uppmärksammas för att de blir utagerande och aggressiva, medan flickorna i första hand riktar problemen inåt. För flickornas del kan det t ex innebära att de blir deprimerade och lider av ätstörningar. Trots att detta är det klassiska synsättet på problemet, framkom att flickorna nu blir mer och mer utagerande. Tydligast är detta på Rosengårdsskolan.

*Tjejerna är väldigt mycket påframmarsch, med gängbildningar och att de är mycket mer utagerande och slåss. /---/ Jag hade en konflikt för ett tag sen när jag gick in och skulle försöka bryta, men det slutade med att tjejen stod och höll i mig för att kunna sparka den andra ännu hårdare...*

(Marie-Louise Zaar)

Zaar anser att anledningen till att tjejer blir mer och mer utagerande är en tendens man kan se i samhället i stort, men att problematiken kanske blir tydligare på Rosengård där konflikten mellan vad flickorna vill göra och vad flickorna får göra utifrån släktens godkännande är stark. Detta är en konflikt som pojkarna hanterar bättre. Istället menar Zaar att den tydligaste skillnaden mellan pojkar och flickor på Rosengårdsskolan endast är en del i det som brukar kallas utagerande och aggressivt beteende, nämligen användningen av droger och en därtill hörande kriminalitet.

### **3.4 Motståndskraft och skyddsfaktorer**

#### **3.4.1 Barnets egenskaper**

Bland de skyddsfaktorer som kan kopplas till barnets egna egenskaper återfinns i intervjuerna uttryck för att det finns barn som har det lättare, som är mindre sårbara än andra. Det kan t ex vara barn som har enklare för att knyta omsorgspersoner till sig och agerar på ett sådant sätt att vuxna lättare tar sig an dem. Det kan handla om att barn som är mer socialt "välanpassade", gör som vuxna säger, lyder, inte bråkar, uppför sig och pratar ordentligt blir bemötta på ett bättre sätt av vuxna. Vuxna kan reagera på barn som är utagerande genom att bli irriterade och utagerande själva. Det är, som Marie-Louise Lundberg påpekar, också ibland lättare för behandlingspersonal att "ta in ett traumatiserat barn under sin vinge och vilja beskydda den som är liten och bräcklig och som gråter och som berättar snyftande sina förfärliga historier än någon som är arg och svär och skriker och kastar saker på den vuxne".



### 3.4.2 Föräldrar, syskon och övrigt nätverk

Alla de professionella vars intervjuer ligger till underlag för uppsatsen håller med om påståendet att föräldrars hälsa/ohälsa är den främsta bidragande faktorn till hur barnet klarar anpassningen i sitt nya hemland. Däremot är det splittrade åsikter huruvida det är moderns eller faderns välmående som påverkar barnet mest.

*Om barnet har tvåföräldrar så är det viktiga att det finns en förälder som kan kompensera för den förälder som mår dåligt, och det är oavsett om det är mamma eller pappa. Det är mamman som barnet oftast är anknutet till från början, och då kan man ju tänka sig att det är så att mamman påverkar mer om hon är dålig. Men det är svårt att svara generellt på sådana frågor för det är så mycket som spelar in. Det finns pappor som kanske ofrivilligt har varit från familjen i många år, suttit fängslade eller varit i krig, och då har man kanske inte haft tillgång till pappa under många år. Så där är det klart att mamman är den som man varit hos under den tiden.*  
(Gun Johansson-Dahl)

Andra aspekter på skyddsfaktorer med familjeanknytning återfinns i tankar kring att det är viktigt att föräldrarna mår relativt bra, att ha föräldrar som orkar kämpa och att familjekonstellationen ser likadan ut som före kriget. Att ha haft en stabil barndom med trygghet före katastrofen och att inte över huvudtaget varit skild från föräldrarna är mycket viktigt. Även föräldrarnas utbildningsnivå framhålls som viktig för hur barnen anpassar sig till sitt nya hemland.

Värt att hålla fram är också problemen kring hur familjekonstellationerna ändras i Sverige. Fadern kan vara frånvarande eller komma till Sverige långt senare än resten av familjen, vilket medför stora förändringar i familjehierarkin både under tiden fadern är borta och när han så småningom återförenas med familjen. Det kan medföra att ett syskon, många gånger en son, "blir förälder" eller ska agera familjeöverhuvud. Dels kan pojkarna må dåligt av detta, dels påverkas resten av syskonskaran så att man ser sin bror som spion åt föräldrarna.

*Männen tappar greppet om familjen. Det som då händer rätt så ofta är att en äldsta son får huvudansvaret. Han för familjens talan; han kan kanske svenska bättre och det är han som får tolka i familjen. Det är också han som får ansvaret för sina systrar och att man ska behålla hedern eller hålla kvar familjestrukturen. De har ansvaret för att familjens tradition ska gå vidare. Det är vissa som har det så Det är ibland rätt så tufft för de här killarna, att klara det och att bära det.*  
(Anita Johansson)

I övrigt är syskonrelationer ofta något som verkar skyddande, anser de flesta respondenter, och att det för traumatiserade flyktingbarn kan vara särskilt viktigt att ha syskon som upplevt liknande saker och som alltid kan komma att finnas som ett stöd.

De ensamkommande barnen placeras i möjligaste mån hos släktingar eller syskon som redan finns i Sverige. Det kan dock uppkomma problem, för hur goda intentioner man som släkting

än har kan det vara svårt att t ex agera förälder åt ett syskon. Därför händer det att Migrationsverket får ta emot telefonsamtal från förtvivlade släktingar som upplever att situationen vuxit dem över huvudet. Oftast hjälper då också dessa släktingar till att få kontakt med barnets biologiska föräldrar så att det, om det är möjligt, kan återvända hem till dem.

### 3.4.3 Situations- och exponeringsfaktorer

Beträffande skyddande faktorer som har att göra med situationen påpekas många gånger att en av de avgörande faktorerna för hur barnet klarar sig är vilka upplevelser det har med sig, och att krigsupplevelser är en speciell riskfaktor.

En viktig skyddsfaktor är att barnen har en stabil grund att stå på, något slags grundtrygghet. Det kan variera mycket bland flyktingbarn huruvida man har den här grunden, mycket beroende på var de kommer ifrån.

*Om man ser på bosnierna, så finns det såklart variationer, men kanske många ändå har haft en rätt så bra barndom och har haft det fint och så. Sen har den här katastrofen hänt, men det finns någon slags grundtrygghet i familjen. Det tror jag är oerhört viktigt, för att man ska kunna tro på det nya samhället också. Men där man då ser att ungdomar kommer från omständigheter där det aldrig har varit vad man kallar ett normalt liv. Det har varit krigstillstånd eller förföljelse av olika slag hela tiden.* (Barbro O'Connor)

Det har också betonats att det är viktigt att barnen kan få ha kvar den grundtryggheten, att inte all tillit till andra människor försvinner när man utsätts för så hemska situationer som en del av barnen har varit med om.

Det ter sig som om dels vad barnet varit med om, dels hur integrationen i det svenska samhället fungerar som är de viktigaste situationsfaktorerna. Flertalet av respondenterna uppehöll sig under intervjuerna en del kring att det är vanligt med segregerade bostadsområden som kan vara svåra att ta sig ifrån. Det kan bli som att familjerna lever i en sorts subkultur i ett område där arbetslösheten och bidragsberoendet är högt.

*Jag brukar säga att Rosengård är som en stor cancer. I synnerhet här är det så många människor som far illa och mår dåligt. Det är så få överlevare jämfört med dem som är förlorare. Men det finns överlevare, och det finns människor som tar sig fram också. Det får man inte glömma...* (Marie-Louise Zaar)

### 3.5 Tankar kring strukturellt förändringsarbete

Det finns en nära koppling mellan skyddande situationsfaktorer och tankar kring det som kan kallas strukturellt förändringsarbete. Det kan bli ett utvecklingsarbete att försöka förändra

strukturella omständigheter i riskgruppen, utifrån att det skapas kunskap kring vilka situationsfaktorer som kan hjälpa barnet att anpassas till sitt nya hemland,.

Flertalet respondenter påpekar att integrationen misslyckats i det svenska samhället. I begreppet misslyckad integration läggs aspekter som att varken barnen eller föräldrarna träffar svenskar eftersom de bor i hårt segregerade bostadsområden, och att föräldrarna har svårt att få ett arbete och inte kommer in i samhället eftersom de ofta inte lär sig svenska.

*[Så länge de bor här på Rosengård] då kan jag inte se någon form av anpassning, över huvudtaget. Detta är inte Sverige. De får inte se någonting som har med Sverige att göra, mer än vårt rättssystem och våra normer vad det gäller bidrag. De träffar ju inte en svensk.*  
(Marie-Louise Zaar)

Detta hänger nära samman med olika förslag som uppkom hur mottagandet av flyktingbarnen skulle kunna förbättras. Att handläggningstiderna på Migrationsverket blir kortare, att föräldrarna lär sig svenska och får arbeten, att barnen kommer in i en normal verksamhet så snart som möjligt ifråga om skolgång, och att det finns personal kring barnen som förstår deras reaktionsmönster är omständigheter som framhålls, och där Sverige skulle kunna bli mycket bättre. Flera respondenter efterlyser också attitydförändringar i flyktingfrågor. Det handlar delvis om att föräldrarna ska kunna få tillbaka självförtroende och känna att de har en roll i det svenska samhället genom arbete eller någon annan form av aktivitet. I förlängningen kan det annars bidra till att barnen växer upp och både betraktar sig själva och blir betraktade av andra som någon sorts andra klassens medborgare. Det framhålls också som viktigt att det ska finnas en ömsesidig respekt mellan vi (svenskarna) och dom ("utlänningarna") som minskar grogrunden för rasism, eftersom utsatthet för rasism kan bli ett hårt slag för barn som redan är svårt drabbade.

*Tyvärr sår det salt i sårn för de traumatiserade flyktingarna det här med den växande rasismen i Sverige. Jag blir alldeles ledsen av att tänka på att det är inte nog med att de har utstått förfärliga saker i sitt hemland, så att de går på fötterna. Så börjar man träffa någon patient som blir mobbad i skolan, och det är ju förfärligt tycker jag. Och det är ju sådant som kan drabba dem också*  
(Marie-Louise Lundberg)

#### 4. ANALYS

I genomgången litteratur, forskningsresultat samt de sex genomförda intervjuerna har kunnat konstateras många likheter men också en del skillnader. Det kan finnas en anledning att se närmare på likheterna såväl som på skillnaderna, då det kan vara intressant att se på vilka punkter det skiljer sig åt och var resultaten ter sig mer likartade.

Både beträffande *barnets egenskaper* och *familjerelaterade skyddsfaktorer* nämns i stort sett samma omständigheter i litteraturen som i intervjuerna. Barnets egenskaper är dock något som inte framkommer lika tydligt i intervjuerna som i litteraturen, där en stor del av forskningen verkar koncentrera sig på egenskaperna. Det skulle kunna ha sin förklaring i att forskningen ofta är inriktad på att jämföra två grupper, den som klarat sig bättre med den som klarat sig sämre, medan de respondenter som varit aktuella för denna uppsats i stort sett endast möter dem som klarat sig sämre. Då kan det vara svårt att se tydliga skillnader i barnens egenskaper gentemot egenskaperna hos barnen i den andra gruppen. Däremot ter sig *exponeringsfaktorerna* vara viktiga och framhålls mer under intervjuerna än i litteraturen. Om föregående resonemang stämmer skulle man kunna tänka sig att det kan bero på att respondenterna tydligare ser samband mellan ohälsan bland de barn som de försöker hjälpa och vad dessa barn varit utsatta för. En ännu tydligare skillnad mellan den litteratur och de resultat från intervjuerna som utgjort underlag för denna uppsats är respondenternas betoning av problemet med *segregation*. Delar av den problematiken kan dock återfinnas i forskningen kring mer generella riskfaktorer. Tydligast bland flyktingbarnen är den höga *arbetslösheten* bland föräldrarna, samt att barnen därmed och även på grund av segregationen ofta hamnar i en lägre socialgrupp. Detta är nog dessutom de företeelser bland riskfaktorerna som samhället skulle kunna göra något åt. Vikten av att samhället måste göra något åt dessa företeelser för att klara av integrationen framhålls av respondenterna..

Den tydligaste likheten mellan litteraturen och respondenternas uppfattning är att *föräldrarnas hälsa/ohälsa* är den främsta bidragande faktorn till hur barnet klarar anpassningen till Sverige. Det finns dock inga entydiga svar beträffande genusaspekten vare sig bland barnen eller bland föräldrarna. Det går inte att svara på om flickor klarar sig bättre än pojkar eller vice versa. Inte heller går det att ge klara svar på huruvida det är moderns eller faderns ohälsa som påverkar barnen mest. Däremot kan man fortfarande se att pojkar tenderar att reagera mer utagerande än flickorna. Det är dock en skillnad som är på väg att suddas ut. Kanske är det så att det tidigare varit mer accepterat att pojkar agerar ut, medan flickor inte gör det. Det kan vara en förändring som är på väg att ske i samhället i och med att flickorna ska bli tuffare och ta för sig mer. På ett sätt kan det ses som könsskillnader som försvinner, eftersom det numera är vanligare att flickor slåss. Samtidigt agerar de dock ut mer sexuellt än pojkarna, vilket snarare skulle kunna tyda på en förstärkning av könsskillnader där flickor ses som sexobjekt. Det är därför svårt att dra några slutsatser.

Hur *riskfaktorerna* påverkar är en diskussion som tog mindre plats i intervjuerna såväl som i litteraturen. Riskfaktorerna är ofta det motsatta mot skyddsfaktorerna, varför en särskild diskussion kring riskfaktorerna kan verka överflödig. Det finns också något betydligt mer positivt i att fokusera på de faktorer som kan hjälpa barnet snarare än på dem som kan försvåra barnets situation. Det för tankarna till salutogenes inom vilken genre forskarna snarare fokuserar på det friska än det sjuka.

Beträffande olika *behandlingsalternativ* har undersökningen visat att det inte finns någon förhärskande metod hur man arbetar med flyktingbarn. Istället finns det i de flesta behandlingar inslag av flera olika metoder. Huruvida detta är på grund av bristande forskning om vilken eller vilka metoder som ger bättre resultat i arbetet med flyktingbarn eller om det visar på en flexibilitet som är nödvändig i arbetet med dessa barn är svårt att svara på.

Trots att få familjer i denna grupp självmant söker barnpsykiatrisk hjälp är det långa kötider på de mer utpräglade specialiteterna för traumatiserade flyktingfamiljer. Det kan därför verka vara en överloppsgärning att besluta att gå ut och informera familjerna om vilken hjälp de kan söka, om de sedan inte kan få den hjälp de uppmanats att söka. Kanske skulle det inte heller ge resultat att informera mer, om det ändå är så att det finns en avog inställning till denna typ av hjälp. Eller är det så att den avoga inställningen skulle försvinna om man gav mer information?

Resultatet skulle kunna bli att de barn/familjer som söker hjälp inte behöver känna sig så utpekade, så sjuka.

Det finns också en del andra infallsvinklar som kommit fram mellan raderna under intervjuerna.

En tanke kretsar runt *flyktingfamiljernas constellationer*. Samtidigt som forskningsresultat visar att skilsmässor bland flyktingfamiljerna är vanligare än bland svenska familjer uppger respondenterna att de oftast möter familjer där föräldrarna fortfarande är gifta och sammanboende, om inte den ena föräldern avlidit. En förklaring till att gruppen barn med ensamstående föräldrar inte är så stor kan vara att barnen blir uppmärksammade före skilsmässorna, det vill säga under något av de första åren i Sverige. Detta styrks av Marie-Louise Lundberg på TKT där man gjort en undersökning och funnit att 75 % av deras patienter har varit i Sverige tre år eller mindre. Om inte detta är fallet på alla ställen väcks tanken om det skulle kunna vara så att barn i familjer där föräldrarna hållit ihop av en eller annan anledning uppmärksammas mer beträffande hur de mår eller hur de klarar sig.

Eftersom en av respondenterna hade en mycket nära koppling till de ensamkommande barnen är det svårt att inte låta också dem få uppmärksamhet i denna uppsats, trots att det är en förhållandevis liten grupp. I samband med diskussionen kring familjekonstellationerna kan påpekas att ingen av de övriga respondenterna tyckte sig uppfatta att de mötte många ensamkommande barn, förutom möjligtvis på Röda Korsets ungdomsteam med den lite äldre målgruppen. Även här kan det finnas flera förklaringar till det. Antingen kan det vara så att denna grupp är så liten så att den inte märks nämnvärt i den stora massan, eller så kan det vara som nämnts tidigare att barnen ofta placeras i föräldrahem och därför betraktas som medlemmar i intakta familjer. Ytterligare en förklaring skulle kunna vara att det satsas mer på gruppen ensamkommande och att dessa barn därför faktiskt klarar sig bättre.

Det som legat till grund för uppsatsen har, förutom intervjuerna, varit den forskning som handlar om risk- och skyddsfaktorer samt jämförelser mellan flickor och pojkar. Forskningen är sällan utförd med flyktingbarns situation i åtanke. Denna uppsats är en ansats till att undersöka just flyktingbarns motståndskraft. För att det som presenterats här därför ska vara giltigt krävs att samma faktorer som är viktiga hos andra barn även är betydande för flyktingbarnen. Av den anledningen skulle det vara mycket intressant och kanske nödvändigt för framtiden att undersöka om det finns faktorer som är särskilt betydande eller av mindre betydelse för flyktingbarnens anpassning.

## **5. SLUTDISKUSSION**

Syftet med denna uppsats var att undersöka vilka uppfattningar som finns hos professionella om vilka flyktingbarn som har bäst respektive sämst förutsättningar för att få en gynnsam anpassning i sitt nya hemland utifrån begreppen risk- och skyddsfaktorer samt genus- och behandlingsaspekter. I sökandet efter kunskap användes följande frågeställningar:

- Vilka skyddsfaktorer finns som kan bidra till att flyktingbarnen får en gynnsam anpassning i sitt nya hemland?
- Vilka riskfaktorer finns som kan påverka att flyktingbarnen får en mindre gynnsam anpassning i sitt nya hemland?
- Finns det en koppling mellan barnets anpassning och genusaspekten?
- Vilka behandlingsalternativ finns tillgängliga i arbetet med flyktingbarnen?
- Vilka tankar har de professionella kring vilket strukturellt förändringsarbete som kan göras?

Resultatet visar att beträffande både risk- och skyddsfaktorer finns det tre huvudgrupper. Det är de som kan hänföras från barnets egenskaper, de som hör samman med föräldrar och barnets övriga nätverk samt de faktorer som rör situationen eller exponeringen. Dessa faktorer innefattar en sådan bredd att det är svårt att på några rader sammanfatta dem. Därför kan de med fördel grovt åskådliggöras med hjälp av två exempel.

Det första är ett exempel på hur skyddsfaktorer kan bygga på varandra och därmed förstärka ett positivt utfall. Det anländer till Sverige ett flyktingbarn som kommer från ett land där det inleddes ett inbördeskrig för något år sedan. Barnet kommer hit tillsammans med hela sin familj. Före kriget gick barnet i skola och hade många vänner. Barnet har aldrig behövt bevittna hur någon skadats eller dödats. I Sverige har barnet en kort tid efter sin ankomst kunnat börja i en skola med både svenska elever och elever med liknande bakgrund som den egna.

Det andra exemplet visar på hur riskfaktorer på samma sätt kan förstärka varandra och bidra till ett negativt utfall. Denna gång anländer det till Sverige ett flyktingbarn tillsammans med sin mamma och två av barnets fyra syskon. Barnets pappa har skjutits inför sin egen familj. Det land barnet kommer ifrån har de senaste tjugo åren varit drabbat av krig. Barnet hamnar på en flyktingförläggning i väntan på uppehållstillstånd. Tillståndet tar tid att få, och under denna tid finns ingen möjlighet för barnet att gå i skolan eller för barnets mamma att arbeta.

Dessa båda barn har helt olika förutsättningar när de anländer till Sverige. Det går dock inte att säga att det första barnet kommer att klara sig, anpassas till det svenska samhället, och att det andra barnet inte kommer att göra det. Det är dock mer sannolikt att det andra barnet är det som kommer i kontakt med en eller flera av respondenterna i denna uppsats. Hade barnet kommit i kontakt med någon av respondenterna är det troligt att detta är på grund av att det blivit uppmärksammat av personalen på flyktingförläggningen, inte för att barnet själv eller dess mamma söker hjälpen. Om det inte fanns omständigheter i det andra barnets fall som ansågs akuta, skulle barnet troligen behöva hamna i en väntelista. Beroende på vart barnet blivit remitterat hade behandlingen kunnat se olika ut, men med största sannolikhet hade den också varierat beroende på vilken behandlare barnet kommit i kontakt med då inga ställen eller behandlare arbetar uteslutande efter en bestämd metod.

Utifrån diskussionen kring genusaspekten som förts tidigare i uppsatsen går det inte säkert att svara på om barnen i exemplen är pojkar eller flickor, eftersom det är svårt att se något klart samband mellan hur det går för barnen och vilket kön de har. Det skulle möjligtvis kunna uttydas av en symtombeskrivning, men det är inte säkert eftersom det finns utagerande flickor såväl som inåtvända pojkar.

Det skulle till och med kunna vara så att barnet i det andra exemplet visar symtom, därför blir uppmärksammat och får den hjälp det barnet behöver. En kritik mot all forskning rörande motståndskraftiga barn samt risk- och skyddsfaktorer är just att det ibland kanske inte är hälsosammast på längre sikt att inte visa några symtom, att det kanske inte är eftersträvansvärt. Att barnet inte visar symtom är inte heller en garanti för att det inte lider inombords. Symtomen är i vissa fall den normala reaktionen på en onormal händelse.

I denna uppsats har det inte framkommit någon tydlig bild av vilka flyktingbarn som behöver mest hjälp eller hur den grupp ser ut som bäst klarar anpassningen till det svenska samhället, såsom jag från början till viss del hade förväntat mig. Jag kan dock se en öppning i de resultat som framkommit. Frånvaron av entydiga svar gör att ingen enskild grupp grundad på etnicitet, genus eller egenskaper fokuseras eller pekats ut. Utifrån dessa resultat finns därmed ingen risk att enstaka barn stigmatiseras och satsas mer på än gruppen i stort. För det är kanske just så att det behövs att samhället satsar på hela gruppen, eftersom alla flyktingbarn befinner sig i en utsatt situation.

Det som väcker hopp inför framtiden, trots alla svåra levnadsöden jag har fått höra och läsa om under uppsatsperioden, är att det finns något att göra för att förbättra dessa barns situation. Vi skulle kunna se till att deras föräldrar får arbeten, att barnen får börja skolan och att de får växa upp i ett mångkulturellt samhälle där det också bor svenskar. Vi skulle kanske till och med kunna satsa mer resurser på dem som arbetar med dessa barn, så att de barn som behöver professionell hjälp kan få det inom en rimlig tid. På ett eller annat sätt stöter nog de flesta socionomer på denna grupp någon gång i sitt yrkesliv. Just därför är denna problematik viktig för alla som arbetar med socialt arbete, såväl i ett praktiskt yrkesliv som inom forskningsområdet. Det är kanske vi socionomstudenter som en gång kommer att ha en sådan position att vi praktiskt eller strukturellt kan förändra dessa barns villkor.



## KÄLLFÖRTECKNING

Abdulbaghi Ahmad & Viveka Sundelin Wahlsten (1998) ”Trauma och utsatthet hos barn” ur Läkartidningen 1998 nr 17, s.1955-1962

Almqvist, Kjerstin (1997) *Refugee children – Effects of organized violence and forced migration on young children’s psychological health and development*. Göteborg: Kompendiet

Almqvist, Kjerstin (2000) ”Barnet i den traumatiserade familjen” i Allwood, C.M. & Franzén, E.C. (red.) *Tvärkulturella möten: grundbok för psykologer och socialarbetare*. Stockholm: Natur och kultur

Andersson, Bengt-Erik (1985) *Som man frågar får man svar – en introduktion i intervju- och enkätteknik*. Stockholm: RS

Angel, Birgitta & Hjern, Anders (1992) *Att möta flyktningbarnen och deras familjer*. Lund: Studentlitteratur

Apitzsch, Hartmut & Ramos Ruggiero, Luis (1991) ”Flyktingskapet – en existensiell kris” i Brandell-Forsberg, M *Flykt, exil, tortyr*. Sollentuna: Wyeth Nordiska

Brandell-Forsberg, Margareta (1991) ”Flyktningbarnens situation” i Brandell-Forsberg, M. *Flykt, exil, tortyr*. Sollentuna: Wyeth Nordiska

Bustos, Enrique (1995) ”Trauma och flyktingskap i ett existentiellt och psykodynamiskt perspektiv” i Hjern, A. (red.) *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Böhm, Birgitta (1994) ”Att vara flyktningbarn” i Åstedt, I-B (red.) *Bakom bergen lämnade vi allt: antologi om flyktningbarn och deras föräldrar*. Stockholm: Liber utbildning

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

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

Ekblad, Solvig, Janson, Staffan & Svensson, Per-Gunnar (1996) *Möten i vården: transkulturellt perspektiv påhälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning

Johnsen Christie, Helen (1999) ”Barn i krig – smärtsamma upprepningar och oundvikliga förluster ställs mot goda ritualer och början till något nytt” i Gjerum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (red.) *Att bemästra: motståndskraft, skyddsfaktorer och kreativitet bland utsatta barn, ungdomar och deras föräldrar*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa

Kristal-Andersson, Binnie (2001) *Att förstå flyktingar, invandrare och deras barn – en psykologisk modell*. Lund: Studentlitteratur

Kristal-Andersson, Binnie (1985) *Flyktingbarn – att förstå deras värld*. Stockholm: Sveriges utbildningsradio AB

Lagerberg, Dagmar & Sundelin, Claes (2000) *Risk och prognos i socialt arbete med barn och ungdomar*. Stockholm: Gothia

Pålsson, J., Hjern, A. & Envall Ryman, K. (1995) ”Den traumatiserade flyktingfamiljen i behandling” i Hjern, A (red.) (1995) *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Raundalen, Magne & Dyregrov, Atle (1994) *Barn och familjer i krig*. Stockholm: Rädda Barnen

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

Trost, Jan (1993) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Werner, Emmy E. (1995) *Mot alla odds*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård

### **Intervjuer**

Anita Johansson, (kurator, Jörgen Kocksgymnasiet, Malmö). Bandinspelad intervju den 13 november 2002.

Gun Johansson-Dahl, (kurator, BUP, Malmö). Bandinspelad intervju den 22 november 2002

Marie-Louise Lundberg, (enhetschef/samtalsbehandlare, teamet för krigs- och tortyrskadade på BUP, Malmö). Bandinspelad intervju den 14 november 2002.

Barbro O'Connor, (psykolog, Röda Korsets rehabiliteringscenter, Malmö). Bandinspelad intervju den 20 november 2002.

Bertil Olsson, (enhetschef, Migrationsverket, Alvesta). Bandinspelad intervju den 18 november 2002.

Marie-Louise Zaar, (kurator, Rosengårdsskolan, Malmö). Bandinspelad intervju den 11 november 2002.

# BILAGA

## Intervjuguide

1. Vill du beskriva arbetsplatsens verksamhet och din roll i verksamheten?
2. Vilka barn möter du i ditt arbete?
3. Hur kommer barnen hit; söker de själva, deras föräldrar, via socialtjänsten, skola, remiss eller på annat sätt?
4. Speglar de som kommer hit ett genomsnitt av dem som får uppehållstillstånd, eller är det några grupper som är överrepresenterade här?
5. Vad har barnen för upplevelser/problem med sig?
6. Är det flest pojkar eller flickor som kommer hit?
7. Finns det några skillnader i problemyttringen mellan könen?
8. Hur försöker du/ni hjälpa dem?
9. Arbetar du/ni efter någon särskild teoribildning?
10. Händer det att du/ni remitterar vidare? I så fall vart?
11. Hur ser barnens familjekonstellationer ut?
12. Hur tror du att familjekonstellationen påverkar barnens anpassningssituation?
13. Ofta framhålls föräldrars hälsa/ohälsa – dvs hur föräldrarna själva mår - som den främsta bidragande faktorn till hur barnen klarar anpassningen till sitt nya hemland. Vad anser du om det?
14. Vilken roll anser du att syskonrelationer spelar för hur barnet kan anpassa sig?
15. Vilken uppfattning har du om vilka faktorer i barnets bakgrund som är viktiga för hur barnet klarar anpassningen till sitt nya hemland?
16. Vilken uppfattning har du om vilka faktorer i barnets situation här och nu som är viktiga för hur barnet klarar anpassningen till sitt nya hemland?
17. Har du några andra tankar kring vad som underlätta respektive försvåra ett flyktingbarns anpassning till det svenska samhället?