



**LUND**  
UNIVERSITY

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

# Psykisk hälsa och emotionsreglering hos ensamkommande flyktingbarn

En enkätundersökning på 95 ensamkommande flyktingpojkar angående psykisk hälsa,  
emotionsreglering samt framtidstro

Axel Havelius  
Bonnie Yue Liu

Psykologexamensuppsats. Vol.XX(2010):XX

Handledare: Jonas Bjärehed  
Lars-Gunnar Lundh  
Examinator: Sven Ingmar Andersson

## Författarnas tack

Att skriva denna examensuppsats har varit en spännande och lärorik erfarenhet. Ett flertal personer har på ett värdefullt sätt bidragit till denna examensuppsats tillkomst, varför vi vill tacka dessa särskilt.

Först och främst vill vi tacka alla de ensamkommande flyktingbarn som har ställt upp och medverkat i denna studie. Vi vill också tacka våra handledare professor Lars-Gunnar Lundh och doktorand Jonas Bjärehed vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Tack för er inspirerande, uppmuntrande och rikliga handledning, samt för att tålmodigt och upplysande ha svarat på alla våra frågor, stora såväl som små, genom hela arbetets gång.

Ett stort tack riktas även till Amina Nordlund, Asadullah Attar, Kahlid Al. Hashimy, Mehrnoush Rahmanian, Roda Mohamed med flera för översättning av studieinstrument. För granskning av översättning vill vi tacka legitimerad psykolog Hossein Miri, legitimerad psykolog Najwan Saaed Al-Roubaiy och psykologkandidat Yassin Ekdahl. Utan ert engagemang hade inte denna studie varit möjlig att genomföra. Ett särskilt tack riktas till Mohammad Ali Afzali och Mubarik Abdirahman, som har lagt ned oerhört mycket tid för att medverka som tolkar vid undersökningen.

Vi vill även tacka Ann Drottberger, legitimerad psykolog på Flyktinghälsan i Malmö, samt personalen på sociala resursförvaltningen i Malmö stad och på de olika transitboendena särskilt Natalia Kontopulos. Ett varmt tack riktas även till Berril Siu för språkgranskning av denna uppsats.

Sist men inte minst, vill vi tacka våra familjer för allt det tålamod och det varma stöd som vi fått från dem under resans gång.

## Abstract

The aim of this study was to investigate mental health and emotion regulation strategies of unaccompanied asylum-seeking children and adolescents. A survey was conducted, using questionnaires that also contained queries regarding the participants' belief of the future. A total of 95 boys in the ages of 13 to 17 years old, living in seven refugee housing facilities, answered the questionnaire "The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" and a modified version of "The Emotion Regulation Questionnaire for Adolescents". The results indicated that 42 % of the boys had a total difficulties score on the SDQ considered to be in either the clinical or the borderline clinical range. The boys' results showed particularly high levels of emotional symptoms, but also low levels of conduct problems and hyperactivity, as well as a high degree of prosocial behaviour. Boys using emotion regulation characterized by rumination and negative thinking showed poorer mental health. Social emotion regulation and distraction showed a positive correlation with higher mental health functioning. A total of 29.3 % of the boys stated that they had purposely hurt themselves. Boys stating that they used prayers to higher extent when feeling sad, showed fewer conduct problems. Many of the unaccompanied refugee children stated a strong belief in the future, which correlated positively with higher mental health functioning. To sum up, this study confirmed results from previous researches on unaccompanied asylum-seeking children and adolescents, and also provided a more nuanced picture of the mental health of this group.

Key words: Emotion regulation; Self Harm; Prayer; Unaccompanied minors; Separated children; Asylum seeking children; Refugee children; Mental Health; Hope

## Sammanfattning

Denna studie undersöker psykisk hälsa samt emotionsregleringsstrategier hos ensamkommande flyktingbarn. En enkätundersökning har genomförts, där frågeformulären också har behandlat frågor om framtidstro. Totalt 95 pojkar i åldrarna 13-17 år på sju transitboenden för ensamkommande flyktingbarn besvarade ett frågeformulär som mäter psykisk hälsa - ”The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)” och en modifierad version av ett frågeformulär som mäter emotionsreglering - ”The Emotional Regulation Questionnaire for Adolescents”. Resultaten visar att 42 % av pojkarna får ett resultat på totala svårigheter på SDQ som anses vara av klinisk art eller i gränzonen. Pojkarna rapporterar särskilt höga värden av emotionella symtom. Vi ser i samma material låga nivåer av uppförandeproblem och hyperaktivitet, samt en hög grad av prosocialt beteende. De pojkar som använder sig av en emotionsreglering präglad av ruminering och negativa tankar, uppvisar sämre psykisk hälsa. Social emotionsreglering och distraktion uppvisar ett positivt samband med en bättre psykisk hälsa. Sammanlagt 29,3 % uppger att de har skadat sig själva med flit. De pojkar som rapporterar att de ber i högre grad när de känner sig ledsna, uppvisar i studien mindre uppförandeproblem. En stor andel av de ensamkommande flyktingbarnen rapporterar en stark tro på framtiden vilket visar på samband med en bättre psykisk hälsa. Sammanfattningsvis bekräftar denna studie tidigare forskning kring ensamkommande flyktingbarn, och ger dessutom en mer nyanserad bild av denna grups psykiska hälsa.

Nyckelord: Ensamkommande flyktingbarn; Flyktingbarn; Psykisk hälsa; Emotionsreglering; Självskadabeteende; Bön; Framtidstro

## Innehållsförteckning

Abstract .....	3
Sammanfattning .....	4
Inledning .....	6
Ensamkommande flyktingbarn .....	6
Ensamkommande flyktingbarn i Sverige .....	7
Psykisk hälsa .....	7
Tidigare forskning om ensamkommande flyktingbarns psykiska hälsa .....	8
Emotionsreglering .....	10
Framtidstro och hopp .....	14
Syfte .....	15
Metod .....	15
Deltagare .....	15
Instrument.....	16
Procedur .....	18
Jämförelsegrupper .....	21
Bearbetning av data .....	22
Resultat.....	22
Rapporterad psykisk hälsa bland ensamkommande flyktingbarn .....	22
Rapporterade strategier för emotionsreglering bland ensamkommande flyktingbarn .....	24
Rapporterad framtidstro .....	26
Korrelation mellan variablerna.....	26
Jämförande av resultat.....	28
Diskussion .....	30
Resultatdiskussion .....	30
Metodreflektion .....	33
Avslutande reflektion .....	36
Referenser .....	38
Bilaga 1. Modifierad ERQA enkät samt tillagda frågor på svenska. ....	45
Bilaga 2. Informationsbrev till gode män angående psykologexamensarbetet. ....	46
Bilaga 3. Dokument om hur försöksledarna och tolk ska samarbeta. ....	49
Bilaga 4. Information till deltagarna om enkätundersökningen. ....	50
Bilaga 5. Inledande instruktioner vid undersökningstillfälle .....	51

## Inledning

Under de senaste åren har ensamkommande flyktingbarn fått mycket uppmärksamhet i svenska medier och barnens situation har gett upphov till mycket debatt. För att ge en aktuell bild av mediebevakningen, kan nämnas att Sveriges television sedan november 2009, då arbetet med denna studie påbörjades, fram tills skrivande stund (maj 2010) har gjort sammanlagt 45 reportage om ensamkommande flyktingbarn (<http://svt.se>). De flesta reportagen handlar om mottagandet av flyktingbarn – om att det är för få kommuner som vill ta emot dem. Men det finns också reportage som skildrar öppnandet av nya transitboenden, samt reportage som berättar om det ökade antalet barn som kommer till Sverige och om politikernas förslag på hur barnen ska omhändertas. Värt att uppmärksamma är att det i början av november 2009 blev en stor mediestorm kring en sydsvensk kommun som ville stoppa mottagandet av flyktingbarn. En stor debatt följde, som fick många engagerade deltagare över hela landet.

Att författarna valde att göra en studie om ensamkommande flyktingbarn, berodde på en vilja att bättre kunna förstå denna grupp då det i dag finns väldigt få vetenskapliga studier som visar hur denna grupp mår psykiskt. Studien var en naturlig följd av att en av författarna arbetar som behandlingsassistent på ett transitboende.

### *Ensamkommande flyktingbarn*

Ensamkommande flyktingbarn är den vedertagna benämningen för alla asylsökande personer som är under 18 år och som kommer till ett annat land utan föräldrar eller någon annan som fungerar som vårdnadshavare (Gunnarsson, 2008). Sedan slutet av 1980-talet har 8000 flyktingbarn utan vårdnadshavare kommit till Sverige för att söka uppehållstillstånd (Brendler-Lindqvist, 2004). De flesta har föräldrar i hemlandet eller någon annanstans, och endast en av tio saknar vårdnadshavare helt och hållet (Angel & Hjern, 2004). Under de senaste åren har antalet ensamkommande flyktingbarn ökat: Under 2004 och 2005 uppgick antalet asylsökande barn per år till ungefär 400; år 2006 ökade antalet till över 800; år 2007 kom 1264 barn (Gunnarsson, 2008); år 2008 var antalet 1510 och år 2009 var det totala antalet asylsökande ensamkommande barn 2 250 (Migrationsverket, n.d.a). Det är högst osäkert hur många ensamkommande flyktingbarn som anländer till Europa varje år, men en vanligt förekommande uppskattning är cirka 20 000 (Hessle, 2009).

De länder som asylsökande barn kommer ifrån varierar från år till år. Nästan hälften av de barn och ungdomar som kom till Sverige år 2007 var flyktingar från Irak. Näst flest, 189 barn, kom från Somalia, och från Afghanistan kom 160 barn och ungdomar. Fördelningen var ungefär densamma år 2006. Andra vanliga ursprungsländer är Eritrea, Serbien, Kina och Ryssland (Gunnarsson, 2008). År 2009 bestod 40 procent av alla ensamkommande barn av somalier. Ytterligare 34 procent var afghaner. Av alla de asylsökande barnen som kom till Sverige år 2009, befann sig 56 procent i åldrarna 16-17 år. 78 procent var pojkar (Migrationsverket, n.d.a).

### *Ensamkommande flyktingbarn i Sverige*

Sedan den 1 juli 2006 är det kommunerna som ansvarar för boende och omsorg för asylsökande barn som inte har någon vårdnadshavare i Sverige. Socialnämnden i den kommun där barnet vistas är ytterst ansvarig för barnets väl, och till varje barn utses en god man som ska bevaka barnets intressen på olika sätt under den tid de vistas i Sverige (Migrationsverket, n.d.b). De asylsökande barn som kom år 2009, fick vänta i genomsnitt 115 dagar innan handläggningstiden var över och ett beslut hade tagits. 34 procent av barnen fick ett beslut inom tre månader, och bifallsandelen av totala avgjorda ärenden uppgick det året till 53 procent (Migrationsverket, n.d.a).

### *Psykisk hälsa*

Ett vanligt sätt att se på psykisk hälsa är att titta på förekomsten av problem. Problemen kan vara av beteendekaraktär, såsom aggressivitet och uppmärksamhetsproblematik. Problem kan också ses utifrån personens inre mående såsom ångest, depression, tillbakadragande samt relationella problem. För ungdomar görs ofta en kategorisering i form av inåtriktade eller utåtriktade problem. Sättet att se på psykisk hälsa, kan dock variera mellan olika kulturer, sammanhang och psykologiska värderingar (Engel, 1977). När det gäller dålig psykisk hälsa, skiljer man ibland på psykisk ohälsa, som ett mönster av problem, och psykiska problem, som ofta definieras i form av en diagnos.

Det finns också studier (exempelvis: Hodes et al., 2008) som fokuserar på vilka faktorer som kan verka skyddande vid svåra händelser. Resilience (förmågan till återhämtning), är ofta förknippad med robusta copingresurser samt religiös tro. Andra faktorer som också är viktiga, är god psykisk hälsa hos den primära vårdnadshavaren, familjesolidaritet samt socialt stöd.

Ytterligare en omständighet är en stark ideologisk tro på den egna grupptillhörigheten när barnen varit inblandade i konflikt eller politisk kamp (Punamäki et al., 2001)

### *Tidigare forskning om ensamkommande flyktingbarns psykiska hälsa*

Ett antal studier har tidigare gjorts för att undersöka de psykiska problemen hos flyktingbarn. Många av dessa studier har valt att fokusera på specifika diagnoser och dess prevalens hos flyktingbarn. Studier från olika länder visar att ensamkommande barn ofta uppvisar ett dåligt mående och har hög frekvens av ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008). Barnen har ofta upplevt flera traumatiska upplevelser under flykten eller i hemlandet. Många trauman tros ha en adderande effekt (Derluyn & Broekaert, 2007), vilket innebär en större risk för att barnet får problem med sin psykiska hälsa även efter att den omedelbara faran är över.

Mycket av tidigare forskning har fokuserat på PTSD (Thomas & Lau, 2002). Diskussioner kring PTSD och lämpligheten av denna diagnos förs av bland annat Summerfield (1999) där denne framhåller dess begränsade förklaringsvärde när det gäller den psykiska hälsan bland flyktingar. Summerfield hävdar att PTSD är en relativt specifik diagnos med väldigt utmärkande symptom som inte lyckas beskriva måendet i någon större utsträckning. Enligt Summerfield är det först och främst en västerländsk konstruktion som saknar direkt relevans för berörda grupper.

Enligt Derluyn och Broekaert (2008) så finns det tre faktorer som kan påverka de ensamkommande flyktingbarnens välmående. Dessa är: upplevelsen av att vara flykting, separationen från vårdgivare och att befinna sig i en känslig utvecklingsfas.

Många studier fokuserar på de traumatiska upplevelserna som flyktingar bär med sig från hemlandet eller på omständigheterna kring flykten och vad denna inneburit (Thomas & Lau, 2002). Detta innebär att tyngdpunkten ligger på händelser som har inträffat i det förflutna, innan flykten till det nya mottagarlandet. Miller et. al (2002) förespråkar dock en mer komplett modell av upplevelsen av att vara flykting. Denna modell tar hänsyn till upplevelser i hemlandet, själva flykten samt exilrelaterade påfrestningar i mottagarlandet. Detta skulle kunna ge en mer fullständig bild av den psykiska ohälsan och hur den varierar under olika förutsättningar.



Att befinna sig i asylprocessen är väldigt påfrestande med tanke på osäkerheten om hur framtiden kommer att se ut (Laban et al., 2004; Nestler, 2007; Wiese & Burhorst, 2007). Det har till och med förts en diskussion om huruvida inte själva asylprocessen kan vara mer stresshöjande för den asylsökande än den tidigare historiken, som innebär trauma och separation från familjen (Miller et al, 2002). I en nederländsk studie (Laban et al., 2004) så fann man att långvariga asylprocesser har en negativ inverkan på det psykiska välmående och att det ofta leder till utvecklandet av depression, ångest och somatiseringssymtom.

En annan omständighet som nämns som potentiellt skadlig, är rasism i mottagarlandet (Fernando, 2005). Fernando drar slutsatsen att den psykosociala kontexten i mottagarlandet är viktig för den psykiska hälsan och att det därför inte går att endast fokusera på tidigare händelser (och i synnerhet inte bara traumatiska händelser) för att förklara ett aktuellt mående.

Vad gäller separation från vårdgivare så talar flera studier om det skydd föräldrar kan erbjuda under svåra tider (Burlingham & Freud, 1942; Masten et al., 2009; Punamäki, et al., 2001). Detta förhållande är dock komplext, och för att föräldrar ska kunna erbjuda skydd så måste de fungera tillräckligt bra för att vara en faktor att räkna med. Den första studien som gjordes kring föräldrarnas inverkan var Burlingham och Freuds (1942) redogörelse för hur föräldrar kunde fungera som ett stöd under blitzten, när London i början av andra världskriget utsattes för en serie bombanfall. När föräldrarna kunde vidmakthålla en känsla av optimism och hopp så ansågs detta fungera som en skyddande buffert för barnen. De barn som separerades från sina föräldrar rapporterades lida mer av separationen än de som befann sig mitt i krigets London med allt vad detta innebar. En del studier har gjorts där man jämfört ensamkommande flyktingbarns psykiska hälsa med flyktingbarn som kommit med sin familj (Hodes, et al., 2008; Wiese & Burhorst, 2007). I dessa studier noterades ett sämre mående bland de ensamkommande flyktingbarnen. De hade varit med om fler traumatiska upplevelser och rapporterade även en högre frekvens av psykisk ohälsa.

Angående känslig utvecklingsfas som riskfaktor för psykisk ohälsa, beskriver Angel och Hjern (2004) ett antal mönster som de har observerat hos barn och ungdomar som har varit med om trauman. Under tonårsperioden ligger fokus främst på att skapa sig en egen identitet. Störningar i detta identitetsskapande kan yttra sig i en brådmogenhet, skapad av tvingande omständigheter att snabbt bli vuxen. En annan utveckling hos traumatiserade tonåringar är att de

antar en negativ asocial identitet (Angel & Hjern, 2004). Ajdukovic och Ajdukovic (1998) beskriver vidare hur svårigheter som är förknippade med tonårstiden ofta blir svårare att bearbeta om det sedan tidigare barnår finns traumatiska erfarenheter som påverkar måendet, såsom hos många flyktingbarn. Derluyn (2005) beskriver på ett liknande sätt att de ensamkommande flyktingbarnen är tvungna att utveckla en stor självständighet, men att denna är brådmogen och står i kontrast till den beroendesituation som de hamnar i väl i ankomstlandet.

En del studier har visat att kulturell bakgrund har betydelse för hur symptom bilden för flyktingbarnen ser ut. Ett exempel är Arroyo och Eth (1996), som fann att flyktingbarn från Latinamerika uppvisade högre prevalens av uppförandeproblem än flyktingbarn från sydöstra Asien. Det förefaller finnas en kulturell faktor som i varierande grad påverkar hur benägna barn är att externalisera problem samt hur vanligt antisocialt beteende är. I studier av bosniska flyktingbarn i Sverige, gjordes observationen att det externaliserande och anti-sociala beteendet tenderade att vara lägre hos de bosniska barnen än hos vanliga svenska barn (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1995; Hjern et al., 1998). Beteendet kunde variera mellan barn från samma land och påverkades dessutom av den sociala grupp som barnen tillhörde. I Derluyn och Broekaerts studie (2007) så observerades det att ensamkommande flyktingbarn uppvisade färre uppförandeproblem i jämförelse med flyktingbarn som kommit med sina familjer.

### *Emotionsreglering*

Emotionsreglering syftar på de beteenden, tekniker och strategier som modulerar, inhiberar och förbättrar emotionella upplevelser eller uttryck. De kan vara både medvetna och omedvetna, och både automatiska och viljestyrda (Calkins & Hill, 2007). Gross (2007) menar i ”Handbook of emotional regulation” att emotionsreglering sker under fem olika domäner.

- Situationsselektion: att handla för att öka möjligheten att hamna i en viss situation som förväntas leda till en önskevård (eller icke-önskevård) emotion;
- Situationsmodifikation: att försöka ändra på situationen för att uppnå ett visst utfall av emotion;
- Uppmärksamhetsplacering: att försöka påverka emotion genom att rikta uppmärksamhet mot en viss riktning inom en given situation;
- Kognitiv modifikation: att påverka hur man mår genom att omvärdera situationen som man hamnar i;

- Responsmodulation: att ta itu med sin emotion när den redan uppstår.

Många forskare använder dock begreppet emotionsreglering i en smalare bemärkelse – den som Gross menar är av responsfokuserad typ, och dessutom är av den mer medvetna typen som kräver en viss mån av ansträngning (t.ex. Aldao, et al., 2010; Amstadter, 2008).

Uppmärksamheten kring emotionsreglering som en potentiellt förklarande faktor till psykopatologi har ökat de senaste åren (Aldao et al., 2010; Amstadter, 2008; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Suveg & Zeman, 2004). Studier har gjorts på olika strategier för emotionsreglering och hur dessa påverkar psykisk hälsa hos individer.

Ruminering beskrivs som de tankar och beteenden som får individen att rikta sin uppmärksamhet mot depressiva symtom och tankar. Personer som använder sig av ruminering tror ofta att fokuseringen på deras problem kommer att leda till någon lösning. Dock har fokuseringen istället visat sig förlänga och till och med försvåra det negativa stresstillståndet (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Det är vanligt att de ruminerande tankarna kretsar kring hur nedstämda de är eller hur hopplöst allting känns. Ruminering har beskrivits som ett resultat av att individuella mål (Carver et al., 1996) och det egentliga eller upplevda tillståndet inte stämmer överens med varandra. Om diskrepansen är stor mellan en upplevd situation och det individuella målet, är det troligt att ruminering uppstår. Wänke och Schmidt (1996) resonerar på ett liknande sätt att ruminering följer en känsla av avsaknad av kontroll inför att nå upplevda eller satta mål. Ruminering och dess koppling till negativa affekter har studerats i över 100 studier, och forskarna tycker sig ha funnit ett starkt stöd för sambandet mellan ruminering och nedstämdhet/depression samt ångest (Thomsen, 2006).

Distraction innebär att personen riktar uppmärksamheten mot ett neutralt eller positivt stimuli som är så pass involverande att individen inte kan återgå till att tänka på det som producerat den negativa affekten (Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998). Thayer et al. (1994) har visat att aktiva distraktionsstrategier såsom att träna eller att lyssna på musik kan ta bort uppmärksamheten från det negativa sinnestillståndet. Zillman med kollegor som refereras i (Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998) har visat att upplevelsen av negativa känslor kan dämpas när deltagarna använder sig av aktiviteter som fungerar distraherande, så länge dessa aktiviteter är engagerande och underhållande för personen. I en studie på en grupp av barn och ungdomar, har

Jeffrey et al. (2009) funnit att personer som har högre tendens till distraktionsstrategier också visar signifikant lägre nivåer av depressions- och ångest symptom över tid.

Positivt tänkande handlar om att medvetet ägna tankarna åt positiva saker. Ett exempel är att man trots negativa situationer kan tolka eller känna igen positiva aspekter (Folkman & Moskowitz, 2000). Folkman (1997) fann att positiv omvärdering är en strategi som är psykologiskt hälsofrämjande och kan öka psykiskt välbefinnande. I en tvärkulturell studie där deltagandet bestod av personer från USA, Norge och Australien, bekräftades det att positiv omvärdering predicerade ett ökat positivt välbefinnande (Haga et al., 2007).

Andra exempel på positivt tänkande kan vara att acceptera den problematiska situationen, och att tänka på roligare saker istället för på sådant som är jobbigt (Oikari & Olsson, 2008). I studier har man funnit att positivt tänkande samvarierar med lägre ångest och färre depressiva symptom (Compas et al., 2001; Garnefski & Kaaij, 2006).

Social emotionsreglering syftar på den strategi där människor hanterar sina emotioner genom att prata om dem med andra personer, oftast med familj eller vänner. Rimé (2007) menar att människor som delar med sig av sina negativa emotioner kan få sina socialaffektiva behov tillfredställda, vilket i sin tur leder till bättre psykiskt mående.

Barnpsykologer lägger stor vikt på den interpersonella egenskapen av emotionsreglering bland barn, medan emotionsreglering hos vuxna oftast enbart anses som en individuell process. Rimé (2007) anser dock att detta inte ger en rättvisande bild av social emotionsreglering. Rimé informerar om att det finns mycket forskning som visar att människor har behov av att prata med andra efter en traumatisk händelse eller stora negativa livshändelser. Men också att behovet av att prata inte endast är förknippat till dessa händelsetyper. Det gäller även efter vardagliga händelser, som kan orsaka både positiva och negativa emotioner hos individer.

*Religion som emotionsreglering.* Religion anses fungera som en skyddande faktor för psykisk hälsa (Johnson & Thompson, 2008). Genom religiös tro kan individen externalisera delar av svåra händelser och sätta dem i något slags sammanhang. Det finns flertalet uppdelningar av religion, men för emotionsreglering anses en indelning mellan religiös tro och religiöst praktiserande vara av särskild betydelse (Watts, 2007). Resultat från olika studier ger inga enkla svar. Även om man sett att många troende personer upplever att de får stöd från religionen har man samtidigt funnit att vissa människor vänder sig mot den under svåra omständigheter. Detta

fann till exempel McIntosh et al. (1993) i sin studie som undersökte hur spädbarnsdöd påverkade föräldrarna till det avlidna barnet.

I en studie där man undersökte föräldrarnas engagemang samt religionens inverkan på uppförandeproblem hos deras barn, fann man att ungdomar, som var mellan 11 och 19 år, uppvisade färre beteendeproblem om de klassificerades som utövare av sin tro (Pearce, et al., 2003). Utövandet av tro, som i denna studie definierades som att be och gå till kyrkan, visade sig vara den starkaste prediktorn till beteendeproblem. Det fanns inga signifikanta samband mellan religiös tro och beteendeproblem, och inte heller med nivån av engagemang från föräldrarnas sida. I en annan undersökning (Huculak & McLennan, in press) där man valt att leta efter samband mellan religion och psykisk hälsa bland brasilianska ungdomsbrottslingar, fann man att så kallad institutionaliserad religiös tro, som omfattar böner och att gå till kyrkan, hade ett samband med uppförandeproblem. De som var religiösa utövare fick lägre värden på uppförandeproblem. I samma studie fann man ett svagt positivt samband med emotionella problem vilket innebär att de som ansågs vara aktiva religiösa utövare också uppvisade en liten tendens till ett sämre emotionellt mående.

Harris et al. (2010) menar att olika sätt att be kan ge olika effekter. Den typ av bön där utövaren ber att få lugn och möjlighet till fokusering, menar Harris et al. kan förändra den negativa, repetitiva och inkräktande rumineringen till en mer produktiv och reflekterande sådan.

*Ålder och emotionsreglering.* Tidigare studier har gjorts på mer åldersspecifika copingstrategier, men då de har kategoriserat dessa strategier annorlunda och dessutom inkluderat olika konceptuella skillnader, har det visat sig svårt att sammanställa resultatet (Compas et al., 2001). Skinner och Zimmer-Gembeck (2007) fann i en metastudie att små barn tenderar att använda beteendemässiga strategier för att hantera emotioner. Under tonåren utvecklas ökade metakognitiva färdigheter samt större självkänedom. Detta möjliggör kognitiva strategier för att reglera mer komplexa känslor. Det innebär att det är mindre troligt att tonåringen blir överväldigad av sina känslor men det skapas även nya faror för det emotionella välmående. Dessa kan utgöra hot mot självbilden, oro för relationer, internalisering av negativa erfarenheter eller ruminering (Compas, et al., 2001).

*Självskadebeteende som emotionsregleringsstrategi.* Det finns flera olika definitioner av självskadebeteende i nuläget. Gratz (2001) har försökt samla de olika benämningarna under ett

begrepp, deliberate self harm. Det innebär en direkt förstörelse av kroppsvävnad utan suicidal avsikt. Gratz (2001) understryker att självskadebeteende ofta studerats bland kliniska grupper och att dessa forskningsresultat inte nödvändigtvis går att generalisera till befolkningen i övrigt.

Svårigheter med emotionsreglering anses vara en av kärnkomponenterna i självskadebeteende (Gratz et al., 2002; Linehan, 1993). Detta innebär att självskadebeteendet blir ett sätt att uttrycka emotioner och konflikter och samtidigt också ta kontroll över dessa i viss utsträckning. Självskadebeteendet ger en lättnad från intensiva negativa emotioner som anses svåra att hantera på något annat sätt (Favazza, 1992; Gratz, 2001; Klonsky, 2007). Trauma, osäker anknytning och emotionell negligering under barndomen anses vara riskfaktorer för att utveckla självskadebeteende (Buckholdt et al., 2009).

Ross och Heath (2002) utförde en studie på två gymnasieskolor i USA för att undersöka prevalensen av självskadebeteende. Eleverna som i enkäter svarat att de skadat sig själva fick sedan bekräfta detta under en uppföljande intervju. Genom intervjun kunde man verifiera att totalt 13.9 procent avsiktligt skadat sig vid något tillfälle. Av dessa var 64 procent flickor och 36 procent var pojkar. I en aktuell översiktsartikel av Nock (2010) så verkar Ross och Heaths resultat vara representativa för den aktuella åldersgruppen.

### *Framtidstro och hopp*

Det har visat sig i longitudinella studier (Werner, 2005) att en tro på att det går att påverka framtiden har gynnsamma effekter under svåra omständigheter. Studier på flyktingar har funnit att framtidstro/ hopp påverkar flera olika faktorer (Ai et al., 2007). Det har föreslagits att framtidstro interagerar med utbildning och religiös tro, vilka i sin tur har positiv inverkan på hälsan. I en studie i Kanada (Yohani, 2008) såg man att flyktingbarn som beskrev hoppfulla situationer fick en positiv inverkan inte bara på deras kamrater utan även på lärare och andra personer i närheten. Och i en australiensk studie av sudanesiska flyktingars copingstrategier, fann man att förhoppningar och framtidstro utgjorde viktiga faktorer för att sätta den egna situationen i något slags sammanhang (Khawaja, et al., 2008).

Angel och Hjern (1992) talar om den negativa inverkan som traumatiska upplevelser kan innebära för tonåringars framtidstro. Genom en förståelse för hur traumat kommer att påverka det framtida livet, skapas det hos tonåringen en medvetenhet om sin otillräcklighet.

## *Syfte*

Syftet med denna studie är att undersöka psykisk hälsa och emotionsreglering i gruppen ensamkommande flyktingbarn under den period då de tillfälligt bor på ett transitboende.

Studien har även följande syften:

- Att jämföra gruppens psykiska hälsa samt emotionsreglering med barn ur en normalgrupp.
- Att jämföra gruppens psykiska hälsa med barn i liknande situationer, i andra länder.
- Att undersöka strategier för emotionsreglering i gruppen.
- Att undersöka gruppens framtidstro.

## Metod

### *Deltagare*

Deltagare i denna studie är ensamkommande flyktingpojkar som under en period i mitten av januari till mitten av mars 2010 bodde på sju olika gruppboenden för ensamkommande barn i Malmö. Boendena valdes ut av praktiska skäl. Antingen stod de (fem stycken) under direkt administration av Malmö kommun, där ett medgivande från verksamhetsansvariga i kommunen innebar möjligheten att genomföra studien, eller så stod de (två stycken) under administration av två privata företag vars ansvariga också kunde möjliggöra studien genom att ge sina medgivanden.

Ungdomarna på dessa boenden tillfrågades om deltagande i studien efter det att författarna mottagit skriftliga godkännanden från deras gode män. Totalt tillfrågades 109 personer, och 11 av dem tillfrågade tackade nej till studien. Tre personer valde att avbryta sitt deltagande redan efter ett par enkätfrågor (de enkäterna togs inte med i databearbetningen). Och två andra avbröt efter att de besvarat första delen av frågeformuläret. Svarsfrekvensen, beräknat från hur många deltagare som har fyllt i fullständiga enkäter i förhållande till de tillfrågade, var 87 %.

Ifyllda enkätsvar samlades in från totalt 95 pojkar med en medelålder på 15,7. På grund av avsaknaden av godkänd översättning av ett av de ingående instrumenten (SDQ-s), kunde inte alla språkgrupper fylla i båda de ingående instrumenten (SDQ-s och ERQA-m). Totalt var det 78

personer som fyllde i både de ingående instrumenten (SDQ-s och ERQA-m). En person som talade farsi fick fylla i ERQA-m på dari då ERQA-m på farsi saknades. Denna person uppgav att han kunde förstå enkäten i dari fullständigt. Deltagarna kom från fem olika länder och talade sammanlagt sju olika språk. Det vanligaste ursprungslandet bland deltagarna var Afghanistan, och det näst vanligaste var Somalia. Demografisk information om deltagarna samt information om hur många enkäter som samlades in för respektive frågeformulär sammanfattas i tabell 1.

Tabell 1

*Ursprungsland, språk och ålder för deltagarna i studien.*

Ursprungsland Språk Enkät	Totalt	Somalia		Afghanistan		Irak	Ryssland	Iran
		Somaliska	Engelska	Dari	Pashto	Arabiska	Ryska	Farsi
SDQ-s	81	0	1	74	1	2	2	1
ERQA-m	92	12	1	76	0	2	0	1(Dari)
SDQ-s och ERQA-m	78	0	1	74	0	2	0	1
Ålder (n=95)	13 år = 1	14 år = 12		15 år = 22		16 år = 37		17 år = 23

Transitboendena i vår studie hade plats för ungefär 20 stycken ungdomar. På vissa boende fanns det undervisningslokal och lärare, så att ungdomarna fick undervisning i svenska på det egna boendet. På andra går ungdomarna i skolan i kommunen där de befinner sig. Det finns även andra aktiviteter som är anordnade, detta kan vara till exempel fotboll eller tillgång till gym. Dessa aktiviteter anordnas oftast av behandlingsassistenterna på de olika transitboendena men även andra organisationer såsom Röda Korset kan vara involverade i dessa aktiviteter.

### *Instrument*

*The Strengths and Difficulties Questionnaire i självskattningsversion (SDQ-s).* The Strengths and Difficulties Questionnaire är ett instrument som utvecklats av Goodman (1997) för att mäta barns och ungdomars psykiska välmående och eventuella beteendeproblem. Instrumentet finns i olika versioner som avser att samla information från barnen själva, föräldrar eller lärare. SDQ-s består av 25 självskattningsfrågor där barn eller ungdomar utifrån en tregradig skala ("stämmer inte", "stämmer delvis" och "stämmer helt") tar ställning till påståenden som



exempelvis ”Jag oroar mig mycket” och ”Jag tänker mig för innan jag gör olika saker.” Fem delskalor med fem påståenden vardera som underlag, mäter ungdomars välmående inom fem olika områden: Emotionella symptom, Uppförandeproblem, Hyperaktivitet, Kamratproblem samt Prosocialt beteende. En övergripande svårighetspoäng räknas ut genom att addera resultat från de fyra första skalorna. Formuläret finns i dag översatt till mer än 60 språk och kan laddas ned gratis från SDQ:s officiella hemsida ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)).

Studier visar att SDQ-s har hög validitet (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998), och att det med fördel kan användas för att urskilja barn som tillhör högriskgrupp för psykiska problem från övriga barn. SDQ-s kan även filtrera ut barn med psykiska störningar även bland icke-västerländska populationer (Mullick & Goodman, 2001).

Vad gäller reliabilitet, så har SDQ-s i dess engelska ursprungsversion visat internkonsistens som ligger mellan 0,60 och 0,66 för alla delskalor förutom Kamratproblem (Goodman, 2001). Denna skala ger en svag Cronbach's alfa (0,41) i samma studie.

I vår studie har versionen på dari ett Cronbach's alfa för delskalan Emotionella symptom som ligger på 0,63, Uppförandeproblem på 0,55, Hyperaktivitet på 0,49 samt Prosocialt beteende på 0,67. För hela svårighetsskalan ligger alfavärdet på 0,73, och för skalan Kamratproblem ligger det bara på 0,29, vilket indikerar att denna delskala är heterogen gällande språkversionen på dari. Detta beror till största delen på item 23; om detta tas bort ökar alfa-värdet till 0,47. En möjlig förklaring till detta är att översättningen till dari av item 23 inte är adekvat. Något som vår tolk har uppmärksammat oss på tidigare.

Ett problem med valet av SDQ-s, är att instrumentet, trots ett stort utbud av många språkversioner, saknar en version på somaliska. Efter korrespondens med Goodman som utvecklat formuläret, togs beslutet att exkludera somalisktalande från studien med SDQ-s och enbart låta dem fylla i ERQA-m .

*The Emotion Regulation Questionnaire for Adolescents (ERQA-m)*. ERQA självskattningsformulär är utarbetat av Lundh (2008), och mäter huvudsakligen förekomsten av emotionsregleringsstrategier hos ungdomar. Självskattningsformuläret består av totalt 25 påståenden som är formulerade som exempel på vad informanten gör när han eller hon känner sig ledsen, besviken, nervös, rädd eller upplever andra obehagliga eller negativa känslor. På varje påstående kan informanten skatta sig på en skala från 1 (aldrig) till 5 (mycket ofta), se Bilaga 1.

Utifrån en faktoranalys av en tidigare 22-itemsversion av ERQA identifierades fyra olika faktorer - Ruminering/negativt tänkande, Distraction, Positivt tänkande och Kommunikation (Bjärehed & Lundh, 2008). Oikari och Ohlsson (2008) gjorde en första studie av 25-itemsversionen av ERQA och identifierade utifrån en kvalitativ innehållsanalys fyra skalor: Ruminering/negativt tänkande, Distraction, Positivt tänkande och Social emotionsreglering.

Vi har valt att följa deras indelning, men med en modifiering av skalorna för Distraction och Social emotionsreglering. Denna modifierade version av instrumentet benämns här ERQA-m. Denna enkät har alltså exakt samma item för delskalorna Ruminering/negativt tänkande och Positivt tänkande som Oikari och Olsson (2008), och Cronbach's alfa (internkonsistensvärdet) på dessa två delskalor beräknat på data från vår studie är 0,78 respektive 0,71. De övriga två delskalorna Distraction och Social emotionsreglering har färre item, och har alfavärdena 0.64 respektive 0,58.

*Tillagda frågor.* För att anpassa ERQA till målgruppen, plockades följande frågor bort:

18. Läser

19. Skriver dagbok

20. Skriver till andra, eller chattar med andra

Dessa frågor kräver läs- och skrivkunighet, och plockades bort med tanke på att en del av deltagarna är analfabeter. Följande frågor lades in på enkäten:

18. Ber till gud

19. Gör illa mig själv med flit, t.ex. skadar mig med vassa föremål, bränner mig med cigaretter

20. Tänker att det kommer att bli bättre i framtiden

Ytterligare två frågor placerades på samma sida och direkt efter ERQA-formuläret. Dessa frågor handlar om framtidstro, och har samma svarsalternativ som SDQ-s (se Bilaga 1). Alla tillagda frågor konstruerades av författarna i samråd med handledarna.

### *Procedur*

*Information till samt skriftligt godkännande av gode män.* Efter att de verksamhetsansvariga på boendena hade informerats och godkänt studien, skickades ett informationsbrev med bifogat svarsbrev ut till alla inblandade gode män (se Bilaga 2). På så sätt informerades de gode männen om studien och de fick samtidigt möjlighet att ta ställning till om

deras huvudmän var lämpliga att delta i undersökningen eller inte. På de allra flesta boendena, lämnade så gott som alla gode män sitt skriftliga godkännande. Endast på ett av boendena var det en god man som valde att inte godkänna sin huvudmans deltagande i studien. Huvudmannen tillfrågades därför inte om deltagande.

*Översättning av ERQA och de kompletterande frågorna till aktuella språk.* Eftersom enkäten ERQA och de extra frågorna bara fanns på svenska och engelska, var det nödvändigt att översätta dem till aktuella språk. Vi valde att fokusera på de tre väntade största språken, d.v.s. dari, somaliska och arabiska. Översättningsarbetet gick i flera led. I det första ledet, översattes enkäten till dessa tre språk av språkkunniga i respektive språk. Alla tre översättarna hade målspråket som sitt modersmål, och de jobbade heltid som tolkar i dessa språk. I det andra ledet, lämnades de översatta enkäterna vidare till en eller flera språkkunniga (de flesta av dessa personer arbetade också som tolkar eller utbildade sig till tolkar) i respektive språk för granskning. I det tredje ledet, ombads sakkunniga personer med relevant språkkompetens (en legitimerad psykolog med arabisk bakgrund, en legitimerad psykolog med persiska (som har stora likheter med dari) som modersmål och en psykologkandidat som har somaliska som modersmål) att granska översättningen utifrån det psykologiska perspektivet, så att den psykologiska innebörden av enkäten inte gick förlorad i översättningen. Feedback och kommentarer från såväl språkkunniga som sakkunniga granskare lämnades sedan tillbaka till de första översättarna, som författarna förde en vidare diskussion med angående eventuella ändringar av de ursprungliga översättningarna. En slutgiltig översättningsversion fastslogs först när alla inblandades synpunkter vägts in och när konsensus uppnått mellan minst två språkkunniga.

*Tolkrekrytering och förberedelse av samarbete med tolk.* En och samma tolk användes genomgående för respektive språk under datainsamlingen för respektive språkgrupp där tolk anlätades. Av kostnadsskäl togs beslutet att inte anlita någon tolk i mindre språk. Deltagarna som talade dessa språk var dessutom läskunniga, och behövde ingen tolkhjälp för att fylla i enkäterna. Tolken i dari valdes ut via rekommendation av en psykolog som jobbar på Flyktinghälsan i Malmö. Psykologen har stor erfarenhet av att jobba med daritalande flyktingar och hade därmed även stor erfarenhet av att jobba med tolkar i detta språk. Tolken i somaliska arbetar som behandlingsassistent på ett av boendena. Båda tolkarna var involverade i översättningsarbetet, vilket gav författarna en chans att få en bild av deras kompetens och personliga lämplighet.

Ett förberedande möte arrangerades mellan författarna och tolken i respektive språk. På mötet informerades tolkarna först ingående om själva studien, varefter principerna och det gällande förhållningssättet i undersökningen diskuterades. Ett dokument lämnades till tolken för ett tydliggörande av riktlinjerna (se Bilaga 3).

*Förstudie med personer i målgruppen.* Två små förstudier genomfördes under förarbetets gång. Den första förstudien genomfördes på Flyktinghälsan i Malmö, där en daritalande flyktingpojke fick fylla i en omodifierad ERQA med hjälp av en tolk. Detta första test visade sig fungera relativt bra, men vissa frågor t.ex. ”att skriva dagbok” fungerade inte, då pojken inte kunde läsa och skriva. En modifiering av ERQA skedde efter detta test.

I den andra förstudien, fick två somaliska flyktingbarn fylla i ERQA-m på somaliska med hjälp av tolk. Syftet med det andra testet var att säkra översättningens kvalitet, men det visade också att pojkarna lätt glömde bort kontexten till påståendena, d.v.s. kontexten att befinna sig i ett negativt känslotillstånd. Som en åtgärd, sattes den inledande kontextförklarande meningen in i parentes efter vart femte påstående på alla språkversioner i alla ERQA-m enkäter.

*Information om studien till deltagarna.* Några dagar innan varje undersökning, informerades deltagarna om studien av författarna via tolk, oftast i samband med det regelbundna husmötet som hålls en gång i veckan på boendena. Författarna försökte att så långt som möjligt ge samma information vid varje informationstillfälle med hjälp av en självkonstruerad manual (se Bilaga 5) till så många som möjligt.

*Genomförande.* Datainsamlingen skedde i sju omgångar i samlingslokaler på olika boenden under en period från början av februari 2010 till mitten av mars 2010. Deltagarna samlades i varsin språkgrupp, där författarna med hjälp av tolk förklarade vad studien gick ut på och vad deltagarna förväntades att göra (se Bilaga 5). Deltagarnas anonymitet samt att studien inte har någon inverkan på några asylbeslut betonades. Tolken läste sedan upp enkäterna ordagrant, med pauser på lämpliga ställen. Deltagarna som var läskunniga och kunde fylla i enkäterna snabbt tilläts göra detta i egen takt och fick lämna lokalen efter att de hade fyllt i båda enkäterna. Deltagarna som inte kunde läsa fick anpassa ifyllnad av enkäterna efter tolkens uppläsning. Deltagarna gavs även tillfälle att ställa eventuella frågor, och författarna och tolken stannade så länge som det krävdes för att svara på deltagarnas frågor. Författarna och tolken var även tillgängliga efter undersökningen för deltagare som eventuellt behövde prata om studien.

### *Jämförelsegrupper*

För att ge perspektiv på studiens resultat, valde vi att jämföra insamlad data från vår studie med relevant material från två liknande studier – Derluyn och Broekaerts studie (2007) samt Lundh et al. (2008). Dessa studier hade precis som i vår studie också deltagargrupper som fyllt i SDQ-s eller både SDQ-s och ERQA.

*Jämförelsegrupp 1.* Denna grupp består av 166 ensamkommande flyktingbarn i Belgien som ingår i en studie som gjordes av Derluyn och Broekaert (2007). Av denna grupp är 62,7 % pojkar och 37,3 % flickor, de flesta i åldrarna mellan 14 år och 18 år. Dessa barn kom från fyra olika kontinenter – Afrika, Asien, Östra Europa och Sydamerika. Största andelen (13,3 %) hade Angola som ursprungsland, och det fanns 7,2 % som kom från Afghanistan. Denna grupp används som jämförelsegrupp på grund av att den rådande livssituationen är densamma. Att flickor ingår innebär dock att det blir svårare att likställa grupperna. För SDQ-s föreligger könsskillnader, och i Derluyn och Broekaerts studie (2007) noterades att flickor fått högre värden på skalan Emotionella symptom. I studien av Lundh et al. (2008) noterades att flickor skattade sig högre på både Emotionella symptom och Prosocialt beteende. Pojkar fick högre värden på delskalan Uppförandeproblem. På Totala svårigheter fann man ingen signifikant skillnad mellan könen på medelvärden.

De cut-off-värden som används för att dela in ungdomarna i olika grupper, benämns normal, borderline/gränsfall och klinisk, och är samma för båda könen. Det innebär att skillnader i resultat mellan könen på vissa delskalor förekommer med regelbundenhet. Att fördelningen är ojämn mellan könen är accepterbar, så länge ett slumpmässigt stickprov i den ordinarie befolkningen i denna åldersgrupp innehåller en tiondel som bedöms som klinisk, och en tiondel som bedöms som gränsfall. Detta gäller för gruppen som helhet, oavsett kön (Goodman, 1997).

*Jämförelsegrupp 2.* Denna grupp som fyllt i SDQ-s och ERQ-A, består av 488 svenska pojkar som och vid undersökningstillfället var 14 år och 15 år gamla, och som gick i fem av grundskolorna i en sydsvensk kommun (Lundh et al., 2008). Gruppen valdes ut som jämförelsegrupp då det är en grupp som bara är av manligt kön och, i motsatsen till deltagare i vår studie, lever under ”normala” förhållanden. Även om de i stort är yngre än flyktingbarnen, kan det vara intressant att se hur deras välmående skiljer sig åt. Det finns även ett praktiskt skäl att välja denna grupp då studien gjordes av bland annat våra uppsatshandledare, vilket innebär att

vi kunde få tillgång till rådata för att göra jämförelsen. Vi har använt oss av de engelska cut-off-värdena för att få ett mer jämförbart material för vår vidare utvärdering av svaren på SDQ-s då både ungdomar i vår studie samt Jämförelsegrupp 1 använder sig av dessa.

### *Bearbetning av data*

All data har bearbetats med hjälp av mjukvaran SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 17.0. För enkäter där en eller högst två item missades, imputerades typvärdet i samma delskala i denna enkät. Om fler item än två saknades, uteslöts svaren från studien. T-test och Pearsons korrelations test användes för att beräkna skillnader mellan grupperna samt sambanden mellan olika variabler.

## Resultat

Studiens resultat presenteras i olika delar. Först redovisas ungdomarnas rapporterade psykiska hälsa. I en följande del redogörs rapporterad emotionsreglering. Därefter presenteras ungdomarnas svar på framtidstro. Korrelationen mellan olika variabler samt en jämförelse av studiens resultat med de båda jämförelsegrupperna presenteras sist.

### *Rapporterad psykisk hälsa bland ensamkommande flyktingbarn*

I tabell 2 sammanställs hur stor andel av deltagarna (i procent) som anser att påståendena stämmer in på dem. Alla items presenteras under deras respektive delskala.

I tabell 3 redovisas resultatet med medelvärden samt hur stor andel av deltagarna (i procent) som uppfyller de olika uppdelningarna normal, gränsvärde samt kliniskt enligt de engelska cut-off-värdena som fastställts av Goodman (1997).

42 % av pojkarna i vår studie får ett resultat i Totala svårigheter som anses vara av klinisk typ eller ligga i gränzonen. En majoritet av pojkarna anses ha Kamratproblem. Få pojkar i vår studie förefaller ha ett oroande värde gällande Prosocialt beteende. Endast 61,7 % av de ensamkommande flyktingbarnen bedöms ha ett normalt resultat i Emotionella symtom.

Tabell 2.

*Rapporterad frekvens (%) av svarsalternativ för item från SDQ-s.*

Delskalor	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
<b>Emotionella symptom</b>			
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående.	44,4	48,1	7,4
Jag oror mig mycket	18,5	37,0	44,4
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	23,5	43,2	33,3
Jag blir nervös i nya situationer	46,9	25,9	27,2
Jag är rädd för mycket, jag är lättskrämd	33,3	37,0	29,6
<b>Uppförandeproblem</b>			
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	43,2	39,5	17,3
Jag gör oftast som jag blir tillsagd	8,6	29,6	61,7
Jag slåss eller bråkar mycket	77,8	14,8	7,4
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	77,8	17,3	4,9
Jag tar saker som inte tillhör mig	82,7	11,1	6,2
<b>Hyperaktivitet</b>			
Jag är rastlös	28,4	44,4	27,2
Jag har svårt att sitta stilla	45,7	25,9	28,4
Jag har svårt att koncentrera mig	28,4	46,9	24,7
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	8,6	19,8	71,6
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	2,5	40,7	56,8
<b>Kamratproblem</b>			
Jag är ofta för mig själv	33,3	42,0	24,7
Jag har en eller flera kompisar	13,6	29,6	56,8
Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	9,9	50,6	39,5
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	54,3	35,8	9,9
Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	17,3	29,6	53,1
<b>Prosocialt beteende</b>			
Jag försöker vara vänlig mot andra	2,5	18,5	79,0
Jag delar ofta med mig till andra	17,3	30,9	51,9
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, eller känner sig dålig	4,9	8,6	86,4
Jag är snäll mot yngre barn	4,9	8,6	86,4
Jag ställer ofta upp och hjälper andra	2,5	14,8	82,7

Tabell 3.

*Medelvärden och standardavvikelser för SDQ-s delskalor samt andel (%) som klassificeras som Normal, Gränsfall eller Klinisk.*

Skalor	Grupp	N	M	SD	Normal	Gränsfall	Kliniskt
Svårigheter totalt	Egen studie	81	14,47	5,67	58	26	16
	Jämförelsegrupp 1	133	13,17	4,8	69,2	21,1	9,8
	Jämförelsegrupp 2	487	9,82	4,88	88,9	7,4	3,7
Emotionella symtom	Egen studie	81	4,75	2,40	61,7	16,1	22,2
	Jämförelsegrupp 1	133	4,94	2,43	59,0	11,9	29,1
	Jämförelsegrupp 2	487	1,88	1,69	95,9	2,30	1,8
Uppförandeproblem	Egen studie	81	2,01	1,85	79	16,1	4,9
	Jämförelsegrupp 1	133	1,84	1,60	86,5	9	4,5
	Jämförelsegrupp 2	486	2,03	1,78	81,8	8,8	9,4
Hyperaktivitet	Egen studie	81	3,60	2,04	84	7,4	8,6
	Jämförelsegrupp 1	134	3,14	1,81	90,3	6	3,7
	Jämförelsegrupp 2	488	3,85	2,21	78,3	9,6	12,1
Kamratproblem	Egen studie	81	4,10	1,82	38,3	38,3	23,3
	Jämförelsegrupp 1	134	3,24	1,85	63,4	23,9	12,7
	Jämförelsegrupp 2	488	2,05	1,60	85,5	11,2	3,3
Prosocialt beteende	Egen studie	81	8,54	1,82	91,4	8,6	3,7
	Jämförelsegrupp 1	134	8,54	1,59	91,8	6,7	1,5
	Jämförelsegrupp 2	488	6,88	1,85	76,7	12,9	10,4

### *Rapporterade strategier för emotionsreglering bland ensamkommande flyktingbarn*

I tabell 4 redovisas hur deltagarna i studien har besvarat ERQA-m. Man kan se att ”Ber till Gud” som emotionsregleringsstrategi är mycket vanlig i denna grupp. Totalt finns det 75 % som säger sig be till Gud ofta eller mycket ofta när de drabbas av negativa känslor. 61,1 % tänker ofta eller mycket ofta att framtiden kommer att bli bättre. 29,3 % har någon gång skadat sig själv med flit när de upplevt negativa eller olustiga känslor. 71,7 % säger att de ”ofta” eller ”mycket ofta” försöker att göra något för att må bättre när de känner sig ledsna. 89,1 % rapporterar att de ”aldrig” får lust att göra illa eller såra andra”.



Tabell 5 visar medelvärden och standardavvikelser på ERQA-m och dess olika delskalor. Distraction får det högsta medelvärdet i vår studie. Näst högst medelvärde får ruminering/negativt tänkande och positivt tänkande, som båda två hamnar på ungefär samma nivå. Social emotionsreglering får det lägsta medelvärdet.

Tabell 4.

*Rapporterad frekvens (%) av svarsalternativ för item från ERQA-m.*

Delskalor	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
<b>Ruminering/negativt tänkande</b>					
drar mig undan	18,5	21,7	26,1	14,1	19,6
tänker negativa tankar om mig själv	32,6	17,4	22,8	12,0	15,2
tänker att jag är illa behandlad av andra	40,2	20,7	15,2	13,0	10,9
tänker att andra har det mycket bättre än jag	28,3	18,5	15,2	22,8	15,2
tänker att det inte går att göra något åt hur det känns	33,7	21,7	16,3	14,1	14,1
blir arg över att det ska kännas så här	14,1	19,6	23,9	18,5	23,9
<b>Distraction</b>					
lyssnar på musik, tittar på tv eller video	10,9	12,0	32,6	19,6	25,0
äter något (läser)	42,4	23,9	15,2	8,7	9,8
tecknar, målar, spelar musikinstrument, dansar	-	-	-	-	-
spelar tv-spel, dataspel	40,2	28,3	16,3	7,6	7,6
sover, vilar, tar det lugnt	28,3	18,5	30,4	13,0	9,8
går, cyklar, tränar	12,0	23,9	26,1	16,3	21,7
	23,9	19,6	14,1	23,9	18,5
<b>Positivt tänkande</b>					
tänker att det är bäst att acceptera hur det känns	15,2	13,0	23,9	23,9	23,9
försöker göra något som får mig att må bättre	8,7	4,3	15,2	21,7	50,0
försöker att hitta något positivt i det som hänt	8,7	10,9	16,3	21,7	42,4
försöker låta bli att tänka på det jobbiga	26,1	12,0	22,8	19,6	19,6
försöker tänka på roligare saker, dagdrömmer	17,4	18,5	26,1	18,5	19,6
<b>Social emotionsreglering</b>					
pratar med kompisar om hur det känns	21,7	25,0	31,5	13,0	8,7
pratar med vuxna om hur det känns	33,7	21,7	18,5	8,7	17,4
(skriver till andra, eller chattar med andra)	-	-	-	-	-
ringer o pratar med vänner	39,1	14,1	16,3	14,1	16,3
<b>Övriga frågor</b>					
Ber till gud	5,4	5,4	14,1	14,1	60,9
Tänker att framtiden blir bättre	5,3	13,7	16,8	21,1	40,0
Gör illa mig själv med flit	70,7	10,9	5,4	5,4	7,6
Får lust att göra illa mig själv	62,0	12,0	9,8	6,5	9,8
Får lust att göra illa eller såra andra	89,1	5,4	2,2	1,1	2,2

Tabell 5.

*Medelvärden och standardavvikelser för ERQA-m och dess olika delskalor.*

ERQA	Grupp	N	M	SD	t	df	p
Ruminering/ negativt tänkande	Egen studie	92	2,73	0,98	-6,7	551	,000
	Jämförelsegrupp 2	485	2,03	0,68			
Positivt tänkande	Egen studie	92	2,72	0,79	-1,92	555	,058
	Jämförelsegrupp 2	483	3,21	0,74			
Distraction	Egen studie	92	3,41	0,93	-	-	-
	Jämförelsegrupp 2	485	3,14	0,73			
Social emotionsreglering	Egen studie	92	2,57	1,03	-	-	-
	Jämförelsegrupp 2	486	2,85	0,80			

### *Rapporterad framtidstro*

I tabell 6 redovisas svaren på de frågor vi ställt angående framtidstro. Svaren anges i rapporterad frekvens (%) per svarsalternativ. 77,2 % av pojkarna instämmer helt eller delvis i att livet kommer att vara bra efter 30 år. Svaren visar också att de flesta (69,6 %) av ungdomarna helt instämmer i att de kan påverka sin egen framtid.

Tabell 6.

*Rapporterad frekvens (%) av svarsalternativ för item angående framtidstro.*

Item	N	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag tror att mitt liv är bra 30 år från nu	92	22,8	37,0	40,2
Kan påverka min framtid	92	4,3	26,1	69,6

### *Korrelation mellan variablerna*

*Samband mellan emotionell reglering och psykisk ohälsa.* I tabell 7 presenteras sambanden mellan de olika grupperingarna av emotionsreglering samt delskalorna som fastställer psykisk ohälsa enligt SDQ-s.

*Ruminering/negativt tänkande* visar på ett starkt positivt samband med den Totala svårighetspoängen. *Social emotionsreglering* och *Distraction* har ett medelstarkt och svagt negativt samband med den Totala svårighetspoängen. *Positivt tänkande* korrelerar svagt negativt med Totala svårigheter, men sambandet är inte signifikant. Dessa resultat sammanfaller till viss del med vad Oikari och Olsson fann (2008), d.v.s. att *Ruminering/negativt tänkande* förefaller vara vanligare bland de ungdomar som får högre värden på Total svårighetspoäng, samt att *Distraction*, *Positivt tänkande* och *Social emotionsreglering* har ett svagare negativt samband med Total svårighetspoäng.

Tabell 7.

*Pearson korrelation mellan psykisk hälsa (SDQ-s) och emotionsreglering (ERQA-m).*

ERQA	SDQ-s Emotionella symptom	SDQ-s Uppförandeproblem	SDQ-s Hyperaktivitet	SDQ-s Kamratproblem	SDQ-s Totalt
Ruminering/negativt tänkande	,33**	,36**	,46**	,32**	,53**
Distraction	-,07	-,24*	-,09	-,26*	-,23*
Positivt tänkande	,03	-,29**	-,05	,03	-,10
Social emotionsreglering	-,20	-,22	-,15	-,11	-,25*

\*  $p < ,05$ , tvåsvansad prövning; \*\*  $p < ,01$  tvåsvansad prövning.

*Korrelation mellan utvalda item och Psykisk hälsa (SDQ-s).* I tabell 8 återges resultatet med hjälp av korrelationer mellan utvalda item i vår undersökning och alla delskalor på SDQ-s. *Ber till Gud* visar ett starkt negativt samband med Uppförandeproblem, och korrelerar samtidigt medelstarkt positivt med Prosocialt beteende. *Tänker att framtiden blir bättre* (när man är ledsen eller nedstämd) har ett starkt negativt samband med Totala svårigheter. *Jag tror att mitt liv är bra 30 år från nu* korrelerar medelstarkt negativt med Emotionella symptom samt Uppförandeproblem. Det finns också ett medelstarkt positivt samband med Prosocialt beteende. *Jag kan påverka hur min framtid blir* visar på ett starkt negativt samband med den Totala svårighetspoängen. Denna variabel har också ett medelstarkt negativt samband med Uppförandeproblem, samt ett medelstarkt positivt samband med Prosocialt beteende.

Tabell 8.

*Pearsonkorrelation mellan utvalda item och psykisk hälsa (SDQ-s)*

	SDQ-s Emotionella symptom	SDQ-s Uppförande problem	SDQ-s Hyperaktivitet	SDQ-s Kamratproblem	SDQ-s Prosocialt beteende	SDQ-s Totalt
Ber till Gud	,14	-,44**	-,14	,01	,34**	-,14
Tänker på bättre framtid	-,34**	-,28*	-,21	-,29*	,25*	-,41**
Bra liv 30 år från nu	-,29**	-,33**	-,20	,00	,34**	-,31
Kan påverka framtiden	-,25*	-,32**	-,42**	-,16	,37**	-,42**
Får lust göra illa mig själv	,19	,34**	,27*	,42**	-,27*	,41**
Gör illa mig själv med flit	,31**	,36**	,29**	,30**	-,20	,46**

\*  $p < ,05$ , tvåsvansad prövning; \*\*  $p < ,01$  tvåsvansad prövning.

*Jämförande av resultat*

*Jämförelse psykisk hälsa.* I tabell 3 återfinns medelvärden på SDQ-s olika delskalor samt den andel av deltagarna (i procent) som klassificerats som normal, gränsfall eller kliniska.

*Totala svårigheter.* Bland de ensamkommande flyktingbarnen i vår studie erhålls en klinisk grupp på 16 %. 58 % av deltagarna får ett resultat som betraktas som normalt. Bland de svenska pojkarna i jämförelsegrupp 2, hamnar 3,7 % av deltagarna i den kliniska gruppen, och 88,9 % i normalgruppen. Det finns därmed stora skillnader mellan pojkarna i de olika undersökningarna. De ensamkommande flyktingbarnen i Belgien i jämförelsegrupp 1, placerar sig mellan pojkarna i vår studie, och de svenska pojkarna i Jämförelsegrupp 2.

*Emotionella symtom.* Skillnader mellan andelen som klassificeras som klinisk i vår studie och jämförelsegrupp 2 är markant, (22,2 % respektive 1,8 %). Jämförelsegrupp 1 har en mer likartad andel som tillhör den kliniska. Av de svenska pojkarnas resultat i jämförelsegrupp 2, kategoriseras 95,9 % som normala. Detta kan kontrasteras mot deltagarna i vår studie där 61,7 % får ett resultat som räknas som normalt.

*Uppförandeproblem.* Andelen deltagare i vår studie som tillhör den kliniska gruppen är ungefär lika stor som den i Jämförelsegrupp 1. Denna andel deltagare är lägre än den i jämförelsegrupp 2. Därmed konstateras att svenska pojkar (Jämförelsegrupp 2) i högre grad rapporterar Uppförandeproblem (kliniska) än de ensamkommande flyktingbarnen i vår undersökning. Dock skiljer sig medelvärdet för jämförelsegrupp 2 och medelvärdet för vår grupp inte alltför mycket.

*Hyperaktivitet.* Beträffande rapporterad Hyperaktivitet, ligger en större andel av deltagarna i vår studie på normalnivå än de svenska pojkarna i jämförelsegrupp 2. Deltagarna i den belgiska studien får ett resultat som kan tolkas som minst problematiskt av alla de tre grupperna, med en väldigt liten klinisk grupp. Därmed observeras högre nivåer av Hyperaktivitet bland svenska pojkar än bland ensamkommande flyktingbarn i både Sverige och Belgien avseende den andel som uppfyller cut-off-värdet för den kliniska gruppen.

*Kamratproblem.* Väldigt få bland de svenska pojkarna får ett resultat som anses vara kliniskt (3,3 %) och de flesta tillhör den normala gruppen. Markant fler i vår studie tillhör den kliniska gruppen (23,3 %) och avsevärt färre den normala. Den belgiska studien får ett resultat som placerar sig mellan Jämförelsegrupp 2 och vår studie. Det finns också stora skillnader mellan medelvärdena för respektive grupp på delskalan Kamratproblem. Det verkar därmed som att Kamratproblem är mer utbrett bland ensamkommande flyktingbarn än bland svenska pojkar, men det förekommer även stora skillnader mellan deltagarna i vår studie och i den belgiska.

*Prosocialt beteende.* I denna delskala finns en mindre del av pojkarna i vår studie tillhörande den kliniska gruppen och de flesta i den normala. I Belgien fann de liknande siffror. Bland de svenska pojkarna så finns en avsevärt större andel i den kliniska. Detta tyder på att förekomsten av ungdomar tillhörande grupperna med klinisk- eller gränsfallnivå är större bland de svenska pojkarna på delskalan Prosocialt beteende än ensamkommande flyktingbarn i Sverige eller Belgien.

*Jämförelse emotionsreglering.* Enligt tabell 5, finns det signifikanta skillnader i användandet av Ruminering/negativt tänkande mellan vår studie och Jämförelsegrupp 2. Ruminering/negativt tänkande framstår som mer förekommande bland de ensamkommande flyktingbarnen i vår studie än hos de svenska pojkarna. Det finns även skillnader i Positivt

tänkande där de svenska pojkarna uppvisar ett högre medelvärde, men dessa differenser når inte signifikans på  $p < ,05$  nivå ( $p = ,058$ ).

## Diskussion

### *Resultatdiskussion*

*Huvudresultat.* Resultatet av denna studie bekräftar i stort den bild som tidigare forskning har av gruppen ensamkommande flyktingbarn, d.v.s. att många i gruppen uppvisar tecken på dålig psykisk hälsa (Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008). Mer specifikt, har de ensamkommande flyktingbarn som vi undersökt, uppvisat liknande profiler på psykiska svårigheter och styrkor som de ensamkommande flyktingbarn som Derluyn och Broekaert (2007) undersökt med samma instrument. Thomas och Lau (2002) fann att de traumatiska upplevelserna hos ensamkommande flyktingbarn är många och att dessa ofta påverkar det psykiska måendet långt efter den aktuella händelsen. Internet och andra digitala medier används allt oftare för att söka information om situationen i hemlandet, och gör därmed att man också lever närmare detta. Om det finns släktingar kvar i hemlandet kan vi föreställa oss att ungdomarna blir påminda om deras situation, både genom nyhetsrapporteringen i media samt genom andra ensamkommande flyktingbarn.

Vi ser även samma mönster som uppmärksammats i Derluyn och Broekaerts (2007) studie – att allvarliga uppförandeproblem rapporteras i mindre utsträckning bland ensamkommande flyktingbarn än i andra jämförelsegrupper. De ensamkommande flyktingbarnen i denna studie rapporterar färre uppförandeproblem (andel rapporterade uppförandeproblem klinisk nivå) i jämförelse med svenska pojkar. Vår studie visar också att ensamkommande flyktingbarn uppvisar en högre tendens till prosocialt beteende, så som att vara vänlig, hjälpsam och generös, än svenska barn. En möjlig förklaring till dessa mönster, menar vi, skulle kunna vara att den snabba resan till vuxenlivet på något sätt har minskat de uppförandeproblem som annars är vanliga i denna åldersgrupp. Ensamkommande flyktingbarn måste tidigt bemöta olika svårigheter, helt ensamma, utan att ha tillgång till en stöttande familj. Det är inte osannolikt att denna livssituation skapar brådmogna vuxna, där det inte finns utrymme för olika typer av uppförandeproblem. En annan förklaring kan vara relaterad till att ensamkommande flyktingbarn under sin vistelse i

Sverige väntar på beslut om asyl. Det är rimligt, menar vi, att nyanlända flyktingbarn inser att de befinner sig i landet genom någon annans välvilja, och anstränger sig för att uppföra sig.

Ensamkommande flyktingbarn i denna studie uppvisar en avsevärt högre frekvens av Kamratproblem än i de båda jämförelsegrupperna. Av de deltagande informanterna klassificeras 23,3 % till en klinisk nivå, vilket är nästan dubbelt som mycket som i Jämförelsegrupp 1 (12,7 %), och sju gånger som mycket som i Jämförelsegrupp 2 (3,3 %). Men så som också nämns under ”Reflektion kring felkällor”, finns det frågetecken kring resultatens tillförlitlighet på item 23 som ingår i denna delskala. Om vi tar bort detta item och i stället typvärdet på skalan, så finner vi att 17,3 % av de deltagande informanterna kan klassificeras till en klinisk nivå, vilket fortfarande är relativt högt. Detta borde undersökas vidare för att hitta sätt att bemöta från verksamhetens sida. Gruppen ensamkommande flyktingbarn som bor på transitboenden utgör ingen homogen grupp. Benägenheten att vara social är mycket individuell under de veckor eller månader av ovisshet som asylprocessen pågår. Och de boendes olika språkliga och kulturella bakgrunder kan påverka i hur stor omfattning de väljer att bekanta sig med varandra. Dock förklarar detta inte varför vi finner större andel Kamratproblem i vår undersökningsgrupp än Jämförelsegrupp 1 som är en mer kulturellt samt språklig heterogen grupp.

*Strategier för emotionsreglering.* Studien visar att ensamkommande flyktingbarn i högre grad använder ruminering/negativt tänkande som strategi för emotionsreglering än pojkar i en normalpopulation (Jämförelsegrupp 2). Det är ett resultat som stämmer överens med tidigare studier som har observerat att ruminering/negativa tankar är vanligare vid upplevda negativa emotionella tillstånd (Thomsen, 2006). En förklaring till resultatet kan vara att de ensamkommande flyktingbarnen upplever en avsaknad av kontroll inför att nå sina målsättningar. Barnen har till exempel inte kontroll över den asylprocess som sätts igång när de anländer till Sverige. Enligt Wänke och Schmidt (1996) skulle detta kunna medföra att ruminering uppstår. Något som dock försvårar denna tolkning är att många samtidigt uppger att de kan förändra deras framtid. Det skulle vara intressant att granska detta fenomen närmare i senare forskning.

Då vi har modifierat ERQA, så finns det endast två delskalor som är identiska med Oikari och Olssons (2008) arbete och som därmed tillåter säkra jämförelser. Då det gäller positivt tänkande finner vi att de svenska pojkarna använder detta i större utsträckning. Av de övriga delskalorna som inte är identiska, tyder resultaten på att de svenska pojkarna använder sig mer av

social emotionsreglering och mindre av distraktion som emotionsreglering. Att de ensamkommande flyktingbarnen använder sig mindre av social emotionsreglering kanske till viss del kan förklaras av deras aktuella situation, d.v.s. att de i regel helt enkelt har färre personer att vända sig till. Och om de väljer att vända sig till personal som inte talar samma språk så innebär det att en telefontolk används, vilket kan uppfattas som besvärande. I ljuset av detta, kanske distraktion upplevs som en mer tillgänglig emotionsregleringsstrategi för många.

*Bön som emotionsregleringsstrategi.* Denna studies resultat visar på börens stora betydelse för emotionsreglering bland ensamkommande flyktingbarn. Nästan alla (94,6 %) svarar att de använder sig av bön i varierande utsträckning när de känner sig ledsna. Vad som också är intressant är att bön inte uppvisar något direkt samband med det emotionella måendet, men att det däremot finns ett relativt starkt samband med färre skattade uppförandeproblem. Detta bekräftas också av observationer i tidigare studier (Harris et al., 2010; Huculak & McLennan, in press).

*Självskadeteende som emotionsreglering.* Vi har valt att ställa en fråga om självskadeteende och dessutom i en specifik kontext, d.v.s. som emotionsreglering. Att nästan en tredjedel (29,3 %) har använt självskadeteende som emotionsreglering kan tyckas vara en stor andel. Av tidigare forskning vet vi att de som deltagit i studien befinner sig i en väldigt påfrestande situation och att det finns ett rapporterat dåligt mående bland många (Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008). Detta gör det svårt att ställa våra resultat gentemot andra studier som har undersökt självskadeteende bland ungdomar i en väldigt annorlunda livssituation, exempelvis Ross och Heath (2002) som fann en avsevärt lägre andel (13,9 %) av självskadeteende hos ungdomar från två gymnasieskolor i USA. I resultaten från deras studie så följdes även enkäterna upp med intervjuer, vilket gjorde att de fick en ännu lägre andel som sade sig ha skadat sig själv. Då vi inte följde upp med intervju så kan vi inte utesluta att detta kunnat leda till lägre siffror.

Vårt material indikerar att det finns ett samband mellan självskadeteende och de flesta skalor som mäter psykisk ohälsa. Kort sagt kan man därför anta att självskadeteende inte är en enskild företeelse utan en del av ett dåligt mående som uppenbarar sig på olika sätt.

*Framtidstro.* Ett positivt resultat som vi finner, är att många av de ensamkommande flyktingbarnen har en positiv framtidstro, trots den osäkra perioden i deras liv.



Nära fyra av fem (77,2 %) deltagare instämmer helt eller delvis i att deras liv kommer att vara bra efter 30 år, och mer än två tredjedelar (69,6 %) instämmer helt i att de kan påverka framtiden. Dessutom är det många (75 %) som när de känner sig ledsna, tänker ofta eller mycket ofta, att framtiden kommer att bli bättre (emotionsreglering). Resultaten är kanske överraskande med tanke på att många rapporterar en hög psykisk ohälsa, dock är det kanske just detta hopp om en bättre framtid som får många att stå ut. Det är också intressant att så många tycker sig kunna påverka deras framtid. Många av dessa barn har valt att ta en aktiv roll i att skapa sig en egen framtid genom att fly från sina respektive hemländer. Samtidigt så avgörs deras öde till stor del av myndigheter som Migrationsverket där de har en begränsad möjlighet att påverka.

När det gäller korrelationssamband, finner vi att de flyktingbarn som anger att de känner att de kan påverka sin framtid i större grad, också uppvisar en bättre psykisk hälsa. Samma tendens gäller de flyktingbarn som tror att deras liv kommer att vara bra om 30 år.

### *Metodreflektion*

Vi har valt att använda oss av enkätundersökning som metod för att besvara våra frågeställningar. Insamlad data är av kvantitativ typ. Fördelen med detta tillvägagångssätt är bland annat att studien kan omfatta ett större urval av målgruppen (Denscombe, 2000), något som lämpar sig väl för kartlägningsstudier. Vi anser att studien bidrar till att bättre förstå den relativt ostuderade gruppen ensamkommande flyktingbarn. Som ett första steg i riktning mot ökad förståelse, är det rimligt att använda sig av enkätundersökning. Genom att välja etablerade enkäter, möjliggörs jämförelser med resultat från andra studier som behandlar gruppens psykiska välmående.

Den bakomliggande tanken kring studiens tillagda frågor, är att även undersöka ett antal variabler som vi anser är relevanta för gruppen. Dessa variabler är: religion, självskadebeteende och framtidstro. I och med att frågor kring religion och självskadebeteende lades in i ERQA-enkäten, blir resultatet en indikation på dessas användning som emotionsregleringsstrategier, istället för en indikation på religion och självskadebeteende i allmänhet. Därför måste de tolkas därefter. När det gäller frågorna kring framtidstro har vi försökt undersöka om det finns en allmän förhoppning om att livet i det stora hela ordnar sig. Det finns även en mer handlingsrelaterad fråga kring om informanterna upplever sig ha möjlighet att påverka framtiden istället för ett mer passivt relaterande till framtiden.

*Reflektion kring felkällor.* En vanlig felkälla vid enkätundersökning är enligt Svartdal (2001), att informanterna besvarar frågorna utifrån en föreställning om vad de borde svara, snarare än vad som stämmer överens med de verkliga förhållandena. I denna studie, kan sannolikheten att informanterna försöker ”svara rätt” vara ännu större då deltagargruppen befinner sig i en utsatt situation. Särskilt under pågående asylprocess då de väntar på beslut om de får stanna i Sverige eller inte. Detta medför att de kan känna sig bedömda hela tiden, och försöker uppföra sig på ett sätt som de tror att de förväntas uppföra sig. De kanske tror att de borde må dåligt, och besvarar därför frågorna utifrån det. För att motverka ett sådant beteende, menar Svartdal att det är av avgörande betydelse att forskare framstår som seriösa.

Vi har under studiens gång, så långt som möjligt försökt skapa förutsättningar för att informanterna ska svara ärligt. I detta ingår att ge information före en enkätundersökning, att betona att det är en uppsats på universitet, samt att vi är studenter och att ett deltagande i studien inte inverkar på asylprocessen.

Då vi och studiens deltagare inte talar samma språk, har språkbarriären utgjort en annan felkälla. För det första, kräver den rådande situationen att enkäten används i olika språkversioner. Trots att SDQ-s finns i många olika språkversioner som vi har kunnat hämta direkt från enkätens officiella hemsida, och där varje språkversion har utarbetats fram genom mödosamt och professionellt teamwork, uppstår ändå problem. Ett exempel är att självskattningsversionen av SDQ på somaliska saknas, trots att en läraruppskattningsversion och en föräldruppskattningsversion av SDQ på detta språk redan finns. Detta leder till att de deltagare som talar somaliska inte kunnat vara med på denna del av undersökningen. Ett annat exempel är item 23 på SDQ-s dariversion. Vi fann att item 23 på SDQ-s dari inte har översatts på ett ändamålsenligt och begripligt sätt. Tolken blev tvungen att förklara detta items betydelse för deltagarna utifrån den svenska språkversionen av SDQ-s. En beräkning av Cronbach's alfa på denna delskala, visar att interkonsistensen ligger så lågt som 0,29, men att den höjs till 0,47 om detta item tas bort från beräkningen. Vidare har detta item ett mycket högre medelvärde (1,36) än övriga fyra item på samma skala (0,56 – 0,91), vilket tyder på att detta item höjer medelpoängen på delskalan.

För ERQA-m, koordinerade författarna själva arbetet med att översätta enkäten till språken dari, somaliska och arabiska. Tillbakaöversättning (eng. back-translation) är en metod

som används ofta för att verifiera om ett översatt mätinstrument är den semantiska motsvarigheten till originalversionen (Mallinchrodt & Wang, 2004). Trots att översättningsarbetet utförts så noggrant som möjligt i flera steg för att säkra kvalitet, fanns det ingen möjlighet för att göra tillbakaöversättningar på grund av tidsbrist och ekonomisk begränsning. Det finns även semantiska diskrepanser mellan den ursprungliga ERQA-m på svenska och ERQA-m på andra språk, något som kom till vår kännedom i efterhand. Ett exempel är översättningen av ordet "vuxna" i item 2 i ERQA-m till somaliska. Det finns nämligen två olika ord för "vuxna" på somaliska. Ett ord för vuxna som är vuxna främlingar, och ett annat ord för vuxna som är personer inom släkten (men inte föräldrar). Översättningen täcker in båda orden, men i och med det, utesluts "föräldrarna" i denna fråga, vilket innefattas i den svenska versionen.

Språkbarriären har också gjort att vi inte har haft möjlighet att kommunicera direkt med deltagarna, och att all kommunikation mellan oss och deltagarna skett via tolk. Samarbetet med tolkarna har fungerat bra, och endast en tolk har använts för varje enskilt språk. Trots detta kan informationsbortfall och förvrängning förekomma. Att tolken i somaliska dessutom jobbar på ett av boendena som behandlingsassistent kan också påverka hur deltagarna svarar på enkäterna.

Att våra informanter kommer från icke-västerländska kulturer utgör ytterligare en aspekt som kan påverka resultatens tillförlitlighet. En fråga som kan ställas här är om enkäterna är kulturneutrala. SDQ-s har enligt tidigare studier gett ganska tillförlitliga resultat i olika kultursammanhang, västerländska såväl som icke-västerländska (Goodman et al., 1998; Mullick & Goodman, 2001). ERQA däremot, används i denna studie för första gången på en population som inte är svensk. Att en del informanter är analfabeter eller näst intill analfabeter, utgör ytterligare en komplikation. För dessa personer är det omöjligt att förstå och fylla i enkäterna utan mer ingående förklaringar kring betydelser och nyanserna för varje item, trots att utgångspunkten är att enkäterna ska läsas upp ordagrant.

SDQ-s är lämplig för ungdomar i åldrarna 11-16 år ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)), medan en del (24 %) av deltagarna i vår studie är 17 år gamla. Detta kan också medföra fel, då frågorna kanske inte lämpar sig så väl för dem. Å andra sidan, anser vi inte att det är lämpligt att använda enkäter för vuxna för den aktuella gruppen.

Det finns även ett par saker att uppmärksamma kring jämförelsen med studiens två jämförelsegrupper. Delvis att vi valt att använda det engelska normeringssystemet för SDQ-s, i syfte att underlätta jämförelser med studier i andra länder, varav valet av jämförelsegrupperna. Jämförelsegrupp 1 (Derluyn och Broekart, 2007) hade redan använt samma cut-off-värden. Och därför ville vi använda samma värden för Jämförelsegrupp 2, som består av svenska pojkar, trots att det finns ett svenskt normeringssystem (Lundh et al., 2008).

Sedan består Jämförelsegrupp 1 av både pojkar och flickor. Könsskillnader finns i till exempel skalorna Emotionella symptom, Hyperaktivitet samt Uppförandeproblem (Lundh et al., 2008). På grund av detta, är grupperna inte helt och hållet jämförbara med gruppen i denna studie, som enbart består av pojkar.

*Etiköverbägande.* Några parametrar som har varit närvarande under hela arbetets gång, är reflektionen kring hur en undersökning av psykisk hälsa kan påverka målgruppen känslomässigt samt en medvetenhet om deras utsatta situation. Detta har varit en bidragande faktor vid valet av enkätformat. Med SDQ-s och ERQA-m, blir det totalt 52 frågor att besvara, vilket är ett begränsat antal. Frågorna i bägge enkäterna har en vardaglig form, och kan besvaras utan att frågorna väcker alltför starka känslor hos informanterna. En extra åtgärd som vi tog i samband med enkätundersökningen, bestod i en överenskommelse med tolkar att de skulle stanna kvar efter undersökningen, så länge deltagarna stannade kvar och hade frågor att ställa. På detta sätt går det att fånga upp eventuella personer som mår dåligt på grund av frågorna. Efter avslutad studie, kan konstateras att inga negativa reaktioner från undersökningsdeltagarnas sida har kommit till vår kännedom.

### *Avslutande reflektion*

*Varför är denna studie viktig?* Vi tycker att det är viktigt att dokumentera den psykiska hälsan och söka förståelse för den situation som många av de ensamkommande flyktingbarnen står inför, samt att kunna finna adekvata instrument för att identifiera områden som kan anses vara problematiska. Studien kan öka kunskapen och förståelsen för gruppen både hos allmänheten och hos de som arbetar aktivt med gruppen ensamkommande flyktingbarn. Vissa av resultaten vi ser i studien kan vara av intresse för transitverksamheten i dag. Många av deltagarna rapporterar Kamratproblem vilket man också funnit i en tidigare studie (Derluyn & Broekaert, 2007). Därför bör man vara uppmärksam på tecken som indikerar sådana problem samtidigt som

en respekt för barnens integritet självklart bör finnas. Självklart så bör också personal hålla ögonen öppna efter förekommande mobbning eller utstötning och jobba förebyggande på boenden.

En annan slutsats vi kan dra, är att andelen deltagare med uppförandeproblem är låga, trots att många av studiens deltagare visar ett resultat som tyder på ett dåligt psykiskt mående. Detta skulle kunna göra det svårare att upptäcka dåligt mående om personen ifråga i hög grad internaliserar sitt mående istället för att visa ett utåtagerande beteende.

*Förslag till framtida forskning.* Det skulle vara intressant att komplettera den bild som vår studie ger med kvalitativa studier, såsom med intervjuer, för att nå en djupare förståelse av våra resultat. I vår studie så medverkar det endast pojkar så att komplettera detta med flickors resultat är självklart önskvärt. Det finns också ett behov av att göra mer longitudinella studier för att följa upp de ensamkommande flyktingbarnen efter att de fått uppehållstillstånd och påbörjat sina nya liv. Detta har gjorts i viss omfattning av exempelvis Hessle (2009) men fler studier behövs. Även resilience-forskningen är av intresse för att bringa klarhet i vad det är som gör att vissa ensamkommande flyktingbarn klarar sig bättre än andra, och kanske kan denna forskning även ge förslag på hur vi i framtiden kan förbättra vårt bemötande av ensamkommande flyktingbarn.

## Referenser

- Ai, A. L., Tice, T. N., Whitsett, D. D., Ishisaka, T., & Chim, M. (2007). Posttraumatic symptoms and growth of Kosovo war refugees: The influence of hope and cognitive coping. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 55-65.
- Ajdukovic, M., & Ajdukovic, D. (1998). Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10(3), 186-195.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1995). Iranian refugee children in Sweden: Effects of organized violence and forced migration on preschool children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), 225-237.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211-221.
- Angel, B., & Hjern, A. (1992). *Att möta flyktingbarn och deras familjer*. Lund: Studentlitteratur.
- Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Arroyo, W & Eth, S. (1996). Post-traumatic stress disorder and other stress reactions. In R. J. Apfel & S. Bennett (Eds.), *Minefields in their hearts: The mental health of children in war and communal violence* (pp. 52-74). New Haven: Yale University Press.
- Bjärehed, J., & Lundh, L.-G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26-37.
- Brendler-Lindqvist, M. (2004). *Att möta de ensamkommande barnen*. Stockholm: Rädda barnen.
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 482-490.

- Burlingham, D. T., & Freud, A. (1942). *Young children in war-time; a year's work in a residential war nursery*. London: G. Allen and Unwin.
- Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation: biological and environmental transactions in early development. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. (pp. 229-248). New York: Guilford Press.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1996). A control-process perspective on the origins of affect. In L. L. Martin & A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation*. (pp. 11-52), Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Derluyn, I. (2005). *Emotional and behavioral problems in unaccompanied refugee minors*. Gent: Academia.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12(2), 141-162.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 319-330.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63.
- Fernando, S. (2005). Mental health services in the UK: Lessons from transcultural psychiatry. In D. Ingleby (Ed.), *Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons* (pp. 183-192). New York: Springer Publishing.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and*

*Medicine*, 45(8), 1207-1222.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gunnarsson, A. (2008). *Hur har det gått? Ensamkommande barn: mottagandet sedan kommunerna tagit över boende och omvårdnad*. Stockholm: Rädda barnen.
- Haga, S. M., Kraft, P., & Corby, E.-K. (2007). Emotion regulation: antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 2009(10), 271-291.
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 275-293.
- Harris, J. I., Erbes, C. R., Engdahl, B. E., Tedeschi, R. G., Olson, R. H., Winskowski, A. M. M., et al. (2010). Coping functions of prayer and posttraumatic growth. *International Journal for the*



*Psychology of Religion*, 20(1), 26-38.

- Hessle, M. (2009). *Ensamkommande men inte ensamma: tioårsuppföljning av ensamkommande asylsökande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Hjern, A., Angel, B., & Jeppson, O. (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(1), 18-25.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723-732.
- Huculak, S., & McLennan, J. D. (in press). "The Lord is my Shepherd": examining spirituality as a protection against mental health problems in youth exposed to violence in Brazil. *Mental Health, Religion and Culture*.
- Jeffrey, R., Lea, R. & Cor, M. (2009). The influence of rumination and distraction on depressed and anxious mood: a prospective examination of the response styles theory in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(10), 635-642.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47.
- Khawaja, N. G., White, K. M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and coping strategies of Sudanese refugees: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry*, 45(3), 489-512.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 843-851.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 523-532.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190.
- Mallinchröd, B., & Wang, C. C. (2004). Quantitative methods for verifying semantic equivalence of translated research instruments: a Chinese version of the Experiences in Close Relationships Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 368-379.
- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M.-G. J. (2009). Resilience in development *Oxford handbook of positive psychology (2nd ed.)*. (pp. 117-131). New York: Oxford University Press.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812-821.
- Migrationsverket. (n.d.a). *Årsredovisning 2009*. Hämtat 18 mars 2010 från Migrationsverket: <http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980001324/arr2009.pdf>
- Migrationsverket. (n.d.b). *Mottagande av barn*. Hämtat 18 mars 2010 från Migrationsverket: <http://www.migrationsverket.se/info/1190.html?state=view&skip=3&sv.url=12.465a4f24124b9f464b880002320>
- Miller, K. E., Worthington, G. J., Muzurovic, J., Tipping, S., & Goldman, A. (2002). Bosnian refugees and the stressors of exile: A narrative study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 341-354.
- Mullick, M. S. I., & Goodman, R. (2001). Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: A preliminary study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(2), 94-99.
- Nestler, Z. (2007). *Barn och migration: utvärdering av projekt riktade till barn och ungdomar med flykting- och invandrarbakgrund*. Hämtades 7 mars, 2010, från

<http://www.arvsfonden.se/upload/pdfdokument/Rapport%20Barn%20och%20migration.pdf>

- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review in Clinical Psychology*, 2010(6), 339-363.
- Oikari, S., & Olsson, K. (2008). *Samband mellan kön, emotionell reglering och psykisk ohälsa: en studie av ungdomars emotionella regleringsstrategier*. Psykologexamensuppsats, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Pearce, M. J., Jones, S. M., Schwab-Stone, M. E., & Ruchkin, V. (2003). The protective effects of religiousness and parent involvement on the development of conduct problems among youth exposed to violence. *Child Development*, 74(6), 1682-1696.
- Punamäki, R.-L., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, 25(3), 256-267.
- Rimé, B. (2007). The social sharing of emotion as an interface between individual and collective processes in the construction of emotional climates. *Journal of Social Issues*, 63(2), 307-322.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Rusting, C. L., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 790-803.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*. 48(10), 1449-1462.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759.
- Svartdal, F. (2001). *Psykologins forsknings metoder: en introduktion*. Stockholm: Liber AB.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., & McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social*

*Psychology*, 67(5), 910-925.

- Thomas, T., & Lau, W. (2002). *Psychological well being of child and adolescent refugee and asylum seekers: overview of major research findings of the past ten year*. Retrieved 28 April, 2010, from [http://www.hreoc.gov.au/HUMAN\\_RIGHTS/children\\_detention/psy\\_review.html](http://www.hreoc.gov.au/HUMAN_RIGHTS/children_detention/psy_review.html)
- Thomsen, D. K. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20(8), 1216-1235.
- Watts, F. (2007). Emotion Regulation and Religion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 504-520). New York: Guilford Press.
- Werner, E. E. (2005). What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91-105). New York: Springer.
- Wiese, E. B., & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596-613.
- Wänke, M., & Schmid, J. (1996). Rumination: When all else fails. In L. L. Martin, A. Tesser, & R. S. Wyer Jr (Ed.), *Ruminative thoughts* (pp. 177-187). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Yohani, S. C. (2008). Creating an ecology of hope: Arts-based interventions with refugee children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 25(4), 309-323.

*Bilaga 1. Modifierad ERQA enkät samt tillagda frågor på svenska.*

**ERQA (PSP2010)**

Vad gör du när du känner dig ledsen, besviken, nervös, rädd, eller upplever andra negativa eller olustiga känslor?  
Sätt kryss i endast en av rutorna på varje rad!

**aldrig    sällan    ibland    ofta    mycket  
ofta**

1. Pratar med vänner, kompisar om hur det känns
2. Pratar med vuxna om hur det känns
3. Drar mig undan, håller mig för mig själv
4. Tänker negativa tankar om mig själv
5. Tänker att jag är illa behandlad av andra
6. Tänker att andra har det mycket bättre än jag
7. Tänker att det är bäst att acceptera hur det känns
8. Försöker göra något som får mig att må bättre
9. Tänker att det inte går att göra något åt hur det känns
10. Försöker att hitta något positivt i det som har hänt
11. Försöker låta bli att tänka på det jobbiga/obehagliga
12. Försöker tänka på roligare saker, dagdrömmer
13. Blir arg över att det ska kännas så här
14. Får lust att göra illa mig själv
15. Får lust att göra illa eller såra andra
16. Lyssnar på musik, tittar på TV eller video.
17. Äter något
18. Ber till Gud
19. Gör illa mig själv med flit, t.ex. skadar mig med vassa föremål, bränner mig med cigaretter
20. Tänker att det kommer att bli bättre i framtiden
21. Tecknar, målar, sjunger, spelar instrument, dansar
22. Spelar spel eller TV-spel eller tittar på när någon annan spelar
23. Sover, vilar, tar det lugnt
24. Går ut och går, spelar pingis, cyklar, tränar, motionerar, idrottar
25. Ringer och pratar med vänner eller familj

-----

**Hur ser du på framtiden?**

**stämmer inte    stämmer delvis    stämmer helt**

26. Jag tror att mitt liv ser bra ut 30 år från nu.
27. Jag tror att jag kan påverka hur min framtid blir.

*Bilaga 2. Informationsbrev till gode män angående psykologexamensarbetet.*

Till dig som är god man för ensamkommande flyktingbarn,

Vi som kontaktar dig heter Axel Havelius och Bonnie Liu. Vi är psykologstudenter vid Lunds universitet, och skriver just nu vår examensuppsats om ensamkommande flyktingbarns upplevelser av svårigheter och deras förmåga att handskas med dessa.

Vi har valt att skriva vår examensuppsats om flyktingbarn då det i dag finns väldigt få vetenskapliga studier som visar hur denna grupp mår psykiskt. Axel arbetar även som behandlingsassistent på ett transitboende, och genom hans dagliga kontakt med flyktingbarn, har vi inspirerats att försöka bidra till att förbättra kunskapen om ensamma flyktingbarns livssituation. Vi vill inom ramen för vår examensuppsats genomföra en studie som kan bidra till att omhändertagandet av flyktingbarn förbättras.

Vi berättade därför om vår studie för Sema Soer, som är enhetschef på sociala resursförvaltningen i Malmö och ansvarig för verksamheten på transitboenden i Malmö. Vi förklarade att vi vill göra en enkätundersökning bland de flyktingbarn som bor på transitboenden i Malmö, och hon gav sitt godkännande.

Nu vänder vi oss till dig, och hoppas på din hjälp också.

För att studien ska kunna ge en rättvisande bild av flyktingbarnens tillvaro är det viktigt att så många barn som möjligt (helst alla) deltar. Deltagandet är helt frivilligt. Men det är nödvändigt att du som god man godkänner att din huvudman kan delta i undersökningen.

Vi vill därför be dig att fylla i uppgifterna i bilagan, och skicka den till oss i det bifogade kuvertet.

På nästa sida i det här brevet har vi sammanfattat lite information om vår studie. För mer information, är du välkommen att höra av dig direkt till oss eller till våra handledare Lars-Gunnar Lundh och Jonas Bjärehed.

Vi ser fram emot att få höra från dig. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar,  
Axel Havelius och Bonnie Liu

Axel Havelius  
Psykologstuderande vid Lunds universitet samt behandlingsassistent på Humania  
Tel: 0762-762496; E-post: [axel.havelius.908@student.lu.se](mailto:axel.havelius.908@student.lu.se)

Bonnie Liu, Psykologstuderande vid Lunds universitet  
Tel: 0735-786225; E-post: [bonnie-yue.liu.687@student.lu.se](mailto:bonnie-yue.liu.687@student.lu.se)

## Information om enkätundersökningen

För flyktingbarnen innebär deltagandet i studien att de fyller i ett frågeformulär på deras respektive modersmål. Detta sker gruppvis i boendet på lämplig plats, med personer som talar ungdomarnas språk närvarande. Frågorna kommer att läsas upp så att även de som har svårare att läsa och skriva får ta del av enkäten.

Frågeformuläret handlar om hur barnen och ungdomarna upplever sig själva och hur de hanterar sina känslor (se nedan för några exempel på enkätfrågor). Inga namn kommer att stå på frågeformuläret. Varje person får ett kodnummer som sedan förstörs vid studiens avslutande. All information i projektet behandlas strikt konfidentiellt, och inga individer kommer att kunna identifieras i uppsatsen.

## Exempel på enkätfrågor

Hur väl stämmer dessa påståenden in på dig? Kryssa i en ruta för varje påstående!

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
6. Jag har en eller flera kompisar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kontaktuppgifter till handledare

Lars-Gunnar Lundh, Professor  
Institutionen för psykologi  
Lunds universitet  
Tel: 046-222 36 47  
[Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se](mailto:Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se)

Jonas Bjärehed, Doktorand  
Institutionen för psykologi  
Lunds universitet  
Tel: 046-222 45 81  
[Jonas.Bjarehed@psychology.lu.se](mailto:Jonas.Bjarehed@psychology.lu.se)

*Bilaga:*

**Svar från god man angående huvudmäns deltagande i enkätundersökning inom ramen för psykologexamensarbete**

Vänligen kryssa i ett alternativ och returnera denna bilaga så fort som möjligt.

- Ja, det går bra att kontakta barn som jag är god man för angående studien.
- Nej, jag vill inte att ni kontaktar barnet/barnen

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_



Bilaga 3. Dokument om försöksledarens och tolkens samarbete.

### **Riktlinjer angående försöksledarens och tolkens samarbete**

1. Tolken ska läsa frågorna på enkäten ordagrant.
2. Tolken tolkar deltagarnas eventuella frågor, så att försöksledaren kan svara.
3. Spara så mycket som möjlig av deltagarnas frågor tills undersökningen är avklarad.
4. Försöksledarna ska kolla så att alla enkäter är korrekt fyllda innan deltagarna lämnar lokalen.
5. Försöksledarna och tolken stannar så länge det behövs för att besvara eventuella frågor och funderingar från deltagarna.

*Bilaga 4. Information till deltagarna om enkätundersökningen.*

**Information till deltagande i enkätundersökning  
i samband med psykologexamensarbete**

1. Vi, Axel och Bonnie, är psykologstuderande som skriver examensuppsats.
2. I samband med detta, kommer vi att dela ut två enkäter på era språk som vi vill att ni ska hjälpa oss att fylla i. Ni kommer att sitta i en lokal på boendet tillsammans med de som talar samma språk. Du kommer att få papper med frågor, men det kommer också att finnas en person som läser upp dessa frågor på ert språk för er.
3. Du får lyssna på frågorna noggrant, och efter det kryssar du det alternativ som stämmer bäst överens med påståendet.
4. Det finns inga rätt eller fel svar.
5. Syftet med undersökningen är att vi vill lära oss mer om er situation och ert mående.
6. Undersökningen är anonym, och kommer inte att påverka asylansökan.
7. Ingen utomstående eller personal på boenden kommer att få läsa enkäterna. Kodsystern används så ingen kommer att kunna veta hur en specifik person har svarat.
8. Vi är tacksamma för er medverkan!

### **Inledande instruktioner vid undersökningstillfälle**

1. Du kommer att få några papper med olika påståenden.
2. Tolken kommer att läsa upp påståenden ordagrant till dig. Efter att du har lyssnat på varje påstående, sätt ett kryss på det alternativ som stämmer bäst på dig.
3. Enkäten ska fyllas individuellt. Titta inte på hur andra svarar och visa inte heller andra hur du har svarat.
4. Om du stöter på några frågor, kan du ställa dem till oss via tolken efter att alla frågorna har gåtts igenom.
5. Det är viktigt att du svarar på alla frågor.
6. Du kan endast kryssa ett alternativ på varje fråga. Det finns inget rätt eller fel svar.
7. Om du är klar innan de andra, kan du lämna in enkäten och sedan lämna lokalen.
8. Era svar är sekretessbelagda, och ingen utomstående person kommer att läsa dem.
9. Svaret används i vetenskapliga sammanhang, och inget annat. Det påverkar inte er asylansökan.