

De traumatiserade barnen

**– en studie av hur barn som lider av posttraumatiskt stressyndrom
bemöts och behandlas**

Av: Emily Andersson och Nathalie Lantz

**Socialhögskolan
Lunds Universitet
Ht 2009**



Handledare: Gunilla Lindén

Abstract

Author: Emily Andersson and Nathalie Lantz

Title: The traumatised children – a study about how children suffering from Post Traumatic Stress Disorder are being received and treated [translated title].

Supervisor: Gunilla Lindén

The purpose of this study was to enter deeply into the treatment of children with Post Traumatic Stress Disorder. More specifically the aim of this study was to examine how different authorities working with psychiatric treatment sees and receives the increasing need of treatment among children (0-18 years old) suffering from Post Traumatic Stress Disorder. A qualitative method was used to examine this and we interviewed eight people working with psychiatric childtreatment and one scientist in this field. To analyse this we used two theories; a child- and a powerperspective. To collect information about the subject we also used relevant literature. Many informants describe an increase in the number of help seeking, but they have different opinions whether PTSD among children has increased. The most important conclusion we made was that the authorities are able to provide treatment for children with Post Traumatic Stress Disorder and that they have sufficient resources to do this. Our informants all work with conversational therapy but also with alternative ways to express feelings, such as painting, play therapy and drama. Because of this they make it possible for children in different stage of development to express their feelings. According to our study the methods of treatment seem to be designed on the basis of children's needs and a childperspective. The informants also support the children to retrieve control of their own lives. The authorities working with psychiatric treatment try to avoid power imbalance by matching their patients and see the situation from the patient's point of view.

Key words: Post Traumatic Stress Disorder, treatment, children.

Förord

Vi vill tacka samtliga av de intervjupersoner som ställt upp i vår studie. Utan Er hade vi inte kunnat genomföra denna studie. Ni gör alla ett fantastiskt arbete och vi är otroligt tacksamma för att ni velat dela med er av den gedigna kunskap ni besitter.

Vi vill även tacka vår handledare, universitetslektor Gunilla Lindén, för stöd och råd. Din kunskap, ditt lugn och din värme har varit något som varit ovärderligt i vår skrivprocess.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
1. INLEDNING	6
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	6
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
1.3 DEFINITION AV BEGREPP	8
<i>Posttraumatiskt stressyndrom</i>	8
<i>Behandling</i>	9
<i>Behandlare</i>	9
<i>Trauma</i>	9
2. METOD	9
2.1 METODVAL	9
2.2 URVAL	10
2.3 GENOMFÖRANDE	10
2.4 BEARBETNING OCH ANALYS	11
2.5 RESULTATENS TILLFÖRLITLIGHET	12
2.6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
2.7 KÄLLKRITIK OCH KUNSKAPSLÄGE	13
3. PTSD – EN BAKGRUND	14
3.1 DIAGNOS	15
3.2 SYMPTOM HOS BARN MED PTSD	16
3.3 BEHANDLING AV BARN MED PTSD	18
3.4 AKTUELL LAGSTIFTNING	19
4. TIDIGARE FORSKNING	20
4.1 FÖRDJUPADE BEHANDLINGSASPEKTER	20
4.1.1 <i>Behandling vid undvikande symptom</i>	22
4.1.2 <i>Behandling vid förhöjt spänningstillstånd</i>	23
4.1.3 <i>Behandling vid förändrad verklighetsuppfattning</i>	23
5. TEORETISK REFERENSRAM	24
5.1 BARNPERSPEKTIVET	24
5.1.1 <i>Risk och skyddsfaktorer</i>	25
5.2 MAKTPERSPEKTIVET	27
6. EMPIRI	28
6.1 PRESENTATION AV INTERVJUPERSONER	28
6.2 BEHANDLARNAS ERFARENHETER AV ARBETE MED BARN MED PTSD	30
6.2.1 <i>Förekomst</i>	30
6.3 HUR BEHANDLARNAS ARBETAR MED BARN SOM HAR PTSD	31
6.3.1 <i>Hur barnen kommer i kontakt med behandlarna</i>	31
6.3.2 <i>Viktigt att tänka på i arbetet med barn som har PTSD</i>	31
6.3.3 <i>Diagnostisering</i>	34
6.3.4 <i>Behandlingstid</i>	34
6.3.5 <i>Föräldrarnas roll</i>	35
6.4 BEHANDLARNAS MÖJLIGHETER ATT TA EMOT BARN MED PTSD	35
6.4.1 <i>Prioritering?</i>	36
6.5 MAKTASPEKTER I BEHANDLINGSPROVET	36

6.5.1	<i>Maktlöshet</i>	37
6.6	UTMANINGAR OCH UTVECKLING	38
7.	ANALYS	39
7.1	BEHANDLARNAS ERFARENHETER AV ARBETE MED BARN MED PTSD	39
7.2	HUR BEHANDLARNAR ARBETAR MED BARN MED PTSD	40
7.3	BEHANDLARNAS MÖJLIGHETER ATT TA EMOT BARN MED PTSD	41
7.4	MAKTASPEKTER I BEHANDLINGSARBETET	41
7.5	UTMANINGAR OCH UTVECKLING	42
8.	SLUTDISKUSSION	43
	BILAGA 1. POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM ENLIGT MINI-D IV, 2002	45
	BILAGA 2. INTERVJUMATERIAL	47
	BILAGA 3. FÖRHANDSINFORMATION	49
	LITTERATURFÖRTECKNING	51
	INTERNETKÄLLOR	52

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Jag sitter förstenad, som paralyserad. Kan inte göra ett skit. Kan dem inte bara sluta? Jag skriker, men inget hörs. Jag försöker resa mig, gå, springa, men inget händer. Jag bara sitter och ser, ser på det fruktansvärda som håller på att hända. Det som inte får hända. Hon bara ligger där och kan inte göra någonting. Hon är så fin, min mamma. Jag kan känna hennes doft, höra hennes smittande skratt och känna hennes varma famn som ger mig känslan av att allt kommer bli bra igen. Nu skrattar hon inte längre. Slagen och sparkarna bara fortsätter, som om hon inte vore värd någonting. Dem sliter av henne kläderna och jag ser hennes ögon, den där blicken... Vaknar. Jag är alldeles svettig, kan inte andas. Hjärtat bara slår. Spyr. Jag ska aldrig mer stänga mina ögon för det är då allt kommer tillbaka. Jag vill aldrig mer känna, vill vara som en robot. Kall och hård. Bara jag slipper allt det här. Aldrig mer somna.

De som upplevt traumatiska händelser kan drabbas av något som kallas för PTSD, Posttraumatiskt stressyndrom. De känslor som upplevs i detta fiktiva fall kan vara vardag för en person som lider av detta. PTSD är en extremform av ångest. Det som skiljer den här ångestformen från andra ångestrelaterade sjukdomar är att den orsakas av yttre faktorer. För att utveckla PTSD krävs att en person utsatts för en fysisk eller psykisk traumatisk upplevelse som resulterar i intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. De vanligaste symptomen vid PTSD är återupplevande av traumat, känslolöshet, undvikande och ökad stress. Återupplevelsen är en del i bearbetningsprocessen. Känslolöshet och undvikande är ett sätt att kontrollera dessa mycket starka känslor (Farm Larsson och Wisung, 2005).

Under 1990-talet har antalet hjälpsökande barn och ungdomar ökat kraftigt, särskilt inom öppenvården. Enligt ett antal undersökningar har ärendena dessutom blivit tyngre och svårare. Då någon utbyggnad för att bemöta den ökade efterfrågan inte skett har detta mynnat ut i längre väntetider för nybesök och hårdare prioriteringar. Barnpsykiatrikommittén skriver att de anser att barn- och ungdomspsykiatri borde fokusera sina insatser till de barn och familjer som är i störst behov av hjälp. Då söktrycket är så pass stort som det är idag måste prioriteringar göras. De menar vidare att

de barn och ungdomar som ska prioriteras är de som är i riskzonen för att utveckla svår psykisk störning samt de som är i inledningsskedet till att utveckla psykisk sjukdom (Hindberg, 2007). Då det många gånger är behandlare som måste göra dessa prioriteringar innebär detta också att de har makt att avgöra vem som får hjälp och hur.

Individer som utsätts för traumatiska händelser i barn eller ungdomsåren har en ökad risk för utveckling av PTSD, även i vuxen ålder. Även små barn kan påverkas av en traumatisk händelse och får inte glömmas bort bara för att de inte är lika verbala (Almqvist, 2000). Vilken emotionell och fysisk utvecklingsnivå barnet befinner sig i vid händelsen är av betydelse för barnets reaktion. Även föräldrarnas och omgivningens möjlighet att ge psykisk, fysisk och social trygghet är av stor betydelse. Många gånger har traumatiserade barn föräldrar med begränsad förmåga att skydda dem, något som kan medföra en brist av den trygghet som utgör grunden i barnets tillvaro. Det är därför av stor betydelse att samhället kan uppmärksamma och stödja dessa barn (Svenska Terapiförmedlingen, 2008). Denna problematik är viktig att vara medveten om i det sociala arbetet. Med ett generellt sämre psykiskt mående hos barn och unga i Sverige samt en oroande utveckling med krig i olika delar av världen har psykiska trauman blivit allt mer diskuterat under senare år (Ahmad et al, 2006).

Den svenska invandringen började under 1970-talet byta skepnad. Från att främst avse arbetskraftsinvandring, vilket varit fallet under 1950- till 1960-talet, kom invandringen främst att handla om människor som sökte asyl på grund av krig, terror och politisk förföljelse. Under 1970-talet kom en stor grupp sydamerikanska flyktingar vilka följdes av en stor grupp flyktingar från Iran under 1980-talet som under 1990-talet följdes av tiotusentals flyktingar från forna Jugoslavien. Under förhållandevis kort tid tog Sverige emot ett stort antal personer varav många upplevt trauma i form av krig, tortyr, våldtäkter, och politisk och religiös förföljelse (Tamas, 2009).

Genom katastrofer, våld samt terrorism har ett stort antal människor under det senaste decenniet, även i västvärlden, fallit offer för svåra upplevelser. Människor reser i allt större utsträckning över hela världen idag vilket medför ökade risker att utsättas för transportolyckor, politiska terrorhandlingar samt naturkatastrofer. Exempel på katastrofer som berört många människor över hela världen är terrorhandlingarna mot World Trade

Center i New York 2001 och tsunamikatastrofen i Thailand 2004, vilken även drabbade många svenska medborgare (Socialstyrelsen, 2008).

Psykiatrin har på grund av denna utveckling fått ett nytt stort patientunderlag och det finns ett stort behov av professionella som vill och har kompetensen att arbeta med dessa människor (Tamas, 2009). Med ökad psykisk ohälsa bland barn och unga, ökad invandring samt en allt mer globaliserad värld ställs nya krav på de behandlande instanserna som finns i Sverige idag.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vår studie är att undersöka hur olika behandlande instanser ser på och möter det ökade behovet av behandling hos barn (0-18 år) som lider av posttraumatiskt stressyndrom.

För att undersöka detta kommer vi att studera följande frågor:

- Vilka är behandlarnas erfarenheter av arbete med barn med PTSD?
- Hur arbetar behandlarna med barn som har PTSD?
- Upplever behandlarna att de har möjlighet att ta emot alla barn med PTSD som är i behov av hjälp? Om inte, hur görs prioriteringarna?
- Vilka maktaspekter kan behandlarna se i behandlingsarbetet med barn med PTSD, på individ-, organisations- och samhällsnivå?
- Kan arbetet med barn som lider av PTSD utvecklas och i så fall hur?

1.3 Definition av begrepp

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom förkortas oftast PTSD efter den engelska definitionen Post Traumatic Stress Disorder. PTSD är en form av ångestsyndrom och kan utlösas då en individ varit utsatt för ett psykiskt trauma i form av en plötslig händelse som inneburit livsfara (Tamm, 2003). För närmare beskrivning se kapitel 3 PTSD – en bakgrund.

Behandling

Med behandling avses i denna studie psykologiska behandlingsmetoder, d.v.s. inte behandling i form av medicinering.

Behandlare

Med behandlare avses människor som arbetar med psykologiska behandlingsmetoder av barn som lider av PTSD oavsett profession.

Trauma

I denna uppsats avses med trauma ett psykiskt trauma. Ett psykiskt trauma innebär en plötslig händelse som utgör en omfattande psykisk påfrestning. Händelsen sker hastigt och oväntat vilket leder till att barnet känner sig hjälplöst och sårbart (Dyregrov, 1997).

2. Metod

2.1 Metodval

Denna studie kommer att genomföras med hjälp av kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer som kommer att spelas in (May, 2009). En anledning till vald metod är att metoden möjliggör en mellanmänsklig interaktion där forskaren interagerar direkt med intervjupersonen. Då vi som forskare vill förstå en för oss främmande värld räcker det inte med att fastställa vad intervjupersonerna gör. Det är istället av relevans att komma ut och tala med dem om detta, direkt kontakt människor emellan är utvecklande och underlättar förståelsen av det arbete som görs (Aspers, 2007).

Det grundläggande instrumentet för intervjuerna är ett frågeformulär (se bilaga 2). Då ungefär samma frågor ställs till samtliga intervju personer ökar detta sannolikheten för att skillnaderna mellan svaren är reella och inte en konsekvens av intervjusituationen. För att möjliggöra en fördjupning av intervjun kommer dock utrymme ges till att förtydliga och utveckla svaren som intervju personerna ger. Det handlingsutrymme som skapas får dock

inte missbrukas så att intervjuledarens personliga synpunkter, tolkningar, och improvisation påverkar intervjupersonens svar i allt för stor utsträckning (May, 2009).

Vi har valt kvalitativ metod, då en kvantitativ studie inte erbjuder samma djup i svaren. Kvantitativ metod kan även ge större utrymme för missförstånd då personerna inte interagerar med varandra och därmed inte ges möjlighet att förklara sina svar. Faktisk data kan dessutom vara svår att använda vid förklaring av komplexa företeelser (Aspers, 2007).

En begränsning i studien är att den inte riktar sig till målgruppen då det kan vara känsligt att intervjua barn i dessa frågor. Målgruppens perspektiv kommer dock att belysas, då utifrån behandlarnas erfarenheter och tidigare forskning.

2.2 Urval

Urvalet kan ha stor betydelse och påverka utfallet av studien. I denna studie har vi intervjuat åtta behandlare och en forskare. För att fånga komplexiteten i det behandlingsarbete som bedrivs har vi intervjuat behandlare med olika profession men som alla på olika sätt har arbetat med barn med PTSD. Då intervjupersonerna är valda utifrån kända egenskaper, i detta fall kompetens inom behandling av PTSD, används ett strategiskt urval. Studien är således baserad på ett icke-sannolikhetsurval. Studien avser inte att göra generaliseringar från urvalet till befolkningen då individer är olika och behandlaren inte kan svara för alla som arbetar med barn som lider av PTSD (May, 2009).

2.3 Genomförande

För att komma i kontakt med professionella på området började vi med att ringa runt till olika barnpsykiatriska mottagningar. Dessutom använde vi oss av den så kallade snöbollseffekten, det vill säga att vi fick nya kontakter via de personer vi kom i kontakt med. Över telefon gav intervjupersonerna medgivande till att medverka i studien och tid och plats bestämdes för intervju. Därefter skickades förhandsinformation (se bilaga 3) ut

via mail. Åtta behandlare och en forskare intervjuades. Varje person intervjuades en gång utifrån vårt intervjumaterial. Intervjuerna varade mellan 45 – 90 minuter. Vi deltog båda under samtliga intervjutillfällen men vi valde att vara intervjuledare under hälften av intervjuerna var. Den som inte var intervjuledare kunde därmed inta en mer reflekterande position och hade därför bättre möjligheter att ställa följdfrågor. Då vi hade tydliga roller kompletterade vi varandra under intervjutillfällena. Sex av intervjuerna gjordes på respektive intervjupersons arbetsplats medan två intervjuer genomfördes på Socialhögskolan i Lund och en intervju gjordes i en intervjupersons hem. Val av plats för intervjun valde intervjupersonerna och vi har anpassat oss efter dessa önskemål. Samtliga intervjupersoner samtyckte till att intervjun spelades in vilket har möjliggjort att vi på ett enkelt sätt kunnat ta del av det som respektive intervjuperson delgett.

2.4 Bearbetning och analys

Efter varje genomförd intervju transkriberades materialet. I empirin har vi valt att presentera intervjumaterialet utifrån fem teman; 1. Behandlarnas erfarenheter av arbete med barn som har PTSD, 2. Hur behandlarna arbetar med barn som har PTSD, 3. Behandlarnas möjligheter att ta emot barn med PTSD, 4. Maktaspekter i behandlingsarbetet, 5. Utmaningar och utveckling. Dessa teman används även i analysen. De teman som använts anknyter till våra frågeställningar och genom att utgå från dessa upplever vi att vi skapat ett upplägg som på ett enkelt sätt gör att vi kan svara på vårt syfte. Materialet analyserades med utgångspunkt i vårt syfte och våra frågeställningar utifrån tidigare forskning samt vårt avsnitt med teori i kapitel 5.

Då vi i efterhand inte ansett att frågan om tolksituationen (fråga 11, se Bilaga 2) i vårt intervjumaterial varit relevant för vårt syfte i studien valde vi att bortse från svaren på denna fråga.

2.5 Resultatens tillförlitlighet

Validitet innebär relevansen och giltigheten i tillvägagångssättet. Det är viktigt att vara medveten om de olika faktorer som kan påverka utfallet av en studie (Trost, 1997). Därmed har vi kritiskt granskat de olika källor vi använt oss av, både i form av litteratur samt av våra intervjuer. Vi har även försökt vara kritiska mot vår egen roll i processen. En tanke vi har försökt ha med oss under hela studiens genomförande är vår egen förförståelse och hur den kan tänkas påverka resultaten. När vi påbörjade vår studie hade vi en bild av att den psykiska ohälsan hos ungdomar ökat. Då vi var medvetna om att förutfattade meningar kan påverka resultatet har vi dock inte sett detta som en allmängiltig sanning. Vidare är vi även medvetna om att kvalitativa metoder i form av intervjuer ger utrymme för viss tolkning. För att undvika misstolkningar i så stor utsträckning som möjligt har vi därför utgått från en intervjumall i alla våra intervjuer. Vi har strävat efter att intervjufrågorna ska vara öppna och vi har inte försökt leda in intervjupersonen i någon riktning. Vi anser att frågorna fungerat väl. Detta då intervjupersonerna generellt har varit öppna och gett utvecklande svar. Många har även exemplifierat utifrån egna erfarenheter. De frågor som vi uppfattar att intervjupersonerna haft svårast att besvara var de frågor som berörde makt. På dessa frågor fick många fundera lite längre och några svarade ganska reserverat. Vi upplevde att detta var ett känsligt ämne. Ingen av våra intervjupersoner hade något emot att bli inspelade under intervjun. Under samtliga intervjuer fick vi sitta ostört och det skapades en avslappnad stämning.

2.6 Etiska överväganden

Det första etiska övervägandet som vi var tvungna att ta ställning till var huruvida vi skulle intervjua barnen som behandlas eller behandlats för PTSD. Då detta är en sårbar grupp vill vi inte riskera den eventuella skada som intervjun kan innebära. Inom all forskning finns krav på skydd mot otillbörlig insyn i samhällsmedborgarnas livsförhållanden. Individskyddskravet innebär att medlemmarna i samhället i

forsknings syfte inte får utsättas för fysisk eller psykisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Individskyddskravet kan delas in i fyra allmänna huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. För att uppfylla informationskravet och samtyckeskravet har vi skickat ut förhandsinformation där vi presenterat syfte med uppsatsen, projektansvarigas namn och kontaktuppgifter till vår handledare (se bilaga 3). Med hänsyn till konfidentialitetskravet har vi valt att anonymisera våra intervjupersoner. Detta har vi valt att göra då uppsatsen kommer att bli offentlig och för att vi inte på förhand visste vilken karaktär intervjuerna skulle få. Dessutom var det inte relevant för uppsatsens syfte att redogöra för vilken behandlare som sagt vad. Enligt nyttjandekravet får uppgifter som är insamlade till ett forskningsändamål inte användas i något annat syfte eller för kommersiellt bruk, vilket vi inte heller kommer att göra. Samtliga intervjupersoner kommer ha möjlighet att ta del av den färdiga undersökningsrapporten (Vetenskapsrådet, 2002).

2.7 Källkritik och kunskapsläge

Då vi gjorde litteratursökningar fann vi att det finns ett stort utbud av aktuell litteratur på området. En stor del har dock berört behandling av vuxna med PTSD. Trots detta anser vi att vi hittat tillförlitliga källor som har kunnat användas. Främst har litteratursökning skett via databaserna <http://elin.lub.lu.se>, <http://lovisa.lub.lu.se>, www.socialstyrelsen.se, samt www.google.com. Sökbegrepp som använts är Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, Posttraumatiskt stressyndrom, psykisk ohälsa, barn och unga, trauma och behandling.

Boken *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar* skriven av Anders Broberg, Kjerstin Almqvist och Tomas Tjus har använts främst i kapitel 3 PTSD – en bakgrund. Författarna är samtliga forskare i klinisk barnpsykologi, legitimerade psykologer och psykoterapeuter med lång erfarenhet av arbete med barn, ungdomar och familjer. Boken berör den psykiska utvecklingen hos barn och utvecklingspsykopatologi. Främst har kapitlet ”Skrämda barn och barn som far illa” använts.

I boken *Barn och rädsla* skriver Maare Tamm om barn och olika sorters rädsla. Boken berör aktuell forskning om barns olika rädslor. Författarinnan Maare Tamm är

fil.dr. i psykologi och har skrivit många böcker om barnpsykologi. I ett kapitel i boken tas just barn och trauma upp vilket är det kapitel vi har fördjupat oss i.

Boken *Att möta flyktingar* är skriven av Birgitta Angel och Anders Hjern. Birgitta Angel var legitimerad psykolog med stor erfarenhet av arbete med behandling av flyktingar. Anders Hjern är barnläkare och forskare med särskild erfarenhet av arbete med mångkulturell inriktning. I boken berörs främst flyktingbarn med PTSD.

Boken *Barn och trauma* skriven av Atle Dyregrov syftar till att fungera som ett hjälpmedel för allt från lekmän till specialister då de möter barn som har upplevt traumatiska händelser. Boken har främst använts i avsnittet ”Tidigare forskning”. Trots att boken är från 1997 har vi bedömt att den är aktuell då Atle Dyregrov är en framstående forskare på området och då hans arbete spelat en central roll i utvecklingen av krisinterventioner för barn. Dessutom har Atle Dyregrov skrivit många böcker om barn, trauma och sorg. Vi har mot denna bakgrund bedömt att bokens innehåll är aktuellt även idag.

3. PTSD – en bakgrund

Många barn lämnades under andra världskriget ensamma med skrämmande erfarenheter från kriget. Anna Freud och Dorothy Burlingham beskrev flera av dessa barns öden. De kom genom sina studier fram till att separationen från föräldrarna var det som var det värsta traumat för dessa barn. Under 1960-talet beskrev John Bowlby sina observationer av traumatiserade barn. Välkända psykologiska begrepp så som separationsångest, modersdeprivation och hospitalisering utvecklades under denna tid. Tidigare i historien var posttraumatiskt stressyndrom förknippat med krig. Efter andra världskriget ökade kunskaperna och man upptäckte att även andra upplevelser, så som olyckor, överfall och våldtäkt kunde göra att människor utvecklade posttraumatiska reaktioner (Tamm, 2003). Omkring 1980 sammanställde en grupp amerikanska psykologer en symptombild som verkade vara ett återkommande reaktionsmönster då människor varit utsatta för traumatiska upplevelser (Angel och Hjern, 2004).

3.1 Diagnos

I den akuta situationen visar barnet intensiv rädsla, skräck och hjälplöshet. Den akuta reaktionen ersätts efter en tid med posttraumatisk stress vilket kännetecknas av att barnet ofrivilligt återupplever traumat och fortsätter att vara "vettskrämt". (Broberg et al, 2003). DSM IV (Diagnostic Statistic Manual, version fyra) är en kriteriediagnos som används för att diagnostisera PTSD. Efter viss justering är denna manual anpassad till barn. För att ett barn ska få diagnosen PTSD krävs det att samtliga av dessa kriterier uppvisas med en varaktighet av minst en månad:

- barnet ska ha sett eller upplevt en eller flera traumatiska händelser som inneburit livsfara och resulterat i känslor så som rädsla, fruktan och hjälplöshet.
- barnet har ständiga återupplevanden av traumat, genom minnesbilder eller mardrömmar samt genom beteende (exempelvis repetitiv lek).
- barnet ska utöver föregående kriterier uppvisa ett avskärmat, apatiskt och undvikande beteende.
- barnet ska uppvisa symptom som överspändhet, exempelvis i form av ökad uppmärksamhet samt överdrivna reaktioner på oväntade händelser. Detta kan visa sig i beteenden så som koncentrationssvårigheter, vrede och sömnproblem (Tamm, 2003).

Ofta uppvisar barn med PTSD antingen det förhöjda spänningstillståndet eller de undvikande symptomen. Barn som har ett förhöjt spänningstillstånd uppvisar ofta symptom som oro, rastlöshet och irritabilitet medan barn med undvikande symptom främst drar sig undan sina kompisar, blir håglösa, orkeslösa och nedstämda (Broberg et al, 2003). *(för diagnos enligt Mini-D IV, 2002 se bilaga 1)*

3.2 Symptom hos barn med PTSD

Återkommande trauman under barndomen kan leda till livslång rotlöshet, separationsångest och misstro till omgivningen. Lenore Terr, professor i psykiatri beskriver två olika typer av barndomstrauman. Typ I-trauma innebär en traumatisk engångshändelse så som exempelvis en trafikolycka. Barnet kommer ofta ihåg händelsen. Typ II-trauma innebär en upprepning av traumatiska händelser, så som systematisk barnmisshandel, ständiga hot eller sexuella övergrepp. Barnet förnekar ofta dessa händelser och kan stänga av känslor, tankar och minnen. Detta beror på att upplevelserna är så ångestskapande att barnet, för att överleva, automatiskt förtränger dem. Vid ett typ I-trauma är ofta minnesbilderna och tankarna som återkommer efter ett trauma detaljrika. Vid typ II-trauman förträngs minnena och kan vara borta under en lång tid, för att sedan återkomma (Tamm, 2003).

Många av symptomen som innefattas av PTSD-diagnosen förekommer även i andra diagnoser så som diagnosen för ADHD och diagnosen för depression. Komorbiditet, att barnets symptom stämmer in på några olika diagnoser, förekommer (Broberg et al, 2003).

Små barn (1-3 år) reagerar oftast på skrämmande traumatiska upplevelser genom ett ständigt aktiverat anknytningsbeteende vilket innebär att barnet skriker och springer till sin anknytningsperson och kan uppfattas som klängigt. Barnet uppvisar dessutom stark oro då anknytningspersonen inte är i närheten. Trots att barnet är med sin anknytningsperson lugnar kroppskontakten inte mer än tillfälligt. Små barn kan även reagera genom rubbningar i mat- och sömnvanor (Broberg et al, 2003).

Barn i förskoleåldern (3-6 år) uppvisar även dem ett intensivt aktiverat anknytningsystem. I denna ålder uppvisar dock allt fler barn undvikande symptom då de ofta undviker att leka med andra barn för att istället klamra sig fast vid föräldern. Barnen förefaller håglösa och passiva (Broberg et al, 2003). Då barn många gånger saknar förmåga att verbalisera vad de känner uttrycker de sig ofta genom lek. Barnet leker repetitivt, det vill säga repeterar den traumatiska händelsen genom lek om och om igen. Leken är inte en lustfylld lek, utan av mer tvångsmässig karaktär. Leken är ett sätt för barnet att bearbeta vad som hänt och reducera sin ångest. Dessa repetitiva beteenden kan

pågå under lång tid, och kan även leda till att barnet, om det inte får hjälp, skapar en sårbarhet och hopplöshet som förvandlas till ett personlighetsdrag (Tamm, 2003). I denna ålder är det även vanligt att barn får en störd realitetsuppfattning och att de upplever att deras värld styrs av magi eller skrämmande krafter (Broberg et al, 2003).

Bland skolbarnen (7-12 år) märks symptomen oftast i skolan. Det är vanligt med koncentrationsstörningar och minnesstörningar. Detta kan leda till inlärningssvårigheter då den psykiska traumatiseringen gör så att områden i hjärnan ”stängs av”. Barn i skolbarnsåldern uppvisar även symptom så som förhöjd spänningsnivå och irritabilitet vilket kan leda till aggressiva utbrott och svårigheter i kompisrelationer. I denna ålder är det även vanligt med traumafixering, det vill säga överdrivet intresse för exempelvis våld. Att titta på TV i timmar fungerar ofta som ett bedövningsmedel för traumatiserade barn. De får genom TV-tittandet nya perceptuella intryck vilket trycker undan minnesbilderna från traumat och blir en typ av tillflykt. Detta kan dock få allvarliga konsekvenser då det tenderar att öka barnets isolering och kan leda till en ökad känslomässig avtrubning om barnet spenderar för mycket tid genom att titta på TV-inslag med mycket våld (Broberg et al, 2003).

De traumaspecifika rädslorna innebär att barnet är rädd för saker eller platser som har en tydlig koppling till traumat. Barn som upplevt trauman har ofta känslor av att framtiden inte existerar, misstro till sig själv och människor i närheten samt en upplevelse av världen som grym och hotfull (Tamm, 2003).

Barn med PTSD upplever ofta mycket skuld och skam. Ibland är känslorna realistiska då barnet anklagar sig själv för att inte gjort något eller förvärrat situationen. Det krävs dock inte att bakgrunden till känslan är realistisk för att barnet ska känna skuld och skam. Tolkning av händelsen sker utifrån barnets ålders begränsade kognitiva och emotionella förståelse. Detta leder till att barn ibland missförstår situationen och lägger skulden på sig själva. Som behandlare är det viktigt att möta dessa känslor och prata om dem istället för att uppmana dem till att inte ha dessa känslor. Det är bra för barnet att gå igenom händelsen och prata om vad som kunde ha gjorts annorlunda och vad barnet inte hade möjlighet att göra. Detta skapar bättre förutsättningar för barnet att hantera sina känslor även i framtiden (Broberg et al, 2003).

3.3 Behandling av barn med PTSD

Traumatiska upplevelser i barndomen kan resultera i långvariga konsekvenser och sätta djupa spår. En del trauman bearbetas effektivt och barnet kan leva ett normalt liv. Andra trauman kan vara livslånga och medför att barnet ständigt lever med oro, ängslan och rädsla vilket hindrar det från att kunna leva ett harmoniskt liv (Tamm, 2003). Då PTSD är ett relativt nytt begrepp finns det ont om studier av symptombilden på lång sikt. Uppföljningar av människor som varit soldater eller levt i koncentrationsläger under andra världskriget ger dock en mörk bild. Fler får symptom ju längre tiden går och ålderdomen verkar bli särskilt svår. Det är därför av signifikans att barn som upplevt trauman får hjälp att bearbeta detta (Angel och Hjern, 2004).

Innan en behandling påbörjas görs en bedömning av barnet, antingen genom att intervjua bara föräldern eller genom att intervjua även barnet. Genom intervjun och olika tester kartläggs barnets behov och utvecklingshistoria. Utifrån den information som framkommer utformas sedan en behandlingsplan (Dyregrov, 1997).

Ibland är det nödvändigt med längre behandlingsinsatser för att lindra och behandla ett psykiskt trauma. Om ett barn varit utsatt för ett trauma långt tillbaks i tiden kan detta ha påverkat och begränsat barnets utveckling. Har barnet under uppväxten varit utsatt för ständigt återkommande trauman är påverkan på den psykiska hälsan mer betydande än om det är en enskild upplevelse av fara eller våld. Barnets inre känsla av sammanhang, det så kallade "jaget" kan fragmenteras. Känslor av skuld och skam måste därför bearbetas i ett så tidigt stadium som möjligt, vilket förutsätter en trygg relation till behandlaren. Förutom att barnet i behandling bearbetar sina upplevelser genom ord och uttryckssätt krävs även att behandlaren kan hjälpa barnet att återfå den inre upplevelsen av sammanhang och av att vara en hel person. För att detta ska uppnås krävs det att barnet kan integrera de traumatiska upplevelserna i sin livshistoria (Almqvist, 2000).

Det är viktigt för behandlingen att behandlaren vet och förstår de bakomliggande faktorerna till barnets mående. I situationer då traumat inte är känt är det viktigt att intervjua både barn, föräldrar samt få information från barnomsorg, skola och

socialtjänst. Detta gör att behandlaren kan ställa rätt frågor. Den information behandlaren fått är sedan viktig att behandlaren berättar för barnet för att i detalj kunna gå igenom det som traumat innebar. Genom alternativa uttrycksätt så som lek, bild och dramatisering kan barnet uttrycka känslor de har svårt att prata om. Den så kallade Erica-metoden innebär att barnet får i uppgift att bygga en egen värld med hjälp av miniatyrleksaker. Detta kan vara ett medel för att diagnostisera barn med PTSD. Barnet kan genom denna metod återskapa scener som påminner om traumat (Broberg et al, 2003).

Det är av stor vikt för barnens återhämtning hur familjedynamiken ser ut. Är föräldrarna själva traumatiserade kan de ha svårt att se till barnets behov. I behandling behöver man då arbeta parallellt med föräldrar och barn. I vissa familjer väljer föräldrarna att inte prata om traumat med barnet i hopp om att barnet inte kommer ihåg vad som hänt eller för att skydda barnet (Broberg et al, 2003). Detta kan leda till att trots att medlemmar i familjen delar samma erfarenheter upplever de det som att de lever ensamma även om de är tillsammans (Almqvist, 2000). Flera föräldrar vet heller inte hur de ska prata med sina barn om det som hänt. Andra föräldrar pratar hela tiden om det traumat de utsatts för. Det kan då vara viktigt för behandlaren att erbjuda även föräldrarna stöd för att på sätt hjälpa barnet. I behandlingsarbetet är det viktigt att föräldrarna känner förtroende för behandlaren och att de känner att behandlaren inte skadar barnet. Det är viktigt att vara tydlig med vad som görs under behandlingssessionerna för att möjliggöra att ett tryggt rum skapas för barnet där barnet känner att föräldrarna accepterar det som görs (Broberg et al, 2003).

3.4 Aktuell lagstiftning

Lagar i samhället påverkar hur barn blir bemötta. I lagar och förordningar stadgas vad barn har rätt till och vilka skyldigheter myndigheter har. Lagar som berör barn är därmed viktiga för alla barn och kanske speciellt för barn med psykisk ohälsa då dessa barn är särskilt sårbara och utsatta. Nedan behandlas aktuell lagstiftning som är av betydelse för psykiskt sjuka barn, däribland barn med PTSD.

I kapitel 12 SoL (Socialtjänstlagen) finns socialtjänstens ansvar för barn i riskzon fastslaget. Där står att socialnämnden ”Med särskild uppmärksamhet ska följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling”. Bestämmelser som rör barns psykiska och fysiska hälsa finns i alla verksamheter som rör barn och ungdom däribland Socialtjänstlagen, Skollagen och Hälso- och Sjukvårdslagen. Hälso- och Sjukvårdslagen stadgar att personal inom hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Vad gäller Barn- och ungdomspsykiatri finns i många måldokument lydelse om att verksamheten ska förebygga, lindra och bota psykisk sjukdom som kan innebära ett hinder för personlig utveckling och mognad (Hindberg, 2007).

Vårdgarantin gäller inom Landstingen och åsyftar vård som kan vänta. Vårdgarantin är dessutom en leveransgaranti som avser beslutande insatser. Vårdgarantin har stärkts inom Barn- och ungdomspsykiatri, Barnmedicin och Barn och ungdomshabiliteringen 2009. Detta innebär att det förväntas att berörda verksamheter har ett första patientbesök inom 30 dagar efter att kontakt tagits samt att utredning och behandling ska påbörjas 30 dagar efter det första patientbesöket (Jernström, 2009).

All sjukvårdspersonal som lyder under Hälso- och sjukvårdslagen är enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen ålagda att anmäla till socialtjänsten om ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Anmälningsskyldigheten bryter sekretessen som omfattar sjukvårdspersonal. Om personal inom sjukvården inte följer denna lag kan detta bedömas som tjänstefel enligt 20 kap 1 § Brottsbalken (Hindberg, 2007).

4. Tidigare forskning

4.1 Fördjupade behandlingsaspekter

Forskning visar att i behandling med barn används nästan alltid alternativa uttrycksätt och skapande i form av lera, bild, dramatisering och lek. Detta används som ett komplement till samtalet. Att rita en bild kan dessutom för ett barn innebära en

externalisering, det vill säga att barnet får möjlighet att skilja den specifika händelsen i minnet från det egna jaget (Broberg et al, 2003).

När det gäller behandling av PTSD ska behandlare undvika att alltför stelbent använda sig av en behandlingsmodell. Detta då individer är olika och behandlingsmetoderna måste anpassas efter individuella behov. När en behandlingskontakt påbörjas är det många gånger bra att träffa hela familjen tillsammans, om detta är möjligt. Detta är bra för föräldrar, barn och behandlare då en god relation ska kunna etableras. För att behandlingen ska få bästa effekt för barnet är det bra om föräldrarna är involverade i behandlingsarbetet. Detta kan hjälpa dem att förstå barnets situation och hur de själva kan medverka till ett positivt förlopp. Terapin med barnet kan sedan fortsätta individuellt, i grupp eller som en kombination av dessa (Angel och Hjern, 2004).

Att arbeta med *barn med PTSD i grupp* möjliggör att fler barn får hjälp samtidigt. Tanken är att ge barnen en chans att träffa jämgamla med liknande erfarenheter och upptäcka och förstå mer om sina egna behov och möjligheter. I gruppen får barnen känna att de inte är ensamma i sin situation och gruppen innebär också en normalisering av barnets egna emotionella reaktioner. Då dessa känslor delas av andra upplever barnen att känslorna är mer allmängiltiga vilket lindrar ångest och minskar barnets isolering. I gruppen är det dock viktigt att ledaren känner till varje barns bakgrund så att barnet känner särskilt stöd hos ledaren i de situationer då det behövs (Broberg et al, 2003).

Då barn har fasta negativa tankemönster är det viktigt att hjälpa barnet att hitta något som gör det möjligt att tänka på något annat. *Distraction* kan användas i samband med att i behandling uppmana barnet till att tänka på traumat under en avgränsad tid och att barnet under resten av dagen försöker att göra och tänka på annat. Fritidsaktiviteter, musik och att se på en film kan göra att barn upplever distraction för en stund (Dyregrov, 1997).

EMDR, eye movement desensitization and reprocessing, är en av de mest dokumenterade behandlingsmetoderna för vuxna. Det finns även viss dokumentation om hur metoden fungerar för barn som tyder på att denna metod är mycket effektiv vid behandling av posttraumatiska symptom. EMDR innebär att barnet aktivt framkallar den

traumatiska bilden av det traumat som upplevts på samma gång som terapeuten gör rytmiska handrörelser med händerna som barnet följer med blicken. Det förekommer även att terapeuten använder taktil och auditiv stimulering, exempelvis knäppa med fingrarna vid barnets öron. Varför metoden är så effektiv har forskning inte visat men det finns teorier om att ögonrörelserna främjar sändning av information mellan olika delar av hjärnan (Dyregrov, 1997).

Då barn drabbas av en traumatisk händelse kan en del utveckla ett avskärmat, undvikande beteende, andra blir istället överspända vilket kan visa sig i koncentrationssvårigheter och vrede. En del barn kan få en förändrad verklighetsbild (Dyregrov, 1997). Nedan beskrivs behandling av dessa olika symtombilder.

4.1.1 Behandling vid undvikande symptom

Undvikande symptom behandlas främst med hjälp av att prata om de obehagliga minnena och tankarna, att planerat exponera sig på nytt för traumatiska händelser i fantasin, att besöka viktiga platser, skriva dagbok samt genom ritualer och bön. "Flooding" innebär att barnet låter sig utsättas för omständigheter som det förknippar med traumat i så stor omfattning att negativa tankar och reaktioner "tröttas ut". Ett exempel på detta är då ett barn får höra ljud som associeras till traumat samtidigt som avslappningsövningar görs. Med hjälp av flooding och annan exponering kan tankar och minnen som annars hade kunnat skapa ett undvikande beteende bearbetas. Exponering med vägledning har även visat sig ha stor effekt. Vid exponering kan även barnet få hjälp av fantasi att skapa hanteringsbilder som hjälper barnet. Barnet kan då omskapa händelsen, hitta på ett nytt slut, bli räddat och så vidare. Genom att skapa en föreställning av lek i fantasin så kan barnet få känslan "jag klarar det". Vid exponering är det viktigt att ge barnet tid och få barnet att känna att terapeuten alltid finns där som stöd (Dyregrov, 1997).

Då ett trauma drabbar någon är detta svårt att förklara. Många gånger spelar religion en viktig roll för att förstå och hantera känslor. Då stora livsfrågor väcks kan barnet finna en trygg plats genom sin tro. Tron kan utgöra det enda språket som hjälper dem att

hantera dessa känslor. I behandling är det viktigt att inte underskatta religionens betydelse (Dyregrov, 1997).

4.1.2 Behandling vid förhöjt spänningstillstånd

Förhöjt spänningstillstånd hänger samman med påträngande minnesbilder och kan dessa minnesbilder kontrolleras påverkas även den kroppsliga oron. De barn som har symptom på ökat spänningstillstånd kan avhjälpas med detta främst genom avslappningstekniker, att skapa positiva mentala bilder, genom musik, desensibilisering, emotionella uttryck, fysisk aktivitet, massage, terapi, kroppskontakt och medicin (Dyregrov, 1997).

Genom att använda olika avslappningstekniker, så som att lyssna på musik och andningsträna, kan förhöjd aktivering minskas. Även fysisk aktivitet så som lek, sång och dans kan hjälpa. Att teckna och måla utgör andra metoder. Barn med sömnsvårigheter kan hjälpas genom avslappningsmetoder och fasta rutiner. Kognitiva metoder används för att hjälpa barn med mardrömmar. Terapeuten går då tillsammans med barnet igenom mardrömmen i vaket tillstånd. Även hypnos kan ge goda effekter (Dyregrov, 1997).

Då en familj drabbas av en traumatisk händelse har studier visat att barn upplever en minskad kroppskontakt från föräldrarnas sida. Då beröring och fysisk kontakt inverkar lugnande är det viktigt att barnet får dessa behov tillgodosedda. Genom fysisk aktivitet och övningar i samband med exempelvis gymnastik, simning, lagidrott och dans kan barnet få positiva kroppsupplevelser och komma i kontakt med sin kropp igen (Dyregrov, 1997).

4.1.3 Behandling vid förändrad verklighetsuppfattning

Förändrad uppfattning av världen behandlas främst med hjälp av kognitiv rekonstruering och diskussioner om fakta, mening och andra existentiella frågor (Dyregrov, 1997).

I samtal med barn som har förändrad verklighetsuppfattning handlar det till stor del om hur man kan hjälpa barnet att bygga upp en trygghet i tillvaron. Barnet ska skapa ny tilltro till att världen är stabil och trygg och att inte alla människor vill dem något ont. I

detta arbete är det viktigt att terapeuten uppfattar världen på samma sätt som barnet och att barnets bild av missförstådda fantasier och förväntningar kan diskuteras öppet. Detta kan göras genom att gå igenom krishändelsen återigen och påtala att människor är olika. Sakta byggs en ny världsbild upp med barnet genom nya positiva upplevelser. Detta arbete kan dock ta lång tid och det förutsätter en god relation mellan barnet och terapeuten (Dyregrov, 1997).

5. Teoretisk referensram

Vi kommer att belysa vårt syfte och våra frågeställningar utifrån ett makt- och barnperspektiv. Maktperspektivet är centralt då makt finns inom alla verksamheter och kan utgöra en viktig faktor just vad gäller behandling och vem som får tillgång till denna. En behandlare har makt i avseendet att denne kan påverka om och hur hjälp ska ges. Med begränsade ekonomiska resurser har prioriteringar blivit allt mer centralt. Att prioritera olika gruppers behov framför andras är att utöva makt (Svärd och Starrin, 2006). Ett maktperspektiv är även relevant för vår studie då vi främst fokuserar på barn, vilket medför att maktskillnaderna kan bli än mer påtagliga. Därmed är även ett barnperspektiv viktigt att belysa då barn ska ses som egna individer vars vilja måste respekteras. I relationen mellan ett barn och en professionell vuxen, blir barnets röst alltid hörd? Om föräldrarna av någon anledning inte finns till för sitt barn, vem synliggör barnet då?

5.1 Barnperspektivet

Då kvinnorna lämnade hemmen för att yrkesarbeta togs barnen om hand inom barnomsorgen. Detta medförde att barnen blev en grupp att räkna med för kommunala tjänstemän och politiker, vilket gjort att barnen synliggjorts mer under de senaste decennierna (Hindberg, 2007). Barn ses enligt den nya barndomsforskningen som en social kategori i samhället som ska ha samma villkor i livet som andra sociala kategorier. I många sammanhang blir dock barn familiserade, exempelvis så används uttrycken "barnfamiljer" och "ensamstående med barn". Detta medför att barn riskerar att ses som

egenskaper hos en annan enhet vilket skapar en risk för att barn blir förbisedda som individer i förhållande till de vuxna. Denna familisering innebär bland annat att fördelning av resurser och makt inte problematiseras inom familjen. Därmed osynliggörs barns egna resurser och de kan därmed underskattas (Näsman, 2004).

Barnperspektivet är ett mångtydigt begrepp. Dels kan barnperspektivet ses ur ett omvärlds- och samhällsperspektiv utifrån den kunskap som finns om barn och dels kan det ses ur barnets egen uppfattning om sin situation. Samhällets barnperspektiv stadgas bland annat i FN:s barnkonvention och regeringens barnpolitik. Det poängteras att barn inte är en miniatyrbild av vuxna utan att de är unika individer med egna behov. Det är viktigt att poängtera att det finns en skillnad mellan barns eget perspektiv och vuxnas uppfattning av barns perspektiv (Rasmusson, 2006).

Barnperspektivet har vuxit fram som en respons på att socialt arbete till stor del fokuserat på ett vuxenperspektiv. Information kring barnen har ofta insamlats av föräldrar eller andra vuxna i barnets närhet utan att barnen själva fått komma till tals. Andras bedömningar och åsikter har utgjort grund för beslut som fattats. Barnperspektivet syftar till att uppmärksamma barnet i större utsträckning innebärande att vuxna ser, försöker förstå och använder sig av insatser som bedöms vara för barnets bästa. I barnavårdsarbete innebär detta att bland annat lyssna till barnet och försöka se omgivningen med barnets ögon. Samtidigt ska den allmänna kunskapen om vad som är bäst för barnet ur ett långsiktigt perspektiv beaktas (Hindberg, 2007). Vi kommer i denna studie att utgå från behandlarnas syn på barnets behov av hjälp och stöd. Nedan presenteras olika risk- och skyddsfaktorer som berör barn.

5.1.1 Risk och skyddsfaktorer

Huruvida barnens behov av hjälp blir uppmärksammat beror på en rad faktorer. Föräldrarna har stor betydelse men det är även viktigt att samhället uppmärksammar barn som är i behov av behandling och stöd. Personal inom olika verksamheter som berör barn, exempelvis skola, socialtjänst och BUP har stor betydelse för om barnets behov blir uppmärksammat eller inte. Personalens arbetssituation, arbetsbelastning och utbildning

kan påverka situationen. Problem som skulle ge anledning till ingripande då resurser finns kan då arbetsbelastningen är hög passera (Hindberg, 2007). Ofta förklaras barnets reaktion utifrån vad som drabbat honom eller henne men hur ett barn reagerar på en traumatisk upplevelse kan även bero på en rad andra faktorer så som barnets kön, utvecklingsålder, vilket stöd barnet får och så vidare. Vissa barn kan med hjälp av individuella resurser och stöd lyckas att klara av mycket svåra händelser utan att utveckla psykosocial ohälsa. Det finns alltså inget direkt samband mellan att utsättas för skrämmande händelser och att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Det innebär dock en ökad risk för att utveckla psykiska störningar ju svårare och mer omfattande traumatiska händelser barnet utsätts för (Broberg et al, 2003).

Viktiga skyddsfaktorer för en normal utveckling trots svåra uppväxtförhållanden är stark fysik, god kognitiv förmåga och social kompetens. Barn med dessa egenskaper får dessutom mer stöd av vuxna utanför familjen. Det har vidare visat sig finnas ett starkt samband mellan barnets förmåga att bemästra svåra händelser och att ha en varaktig relation till någon trygg, bekräftande vuxen. Avsaknaden av dessa faktorer innebär omvänt att barnets utsatthet ökar. Även händelsen som barnet utsatts för har stor betydelse för hur barnet påverkas. Det har betydelse om barnet utsatts för en enstaka händelse eller om barnet utsatts för upprepade traumatiska händelser (Broberg et al, 2003).

Efter att en familj upplevt krig eller andra traumatiska händelser lider ofta även föräldrarna av psykiska symptom vilket berör relationen till barnen i olika stadier av barnens utveckling. En del föräldrar blir så påverkade av sina minnen att de har svårt att ta till sig sina barn. En förälder kan utgöra både en skydds- och en riskfaktor vilket är viktigt att vara medveten om i behandlingsarbete med barn med PTSD. För att hjälpa barnet är det betydelsefullt att föräldrarna också får hjälp och stöd i sin föräldraroll och att de är involverade i behandlingsarbetet (Angel och Hjern, 2004).

5.2 Maktperspektivet

Behandlaren ställs många gånger inför dilemmat hur och när makten ska utnyttjas. Hur långt ska det gå innan en person i behov av vård får det? Psykiatrin har ofta svåra beslut att fatta. De ser patientens behov, men samtidigt måste de se till organisationens krav och ekonomi (Swärd & Starrin, 2006).

Pierre Bourdieu menar att välfärdsstaten är uppbyggd av självständiga fält. Varje fält innehåller doxa, det vill säga en viss sorts logik, särskilda regler och kamper om positioner och kapital. Både inom fälten men även i förhållande till andra fält uppstår olika krafter, kamp, konkurrens och intressekonflikter. Ibland kan till stor del denna doxa som finns inom respektive fält bli så självklar och naturlig att deltagarna inte kan se att det är fältet självt som skapat uppfattningarna, så kallat *doxa ignorantia*. Doxan inom varje fält och dess uppfattningar och handlingsmönster garanterar fältets överlevnad genom att de erhållit status som självklara. Arbetsområdena, klientgrupperna, problemtyperna etc. är socialt konstruerade kategorier som vunnit sin status som doxa. De olika uppfattningarna som finns inom varje fält fungerar även som symboliska maktinstrument. Detta beskriver Bourdieu som symbolisk makt, en sorts legitim auktoritet (Järvinen, 2002).

Systemet skapar klienten, innebärande att de olika fälten designas för att passa olika patientgrupper. Ärendena som kommer in utreds och omdefinieras så att de passar in i fältets doxa, och därefter undersöks om och vilken hjälp patienten bör få. Denna så kallade kategorisering medför även att de som inte passar in i fältets doxa utesluts och betraktas som någon annans ansvarsområde vilket kan göra att patienter riskerar att falla mellan stolarna och inte få hjälp någonstans (Järvinen, 2002).

Filosofen Michel Foucault har forskat kring samspelet mellan makt och olika hjälpformer. Foucault menar att makt utövas från olika håll i en relation och att maktförhållandet är föränderligt. Den kontroll av resurser som behandlare har medför att de också har makt och kan påverka människors fortsatta liv. Idag har patienter dock mer makt än tidigare. De kan anmäla orätter, framföra klagomål och vägra olika insatser då till exempel servicen de erbjuds inte är tillräcklig. Maktfördelningen har blivit mer jämn, även om patienten fortfarande är i en beroendesituation (Swärd och Starrin, 2006).

I behandlarens arbete vilar utövandet på en ekonomisk, juridisk och ideologisk grund vilken bestämmer maktutövningen och hur resurser ska användas. Trots att behandlare är en grupp som är underkastade lagar lämnas dock mycket bedömningar åt deras eget omdöme. Detta innebär att samhällsmedborgarna måste lita på att behandlarna använder sitt omdöme till att följa de moraliska koder som innefattas i deras yrkesroller. Mötet mellan behandlare och patient sker i slutna rum. Det finns därmed en stor möjlighet att utöva osynlig makt. Behandlare kan, om än med de bästa intentionerna, med stöd av sin kunskap anse att de vet vad som är bäst för patienten och därmed utöva en typ av mikromakt. Risken finns att de behandlare, som arbetar närmast patienten, får möjlighet att utöva osynlig makt på ett förtryckande sätt (Swärd & Starrin 2006).

Maktrelationer är bundet till det sammanhang inom vilken maktrelationen verkar. Maktrelationen mellan behandlare och barn är endast en del i en rad andra maktrelationer. Den politiska makten påverkar på såväl central som lokal nivå. Politiker stiftar lagar, anslår medel till verksamheter och anger på så sätt ramarna för även andra maktrelationer (Swärd och Starrin, 2006).

6. Empiri

I detta avsnitt använder vi oss av fingerade namn. Vi kommer att presentera intervjumaterialet utifrån fem teman; 1. Behandlarnas erfarenheter av arbete med barn som har PTSD, 2. Hur behandlarna arbetar med barn som har PTSD, 3. Behandlarnas möjligheter att ta emot barn med PTSD, 4. Maktaspekter i behandlingsarbetet, 5. Utmaningar och utveckling. Nedan följer en kort presentation av de behandlare vi intervjuat därefter presenteras intervjupersonernas svar utifrån våra teman.

6.1 Presentation av intervjupersoner

Gilbert är legitimerad psykolog. Han har även familjeterapiutbildning, klinisk hypnosutbildning och har lång erfarenhet av traumaterapier. Nu arbetar Gilbert på en specialiserad mottagning som ligger under Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP). Målgruppen för verksamheten är individer som varit utsatta för krig och tortyr.

Solveig är läkare och legitimerad psykoterapeut och har arbetat fyrtio år inom BUP. Hon är idag överläkare och arbetar främst med diagnostisering och remittering till adekvat behandling.

Elisabeth är legitimerad psykolog och har varit verksam i 33 år. Hon arbetar nu på BUP. Elisabeth har mött många barn med PTSD genom åren. Hon har erfarenhet från både arbete med barn som varit utsatta för sexuella övergrepp samt barn som varit utsatta för krig och tortyr.

Gisela är legitimerad psykolog. Hon har arbetat inom BUP i 25 år och har bland annat varit enhetschef. Nu arbetar hon som psykolog på BUP.

Kerstin är utbildad socionom med psykoterapiutbildning steg 1. Hon arbetar idag som enhetschef på BUP. Tidigare arbetade hon som kurator och hon har även varit verksam inom socialtjänsten. Under sin tid som kurator arbetade hon främst med barn som drabbats av PTSD på grund av sexuella övergrepp.

Gertrud är utbildad socionom och arbetar tillsammans med Gilbert på en specialiserad mottagning på BUP. Hon är där kurator och samordnare och arbetar dels med behandling och dels med stöd, råd och nätverksarbete för barn och familjer som varit utsatta för krig och tortyr.

Liselotte är legitimerad psykolog och verksam inom den somatiska sjukvården där hon arbetar med nyfödda barn som opererats direkt efter födseln. Hon har även arbetat inom BUP i 25 år.

Rut är legitimerad psykolog och arbetar på BUP vilket hon gjort i sju år. Hon är specialutbildad EMDR-terapeut (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) och har arbetat med denna behandlingsmetod i tre år.

Mirella är legitimerad psykolog och har bedrivit forskning om PTSD. Hon arbetar som lärare och informerar om hur man kan arbeta med barn som har PTSD i skolan.

6.2 Behandlarnas erfarenheter av arbete med barn med PTSD

Merparten av intervjupersonerna har svårt att uppskatta hur många barn de möter med PTSD. Flera säger att barn med PTSD utgör en begränsad del av deras patienter men att de träffar på barn med denna problematik med jämna mellanrum.

6.2.1 Förekomst

Flera av intervjupersonerna beskriver en förändring över tid vad gäller förekomsten av PTSD. Några av våra intervjupersoner tror att det generellt är fler barn och ungdomar än tidigare som söker hjälp men en del berättar även om en ökad förekomst av PTSD. Att fler söker hjälp kan bero på att det inte är lika ”tabu” som tidigare att söka hjälp, samt att kunskapen och öppenheten kring psykisk ohälsa ökat. Dessutom är Internet en bidragande faktor, menar några. Kerstin berättar följande:

Det känns som att föräldrar och barn hellre kommer till oss nu, den här psykiatristämpeln, lite så här idiotförklaringen verkar vara lite ”lättare”. Det finns också en ökad tillgänglighet då personer kan söka på nätet och få information och upptäcka symptom. Det tror jag är en bidragande orsak. Sen tror jag att skolan och den delen kan mer och uppmärksammar och tänker mer i de banorna och då blir det ju också fler som söker till oss.

Trots att Kerstin framhåller att det inte skett någon förändring berättar hon dock att ”... den senaste tiden, kanske de två senaste åren så tycker jag att vi fått ett ökat inflöde av flyktingbarn som har de här symptomen”.

Några intervjupersoner menar att kunskapen, medvetenheten samt konsekvenserna av olika trauman uppmärksammas mer på senare tid och menar att detta kan vara en bidragande faktor till att man ser fler barn med denna problematik idag. Liselotte berättar att den förändring hon ser kring PTSD handlar om kunskap. Hon berättar: ”... med mer kunskap ser vi problemen, det är ju inte så att barn blir mer traumatiserade idag utan snarare att vi börjar förstå vad traumatiseringen gör”.

Specialisering så som specifika mottagningar kan göra att fler barn uppmärksammas idag och kan ha ökat tillgängligheten för barn som passar in i målgruppen. Flera uppger

att det tidigare inte fanns någon diagnos för PTSD. Det fanns lite kunskap om trauman och dess effekt och därmed behandlades inte de människor som blivit drabbade av trauman på rätt sätt. Gertrud och Gilbert som arbetar i en större stad märker av det ökade trycket på mottagningen som skett till följd av att fler flyktingar kommit till kommunen. Många av intervjupersonerna tror dock inte att det skett någon större förändring vad gäller förekomsten av PTSD hos barn. Trauman och krisarbete har uppmärksamats i alla tider men det som har förändrats är snarare att det skett mer forskning och att det utvecklats en PTSD-diagnos.

6.3 Hur behandlarna arbetar med barn som har PTSD

6.3.1 Hur barnen kommer i kontakt med behandlarna

Merparten av intervjupersonerna uppger att hälften av barnen som kommer i kontakt med BUP gör det på föräldrarnas initiativ. Den andra hälften barn som kommer i kontakt med BUP kommer från andra "vårdgrannar"; så som socialtjänst, skola, vårdcentraler, barnsjukhus, privata vårdgivare, och så vidare.

6.3.2 Viktigt att tänka på i arbetet med barn som har PTSD

Flera behandlare belyser vikten av att lyssna, att möjliggöra för barnet att berätta sin historia och att som behandlare våga ställa direkta frågor om det som hänt. Flera menar att det är viktigt att barnets basala behov tillgodoses samt att en trygghet byggs upp. Vidare är det viktigt med fasta rutiner, aktivering och en stöttande omgivning. Gisela tycker att det är viktigt att se till barnets och omgivningens resurser när en behandlingsplan görs. Hon menar att behandlare ofta har en förförståelse om vad som behöver göras i form av att ett trauma ska bearbetas medan barnet kanske inte har ett behov av detta. Istället menar hon att behandlare i dessa fall snarare ska se till det enskilda barnet och ibland istället hjälpa barnet att gå vidare och se framåt. Gisela menar att det är viktigt att inte forcera något då man arbetar med barn, vad behandlaren tror är ett trauma behöver inte upplevas som ett trauma för barnet. Solveig menar att man måste

arbeta med dem symptom som stör barnet. Hon tror att detta även kan innebära att man måste minska kraven en viss tid, till exempel i skolan.

Liselotte som arbetar med nyfödda barn som opereras direkt efter förlossningen tycker att det är viktigt att tänka på att även små barn kan bli traumatiserade, även vid ett medicinskt ingrepp då ett barn behandlas för sitt eget bästa. Liselotte menar att personal inom sjukvården inte alltid är uppmärksamma på att barnet kan vara traumatiserat till följd av de ingrepp som gjorts och reagera med antingen hyperaktivitet och bli klängiga eller apati. I arbete med barn är det extra viktigt att besvärliga händelser bearbetas så att barnet kan gå vidare och följa en trygg utveckling. Det är viktigt att kunna prata även om det som varit jobbigt och inte trycka undan dessa känslor. På så sätt skapas verktyg för att hantera svårigheter även i framtiden. Det är viktigt att även föräldrarna är medvetna om detta, så att man kan prata tillsammans i familjen, och att de är involverade i behandlingsarbetet.

6.3.3 Behandlingsmetoder

Flera intervjupersoner menar att det som är grundläggande i all traumabearbetning är att mentalisera traumat, det vill säga låta känslorna få ord, uttryckas och sättas in i ett för barnet begripligt sammanhang. Merparten av intervjupersonerna gör detta främst genom olika former av samtalsterapi, främst kognitiv beteendeterapi eller mer traditionell psykodynamisk terapi. För barnet kan traumatiska händelser bli överväldigande och då inträder överlevnadsmekanismer så som hyperaktivitet eller dissociativa störningar.

Några av intervjupersonerna har erfarenhet av att behandla barn med PTSD i grupp. Gertrud har erfarenheten att barn inte är så rädda som vuxna för att öppna sig för andra. Hon menar att det är bra för barnen att träffa andra i samma situation och att uppleva att de inte är ensamma. Grupperna börjar med att barnen får lära känna varandra, sedan pratar de om tema så som känslor, identitet, positivt och negativt med hemlandet, flykten och till slut framtiden. Gertrud anser att det är viktigt att vara tydlig med att gruppen träffas ett visst antal gånger och att bygga på att det finns ett avslut. Hon poängterar att avslutet måste förberedas noga eftersom många har varit med om separationer de inte alls

varit beredda på tidigare. Efter att gruppen avslutats sker en uppföljning med barnet och föräldrarna.

Alla behandlare arbetar med hjälp av lek och andra alternativa uttryckssätt, så som att rita, spela musik, dramatisera, skapa i lera och så vidare. Detta menar intervjupersonerna är viktigt då behandlingen ska anpassas efter barnens möjligheter att uttrycka sig. Flera menar att barn kan ha svårare att uttrycka sig verbalt än vuxna. Gertrud tycker även att det är viktigt att arbeta med kroppen i behandling exempelvis genom dans. Hon menar att en del barn kan ha blivit väldigt försiktiga, tysta, och vana vid att vara stilla och inomhus. Då kan det vara viktigt för barnet att komma igång och leka och på så sätt återskapa trygghet även fysiskt. Då hon arbetar med barn i grupp väljer hon ofta lekar där barnen räddar varandra eller gömmer sig och hittar varandra. Gilbert poängterar även vikten av fysisk aktivitet så som att simma och spela fotboll. Han menar att spela fotboll tillsammans kan vara ett bra sätt att bli av med energin men också att komma in på att prata om även andra saker.

Några av intervjupersonerna har arbetat med barnpsykoterapi så som sandlådeterapi där barnet på ett symboliskt sätt får hjälp av terapeuten att återskapa den traumatiska situationen och på så sätt får de möjligheten att visa upp vad det varit med om.

Många av intervjupersonerna benämner metoden EMDR som särskilt verkningsfull för en del barn som lider av PTSD. Rut berättar att EMDR är en metod som integrerar traumatiska upplevelser i minnesnätverken i hjärnan. Behandlaren börjar med att göra en anamnes av barnet och bedöms sedan barnet vara tillräckligt stabilt inleds behandling. Patienten går sedan med hjälp av behandlaren igenom den traumatiska upplevelsen under behandlingstillfället. Rut berättar vidare att EMDR fungerar bra även på mindre barn. Hon menar att EMDR fungerar från det att barn har ett språk. Rut berättar att det är som en filmsekvens och att barnet beskriver bilder. Terapeuten fryser bilden och ställer en del frågor kring den som barnet får svara på. Negativa tankar och känslor som barnet har om sig själv, till exempel att det borde ha gjort något annat än det gjorde, lyfts upp och pratas kring. Under sessionen sitter barn och behandlare mitt emot varandra och medan barnet tänker på traumat får det följa terapeutens fingrar med ögonen, cirka 30-40 sekunder. Sedan ska barnet beskriva vad det sett under denna tid. Barnet får även skatta hur jobbig

händelsen känns och när det är nere på noll har barnet bearbetat traumat. Sedan bygger man uppåt så att barnet skapar en positiv tanke om sig själv.

6.3.3 Diagnostisering

Merparten av våra intervjupersoner berättade att barnen blir diagnostiserade på deras arbetsplatser. Diagnos ställs enligt det internationellt erkända diagnossystemet DSM IV.

Flera intervjupersoners erfarenhet är att de barn som utsatts för trauma har en ökad sårbarhet och högre risk att senare utveckla andra problem så som ADHD. Liselotte tror att problemen som uppstår kan vara en konsekvens av PTSD och att många barn får fel hjälp och bemötande. De riskerar även att få en hämmad personlighetsutveckling samt svårigheter att hantera känslor då de inte kunnat mentalisera traumat vilket kan innebära stora svårigheter i barnets fortsatta liv.

6.3.4 Behandlingstid

Samtliga behandlare menar att behandlingstiden är av varierande längd. Gisela uppger att det ibland kan ta tid att fastställa en diagnos vilket kan fördröja behandlingsprocessen. Gilbert berättar att en undersökning som gjorts på hans arbetsplats visat att behandlingstiden i genomsnitt pågår i ett år. Solveig berättar att ”en del kan komma över det här relativt snabbt medan det för andra är ett livslångt handikapp”.

Flera av intervjupersonerna pratar om EMDR som en behandlingsmetod som kan ge kortare behandlingstid. Rut berättar att denna behandling har visat sig vara väldigt effektiv. Hon menar att en del patienter är färdigbehandlade redan efter tre till fyra sessioner. Dessutom menar hon att det ofta går fortare att behandla barn då de har färre minnesnätverk samt då de har färre upplevelser att associera till. Barn har inte heller ett lika utvecklat försvar och då blir det lättare att integrera traumat och därmed behandla det.

6.3.5 Föräldrarnas roll

Samtliga intervjupersoner ansåg att föräldrarna hade stor betydelse i behandlingsarbetet av barn med PTSD och erbjuder ibland familjebehandling och föräldrastöd. Merparten av behandlarna betonade vikten av detta då familjen måste hitta strategier för att hantera de situationer då barnet exempelvis blir oroligt, aggressivt, eller får ångest. Flera behandlare arbetar därför psykoedukativt med föräldrarna för att stödja dem i föräldrarollen. De berättar vidare att det är viktigt att föräldrarna vågar prata om det jobbiga och att de även låter barnen göra det. Det är viktigt att även föräldrarna är medvetna om vikten av att sätta ord på känslorna så att man kan prata tillsammans i familjen. Liselotte menar att föräldrarnas närvaro under och efter att barnet varit med om en besvärlig operation är av stor betydelse. Trots att föräldrarnas roll är viktig poängterar dock flera intervjupersoner vikten av att inte fokusera allt för mycket på föräldrarna då barnen kan glömmas bort. Det är viktigt att barnen får hjälp individuellt och att även de får vara med i utformningen av behandlingsarbetet då de uppnått viss mognad. Då barnen kan ha uppfattat en traumatisk händelse på ett annat sätt än föräldern är det viktigt att deras tankar och känslor om det som skett är i centrum.

6.4 Behandlarnas möjligheter att ta emot barn med PTSD

Alla behandlare upplever att de kan ta emot de barn som söker sig till dem och att de har möjlighet att uppfylla de krav som ställs i vårdgarantin. Rut berättar att de nya kraven dock medför att det blir en bredare ansvarsfördelning och att det därmed inte alltid är den med störst kompetens som får ta emot patienten. Hon menar att kvalitén blir lidande av kvantitén. Flera av intervjupersonerna berättar dock att bra rutiner och att de fått förstärkning i form av ökade ekonomiska medel och fler anställda gör att det ökade behovet av psykiatrisk hjälp bland barn och unga kan tillgodoses. Dock är det flera som konstaterar att alla som behöver hjälp inte får det då hjälpen endast når ut till en del av dem som behöver hjälp och stöd.

6.4.1 Prioritering?

De flesta av behandlarna uppger att de inte prioriterar alls utan så fort de har bedömt att patienten har PTSD tas denne in och behandling erbjuds så fort det går och i enlighet med de krav som ställs i vårdgarantin. Det görs dock viss prioritering enligt några intervjupersoner. Den prioritering som görs avser då det bedöms föreligga en suicidrisk. Trots att det inte finns akuta tider på alla arbetsplatser, hittas då en lucka och en patient som bedöms vara stabilare får vänta.

Vårdgarantin är en aspekt som påverkar behandlingsarbetet. Detta har lett till att arbetet på många håll har effektiviserats och förändrats. Detta menar samtliga är positivt. Dock kan de nya kraven få konsekvenser för dem som är ”inne i systemet” som ibland får vänta på tider då nya patienter måste få tid.

6.5 Maktaspekter i behandlingsarbetet

De flesta av intervjupersonerna tycker inte att maktpositionen de har som behandlare är något som skapar problem i deras arbete. Flertalet av intervjupersonerna berättar att de är medvetna om den makt de besitter som behandlare, dock tror de att så länge man är medveten om makten kan man oftast hantera den på ett bra sätt. De berättar dessutom om patientens makt då det är patienten som bestämmer om denne vill ta emot hjälp samt att behandlingen alltid måste ske i samförstånd med patienten. Kerstin berättar att hon brukar sätta sig ner när hon i sitt arbete hälsar på barn, för att de ska mötas på samma nivå samt att hon har olika metoder anpassade efter åldrar. Kerstin betonar vidare vikten av matchning, det vill säga att möta patienten där den är och bemöta patienten på den nivån den är, som viktigt för att undvika maktmissbruk.

Många intervjupersoner talar om kunskap och ekonomi som olika maktinstrument då dessa är betydande för hur de kan utföra sitt arbete. Politikerna har makt att avgöra exempelvis hur många psykologer som ska finnas inom en organisation och vilken kunskap som prioriteras. Samtliga intervjupersoner anser att de har tillräckligt med resurser för att kunna göra ett bra arbete.

Solveig menar att hon besitter makt då hon har befogenhet att ta beslut kring om och vilken hjälp som ska ges. Det svåraste är då patienten inte möter någon som engagerar sig i just dennes fall. Om behandlarna inte känner ett äkta engagemang för patienten menar hon att det kan vara så att patienten inte blir hjälpt. De barn som inte har föräldrar som engagerar sig och kämpar för dem är i dessa situationer särskilt sårbara och utelämnade. Många barn måste ha någon som kämpar för dem. Solveig menar att detta kan vara ett dilemma då även behandlare "bara" är människor.

Kerstin tycker att makten hon har som behandlare blir tydlig då hon om hon får reda på att ett barn far illa är skyldig att anmäla detta till Socialtjänsten. Hon menar att denna skyldighet i grunden är bra men att det även innebär att barn kanske undviker att berätta om vissa saker i behandlingen. Kerstin menar att detta är en maktobalans som barn och unga är väl medvetna om.

Liselotte pratar om makt i termer av att inte alltid bli hörd då hon i en värld med tyngdpunkt på det fysiska måendet försöker poängtera att även det psykiska måendet kan påverkas. Hon känner att hon inte alltid har möjlighet att arbeta på det sätt hon hade velat för att hjälpa de barn och föräldrar hon kommer i kontakt med. Hon uttrycker detta på följande sätt:

Utmaningen för mig är att befinna mig i det medicinska paradigmet och försöka att representera ett psykologiskt perspektiv. Trots att jag är gammal i gamet och har skinn på näsan så är det tufft. Jag måste stå på barrikaden och vifta och vara missionär.

6.5.1 Maktlöshet

Känslan av maktlöshet upplever flera behandlare i arbetet med asylsökande barn som får avslag på sin asylansökan. Behandlare kan då känna stor frustration eftersom de vet att patienten har varit traumatiserad och att de har behov av att stanna för att få behandling. Gudrun berättar om barn som blir avvisade till länder där de tidigare utsatts för misshandel av myndighetspersoner. Hon känner då en stor frustration och maktlöshet över att behöva rusta barnet inför att stå ut med de övergrepp de riskerar att utsättas för då de skickas tillbaks.

Kerstin berättar att hon kan känna sig maktlös i förhållande till det barn med PTSD utsatts för. Många intervjupersoner känner sig dock inte maktlösa när barnen väl söker hjälp då de upplever sig ha möjlighet att bistå med adekvat behandling.

Ett problem som gör att behandlarna inte kan erbjuda behandling är när föräldrar eller barnet inte vill medverka i behandling. Flera av behandlarna pratar om frustrationen de känner i dessa situationer då det inte går att hjälpa någon som inte vill bli hjälpt.

6.6 Utmaningar och utveckling

Flera intervjupersoner ser det som en utmaning att nå dem som inte uppmärksammas eller själva tar kontakt. De skulle i sitt arbete vilja nå fler och att kunskapen om PTSD ska spridas främst i skolan men också i samhället i övrigt. Samtliga menar även att det är viktigt att det forskas mer på området. Mirella tycker att det är viktigt att olika människobehandlande instanser är pålästa om olika kulturer för att underlätta mötet med människor från andra länder. Dessutom poängterar hon vikten av att tidigt uppmärksamma barn som uppvisar tecken på PTSD och erbjuda behandling då hon tror att ju tidigare interventionerna sätts in desto större är chanserna för tillfrisknande. Gilbert menar att arbetet med barn som har PTSD kan utvecklas genom förbättrade behandlingsmetoder samt nationella och internationella utbyten. Flera intervjupersoner berättar att de tycker att behandlingsarbetet med barn i grupp ska utvecklas. ”Det här med att dela sina erfarenheter med andra har en läkande kraft såtillvida att det normaliserar när man ser att andra har klarat sig”, menar Gisela.

Solveig menar att det behövs fler team inom BUP som specialiserade sig på traumabehandling. Hon anser att det kan vara ett problem inom psykiatri att kunskapen är för generell och att patienterna hade gynnats av specialisering. Hon menar att det är svårt att ha tillräcklig kompetens inom allt för spridda områden.

Rut ser en utmaning i att lyssna och klara av att hantera patientens berättelser. Hon menar att barns traumatiska upplevelser kan vara otroligt tunga och jobbiga och att det är viktigt att terapeuten ändå kan hantera situationen. Man måste stå ut med starka effekter,

annars kan det bli förödande för barnet. Flera intervjupersoner menar att det behövs mer handledning för att få hjälp med den egna upplevelsen.

Liselotte menar att det finns alldeles för lite forskning kring vad livräddande och nödvändiga insatser utgör för övergrepp på barnen och i vilken utsträckning de kan få posttraumatisk stress till följd av detta. Hon vill dessutom att man ska uppmärksamma de många olika trauman individer kan utsättas för:

Jag blir lite upprörd när man bara pratar om PTSD i samband med sexuella övergrepp eller krig. Ingen vill prata om PTSD i dessa sammanhang bara för att "det är ju för barnets bästa", ja visserligen men man måste också se de här konsekvenserna, de är ju utsatta för mängder av övergrepp.

7. Analys

Vi kommer i analysen att presentera vår empiri utifrån våra teoretiska utgångspunkter som tas upp i kapitel 5. Vidare kommer materialet även analyseras utifrån tidigare forskning som tas upp i kapitel 4. Även i detta avsnitt kommer vi att utgå från våra fem teman; 1. Behandlarnas erfarenheter av arbete med barn med PTSD, 2. Hur behandlarna arbetar med barn med PTSD, 3. Behandlarnas möjligheter att ta emot barn med PTSD, 4. Maktaspekter i behandlingsarbetet, och 5. Utmaningar och utveckling.

7.1 Behandlarnas erfarenheter av arbete med barn med PTSD

I teoridelen belyser vi att systemet skapar patienten, innebärande att de olika fälten designas för att passa olika patientgrupper. Detta har gjorts i arbetet med barn som utsatts för trauma, krig och tortyr. Ärendena som kommer in utreds och omdefinieras så att de passar in i fältets doxa, och därefter undersöks om och vilken hjälp patienten bör få. Denna så kallade kategorisering medför även att de som inte passar in i fältets Doxa utesluts och betraktas som någon annans ansvarsområde (Järvinen, 2002). Denna specialisering är något många av våra informanter ser som positivt. Några intervjupersoner anser att det kan vara ett problem inom psykiatrin att kunskapen är för generell och att patienterna hade gynnats av specialisering då det är svårt att ha tillräcklig

kompetens inom spridda områden. De som arbetar inom den specialiserade mottagningen för trauma, krigs och tortyrskadade menar även dem att barnen gynnas av specialiseringen då hjälpen blir mer tillgänglig och att relevant kunskap finns inom teamet för att bemöta barn med denna problematik.

7.2 Hur behandlarna arbetar med barn med PTSD

Makt i sig kan vara både positivt och negativt, det är hur denna makt används som är centralt. Behandlarna i vår studie har makt vilket de är medvetna om och vår uppfattning är att de använder sig av denna makt till att stärka barnen. De utgår från barnets egen beskrivning av sin situation samt anpassar behandlingen efter barnens behov. De arbetar alla med samtal och alternativa uttryckssätt och utgår från vad som är den bästa metoden för var och en. Detta möjliggör att barn i olika utvecklingsstadier kan uttrycka sig på det sätt som passar dem. Ur ett barnperspektiv innebär detta att behandlingen blir tillgänglig för barn med olika förmågor och olika uttryckssätt. Behandlingsmetoderna verkar vara utformade efter barnets behov samt utgår från barnets perspektiv.

Det är viktigt att behandlaren involverar både barn och föräldrar i behandlingsarbetet. Föräldrarna kan utgöra en skyddsfaktor men om de inte involveras i behandlingsarbetet så finns det en risk för att de inte kan stödja sitt barn på rätt sätt och istället utgöra en riskfaktor för barnet. Om föräldrarna involveras i behandlingen medför detta att en trygghet skapas för behandlare, föräldrar och barn. Är föräldrarna med i processen och förstår syftet med behandlingen underlättar detta då de förstår hur barnet känner och kan svara bättre på dess reaktioner och beteende. Detta skapar en trygghet hos barnet.

I många sammanhang blir barn familiserade. Detta utgör en risk för att barn blir förbisedda som individer i förhållande till de vuxna. Därmed osynliggörs barns egna resurser och de kan därmed underskattas (Näsman, 2004). Samtliga av våra intervjupersoner beskriver att barnperspektivet är centralt i deras arbete. Det måste dock poängteras att det alltid finns risk för att behandlare utgår från givna ramar och utifrån föreställningar om vad som är rätt för barnet ur ett samhälls- och omvärldsperspektiv. Detta kan innebära en risk för att glömma vad barnet själv vill. Precis som vuxna är barn

också olika och behandlingen måste anpassas efter varje barns behov. Barnets röst måste bli hörd. Att involvera föräldrarna i behandlingsarbetet är något som samtliga av våra intervjupersoner i vår studie förespråkar. Även här är det dock av signifikans att poängtera att föräldrarna ska vara en del i behandlingen, men att de inte på något sätt får ta över så att behandlingen berör *deras* uppfattning av barnets känslor.

7.3 Behandlarnas möjligheter att ta emot barn med PTSD

Samtliga intervjupersoner uppger att de kan ta emot alla barn med PTSD som söker hjälp. Prioriteringar görs endast då det föreligger en suicidrisk. Det verkar med andra ord som att alla barn med PTSD som söker hjälp får någon form av hjälp. Här skulle vården kunna utöva makt genom att prioritera och ha väntetider men så verkar inte vara fallet enligt de intervjupersoner vi intervjuat.

7.4 Maktaspekter i behandlingsarbetet

I flera fall har barn som en egen social grupp stärkts, bland annat genom en skärpning i vårdgarantin. Samtliga behandlare upplever att de har tillräckliga resurser för att kunna göra ett bra arbete. Dessutom pratar många om barnperspektivet. Flera behandlare berättar om vikten av att vara på barnets nivå, genom att exempelvis sätta sig ner då de talar med barn samt om behandlingsmetoder anpassade för barn. En behandlare pratar även om matchning, det vill säga att möta patienten där den är. Att utgå från patientens perspektiv istället för behandlarens förförståelse om vad som är bäst är centralt för att använda makten på bästa sätt.

Trots att behandlare är en grupp som är underkastade lagar och riktlinjer lämnas mycket bedömningar åt deras eget omdöme. Detta innebär att behandlare många gånger avgör om hjälp ska ges och hur hjälpen ska utformas. Mötet mellan behandlare och patient sker i slutna rum. Det finns därmed en stor möjlighet att utöva osynlig makt (Swärd & Starrin, 2006). En intervjuperson belyser hur viktigt det är att barn möter behandlare som vill och kan förstå just deras situation. Känner inte behandlaren ett äkta engagemang

riskerar detta att påverka barnet som inte får den hjälp det behöver. Detta innebär att makt kan missbrukas och de barn som inte har turen att möta "rätt" behandlare riskerar att förbises.

Den kontroll av resurser som behandlare har medför att de också har makt och kan påverka människors fortsatta liv. Idag har patienter dock mer makt än tidigare (Swärd och Starrin, 2006). Då barn har återkommande påträngande minnesbilder upplevs ofta detta av barnet som avsaknad av kontroll (Dyregrov, 1997). I behandlingsarbete är det viktigt att behandlaren kan stödja barnet i att återfå kontrollen och makten över sitt eget liv. Många av våra intervjupersoner resonerade kring hur de skulle hantera den makt de hade som professionella och vuxna i kontrast till de barn de mötte. De menade att det var viktigt att poängtera att patienten själva bestämmer om de vill ha hjälp och att de sedan får vara med och bestämma hur denna hjälp ska utformas. Dock ska det poängteras att patientens makt måste ses i relation till vilka alternativ de har. Om det bara finns en instans som kan erbjuda behandling, vart ska patienten vända sig om denne inte anser att den hjälp som erbjuds är tillräcklig?

7.5 Utmaningar och utveckling

Enligt intervjupersonerna kan arbetet med barn som har PTSD utvecklas på många sätt. Några säger att de vill nå fler barn som lider av PTSD, att kunskapen ska spridas och att det ska forskas mer på området. Andra belyser vikten av att starta fler gruppverksamheter, att ha mer handledning och att samarbetet mellan olika instanser som kommer i kontakt med barn behöver utvecklas. En intervjuperson som arbetar inom den somatiska vården menar att fokus inom traumaforskningen blivit alltför stort på barn med flyktingbakgrund och barn som varit utsatta för sexuella övergrepp. Paralleller kan här dras till de olika fält Bourdieu beskriver. Vad som passar in i begreppet PTSD och dess "fält" finns det ramar för. Det är dock viktigt att inte bli för låst vid dessa ramar utan att även se andra perspektiv, så som exempelvis de många olika sorters trauma som barn kan utsättas för. Intervjupersonen menar att även andra övergrepp som barn utsätts för kan innebära trauma och att dessa barn inte får förbises vilket hon tycker görs idag. Hon upplever vidare att det

är en utmaning att representera ett psykologiskt perspektiv i en värld fokuserad på det fysiska måendet.

8. Slutdiskussion

Vårt syfte med denna studie var att undersöka hur olika behandlande instanser ser på och möter det ökade behovet av behandling hos barn (0-18 år) som lider av posttraumatiskt stressyndrom. Vi har belyst detta utifrån ett makt- och barnperspektiv och har därmed endast visat en aspekt av det arbetet som görs. Trots detta anser vi att vi genom de svar vi fått i våra intervjuer lyckats förmedla åtminstone *en* bild av hur detta arbete kan utformas. Utifrån vår studie verkar det som att det skett en ökning av hjälpsökande, men detta beror snarare på att det är fler barn och unga som tar kontakt och söker hjälp än att det skett en reell ökning av den psykiska ohälsan. Huruvida PTSD har ökat finns det delade meningar om. Enligt samtliga behandlare som intervjuats tillgodoses den efterfrågan av hjälp bland barn med PTSD som finns idag. Detta var något som förvånade oss till en början. Vi hade en uppfattning av att det inom barn- och ungdomspsykiatri fanns långa väntetider och att prioriteringar gjordes i större utsträckning. Istället förmedlade de behandlare vi mötte en annan bild som vi blev positivt överraskade över. Det finns dock fortfarande barn som mår dåligt som inte söker hjälp och mörkertalet tros enligt många behandlare vi mött vara stort.

Flera av de grupper av barn som utsätts för trauma verkar idag, vad gäller behandling, ha fått det bättre än tidigare. Bland annat har mer forskning gjorts, behandlingsmetoderna har utvecklats och fler specialiserade mottagningar har öppnats. Detta är en positiv utveckling och vi hoppas att det arbete som görs inom detta område fortsätter. Dock frågar vi oss vad som händer med de barn som inte får del av specialiseringen, de barn som inte passar i de ramar som formats? Utifrån den litteratur vi funnit och den empiri vi insamlat tenderar traumaforskningen i stor utsträckning att handla om vissa sorters trauma så som trauma till följd av sexuella övergrepp, krig och flykt. Behandlarna beskriver att kunskapen är det som avgör vilka problem vi ser och ser vi inte vissa sorters trauman kanske de inte heller upplevs existera? Vi tolkar det som att traumaforskning till

följd av detta ibland tenderar att utesluta vissa grupper och att trauma-begreppet inte omfattar alla händelser som kan innebära ett trauma för barn. Då inte tillräcklig kunskap finns så finns det en risk att inte heller problemen uppmärksammas. Detta är också ett sätt att utöva makt.

Bland barn som har PTSD finns stora behov. Vi tror att det är bra för barnen att få berätta sin historia, att de blir sedda och hörda, men också att barn inte ska känna sig tvungna att prata om upplevelser om de inte vill. Ibland tror vi att det kan vara bra nog att höra någon annan berätta och att känna igen sig. Att barnen får känna att de inte är ensamma om att känna på ett visst sätt tror vi är en styrka. Gruppverksamheten når ut till många barn samtidigt i jämförelse med enskilda samtal. Dessa verksamheter är viktiga i tider då fler barn behöver hjälp samtidigt som det finns begränsade resurser. Gruppverksamheter fyller därmed ett stort behov hos en behövande målgrupp. Det är dock inte alla barn som passar för gruppbehandling. Även EMDR är en behandlingsform vi fått ett positivt intryck av. Denna metod verkar fungera effektivt på barn och då även på mindre barn. Dock upplever vi att det behövs mer forskning kring metodens effekter och varför behandlingsformen fungerar så väl.

Den skärpta vårdgarantin medför en effektivisering i form av att fler får hjälp fortare, men är hjälpen lika genomgripande? Får barnen tillgång till hjälp och stöd i den omfattning som krävs? Då vården effektiviseras, finns då möjlighet att skapa de varaktiga och trygga relationer som kan innebära en skyddsfaktor för barnet? Barn söker inte alltid själv vård när omsorgen i familjen sviktar eller när de mår dåligt. Omgivningen måste därför vara observant och agera. Vad händer då med de barn som inte är utagerande? Vad händer när det inte finns tid och resurser till dem som är inåtvända och inte uttrycker sina behov lika tydligt? Glöms de bort? Vi är rädda att så är fallet ibland. Vidare frågar vi oss om de barn som är utagerande till följd av traumatiska händelser blir bemötta på rätt sätt? Får de rätt diagnos och därmed rätt behandling? De intervjupersoner vi mött har dock förmedlat en positiv bild då de bedömer att de klarar av att tillgodose de behov som finns på ett bra sätt. Det verkar finnas bättre förutsättningar att nå fler barn idag än tidigare. Ett stort arbete görs för barn med PTSD idag. Detta arbete har vi fått en väldigt positiv bild av och vår förhoppning är att detta arbete fortskrider och vidareutvecklas även framöver.

Bilaga 1. Posttraumatiskt stressyndrom enligt Mini-D IV (2002)

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:

- 1) Personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller hot mot egen eller andras fysiska integritet.
- 2) Personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.

Obs: Hos barn kan detta ta sig i uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:

- 1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. **Obs:** Hos små barn teman eller aspekter av traumat ta sig i uttryck i återkommande lekar.
- 2) återkommande mardrömmar om händelsen. **Obs:** Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
- 3) handlingar eller känslor om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flash-back-upplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet och drogpåverkan). **Obs:** Hos små barn kan trauma-specifika återupprepade handlingar förekomma.
- 4) intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
- 5) fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:

- 1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat.
- 2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat.
- 3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen.
- 4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter.
- 5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor.
- 6) begränsade affekter (t.ex. oförmåga att känna kärlek).

- 7) känsla av att sakna framtid (t.ex. inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra).

D. Ihållande symptom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

- 1) svårt att somna eller orolig sömn.
- 2) irritabilitet eller vredesutbrott.
- 3) koncentrationssvårigheter.
- 4) överdriven vaksamhet.
- 5) lättskrämdhet.

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.

F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden

Källa:

Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV (2002) Originalets titel: *Quick reference*. Svensk översättning: Jörgen Herlofson och Mats Landqvist. Stockholm: Pilgrim Press

Bilaga 2. Intervjumaterial

1. Vad är din huvudsakliga uppgift i arbetet med barn som har PTSD?
2. Ungefär hur många barn har du mött med den här problematiken?
3. Hur länge har du arbetat med barn med PTSD?
4. Ser du någon förändring över tid vad gäller förekomsten av PTSD hos barn?
5. Om ja, vilka faktorer kan det bero på?
6. Vad tycker du är viktigt att tänka på i arbetet med barn som har PTSD?
7. Hur kommer barnen i kontakt med er?
8. Är de barn som kommer till er redan diagnostiserade med PTSD eller fastställer ni diagnos här?
9. Hur arbetar ni med barn som lider av PTSD?
10. Vilka behandlingsmetoder använder ni er av?
11. Arbetar du med hjälp av tolk? Om ja, används telefontolk eller tolk på plats? Hur upplever du att detta påverkar behandlingen av dessa barn?
12. Hur lång är normalt behandlingstiden?
13. Involverar ni föräldrarna i behandlingsarbetet? Om ja, på vilket sätt?
14. Upplever du att ni har möjlighet att ta emot alla barn med PTSD som är i behov av hjälp?
15. Om inte, hur skiljer ni ut vilka barn som främst är i behov av hjälp från er? Hur identifieras de som behöver hjälp först och mest?
16. Vilken betydelse får följande faktorer för möjligheten för er att utföra ert arbete?
 - a) Hur spelar politiska beslut in?
 - b) Hur spelar ekonomi in?
 - c) Hur spelar den kunskap som finns in?
17. Har du någon gång känt att du velat erbjuda behandling till ett barn med PTSD men inte haft möjlighet till detta? Vilket var det främsta skälet till att behandling inte kunde erbjudas?

18. Vilka utmaningar ser du vad gäller arbetet med barn som har PTSD?
19. Känner du dig någon gång maktlös i ditt arbete med dessa barn? Kan du utveckla ditt svar?
20. I relationen mellan patient och behandlare finns maktskillnader, dessutom finns maktskillnader då en vuxen behandlar ett barn. Hur ser du på detta?
21. Kan arbetet med barn som lider av PTSD utvecklas och i så fall hur?
22. Har du något att tillägga?

Bilaga 3. Förhandsinformation

Lunds Universitet
Socialhögskolan
091109

Förhandsinformation inför deltagande i studie

Vi som genomför denna undersökning heter Emily Andersson och Nathalie Lantz. Vi går båda termin sex på Socialhögskolan i Lund.

Syftet med vår studie är att undersöka hur olika behandlande instanser ser på och möter det ökade behovet av behandling hos barn (0-18 år) som lider av posttraumatiskt stressyndrom.

Deltagandet i studien är frivilligt och samtycke till att delta kan tas tillbaka när som helst. Med hänsyn till konfidentialitetskravet har vi valt att anonymisera våra intervjupersoner och fingerade namn kommer att användas i vår färdiga uppsats som kommer att publiceras på Internet. För att underlätta hanteringen av intervjumaterialet kommer intervjun att spelas in. Vi har tystnadsplikt. Samtliga intervjupersoner kommer dessutom att få ta del av den färdiga undersökningsrapporten om så önskas.

Med hjälp av intervjuer hoppas vi få en ökad kunskap och förståelse för barn med posttraumatiskt stressyndrom och det behandlingsarbete som görs. Vi är väldigt tacksamma för att ni vill medverka i studien och dela med er av er kunskap.

Har ni frågor eller funderingar får ni gärna höra av er till oss. Det går dessutom att höra av er till vår handledare universitetslektor Gunilla Lindén (gunilla.linden@soch.lu.se).

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
Handledare: Gunilla Lindén
SOPA63

Emily Andersson 861206-4082
Nathalie Lantz 860617-3964
Ht 2009:B

Projektansvariga

Emily Andersson
emily.andersson.742@student.lu.se
Tel: 0735- 39 65 47

Nathalie Lantz
nathalie.lantz.571@student.lu.se
Tel: 0707- 53 88 50

Litteraturförteckning

Almqvist Kjerstin (2000) "Barn i den traumatiserade familjen", i Carl Martin Allwood och Elsie C Franzén (red.): *Tvärkulturella möten - grundbok för psykologer och socialarbetare*. Finland: Natur och Kultur.

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

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.

Broberg, Anders, Almqvist, Kjerstin och Tjus, Tomas (2003) *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar*. Falköping: Natur och Kultur.

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

Farm Larsson, Maria och Wisung, Håkan (2005) *Fri från oro, ångest och fobier*. Stockholm: Bokförlaget Forum.

Hindberg, Barbro (2007) *När omsorgen sviktat*. Stockholm: Rädda Barnen.

Järvinen, Margaretha (2002) "Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system", i Anna Meeuwisse och Hans Swärd (red.): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

May, Tim (2009) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV (2002) Originallets titel: *Quick reference*. Svensk översättning: Jörgen Herlofson och Mats Landqvist. Stockholm: Pilgrim Press.

Näsman, Elisabet (2004) "Barn, barndom och barns rätt" i Lena Olsen red: *Barns makt*. Uppsala: Iustus Förlag AB.

Swärd, Hans och Starrin, Bengt (2006) "Makt och socialt arbete", i Anna Meeuwisse, Sune Sunesson och Hans Swärd (red.): *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.

Tamas, Gellert (2009) *De apatiska – om makt, myter och manipulation*. Stockholm: Natur och kultur.

Tamm, Maare (2003) *Barn och rädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, Jan (1997) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Internetkällor

Ahmad Abdoulbaghi, Bergh Johannesson Kerstin, Lundin Tom och Michel Per-Olof (2006) *Posttraumatiskt stressyndrom allt mer i fokus*. (elektronisk) <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/ptsd.pdf> (2009-10-28).

Jernström, Lotta (2009) *Förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa*. (elektronisk) <http://www.skl.se/artikel.asp?A=58466&C=6573> (2009-12-03).

Rasmusson, Bodil (2006) *Barnperspektiv i den sociala barnvården*. (elektronisk) http://www.soch.lu.se/images/Socialhogskolan/2006_2.pdf (2009-12-23).

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
Handledare: Gunilla Lindén
SOPA63

Emily Andersson 861206-4082
Nathalie Lantz 860617-3964
Ht 2009:B

Socialstyrelsen (2008) *Krisstöd vid allvarlig händelse*. (elektronisk) *Socialstyrelsens hemsida* http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8686/2008-123-16_200812317.pdf (2009-10-28).

Svenska Terapiförmedlingen (2008) *Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, bland barn och unga*. (elektronisk) <http://hittaterapi.se/artiklar/ptsd-hos-barn-och-unga/> (2009-10-28).