



Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

## **Skapa trygghet i en otrygg värld**

Psykologers syn på allians med flyktingbarn

**Arwa Al-Kaysi & Emma Pedersen**

Psykologexamensuppsats.Vt 2013

Handledare: Eva Brodin  
Examinator: Erwin Apitzsch

Tack!

Vi vill rikta ett stort tack till de psykologer som medverkade i studien och öppet delade med sig av sina upplevelser och erfarenheter. Utan er hade studien inte varit möjlig. Vi vill även tacka vår handledare Eva Brodin samt vår tidigare handledare Claes Törnqvist för allt engagemang, vägledning och stöd.

## Abstract

The aim of this study was to describe how psychologists experience the meaning of alliance and its influencing aspects in the clinical work with refugee children. The study is based upon a hermeneutic phenomenological approach. Six psychologists with experience of working with refugee children were interviewed and the data was analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The result was summarized in seven main themes: The characteristics of alliance, Finding a balance between closeness and distance, Taking on different roles, New relational experiences, The psychologist shares the child's difficult emotions, The insecurity of the asylum process and Beyond language and culture. The findings suggested that working with refugee children strongly affects the psychologist and that alliance has a significant role in working with these children. The results are discussed, with reference to the prevailing definitions of alliance, based on a division of the affective bond and the collaborative part of alliance.

*Keywords: alliance, refugee children, psychologist, therapeutic relationship, affective bond, collaborative relationship, asylum process*

## Sammanfattning

Studiens syfte var att beskriva hur psykologer upplever alliansskapandets innebörder och inverkan i sitt arbete med flyktingbarn. Till datainsamling användes halvstrukturerade intervjuer med sex psykologer som har erfarenhet av arbete med flyktingbarn. Intervjumaterialet analyserades utifrån Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som är metodologiskt grundad i hermeneutisk fenomenologi. Resultatet sammanställdes i sju huvudteman: Alliansens karaktäristika, Brottas med närhet och distans, Axta olika roller, Nya relationella erfarenheter, Psykologen delar barnets svåra känslor, Asylprocessens otrygghet och Bortom språkets och kulturens betydelse. Det framkom att flyktingbarn är en patientgrupp som psykologerna påverkas starkt av och att allians får en väsentlig betydelse i arbetet med denna grupp. Resultatet diskuteras, i enlighet med rådande definitioner på allians, utifrån en uppdelning av alliansens affektiva samt samarbetande del.

Nyckelord: *allians, flyktingbarn, psykolog, terapeutisk relation, affektivt band, samarbetande relation, asylprocess*

## Innehållsförteckning

<b>INLEDNING.....</b>	<b>7</b>
<b>SYFTE.....</b>	<b>8</b>
<b>TIDIGARE FORSKNING PÅ FORSKNINGSSOMRÅDET.....</b>	<b>8</b>
LITTERATURSÖKNING.....	8
ALLIANS.....	9
<i>Utveckling och definitioner.....</i>	<i>9</i>
<i>Alliansens roll i behandling.....</i>	<i>11</i>
<i>Otillräcklig forskning om allians med barn.....</i>	<i>12</i>
<i>Allians med barn.....</i>	<i>12</i>
<i>Allians med traumatiserade flyktingar.....</i>	<i>13</i>
FLYKTINGBARN OCH PSYKISKT MÅENDE.....	14
<i>Stressorer relaterat till flykt.....</i>	<i>14</i>
<i>Psykisk ohälsa hos flyktingbarn.....</i>	<i>15</i>
<i>Ensamkommande flyktingbarn och psykisk hälsa.....</i>	<i>15</i>
<i>Mental hälsa under asylprocessen.....</i>	<i>16</i>
PSYKOLOGEN I ARBETET MED FLYKTINGBARN.....	17
<i>Känslor hos psykologen .....</i>	<i>17</i>
<i>Traumats påverkan på terapeuten .....</i>	<i>17</i>
<i>Arbete med flyktingbarn i praktiken.....</i>	<i>18</i>
<b>METOD .....</b>	<b>20</b>
METODVAL.....	20
<i>Kvalitativ forskningsansats.....</i>	<i>20</i>
Fenomenologi.....	20
IPA .....	21
<i>Att redovisa sin förförståelse.....</i>	<i>22</i>
<i>Förförståelse.....</i>	<i>23</i>
URVAL OCH REKRYTERING.....	24
<i>Deltagare.....</i>	<i>24</i>
<i>Datainsamling.....</i>	<i>25</i>
ANALYS.....	26
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN.....	27
<b>RESULTAT.....</b>	<b>29</b>
SAMMANSTÄLLNING AV TEMAN OCH UNDERTEMAN.....	29
GENOMGÅNG AV TEMAN OCH UNDERTEMAN.....	29
<i>Alliansens karaktäristika.....</i>	<i>29</i>

Essentiell behandlingsfaktor .....	30
Implicit känsla.....	30
Dynamisk process.....	31
<i>Brottas med närhet och distans.....</i>	31
Psykologens vilja att göra mer.....	31
Balans mellan formell och informell roll.....	33
<i>Axla olika roller.....</i>	34
Vara barnets röst .....	34
Möta barnets olika roller .....	35
Olika förväntningar på kontakten .....	36
<i>Nya relationella erfarenheter.....</i>	38
<i>Psykologen delar barnets svåra känslor.....</i>	39
<i>Asylprocessens otrygghet.....</i>	42
<i>Bortom språkets och kulturens betydelse.....</i>	44
Mötas bortom språket.....	44
Individen i kulturen.....	45
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>47</b>
<b>RESULTATDISKUSSION.....</b>	<b>47</b>
<i>Den affektiva delen av allians.....</i>	47
Betydelsen av tidigare relationer.....	48
En känslomässig tyngd.....	48
Barnets behov av en trygg person.....	49
Psykologens hantering av känslorna.....	50
<i>Den samarbetande delen av allians.....</i>	50
Syn på primärt problem.....	50
Kulturens påverkan.....	51
<i>Kontextens betydelse för alliansen och alliansens betydelse i kontexten.....</i>	51
<b>METODDISKUSSION.....</b>	<b>52</b>
<i>Reflektioner kring förförståelse.....</i>	52
Urval och rekrytering.....	52
Datainsamling.....	53
Analys.....	53
Teorins kompatibilitet med syfte och resultat.....	54
<b>FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING OCH INTERVENTIONER.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERENSLISTA.....</b>	<b>56</b>
<b>BILAGA 1. Intervjuguide.....</b>	<b>61</b>

Denna studie fokuserar på allians med flyktingbarn. Vårt val av forskningsområde grundar sig i ett starkt engagemang för flyktingbarns behov och ett intresse kring vad som är viktigt att tänka på gällande bemötande av denna grupp. År 2012 sökte nästan 15 000 barn asyl i Sverige och antalet ensamkommande flyktingbarn har tiodubblats under perioden 2004-2012 (Migrationsverket, 2013a, b). Barn som har flytt bär ofta med sig smärtsamma upplevelser och omvälvande erfarenheter till följd av flykten och därutöver utgör den nya värld som barnet kommit till och den juridiska process som det får gå igenom ytterligare påfrestningar (Henley & Robinson, 2011; Lauritzen & Sivertsen, 2012). Erfarenheten av flykt leder till en förhöjd sårbarhet och högre prevalens av psykisk ohälsa (Henley & Robinson, 2011) och många av dessa barn uppvisar symptom utifrån att ha varit med om traumatiska upplevelser (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Det kan därför antas att denna grupp är förekommande inom psykiatri, vilket medför att det är viktigt för psykologer och övriga behandlare att ha tillräcklig kunskap och kompetens för att bemöta dessa patienter på lämpligt sätt. Forskning finns kring behandlingsarbete med flyktingbarn men däremot saknas studier kring allians, vilket enligt Carr (2006) är behandlingsarbetets grund.

Den terapeutiska alliansen har länge ansetts vara en central del i behandlingsarbetet (Baylis, Collins & Coleman, 2011). Metaanalyser har visat ett starkt samband mellan god terapeutisk allians och positivt behandlingsutfall (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Martin, Garske & Davis, 2000) och ända sedan Freuds tid har stor vikt i terapin fästs vid relationen mellan terapeut och klient (Baylis m fl., 2011). Flera studier har visat att de generella, relationella, icke-specifika aspekterna av en terapi ger större positiv effekt än de specifika, teoretiska teknikerna och även tidiga forskare har menat att en fungerande allians mellan terapeut och klient är huvudingrediensen i en förändringsprocess (Lambert & Barley, 2001; Bordin, 1979). En stark terapeutisk allians är även relaterad till mindre risk för avhopp från terapi (Sharf, Primavera & Diener, 2010). När det gäller behandling av traumatiserade flyktingar och traumapatienter betraktas dessutom allians vara essentiellt (Mirdal, Ryding & Sondej, 2012; Keller, Zoellner & Feeny, 2010). Det finns således stort stöd i forskningen för alliansens väsentliga betydelse i behandlingsarbete och därutöver finns även evidens för att allians är en effektiv komponent i individuell psykoterapi både med vuxna och med ungdomar (Norcross & Wampold, 2011). Emellertid gäller den mesta forskningen allians med vuxna patienter. Zack, Castonguay och Boswell (2007) menar att vi inte bör ta för givet att den terapeutiska processen

fungerar på samma sätt hos barn som hos vuxna klienter. Bland de få studier som finns när det gäller terapeutisk allians med barn visar resultaten att relationen mellan terapeut och barn är lika essentiell för terapieresultatet som vid arbete med vuxna (Oetzel & Scherer, 2003). Däremot saknas det tillräcklig forskning kring hur allians med barn yttrar sig i praktiken (Baylis m fl., 2011), och när det gäller alliansskapande med flyktingbarn är detta ett än mer outforskat fält.

### **Syfte**

Syftet är att beskriva hur psykologer upplever alliansskapandets innebörder och inverkan i sitt arbete med flyktingbarn. Vår förhoppning är att studien kommer att vara till nytta för både psykologer som arbetar med denna grupp samt för studenter och andra engagerade som önskar en tydligare bild av hur allians med flyktingbarn upplevs och vad som tycks inverka på denna.

### **Teori och tidigare forskning**

Vi kommer inledningsvis att redogöra för tidigare forskning kring allians och går sedan vidare till att redogöra för forskning kring flyktingbarn och deras psykiska hälsa och slutligen tar vi upp forskning kring psykologen i arbetet med flyktingbarn.

### **Litteratursökning**

För sökande av forskningsartiklar och litteratur kring allians och flyktingbarn användes American Psychological Associations (APA) databas PsychNET. Sökord som användes var alliance, therapy, children, refugee children, refugees, therapist, therapeutic relationship, reactions och unaccompanied asylum seeking children. Endast artiklar i fulltext samt sådana som är peer-reviewed valdes ut. Vid sökning på alliance gavs 3 390 resultat och på refugee children gavs 133 resultat. Vid en kombination av både alliance och refugee children gavs emellertid endast ett resultat, som dessutom inte var relevant för studiens syfte. Vid sökning på teori och forskning kring allians, valdes metastudier och artiklar skrivna av auktoriteter inom fältet. När det gäller forskning kring flyktingar och flyktingbarn valdes artiklar, efter genomläsning av sammanfattningarna, ut beroende på relevans. Forskningen i artiklarna har utförts i flera olika länder såsom Danmark, Finland, Norge, Belgien och Australien. I studien har använts ett flertal översiktsartiklar som har sammanfattat forskning kring allians samt kring flyktingbarns mentala hälsa.



## Allians

Alliansens betydelse i behandlingsarbete är välbeforskat och mycket aktuellt inom forskning i psykoterapi. Det finns idag ett klarlagt samband mellan allians och positivt utfall av terapin. Trots att flera teoretiker är överens om vad allians innefattar existerar det ingen enhetlig nuvarande definition och i forskningen definieras begreppet utifrån hur det mäts med olika instrument, exempelvis med olika skattningsskalor (Horvath m fl., 2011). Nedan redogörs för alliansbegreppets utveckling och ett antal definitioner.

**Utveckling och definitioner.** Den första som betonade vikten av den terapeutiska relationen var Freud (1912, refererat i Safran & Muran, 2000). Emellertid var hans fokus främst på överföringsprocesser i relationen mellan analytiker och patient och han betraktade det som hände i interaktionen som ett uttryck för patientens neurotiska inre och inte något som hade med terapeuten att göra (Safran & Muran, 2000). Denna personorienterade syn (Hentschel, 2005) har successivt bytts ut mot en mer interpersonell och allt större vikt har kommit att fästas vid relationens betydelse. Zetzel (1956, refererat i Safran & Muran, 2000; Zetzel, 1966, refererat i Safran & Muran, 2000; Zetzel, 1956 refererat i Campbell & Simmonds, 2011) var först ut med att uttrycka att den terapeutiska alliansen är nödvändig för alla sorters terapeutiska interventioner. Hon menade att allians är beroende av patientens grundläggande förmåga att skapa en stabil och tillitsfull relation, vilket i sin tur beror på hans/hennes tidiga erfarenheter. När denna förmåga är bristfällig hos patienten blir det terapeutens uppgift att skapa en stödjande relation. Hon liknar detta vid hur en mor måste förse sitt barn med en lämplig miljö för att barnet ska kunna utveckla en grundläggande tillit (Safran & Muran, 2000).

I mitten av 70-talet föreslog Bordin en ny förståelse av alliansbegreppet, som ligger till grund för hur detta begrepp förstås idag (Horvath m fl., 2011; Zack m fl., 2007). Han var influerad av bland andra Zetzel, men separerade allians som koncept från sina rötter i den psykoanalytiska och psykodynamiska teorin. Istället för att betrakta allians som en form av överföring eller omedveten projektion så betonade han den samarbetande aspekten av den terapeutiska relationen (Krause m fl., 2011). Han använde begreppet arbetsallians och definierade detta dels som överenskommelsen mellan terapeut och klient kring terapins uppgift och dess mål, dels som en professionell relation som kännetecknas av tillit (Bordin, 1979). Uppgiften i terapin syftar till de specifika aktiviteter som kännetecknar en terapimetod och målet i terapi är det som

behandlingen riktas mot. Bandet, eller den affektiva delen av relationen mellan klient och terapeut, kan beskrivas utifrån hur väl patienten känner sig förstådd och respekterad av terapeuten (Safran & Muran, 2000). Dessa tre underliggande komponenter påverkar varandra ömsesidigt och kan komma att få olika mycket utrymme i olika terapiprocesser beroende på samspelet mellan terapeut, klient och metoden. Bordin poängterade även att styrkan i arbetsalliansen varierar i takt med terapiprocessen och att ett stärkande av alliansen när den varit svagare är en terapeutisk intervention i sig (Safran & Muran, 2000).

Denna definition av Bordin har innefattats i en nyare definition av allians som ges av Horvath och Bedi (2002) där de skriver att allians innebär:

... det positiva affektiva band som finns mellan terapeut och klient, såsom ömsesidig tillit, tycke, respekt och omsorg. Allians innefattar även de mer kognitiva aspekterna av den terapeutiska relationen; konsensus om och ett aktivt engagemang kring terapins mål och kring de medel som dessa mål kan nås via. Allians inkluderar även en känsla av partnerskap i terapin mellan terapeut och klient (...) alliansen är en medveten och meningsfull aspekt av relationen mellan terapeut och klient. (s.41)

I Norcross och Lambert (2006) beskrivs terapeutisk allians som kvalitén och styrkan på den samarbetande relationen mellan klient och terapeut, som ofta mäts utifrån överenskommelse om terapeutiska mål, konsensus om behandlingens uppgift, och ett relationellt band.

Sammanfattningsvis har allians många olika definitioner och används på olika sätt i olika sammanhang. Termer som den terapeutiska alliansen, den terapeutiska relationen, arbetsallians, det terapeutiska bandet och hjälpande allians har alla använts för att beteckna samma sak (Johansson, 2006; Martin m fl., 2000). Trots att det råder skillnader kring den exakta innebörden, syftar de flesta termer på allians till att beskriva samma fenomen, vilket kan definieras som det band av samarbete och affektiva innehåll som finns mellan patient och terapeut (Johansson, 2006; Martin m fl., 2000). Vi har valt att utgå från allians i denna betydelse och betraktar ovanstående termer som synonyma då de i grunden undersöker samma fenomen.

**Alliansens roll i behandling.** Mycket av den forskning som finns om allians handlar om huruvida det finns ett samband mellan allians och terapeutiskt utfall (Johansson, 2006).

Johansson (2006) skriver att det hittills har genomförts tre stora metastudier kring detta (Horvath

& Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin m fl., 2000) och samtliga visar att allians är en predicerande faktor för gott utfall. En nyare metastudie genomförd år 2011 (Horvath m fl., 2011) visar samma resultat. Resultatet visar även att detta samband är konsistent och stabilt oavsett kontext och gäller oavsett diagnos eller terapeutisk inriktning (Johansson, 2006; Horvath m fl., 2011).

Allians kan dessutom vara terapeutisk i sig (Mallinckrodt, 1996). Detta stöds av forskning genomförd av Martin m fl. (2000) som menar att en god allians mellan terapeut och patient leder till att patienten upplever relationen dem emellan som terapeutisk även om andra behandlingsinterventioner saknas. Detta kan tänkas vara särskilt troligt då patientens problematik är av interpersonell karaktär. Mallinckrodt (1996) skriver att många interpersonella terapeuter använder relationen som en korrektiv erfarenhet där patienten kan lära sig nya relationella färdigheter. Såväl patientens tidigare relationer som hans/hennes nuvarande relationer och interpersonella problem påverkar skapandet av allians med terapeuten (Johansson, 2006). Dessutom påverkas den terapeutiska alliansen även av patientens upplevelser av både tidigare socialt stöd och nuvarande sådant (Mallinckrodt, 1996).

Krause m fl. (2011) har som en del i en metastudie försökt klargöra meningen av allians som den upplevs i den kliniska kontexten av både terapeut och klient. För att svara på denna ansats summerar de den kvalitativa forskning som finns om det fenomenologiska upplevandet från båda parter. Resultaten visar att både terapeuten och klient ser den affektiva kvalitén av relationen som ett viktigt element i en god terapeutisk allians och att känslan av ett emotionellt band var signifikant för en god allians. Däremot nämndes knappt gemensam syn på mål och uppgift med terapin när de svarade på öppna frågor om vilka viktiga ingredienser god allians består av.

I Norcross och Lambert (2006) läses att allians, sammanhållning i gruppterapi, empati, konsensus om mål och samarbete är fem element som bevisligen bedömts vara effektiva i terapi. De skriver vidare att två viktiga utelämnanden har skett i den första sammanställningen av evidensbaserad behandling, nämligen den terapeutiska relationen och den relationella matchningen. En lista över evidensbaserade behandlingar, utan att inkludera den terapeutiska relationen, är allvarligt bristfällig både utifrån kliniska och empiriska grunder (Norcross & Lambert, 2006).

**Otillräcklig forskning om allians med barn och ungdomar.** De teorier som redogjorts för ovan gäller för allians med patienter i vuxen ålder. Baylis m fl. (2011) frågar sig huruvida teorier såsom Bordins är applicerbara även på allians med barn, och menar att allians ses som något essentiellt för ett positivt behandlingsutfall även i arbetet med barn. Detta finns beskrivet tidigare av Anna Freud (1946, refererat i Shirk, Karver & Brown, 2011) som menar att en affektiv anknytning mellan barn och terapeut är ett krav för allt senare arbete. Zack m fl. (2007) menar att alliansskapande med ungdomar inte nödvändigtvis behöver vara detsamma som allians med vuxna men att det, jämfört med allians med vuxna, endast finns få studier kring allians med ungdomar. Att fältet allians med barn och ungdomar inte är tillräckligt beforskat eller förstått, håller även Baylis m fl. (2001) med om. Även Shirk m fl. (2011) skriver om hur nytt forskningsfältet allians med barn är och beskriver hur det i en metastudie av Shirk och Karver under 2003 endast hittats en studie inom ämnet. Sedan dess har det kommit fler studier men fältet är ännu relativt obeforskat.

**Allians med barn.** Det professionella psykologarbetet med barn innefattar ett antal viktiga saker att ha i åtanke för att samspelet mellan behandlare och barn samt eventuellt barnets föräldrar ska fungera och för att behandlingen ska ge effektivt resultat. Carr (2006) påpekar att alliansskapandet är den mest essentiella aspekten av behandlingen – allt annat är ett resultat av och underordnat alliansen mellan psykologen och klienten. Viktigt för en stark allians är att behandlaren antar en kommunikationsstil som karakteriseras av värme, empati och äkthet då detta ger klienten upplevelsen av att vara accepterad och förstådd. Det är även viktigt med en samarbetande och inkluderande ansats i behandlingen. Psykologen bör också bära med sig en medvetenhet kring överföring och motöverföring då detta ger värdefull kunskap kring hur svårigheter och hinder ska hanteras (Carr, 2006).

Baylis m fl. (2011) pekar på flera svårigheter som kan uppkomma vid alliansskapande med barn. En försvårande faktor är att barn ständigt befinner sig i utveckling och rör sig från ett utvecklingsstadium till ett annat. Vilken utvecklingsfas barnet för tillfället befinner sig i kan påverka dels vilka problem det genomgår, dels vilka symptom det uppvisar. Även vilka kognitiva förmågor barnet besitter, hur långt i den emotionella utvecklingen det kommit och följaktligen också hur det förhåller sig till terapeuten och terapin har betydelse (Baylis m fl., 2011). Dessutom är barn mycket mer beroende av sin omgivning än vuxna: bland andra Masten (2001, refererat i Baylis m fl., 2011) menar att det finns flera faktorer i barnets omgivning som bidrar till de

utmaningar barnet går igenom. Dessa faktorer måste terapeuten ta i beaktande. Baylis m fl. (2011) frågar sig hur stor positiv påverkan allians kan ha när det är omgivningen som till stor del orsakar eller vidmakthåller barnets problematik och de spekulerar vidare kring huruvida alliansen med barnet kan väga upp de negativa effekterna från omgivningen. Ännu en försvårande faktor vid arbete med barn är att det sällan är barnen som självmant och aktivt sökt hjälp. Det vanliga är att de hänvisas till en psykolog av skolpersonal, föräldrar eller andra viktiga vuxna i deras närhet. Terapeuten kan då ställas inför utmaningen att behandla en klient som varken är motiverad eller tycker att behandlingen är nödvändig (Baylis m fl., 2011).

**Allians med traumatiserade flyktingar.** Författarna till föreliggande studie har inte funnit forskning kring allians med flyktingbarn. Däremot har en del forskning hittats kring allians med traumatiserade flyktingar.

I behandling med traumatiserade flyktingar betraktas alliansen som essentiell. Mirdal m fl. (2012) genomförde en studie där de ville undersöka hur traumatiserade flyktingar, deras terapeuter och tolkar uppfattade terapin. De ville även undersöka vilka specifika faktorer som upplevdes vara gynnsamma för behandlingsutfallet och vilka som upplevdes vara försvårande. Resultatet visade att samtliga parter upplevde att den viktigaste faktorn var relationen dem emellan och en god allians byggd på tillit, empati och samarbete. Författarna nämner vidare att den terapeutiska alliansen inte bör betraktas som en sekundär, icke-specifik faktor i behandlingen utan snarare som den essentiella, hjälpande faktorn. Detta på grund av att traumatiserade flyktingar ofta har fallit offer för den "onda sidan" av människan och blivit utsatta för tortyr och förödmjukelse. Samtliga patienter som ingick i den ovan nämnda studien, upplevde känslor av alienation, brist på tillit till andra, rädsla för att bli spionerade på och uppvisade dessutom en misstänksamhet gentemot andra. Att bygga tillit bör, enligt författarna, därför ses som första prioritet och att hysa djup empati som den helande faktorn i behandlingsarbete med denna grupp. Detta stämmer överens med Kellers m fl. (2010) översiktsartikel om personer med posttraumatiskt stressyndrom där det finns en hypotes om att en tidigt etablerad allians är av stor vikt. Sådant som kan försvåra skapandet av allians med patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är bland annat patienternas undvikande och negativa antaganden om andra (Safran, Crocker, McMMain & Murray, 1990, refererat i Keller m fl., 2010). Att negativa antaganden om andra kan komplicera alliansskapandet stöds även av Ehntholt och Yule (2006)

som skriver att det kan krävas mer tid att etablera tillit med unga flyktingar då erfarenheten av att ha fått sina mänskliga rättigheter kränkta ofta gör det extremt svårt att lita på andra.

Sammanfattningsvis finns det alltså stöd i forskningen för att allians är viktig vid all terapeutisk behandling och dessutom av stor betydelse vid behandling av utsatta grupper som exempelvis flyktingar.

### **Flyktingbarn och psykiskt mående**

Flertalet studier har visat på flyktingbarns ökade sårbarhet för psykisk ohälsa. Här nedan redogör vi för vilka uttryck denna psykiska ohälsa tar sig samt vilka stressorer och faktorer som inspelar i denna.

**Definitioner och avgränsningar.** På Migrationsverkets hemsida (2013c) kan läsas att “Enligt flyktingkonventionen, svensk lag och EU:regler är du flykting om du har välgrundade skäl att vara rädd för förföljelse på grund av: ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp. Förföljelsen kan komma från hemlandets myndigheter. Det kan också vara så att myndigheterna inte kan eller vill ge skydd mot förföljelse från enskilda personer eller grupper.” (Migrationsverket, 2013c)

Innan en person bedömts vara flykting och därmed fått en flyktingstatusförklaring är personen asylsökande. Detta är “en utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd mot förföljelse, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol” (Migrationsverket, 2011).

I vår uppsats väljer vi att gå utanför den juridiska definitionen av flykting vilket möjliggör inkluderande av asylsökande samt personer som saknar identitetshandlingar. Detta motiveras också av hur den kliniska verkligheten ser ut. Specialiserade mottagningar i Sverige, varav två är representerade i denna studie, är inte begränsade att enbart ta emot patienter som blivit bedömda som flyktingar. Vi använder oss i uppsatsen av begreppet flyktingbarn. Den grupp vi åsyftar är barn och ungdomar som har erfarenheter av att fly från sitt hemland. Med barn menas personer som är under 18 år. Dessa barn kan ha kommit till Sverige tillsammans med sin familj eller utan vårdnadshavare. De barn som kommit utan vårdnadshavare kommer att benämnas som ensamkommande.

**Stressorer relaterade till flykt.** Barn utsätts generellt för flera stressorer, vilket antas vara en normal del i deras utveckling. Utöver dessa har barn som flytt för att bosätta sig i ett nytt

land varit med om traumatiska stressorer (Berman, 2001). Dessa unika upplevelser som är relaterade till flykten ger ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa (Henley & Robinson, 2011).

Flyktingens resa består av tre faser; före migrationen, migrationen och bosättningen, som alla innehåller olika utmaningar och kan vara traumatiska på olika sätt (Lustig m fl., 2004). Berman (2001) skriver om hur barn som varit med om krig i många fall kan ha exponerats för våld, strider, förföljelse, försvinnanden, död och förluster innan de flytt. Dessutom kan själva flykten innehålla många svåra upplevelser, som att ta sig fram i oländig terräng med risk att stöta på mer våld, vilda djur samt ha ont om mat och andra basala nödvändigheter (Henley & Robinson, 2011). Att fly med båt kan innebära faror som extremt väder, uttorkning, svält och bevittnande av dödsfall. Många stannar också i flyktingläger där förhållandena kan vara mycket svåra. I det nya landet ställs barnet inför utmaningen att anpassa sig till ett nytt samhälle och ett nytt skolsystem samt ta sig in i sociala sammanhang med ett nytt språk, samtidigt som de kan utsättas för diskriminering och fientlighet från personer där de slår sig ner. Samtidigt som barnet försöker förstå och ta sig in i en ny värld sörjer det den gamla världen och eventuellt förlorade människor. Även att återförenas med människor de inte har träffat på länge kan innebära ett stressmoment. Denna fas kan ha lika mycket inflytande på den psykiska ohälsan som de två första (Henley & Robinson, 2011).

Det finns även påfrestningar kopplade till relationer som en flykt kan innebära. Berman (2001) menar att kännetecknande för att ha varit med om en flykt är alla separationer och förluster: bland annat separationer från familj, vänner, skola, miljö, kulturell identitet, vanor och värderingar. Även Henley och Robinson (2011) skriver att många barn har utsatts för smärtsamma separationer eller lever med föräldrar som inte kan ge adekvat stöd och emotionell tillgänglighet på grund av egen problematik. Att barnet ofta lär sig det nya språket snabbare kan också innebära att rollerna förändras i familjen, och att barnet snabbare kommer in i det nya samhället och lägger sig till med andra värderingar, vilket i syn tur kan leda till spänningar inom familjen (Henley & Robinson, 2011).

**Psykisk ohälsa hos flyktingbarn.** Det finns en förhöjd prevalens av PTSD och depression hos flyktingbarn. Upp till 40% av flyktingbarn uppskattas lida av psykisk ohälsa, primärt depression, PTSD och ångestproblematik (Hodes, 2000). Dock visar forskningen väldigt olika prevalens av PTSD hos både barn och vuxna, exempelvis från 11% till 94% hos barn,

troligtvis beroende både på karaktäristika hos olika grupper samt hur PTSD operationaliserats (Heptinstall, Sethna & Taylor, 2004).

Även om långt ifrån alla flyktingbarn drabbas av PTSD så har barnen en sårbarhet för att utveckla psykisk ohälsa. Den viktigaste prediktorn för barnets mående på kort sikt är graden av traumatiska upplevelser innan flykten, medan förhållandena i det nya landet efter flykten är viktiga för barnets förmåga att återhämta sig från traumat och alltså är den viktigaste prediktorn för barnets hälsa på längre sikt. Det är därför av stor betydelse att barnet upplever stöd från omgivningen, har välfungerande skolgång samt att man arbetar förebyggande för att sårbarheten inte ska leda till psykisk ohälsa (Bronstein & Montgomery, 2011; Hjern & Jeppson, 2005).

**Ensamkommande flyktingbarn och psykisk hälsa.** Forskning visar att ensamkommande flyktingbarn varit med om signifikant fler traumatiska upplevelser än flyktingbarn i familj och lider av fler emotionella problem (Derluyn, 2005, refererat i Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes, Jagdev, Chandra & Cunniff, 2008). En studie gjord i Belgien av Derluyn och Broekaert (2007) visar att vara ensamkommande, det vill säga fly utan vare sig föräldrar eller annan vårdnadshavare, utgör en väsentlig riskfaktor för det emotionella välmåendet. Dessutom medför erfarenheter av traumatiska händelser en än större risk för dessa barn att utveckla en psykisk problematik. Samma studie visar att 37-47% av de ensamkommande flyktingbarnen lider av grava eller väldigt grava symptom på ångest, depression och PTSD, vilket är en mycket högre andel än den hos flyktingbarn i familj (Derluyn & Broekaert, 2007). Bhugra (2012) menar att separationer från viktiga nära, en för tidig individuationsprocess, förlust av socialt stöd och känsla av avvisande är viktiga faktorer som ökar de ensamkommande barnens sårbarhet. De ensamkommande barnen utgör alltså en speciell grupp som behöver anpassat och lämpligt bemötande och vård (Bhugra, 2012; Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes m fl., 2008).

**Mental hälsa under asylprocessen.** Innan en person bedömts vara flykting och därmed fått en flyktingstatusförklaring är personen asylsökande. När en person lämnar in en asylansökan i Sverige och därmed begär skydd från förföljelse påbörjas en process i det juridiska systemet som antingen avslutas med att personen får uppehållstillstånd eller avslag vilket innebär att personen måste lämna landet (Migrationsverket, 2013c). Asylprocessen kan ta lång tid och innebär en påfrestande period för många (Lauritzen & Sivertsen, 2012). En studie visar att osäkerheten kring familjens asylansökan är signifikant associerad med högre poäng både på PTSD och depression (Heptinstall m fl., 2004).



Den existerande forskningen om asylsökandes mentala hälsa är otillräcklig, men den som finns visar att asylsökande löper ökad risk att utveckla psykisk ohälsa (Lauritzen & Sivertsen, 2012). I en studie gjord i Finland (Sourander, 2003) där 10 flyktingfamiljer intervjuats beskrivs hur den mentala hälsan hos asylsökande flyktingfamiljer med barn är ett bortglömt forskningsområde inom psykiatrin. Studien visar dels hur familjemedlemmarna lever under konstant stress, dels hur svårt det är att skilja på om det är upplevelserna före och under flykten som är svårast att handskas med eller om det snarare är den nuvarande situationen. I intervjuerna uppgav dock majoriteten av föräldrarna att det var svårigheten att få flyktingstatus som var den mest stressande upplevelsen (Sourander, 2003). En liknande studie (Lauritzen & Sivertsen, 2012), där flyktingfamiljer med barn som sökt asyl i Norge intervjuats, beskriver vilka miljöfaktorer som ökar risken för mental ohälsa hos barn som vistas på asylcentrum. Den mest betydande riskfaktorn visade sig vara hur lång tid barnet vistades på centret under tiden ansökan behandlas, där lång väntan är en signifikant risk för att utveckla psykisk ohälsa. En annan faktor är att barnet påverkas av att föräldrarna handskas med somatiska eller psykologiska problem, relaterade både till traumatiska upplevelser och att vara asylsökande (Lauritzen & Sivertsen, 2012). Trots att föräldrar på detta sätt kan vara en riskfaktor för barnets psykiska mående så uppvisar flyktingbarn som är med sina föräldrar bättre mental hälsa än barn som genomgår asylprocessen ensamma (Hodes m fl., 2008). De ensamkommandes huvudsakliga oro handlar om föräldrar eller andra släktingar i hemlandet samt den långa väntan på om de ska få stanna i det nya landet eller inte (Sourander, 1998).

Sammanfattningsvis tyder alltså forskningen på att flyktingbarn har en större sårbarhet för att utveckla psykisk ohälsa. Detta till följd av de traumatiska upplevelser som flykten kan ha gett upphov till och stressen det innebär att vara i en oviss situation i det nya landet.

### **Psykologen i arbetet med flyktingbarn**

Under denna del kommer vi att redogöra för hur psykologen påverkas av att möta flyktingbarn. Eftersom vi inte har funnit så mycket forskning specifikt kring flyktingbarn har vi valt att redogöra för psykologens reaktioner i arbete med barn generellt och med traumatiserade personer.

**Traumats påverkan på terapeuten.** I Dyregrov (2010) beskrivs hur det personliga engagemanget hos hjälpare kan bli mycket starkt framför allt vid arbete med små barn då dessa

upplevs som oskyldiga och hjälplösa. Ångest och rädsla kopplat till hjälparens egen barndom kan också aktiveras på nytt, då en identifikation med barnet utifrån att själv ha varit barn sker. Den grundläggande synen på livet kan också skakas om då upplevelsen av att ett oskyldigt barn drabbas hårt av livet hotar vår tro på en rättvis värld (Dyregrov, 2010).

Herman (1992, refererat i Canfield, 2005) redogör för de följder som arbete med traumapatienter kan få på terapeuten. Han menar att terapeuterna sällan är medvetna om riskerna med traumaarbete när de först ger sig in i det. Arbetet utgör en ständig utmaning för terapeuten på så sätt att han/hon lätt kan engagera sig för mycket i patientens trauma, vilket kan rubba den emotionella balansen. Detta att ibland tappa balansen är till och med något som terapeuten ska förvänta sig kommer att hända i arbetet med traumatiserade patienter (Herman, 1992, refererat i Canfield, 2005). Det är inte helt ovanligt att terapeuten tar över en del av patientens symptom och att han/hon även upplever sitt privatliv påverkat till följd av traumaarbetet. Att gång på gång utsättas för berättelser och vittnesmål kring mänsklig ondska kan utmana terapeuters syn på livet och på relationer. Det är av essentiell vikt att terapeuterna påminns om sina egna gränser och att de är måna om att ta lika god hand om sig själva som andra (Herman, 1992, refererat i Canfield, 2005). Det är av största vikt att terapeuten har adekvat handledning och tillgång till personligt stöd (Ehnholt & Yule, 2006).

Detta att terapeutiskt arbete med trauma kan påverka både terapeutens arbete och privatliv, skriver även Canfield (2005) om. Hon beskriver hur den process som sätts igång hos terapeuter vid behandling av traumapatienter är tvåsidig: å ena sidan sker ett försök till att förstå de berättelser som patienterna berättar, å andra sidan sker ett försök att integrera berättelserna i ens redan befintliga kognitiva schema. Igenom detta andra, upplever terapeuter ofta reaktioner tillhörande sekundär traumatiseringsstress. Sekundär traumatiseringsstress är ett tillstånd inte helt olikt utmattningssyndrom och innefattar symptom såsom depression, sömnsvårigheter och relationssvårigheter. Men medan utmattningssyndrom kan komma från arbete med vilken patientgrupp som helst, beskrivs sekundär traumatiseringsstress vara en direkt följd av nära arbete med traumatiserade patienter. Om terapeuten inte tar åtgärder för att hindra denna stress från att vidareutvecklas, finns det en risk att den till slut mynnar ut i sekundär traumatisering, vilket är snarlikt posttraumatiskt stressyndrom. Skillnaden är att den drabbade själv inte direkt upplevt traumat utan fått det återberättat (Canfield, 2005).

Eleftheriadou (1999) skriver om hur det, i arbetet med flyktingar, kan väckas överföringsreaktioner hos terapeuten och att dessa reaktioner väcks av patienten men även har en grund i terapeutens egen personliga historia. Vidare skriver han att det är viktigt att terapeuten delar patientens känslor men att han/hon ändå bör hålla en tillräcklig distans till dessa känslor för att kunna reflektera kring dem tillsammans med patienten. Uteblir distansen finns det en fara att terapeut och patient blir ett, vilket inte gynnar behandlingsutfallet. Redan så tidigt som 1960 beskrev Winnicott (refererat i Eleftheriadou, 1999) detta dilemma: terapeuten måste å ena sidan förbli sårbar men å andra sidan behålla sin professionalitet. Terapeuten måste fortsätta att förhålla sig till den externa verkligheten samtidigt som vederbörande identifierar sig med och nästan smälter samman med patienten och hans/hennes verklighet. Winnicott var medveten om att detta kunde låta som en motstridighet men menade att det egentligen beskriver hur komplex terapeutens roll är och hur skicklig denne måste vara (Winnicott, 1960, refererat i Eleftheriadou, 1999).

Det beskrivs även hur terapeuter kan påverkas åt det motsatta hållet och bli emotionellt distanserade, undvikande och oengagerade (Eleftheriadou, 1999; Herman, 1992, refererat i Canfield, 2005).

**Arbete med flyktingbarn i praktiken.** I "Barn och trauma" av Dyregrov (2010) beskrivs att det inte är ovanligt att barn och ungdomar inte vill tala om det som hänt, och att hjälparen måste tillämpa ett antal strategier för att minska risken att barnen känner sig pressade och att kommunikationen då uteblir. Just med flyktingbarn kan det till exempel vara viktigt att tänka på att inte utföra första samtalet på ett alltför formellt sätt, då det kan påminna barnet om tidigare förhör (Ehnholt & Yule, 2006).

Tidigt i en terapi är det viktigt att hjälpa barnet eller familjen att få en känsla av kontroll över sitt liv samt utveckla en känsla av tillit och säkerhet för att kunna fortsätta behandlingen. Ett primärt behov är ofta att säkerställa skydd mot framtida förföljelse, något som ofta inte kan göras förrän barnet eller familjen har laglig rätt att stanna i värdlandet. Detta innebär bland annat för terapeutens del att denne måste ha kunskap om lagar kring migration och den sociopolitiska situationen i andra länder. Innan säkerheten etablerats och den unga personen står inför risken att sändas tillbaka till sitt hemland och mer trauma är det vanligtvis för svårt att dela med sig av de mest obehagliga minnena (Ehnholt & Yule, 2006).

Vad gäller den kulturella kompetensen hos behandlaren, menar Mirdal m fl. (2012) att det inte är av största vikt att vara insatt i patienternas olika kulturer utan att det är viktigare med en behandlare som intar en human ställning och som får patienten att känna sig förstådd.

Sammanfattningsvis visar alltså forskning att arbete med flyktingar och med traumapatienter kan ha stark känslomässig påverkan på terapeuten. Det är därför viktigt att terapeuter inom detta fält är måna om sitt eget välmående och använder sig av handledning och stöd för att bearbeta reaktionerna. Det är även av vikt att terapeuten hjälper barnet att känna tillräcklig tillit och säkerhet för att en behandling ska kunna genomföras.

## Metod

### Metodval

**Kvalitativ forskningsansats.** Vårt syfte med studien är att beskriva hur psykologer upplever alliansskapandets innebörder och inverkan i sitt arbete med flyktingbarn. Vi är intresserade av upplevelser och subjektiva erfarenheter eftersom dessa kan tillföra rikare kunskap till redan befintlig kunskap kring psykologiskt arbete. Denna typ av kunskap kan nås i kvalitativ forskning där det är den enskilda människans eget perspektiv som är av vikt. Således fann vi en kvalitativ forskningsansats lämpligast. Kvalitativa forskare är mer intresserade av individens egna upplevelser och tolkningar snarare än av objektiv, mätbar fakta. Dynamiska processer ses som mer eftertraktansvärda än fasta, statiska kategorier (Ryen, 2004). Vidare kännetecknas kvalitativ forskning av intresset att betrakta, utforska, beskriva och därigenom nå en större förståelse för ett visst fenomen. De data som används är naturliga, det vill säga sådana som fås genom observationer och intervjuer (Ryen, 2004).

Det finns olika ansatser inom kvalitativ forskning, som är olika lämpliga att utgå ifrån beroende på vad för typ av fenomen som undersöks och hur forskaren ställer sig till ontologiska och epistemologiska frågor (Willig, 2008). Vi utgår från en hermeneutisk fenomenologisk ansats och redogör för denna nedan för att tydliggöra studiens vetenskapsteoretiska grund och kunskapsanspråk.

**Fenomenologi.** Inom fenomenologin råder en del meningsskiljaktigheter kring hur man ska utföra forskningen i praktiken. Emellertid är fenomenologiska forskare generellt överens om att det är den förkroppsligade och erfarenhetsmässiga meningen så som den upplevs, som är av intresse. Beskrivningen av denna bör vara nyanserad och komplex (Finlay, 2009). Inom fenomenologisk forskning är man intresserad av hur ett visst fenomen upplevs av individen inom en viss kontext och vid en viss tidpunkt. Det betraktas inte som meningsfullt att försöka förstå ett objekt i sig, som separerat från individens upplevelse av det, då ett objekt manifesterar sig på skilda sätt för olika personer och vid varierande tidpunkter och kontexter (Willig, 2008). Fenomenet förstås således som individens upplevelse av ett visst objekt. I vårt fall utgör objektet alliansskapande med flyktingbarn och fenomenet är psykologernas upplevelser av detta.

En etablerad fenomenologisk ansats inom nutida psykologisk forskning representeras av Smith, grundaren till IPA som är en tolkande fenomenologisk analys (Willig, 2008). Denna analysmetod har fått stort inflytande inom det kvalitativa psykologifältet i Storbritannien (Finlay,

2009) och är den metod vi har använt oss av. Inom tolkande fenomenologi ses tolkningsprocessen som en oundviklig följd av att vara i världen (Finlay, 2009). Detta skiljer sig från den ursprungliga, Husserl-inspirerade fenomenologin, vilken strävar efter att hålla sig nära det givna och försöka fånga essentiella generella strukturer hos fenomenet som studeras. Dessa forskare försöker undvika att göra påståenden utifrån intuitiv förståelse och strävar istället efter att nå bortom sina förutfattade meningar och antaganden om världen för att nå essensen i upplevelsen av ett givet fenomen (Finlay, 2009).

Inom forskning i psykologi används ofta en mer hermeneutisk version av fenomenologin, där tolkning och medvetenhet om vad forskaren själv för in i texten analyseras. Detta grundar sig i att de flesta fenomenologiska forskare i psykologi menar att det är omöjligt att bortse från egen förförståelse vid undersökning av fenomenet (Willig, 2008).

**IPA.** Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) är en fenomenologisk analysmetod som utgår från antagandet att beskrivning av ett fenomen är en form av tolkning, som inte skiljer på beskrivande och tolkande. Meningsskapande förstås som en cirkulär process innebärandes en växelverkan mellan att förstå delarna och helheten. Vi kan inte förstå helheten utan att ha någon förförståelse, vilket medför att förförståelsen används som något som ytterligare kan fördjupa förståelsen (Willig, 2008). Syftet med analysmetoden är att beskriva hur deltagarna skapar mening av upplevelser som rör deras personliga och sociala värld. Ett centralt begrepp här är livsvärld, vilket syftar på den förgivettagna och levda verklighet som alltid finns. Livsvärlden föregår all kunskap, är det som möjliggör kunskap och är grunden för all upplevelse (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Forskare med denna utgångspunkt är således mer intresserade av att förstå hur världen upplevs av människor, varför mening är det primära. Full förståelse för en människa och hennes upplevelser nås inte enbart genom objektiva, mätbara attribut utan genom människans egen förståelse kring sig själv och den mening hennes livssituationer har för henne själv är det essentiella (Dahlberg, Drew & Nyström, 2001). I IPA är deltagarnas livsvärldar i fokus i motsats till att försöka fånga en objektiv verklighet eller händelse (Smith m fl., 2009).

Hammond (2010) skriver att "IPA är en syntes av fenomenologiskt intresse för mänskligt upplevande och hermeneutiskt intresse för mänsklig mening" (s. 378). Denna blandning kan ses som kontroversiell då de båda traditionerna har olika syn på hur man ska göra med forskarens förförståelse. Detta möjliggörs dock då grundaren till IPA lutar sig mot hermeneutiska filosofer som Martin Heidegger och Hans-Georg Gadamer (Hammond, 2010). Smith m fl. (2009) skriver

att "Utan fenomenologin skulle det inte finnas något att tolka; utan hermeneutiken, skulle inte fenomenet ses" (s.37) och hänvisar på så sätt till idén om att komma så nära den personliga erfarenheten som möjligt samtidigt som detta oundvikligen blir en tolkande process både hos deltagaren och forskaren (Smith m fl., 2009).

Vidare använder sig IPA av ett ideografiskt angreppssätt vilket innebär att metoden används för att detaljerat och nyanserat beskriva specifika delar av upplevelsen. Detta ger ett signifikant bidrag till psykologin då det enligt grundarna till IPA krävs omsorgsfullt analyserade och detaljerade fall för att fånga komplexiteten i den mänskliga psykologin. Genom att röra sig från detaljerad undersökning av ett fall till det gemensamma i flera fall, där upplevelser av samma objekt undersöks, träder mönster fram. På så sätt föredras analytiskt djup före bredd. Till skillnad från Husserl ses det inte som möjligt att nå en essens för fenomenet, men med fler fall kan essentiella kännetecken hos fenomenet närmas, och koppling av resultaten till psykologisk litteratur kan kasta nytt ljus över den existerande forskningen (Smith m fl., 2009).

**Att redovisa sin förförståelse.** Den objektiva forskaren framställs ofta som idealet inom forskningsvärlden. Men Dahlberg m fl. (2001) vänder sig emot denna idé om en vetenskaplig tabula rasa, alltså att forskaren ska vara som ett oskrivet blad och inte tillföra eller influera forskningsresultaten på något vis. Total objektivitet, menar Dahlberg m fl. (2001), är ett ouppnåeligt mål eftersom vi alla, även som forskare, befinner oss i kontexter som ofrånkomligen påverkar forskningsprocessen. En av hermeneutikens huvudgestalter, Gadamer (1995, refererat i Dahlberg m fl., 2001), menar att forskaren inte står utanför det betraktade fenomenets värld utan ingår i den. Däremot är det viktigt att, som forskare, sträva efter att skilja på vad som tillhör en själv och vad som tillhör fenomenet och deltagarna (Finlay, 2009). Forskaren kan alltså inte frigöra sig från sin förförståelse men bör däremot anta ett reflekterande, kritiskt förhållningssätt kring den och vara medveten om och därigenom kunna begränsa dess påverkan på forskningsprocessen och resultatet (Dahlberg m fl., 2001; Halling m fl., 2006, refererat i Finlay, 2009). Detta självkritiska förhållningssätt utgör en särskilt viktig del i forskningsprocessen och ses som ett sätt att förena en öppenhet gentemot den andre med en medvetenhet kring ens egen förförståelse (Colaizzi, 1973, refererat i Finlay, 2009; Gadamer, 1975, refererat i Finlay, 2009).

För att kunna bibehålla en öppenhet igenom forskningsprocessen är det alltså av essentiell vikt att vara medveten om hur ens förförståelse påverkar allt från val av forskningsfråga till val av metod och tolkning av resultat. När det gäller just hermeneutisk fenomenologi, vilket är den

valda vetenskapliga ansatsen i denna studie, är det särskilt viktigt att reflektera kring hur förförståelsen påverkar de tolkningar som görs. Om vi bortser från följderna av vår förförståelse, riskerar vi att få fram forskningsresultat som speglar och bekräftar det vi tidigare ansett oss veta och vi får därför ingen ny förståelse. För att alltså kunna genomföra en studie med så stor öppenhet som möjligt, krävs en självreflekterande och självkritisk hållning. Denna reflektion över ens egna erfarenheter av fenomenet är essentiell för validiteten av all slags forskning (Dahlberg m fl., 2001).

Med förhoppningen att således stärka validiteten i denna studie, redogör vi för vår egen förförståelse.

**Förförståelse.** Vi är 25-27 år och har inga egna barn. Våra erfarenheter av flykt och barn, alliansskapande samt psykologarbete är det vi framför allt tänker är relevant att redovisa för att ge läsaren möjlighet att förhålla sig kritisk till våra slutsatser.

En av oss har egen erfarenhet av att fly från ett land och bosätta sig i Sverige, samt har arbetat mycket med barn som flytt och nyligen kommit till Sverige. En annan har arbetat inom barn- och ungdomspsykiatri och där mött framför allt ensamkommande ungdomar, samt är ideellt engagerad i asylfrågor. Då vi båda två på olika sätt har arbetat med flyktingbarn har vi också erfarenhet av och tankar kring att skapa allians med dessa barn. Vi har dock inte gjort detta i egenskap av psykologer bedrivande behandlingsarbete, en roll och situation vi föreställer oss vara annorlunda från det vi upplevt.

För att kunna etablera en god relation, ser vi det som nödvändigt att möta barnet som en unik individ och inte som representant för en grupp. Samtidigt har vi också upplevt att barn och ungdomar utifrån att vara ensamma i världen och ha blivit svikna av ett samhälleligt system representerat av vuxna människor, inte litar på vuxna och är ovilliga att öppna upp sig. Vi har också fått bilden av att en otrygg situation som att exempelvis inte ha permanent uppehållstillstånd medför svårigheter att blicka inåt i sig själv. När det gäller att få kontakt med en person som talar ett annat språk än det vi talar, har vi upplevt att språket inte har så stor betydelse. Med yngre barn blir leken snarare än samtalet sättet att bygga relationen utifrån, en aktivitet som kan utföras med kroppen istället för med orden. Även med äldre barn behöver inte orden vara det primära sättet att få en emotionell kontakt på. Vi tänker oss att det är liknande för en psykolog som ska skapa en allians med ett barn eller ungdom talandes olika språk.



Vidare innebär vår teoretiska kunskap kring begreppet allians, psykologiska fenomen och kontextens betydelse, samt det faktum att vi själva bedrivit terapi med klienter som en del i psykologutbildningen, att vi intresserat oss för och tolkat psykologernas upplevelser på vissa sätt. Vi har till exempel frågat vidare om sådant vi haft teoretiska begrepp för, något som någon med en annan utbildning kanske inte gjort. Vi är således medvetna om att andra tolkningar än våra egna är möjliga.

Under forskningsprocessen har vi successivt fördjupat oss teoretiskt kring alliansskapande med vuxna, alliansskapande med barn, psykisk ohälsa hos flyktingbarn, behandling av trauma etc, vilket lett till att vår förståelse kring området och för psykologernas upplevelser varit i ständig rörelse. En stor del av den teoretiska inläsningen skedde före analysfasen, vilket kan ha varit fördelaktigt då det blev möjligt för oss att finna en kunskapslucka i forskningen och ge oss själva en god grund att ställa relevanta frågor och formulera ett syfte utifrån.

### **Urval och rekrytering**

I denna studie tillämpades ett tillgänglighetsurval (Langemar, 2008), vilket innebär att olika deltagare ur målgruppen söktes upp och de som anmälde intresse att delta fick ingå i det slutgiltiga urvalet. Inkluderingskriterierna som sattes upp var psykologer med erfarenhet av arbete med flyktingbarn. Inga närmare avgränsningar än så gjordes och det specificerades inte hur stor erfarenhet psykologerna skulle ha, exempelvis antal ärenden eller arbetade år. Då allians är ett teoriöverskridande begrepp, bedömdes inte psykologernas teoretiska inriktning i behandlingsarbete vara av relevans och undersöktes därför inte. Vidare eftersträvades sex till åtta deltagare. Kontakt via telefon och e-post togs inledningsvis med alla BUP-mottagningar och specialiserade flykting- och traumamottagningar i Skåne. På grund av svårigheter att finna tillräckligt många intresserade psykologer i Skåne, togs kontakt med mottagningar även i resten av Sverige. Sammanlagt anmälde sex psykologer intresse av att delta i studien och samtliga mötte inkluderingskriterierna.

**Deltagare.** Intervjupersonerna utgjordes av sex psykologer, tre kvinnor och tre män, som samtliga har erfarenhet av arbete med flyktingbarn. Fyra av psykologerna arbetar på specialiserade enheter för vård av flyktingar: tre från en och samma mottagning i en mindre stad och en från en mottagning i en storstad i Sverige. Två av psykologerna arbetar på två skilda

barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i en storstad. En av psykologerna från en specialiserad mottagning arbetar dessutom halvtid på en barnpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Deltagarna har således olika erfarenheter av arbete med flyktingbarn; en del arbetar brett med flera patientpopulationer, däribland flyktingbarn, medan andra enbart arbetar med flyktingar. Dessutom har en del av psykologerna mångårig erfarenhet av arbete med flyktingbarn medan andra är nyare på området, exempelvis medverkade en ptp-psykolog. Dessa skilda erfarenheter ger en nyanserad bild och skildrar flera olika livsvärldar och olika sätt att arbeta med den undersökta gruppen.

**Datainsamling.** Valet av datainsamlingsmetod styrs av frågeställningen, fenomenets natur och strävan att nå fenomenet ifråga (Dahlberg m fl., 2001). Vårt valda fenomen att undersöka är allians med flyktingbarn, utifrån psykologers perspektiv. Dahlberg m fl. (2001) skriver att abstrakta och komplexa fenomen, såsom mänskliga upplevelser, är svårare att utforska i och med att de inte finns ute i den verkliga världen som konkreta objekt och inte heller går att mäta eller kvantifiera. Vid användning av IPA används ofta material från djupintervjuer och dagböcker men även data från exempelvis fokusgrupper kan ge det detaljerade och fylliga material från förstapersons-perspektivet som forskaren vill åt (Smith m fl., 2009). Dahlberg m fl. (2001) skriver att en del metoder har visat sig mer framgångsrika än andra när det gäller att förstå den mänskliga naturen, däribland intervjun vilket är den datainsamlingsmetod som valts i föreliggande studie. Intervjun syftar till att ge förståelse för fenomenet i vardagen genom den intervjuades eget perspektiv. Genom öppna, ostrukturerade eller semistrukturerade intervjuer får forskaren möjlighet att ta del av hur människor själva uppfattar sin värld och får även bredare, djupare och mer fylliga svar på de ställda frågorna än om datainsamlingen exempelvis sker via frågeformulär (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2012).

En djupintervju i kvalitativ forskning kan beskrivas som ett samtal med ett syfte, där målet är att få intervjupersonen att prata så fritt som möjligt och med sina egna ord. Genom att konstruera en intervjuguide som främjar samtal kring relevanta områden försöker forskaren svara på sitt syfte eller frågeställning "sidledes". Då forskningsfrågan ofta formuleras på en abstrakt nivå är det vanligen inte så givande att ställa denna fråga direkt, svaren ges istället senare i analysen (Smith m fl., 2009). För att fånga psykologernas upplevelse av allians med flyktingbarn valdes tre områden ut för intervjun att kretsa kring; kännetecknande för allians med flyktingbarn, exempel på bra allians samt exempel på bristande allians. Intervjuguiden börjar med två

bakgrundsfrågor för att öppna upp samtalet och få intervjupersonen att känna sig bekväma, för att sedan gå in på de tre områdena. Inom dessa finns ett antal följdfrågor som syftar till att undersöka olika aspekter av området och som har olika ingångar till ämnet. Detta är i linje med Smiths m fl. (2009) rekommendationer om att börja med en fråga som är av mer beskrivande karaktär för att sedan bjuda in till mer analytisk diskussion i takt med att intervjupersonen blir mer bekväm och trygg.

Inför den första intervjun rollspelades intervjuerna utifrån intervjuguiden dels som förberedelse inför intervjusituationen, dels för att testa guiden. Intervjuerna delades upp mellan oss för att underlätta kontakten mellan intervjuare och intervjuperson, vilket innebar att vi träffade tre psykologer var. Samtliga intervjuer genomfördes under en treveckorsperiod i början av våren 2013. Längden på intervjuerna varierade mellan 70-120 min och genomfördes på respektive psykologs arbetsplats. Deltagarna hade redan tidigare fått information kring intervjuens syfte och innehåll och i inledningen av intervjun gavs ytterligare förtydligande information. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant av samma person som genomförde intervjuerna för att den personen bäst förstod sammanhanget för det som sades. Transkriberingen skedde med hjälp av datorprogrammet Express Scribe.

I utförandet av intervjun är det viktigt att använda sig av intervjuguiden på ett flexibelt sätt. Det är viktigare att vara aktivt lyssnande och följa intervjupersonen för att få fram nyanser och detaljer än att följa strukturen på intervjun. Nya frågor kan behöva ställas för att vidare utforska något intressant som uppkommer och en ändring av ordningen på frågorna utifrån hur samtalet utvecklar sig kan behöva göras. Alla frågor behöver heller inte ställas eller uttryckas på samma sätt i alla intervjuer (Smith m fl., 2009). I föreliggande studie har alla frågor ställts med några undantag, men i många fall i olika ordning. Följdfrågor har också uppkommit spontant utifrån vad som verkat viktigt. Detta har medfört att intervjuerna i föreliggande studie blivit något olika till sin karaktär.

## **Analys**

Det finns olika sätt att utföra analysen på, men betoning ligger på analytiskt fokus, vilket innebär att forskaren försöker analysera intervjupersonens försök att skapa mening av sina erfarenheter (Smith m fl., 2009). Willig (2008) redogör för analysprocessens steg enligt följande:

Analysprocessen av ett enskilt transkript består av fyra steg. Först läses texten flera gånger och

forskaren antecknar initiala tankar, frågor och associationer i marginalen. Andra steget består av identifiering av teman som fångar det essentiella för enskilda sektioner av texten. I tredje steget görs ett försök att skapa struktur bland teman, genom att forma överordnade kluster. Här blir det viktigt att bibehålla en närhet till den ursprungliga texten och försäkra sig om att kopplingar mellan teman reflekteras i detaljerna, vilket kräver att forskaren rör sig fram och tillbaka mellan teman och text. Det fjärde och sista steget innebär att teman sammanställs i en sammanfattande tabell. När en analys utförts på alla transkript integreras teman som framkommit (Willig, 2008).

I föreliggande studie började vi med att läsa igenom varandras transkript för att sätta oss in i allt material. Analyserna utfördes utifrån ovanstående rekommendationer. Vi analyserade två intervjuer tillsammans då vi upplevde det meningsfullt att hjälpas åt att förstå den implicita meningen. Med två perspektiv upplevde vi större möjlighet att nå meningen i vad som sagts. Övriga fyra intervjuer delades upp mellan oss. När vi formulerat teman i alla intervjuer skrev vi dessa i ett dokument som vi skrev ut och klippte ut i form av lappar. Dessa organiserade vi efter hur de verkade hänga samman eller utifrån om de beskrev samma sak. Denna process resulterade i ett första utkast till teman, och vi påbörjade skrivarbetet för att stimulera analysprocessen ytterligare. Dessa första teman kom vi senare att omformulera och väva ihop så att slutresultatet slutligen bestod av sju huvudteman och tio underteman.

### **Etiska ställningstaganden**

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) bör etiska ställningstaganden vara en återkommande del i intervjuprocessen och ingå i allt från utredning till slutrapport. Dessa ställningstaganden innefattar bland annat deltagarnas medgivande och anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2009; Smith m fl., 2009). Vi har igenom hela processen varit måna om att skydda deltagarnas identitet och bibehålla både deras och deras patienters anonymitet. Detta har inneburit att psykologerna aidentifierats och att specifika eller kännetecknande detaljer kring dem själva eller deras patienter har uteslutits. Deltagarna har givits fingerade namn för att ytterligare skydda deras identitet.

Därutöver har deltagandet i studien skett på frivillig basis och deltagarna har informerats om studiens syfte, inspelning, publicering och anonymitet både skriftligen innan medgivande erhållits och muntligen innan intervjuens start. Detta att deltagande ska ske frivilligt, att samtycke ska ges samt att intervjuerna ska ges information om vad deltagandet innebär, menar

Langemar (2008) är ett nödvändigt och essentiellt krav vid forskning. Vidare, uppmanades samtliga deltagare att kontakta oss vid frågor och erbjöds dessutom ta del av den färdiga uppsatsen, i enlighet med Langemars (2008) rekommendationer.

## Resultat

För anonymitetens skull, har de intervjuade psykologerna givits fingerade namn: Karin, Anders, Mats, Sanna, Sarah och Christian. I resultatet har vi valt att återge psykologernas röster i presens. Detta bör emellertid inte tolkas som att psykologerna nödvändigtvis har samma åsikter idag.

I tabell 1 följer en sammanställning av de teman och underteman som senare redogörs för i text i resultatet.

### Sammanställning av teman och underteman

Tabell 1

#### *Studiens teman och underteman*

Tema	Undertema
Alliansens karaktäristika	Essentiell behandlingsfaktor Implicit känsla Dynamisk process
Brottas med närhet och distans	Psykologens vilja att göra mer Balans mellan formell och informell roll
Axla olika roller	Vara barnets röst Olika förväntningar på kontakten Möta barnets olika roller
Nya relationella erfarenheter	
Psykologen delar barnets svåra känslor	
Asylprocessens otrygghet	
Bortom språkets och kulturens betydelse	Mötas bortom språket Individen i kulturen

### Genomgång av teman och underteman

De teman och underteman som utgör resultatet i denna studie redovisas nedan. Följande huvudteman har identifierats: Alliansens karaktäristika, Brottas med närhet och distans, Axla olika roller, Nya relationella erfarenheter, Psykologen delar barnets svåra känslor, Asylprocessens otrygghet och Bortom språkets och kulturens betydelse.

**Alliansens karaktäristika.** I intervjuerna pratar psykologerna om allians som en essentiell behandlingsfaktor och som en process men även som något svårfångat och implicit. När de talar om allians ter de sig främst mena ett emotionellt band eller en relation.

**Essentiell behandlingsfaktor.** Psykologerna beskriver allians som nödvändig i behandlingen. Den ses dels som nödvändig för att patienten ska fortsätta komma till behandlingen, dels som en förutsättning för att kunna bearbeta trauma, en typ av problematik mer frekvent förekommande bland flyktingbarn än bland andra barn.

Om du inte har en bra allians, så går det inte att prata om trauma (Sarah).

Nödvändigheten av allians för behandlingsarbete märks också i att allians och behandling, i psykologernas berättelser, blir sammankopplade och ibland svåra att särskilja från varandra. Det finns en genomgående upplevelse av att allians leder till bra resultat i behandlingen, vilket i sin tur leder till att alliansen bevaras eller förbättras.

Ja, jag tänker att allians leder till allians och det liksom leder till att det man håller på det blir bra, det leder till positivt resultat. Så jag tänker att det är väldigt viktigt för tillfrisknande (Sanna).

De flesta psykologer exemplifierar bristande allians med kontakter där patienten har avbrutit kontakten och behandling inte har genomförts. Alliansskapande beskrivs på detta sätt primärt för behandlingsarbete, vilket också uttrycks när psykologerna berättar om bristande allians under behandlingsarbete, och då som någonting som måste hanteras. Bristande allians är inget som kan negligeras av psykologen utan det ses som ett observandum som kräver reflektion.

**Implicit känsla.** Allians upplevs som något svårfångat. Det är svårt att säga exakt vad som skapar allians, och i alla psykologers berättelser framkommer att det är en känsla. Sarah beskriver hur det märks när man inte har en allians på följande sätt:

Att ja, vi har inte kopplat, men jag vet inte hur jag kan beskriva det, det är som en känsla som du har. Att man inte vill komma tillbaka, vill inte göra vad du föreslår, och ja, olika förväntningar, kroppsspråk kanske (...) men jag kan inte säga; aha det är en bra

allians om man gör såhär såhär såhär, jag kan inte vara så specifik men det är som en känsla, det finns nånting som inte stämmer (Sarah).

Känslan som uppstår vid allians kan vara att det är mer ledigt och avslappnat. Christian exemplifierar detta med att ungdomarna känner sig självständiga och fria i rummet, och för att beskriva hur bristande allians märks nämner han tystnad. Han utvecklar det sedan till att det är en viss sorts tystnad då tystnad även kan vara tecken på att allians har skapats. Genomgående i psykologernas berättelser är att de reflekterar högt, upprepar sig och tänker efter kring hur allians märks, för att sedan ge exempel på beteenden som ändå inte ger en fullständig förklaring.

Ja men alltså, det kan vara en blick, det kan vara att ett barn på nåt vis svarar på nånting jag har sagt, genom ett ord, eller genom att illustrera någonting i en teckning. Det kan ju vara en gest också, det kan ju vara att de tar i en eller kramar om en, eller någonting sånt där. Eller säger någonting (Karin).

***Dynamisk process.*** Allians beskrivs som en process där en relation byggs upp över tid och är i förändring. Det kan också beskrivas som ett dynamiskt tillstånd och uttrycks i termer av en relation som utvecklas. Det kan klicka från första början men det kan också behövas tid för att etablera tillit. Exempelvis beskriver Christian hur rädsla hos ungdomar för att han ska bryta sekretessen är något som de jobbar med hela tiden, med syfte att ungdomen ska känna sig tryggare och berätta lite mer. Även när allians väl etablerats innebär det inte att psykologen kan luta sig tillbaka, då det terapeutiska arbetet som följer av alliansen påverkar relationen och kräver reflektion och flexibilitet hos psykologen.

Man börjar med att bygga allians och nån sorts mer grundläggande förtroende och sen så kommer man till liksom att börja arbeta terapeutiskt tillsammans och det styrker sen alliansen, det är en relation som djupnar (Mats).

**Brottas med närhet och distans.** Tydligt i samtliga intervjuer är hur psykologerna förhåller sig till närhet och distans i mötet med barnet. Detta kan yttra sig i en stark vilja att hjälpa och att göra mer och dessutom i ett försök att finna en balans mellan en formell och informell roll.



***Psykologens vilja att hjälpa.*** En fråga som psykologen ständigt brottas med är hur denne bäst kan hjälpa barnet. Det verkar framförallt vara i mötet med de ensamkommande flyktingbarnen som detta upplevs vara särskilt svårt. Anders beskriver hur det är en annan tyngd i dessa ärenden:

Det säger väl kanske nåt om kalibern i ärendet och att det är en annan tyngd i det, skulle jag nog vilja säga. Eller en annan tyngd, det är klart att alla patienter här lider som har kontakt i BUP eller har nån typ av lidande, men här [med ensamkommande flyktingbarn] är det ändå en fråga om de mer kanske grundläggande behoven. Och det kanske är någonting som slår an hos oss alla, alltså behovet av vår familj eller grundläggande trygghet i vardagen och alltså att man har lite konturer och struktur kring sitt leverne (Anders).

Det finns en känsla hos psykologen av att vilja göra mer och vilja hjälpa mer men inte veta hur och dessutom inte ha möjligheten eller makten till det.

Så många gånger känner man att nä men jag vill, jag vill så mycket. Man hör sådana berättelser att om jag kunde skulle jag hämta familjen hit, inte imorgon, utan igår. Men det kan jag inte göra (Christian).

Även på vilket sätt psykologerna pratar om sina patienter märks den starka viljan att hjälpa. I deras funderingar kring vilken hjälp de kan ge utifrån de egna förutsättningarna framkommer bland annat att de brottas med känslor av otillräcklighet och att de riskerar att glida i vad psykologrollen innebär:

För ibland så har jag haft känslan av att inte vara tillräcklig, att jag måste kunna hjälpa honom ännu mer. Jag skulle ha skrivit ett ännu bättre intyg, jag borde ha varit på akuten när han var inlagd, jag borde en massa mer än det jag gör. Och där tappar jag liksom fokus, på vilket sätt är det jag ska jobba med den här killen, på vilket sätt är det jag hjälper honom (Mats).

De här känslorna hanterar psykologerna genom att ständigt förhålla sig till uppdraget och ramarna för sitt arbete och dessutom förhålla sig till sin egen kapacitet och sina gränser. Att tydliggöra och konkretisera sin roll för sig själv nämns som en nyckel i det hela. Dels görs detta för att psykologen inte ska bli överbelastad, dels för att det är på detta sätt som psykologen hjälper patienten.

För att hjälpa sig själv så blir man lite fyrkantig. Så tänker man vad är mitt uppdrag, hur ska jag hjälpa honom inom mina ramar (...) Man får ändå tänka vad är mitt uppdrag och på vilket sätt ska jag hjälpa den här pojken utifrån hans situation. Såklart så kan man då få en känsla av att man vill hjälpa honom mer (Anders).

Psykologerna berättar om hur barn som har varit med om en flykt ofta bär med sig smärtsamma erfarenheter och upplevelser av separationer, övergivenhet och inte helt sällan även övergrepp och misshandel. Det är ofta en patient i en otrygg situation och med speciella erfarenheter som psykologen träffar. Detta medför en ökad risk att psykologen blir alltför känslomässigt engagerad och involverar sig för mycket i ärendet. Under intervjuerna berättas det till exempel att det då blir lätt för psykologen att, i sin vilja att hjälpa mer och mer, gå utanför sin roll och ta på sig ansvaret för hela barnets välbefinnande. Enligt Mats gynnar dock detta varken barnet eller psykologen då ett för stort engagemang får psykologen att tappa fokus för sitt arbete. Dessutom menar han att det alltid kommer att finnas begränsningar för hur mycket man kan göra och att fokus istället ska vara på hur psykologen bäst kan hjälpa barnet utifrån sina egna förutsättningar:

Och om det var så att jag tänkte att det bästa skulle vara att ta hem en patient till mig och nu får du bo här och så blir detta jättebra, om jag tänkte att det var den bästa lösningen, så finns det ju ändå en gräns för hur många jag kan göra så med (...). Så då tänker jag att då är det bättre att dra den gränsen innan man har kommit dit och fokusera på vilket sätt är det jag kan hjälpa dig här (Mats).

Man brukar ju säga så att får man en känsla här på BUP att man vill adoptera barnen, ta hem barnen till sig själv, då ska det ringa lite alarmklockor, för det kan man inte göra (...). Då har det gått för långt (Anders).

**Balans mellan formell och informell roll.** Flera av psykologerna berättar att det är alliansfrämjande med en flexibel psykologroll innefattande fysisk närhet, värme och mer personliga aspekter av kontakten än enbart den formella psykologrollen:

[Det är viktigt] att man inte bara är en formell person utan att man också är människa och att man kan bjuda på sig själv, kan vara varm och kan faktiskt tänja på de där gränserna (Sanna).

Även Anders berättar om vikten av en mer lekfull sida i arbetet med barn och att han behöver ta fram sitt barnsinne. Med yngre barn blir leken essentiell och med ungdomar eftersträvas en balans mellan lek och allvar. Sarah säger att en bra allians märks när man kan kombinera det formella med det informella och att till exempel ena dagen ägna sig åt att bearbeta trauma tillsammans med barnet och andra dagen kunna prata om annat, skoja och leka.

Man behöver ha en balans mellan att vara formell och informell, jag vet inte hur man säger det, det är en balans, en fin balans, som man hittar när man träffar en person (Sarah).

**Axla olika roller.** Under intervjuerna framkommer många reflektioner kring roller, bland annat psykologens funderingar kring sin roll i förhållande till barnets föräldrar. Det framkommer att även barnet kan ha olika roller och psykologens uppgift blir att bemöta samtliga av dessa. Dessutom kan barnet ha förväntningar på psykologens roll, vilket är något som psykologen måste förhålla sig till.

**Vara barnets röst.** I och med att barn alltid är i händerna på någon annan, blir psykologens roll att även ha kontakt med föräldrar, boendepersonal eller andra ansvariga för barnet. Psykologen strävar efter att agera tolk för barnet, lyfta barnets röst och öka förståelsen för barnet. Många av psykologerna har skrivit intyg för att hjälpa barnet eller familjen i asylprocessen, vilket betraktas som ett sätt att visa att psykologen står på barnets sida och hjälper det i dess kamp. Ett annat exempel på när psykologen kan komma att behöva ta barnets perspektiv är då barnet lider av att föräldrarna själva är påverkade av flykten. Christian berättar om hur han ser det som sin uppgift att få föräldrarna att reflektera och överväga många olika

alternativ utifrån vad som är bäst för barnet. När det gäller barn som flytt med familj så måste psykologen också få med sig föräldrarna.

Jag tror att man måste nog ha ett förtroende från föräldern eller föräldrarna. Eller nån utav föräldrarna. Så att det på nåt sätt är tillåtet för barnet [att prata] (Karin).

Det blir nödvändigt att ha allians också med föräldrarna då dessa är den primära tryggheten och barnet använder dem som referens för vad som är tillåtet och inte tillåtet. Genom att ha allians med föräldrarna kan barnet känna tillräcklig trygghet för att kunna lita på psykologen och öppna upp sig för denne. I kontakt med boendepersonal kan det handla om att normalisera aspekter av barnets beteende, som kan vara uttryck för normal utveckling och inte psykiatrisk problematik.

Även i det direkta mötet med barnet försöker psykologen få fram vad barnet självt tycker och tänker. Karin uttrycker att hon tror att det är viktigt att vända sig direkt till barnet och att våga fråga barnet saker som ingen tidigare vågat fråga. När barnet själv inte öppnar upp sig försöker hon även tolka dess inre med syfte att förmedla förståelse och därmed skapa allians. På så sätt agerar psykologen barnets röst även inför barnet själv.

Och sen försökte jag nog ibland att ge uttryck för vad jag trodde rörde sig i barnet, som då inte talade speciellt mycket (Karin).

**Möta barnets olika roller.** Flera av psykologerna beskriver hur flyktingbarn, särskilt de ensamkommande, har tvingats växa upp alltför fort. Den förlorade barndomen och det stora ansvar de så tidigt i livet fått ta för både sin egen och hela familjens välbefinnande gör att de framstår som äldre mentalt än vad de är. Christian beskriver hur de ungdomar han möter är barn, vuxna och tonåringar samtidigt. Psykologens uppgift blir att tillåta alla roller ta plats i relationen och att använda relationen för att finna en balans mellan barn och vuxen.

På nåt sätt är de barn, de kan vara väldigt barnliga på så sätt att de behöver mycket uppmärksamhet eftersom många av dem kan ha den här bristen. De jobbade, de var inte så mycket barn. Så plötsligt kan det komma sådär, ja men nu vill jag vara ett barn. Och då får de vara det. Och sen plötsligt kan de vara väldigt mogna, och sådär vuxna, och tänka väldigt målmedvetet sådär, målinriktade. Så vi försöker hitta den här balansen, i

den här relationen, att vara ett barn samtidigt som att kanske tänka lite mer långsiktigt och kanske ställa sig själv i någon annans position (Christian).

I relationen mellan psykolog och patient beskrivs också ett lekutrymme, bland annat säger Christian att en god allians kan tillåta barnen regression från en vuxen sida till vad de verkligen är. Sarah beskriver något liknande när hon säger att “man märker att det är en bra allians, när du en dag kan bearbeta trauma och en annan dag kan du göra andra saker”. Relationen behöver alltså tillåta både allvar och avslappning eller lek beroende på barnets behov.

Att rollerna vänts om i familjen och att barnet tvingas agera förälder och ta mer ansvar än vad som kan förväntas utifrån barnets egentliga ålder, är också något som berättas om i intervjuerna:

Så det är lite omvända roller så att säga, att han som ska vara barnet har blivit pappa... Och så tänker jag inte att det ska behöva vara när man är 16 år gammal (...). Han har klivit in i vuxenkostymen på ett sätt som han inte hanterar eller på ett sätt som inte förväntas, som jag tänker att han inte kan klara av (Anders).

Psykologens uppgift i detta blir att hjälpa barnen att känna att de har gjort allt de kunnat och försöka på så sätt avlasta dem från de skuld- och ansvars känslor som kan komma till följd av att exempelvis inte ha lyckats ta hit sin familj från hemlandet. Syftet med detta är att ge dem lov att vara barn och tänka på sig själva också:

Jag tycker att det är en väldigt tröst också, för de här ungdomarna att känna att: ”*jag har gjort allt som jag kan för att hjälpa min familj hit*” (...). Men man kan också jobba parallellt med andra saker, man kan till exempel fokusera på studierna, skaffa ett bra jobb och skicka pengar [till sina släktingar] (Christian).

**Olika förväntningar på kontakten.** Det inträffar ofta att psykolog och barn och familj har olika förväntningar på vad psykologkontakten ska innebära och syfta till. Barnet har en oklar bild över vad psykologen ska fylla för roll och vilken roll barnet självt ska ha i förhållande till psykologen. Detta eftersom kontakten ofta inte är förankrad hos barnet då den kan ha blivit hänvisad dit av boendepersonal eller akutpsykiatrin. Dessutom upplevs ibland barnet eller

familjen i första hand inte vilja ha hjälp med sitt psykiska mående utan snarare med mer praktiska ting. Nästan alla psykologer beskriver hur en förväntning hos patienten kan vara att få hjälp med sin situation i asylprocessen eller med något annat i kontexten, då det är detta som upplevs vara det primära problemet. Olika förväntningar ges upprepade gånger som förklaring till varför alliansskapande försvåras, varför det blir centralt för psykologen att hantera detta.

Och det handlar också om att ibland kommer man hit för att hjälpa asylprocessen och det är ingenting som vi kan göra. I första hand menar jag. En annan sak är om det händer under behandlingen, men ibland har man kommit hit för att få ett intyg (...) det är också förväntningar som sagt (Sarah).

Det upplevs av psykologerna finnas en okunskap om psykiatri hos en del patienter utifrån att denna inte är lika vanligt förekommande i hemlandet. Detta kan medföra att patienten inte vet vad han/hon kan förvänta sig av psykologen. Även tidigare kontakter med myndigheter och vårdpersonal kan påverka vilka förväntningar patienten har. Flera av psykologerna berättar om hur psykologen kan komma att ses som endast en i mängden av otaliga kontakter som patienten träffat. Detta att patienten bollats runt från myndighet till myndighet och träffat så många olika personer blir en negativ erfarenhet som kan resultera i att personen tröttnar. Patienten förstår då inte varför han/hon än en gång ska berätta sin historia, något han/hon gjort innan utan att bli hjälpt.

Jag tänker att det nog finns en brist på tillit, som har med det de har varit med om att göra. Och sen att de har varit runt på olika ställen, och fått berätta samma historia utan att det är någon som har kunnat hjälpa dem där och då. Alltså alltifrån Migrationsverk och Migrationsdomstol och sen handläggare på kommun och introduktionshandläggare och flyktinghandläggare. Olika delar av vården som man har besökt på grund av somatiska besvär. Och där man ändå frågar om de här delarna också. Så det blir för mycket prat, utan att det händer något (Karin).

Psykologerna får ofta börja med att förklara och förtydliga sin roll, genom att beskriva sitt arbetssätt och vad de kan hjälpa till med, för att därigenom skapa samsyn för kontakten. Det kan

också krävas psykoedukation kring behandling för att få patienten att känna att det kan finnas en poäng med att berätta om sina upplevelser.

**Nya relationella erfarenheter.** Ett tema som återkommer i flera av berättelserna är hur barnets tidigare relationer och erfarenheter inverkar på alliansen och på relationen med psykologen. Sarah berättar om hur barnets tidigare anknytningsmönster (barnets tidigare relationer till primära vårdgivare) påverkar även kontakten till henne. Vidare berättar flera av psykologerna om hur flykten kan ha gett negativa erfarenheter av relationer. Detta gäller både för barn i familj vars familjedynamik blivit lidande till följd av flykten men främst för ensamkommande flyktingbarn. Dessa tenderar ha flera erfarenheter av separationer, övergivenhet och av att ha tvingats klara sig själva. Enligt Mats är det den påtagliga ensamheten och övergivenheten som är utmärkande för ensamkommande flyktingbarn. Sanna pratar om hur tidigare erfarenheter kan ge upphov till en bristande tillit till omvärlden:

De saknar den här tilliten, de blir ju utsatta många av de här ensamkommande barnen för misshandel, sexuella övergrepp, förluster, separationer inte minst från sin familj. Och många av dem har inte hört nånting om sin familj på flera år, vet inte var de är nånstans, om de lever, är i trygghet. De kanske har varit på resande fot i ett par år till och med, och sett så mycket elände. Nu är det här vad jag fått berättat för mig av de som jobbar väldigt nära. Så de här killarna har ju otroligt låg tillit till omvärlden (Sanna).

Att som psykolog ge barnen nya relationella erfarenheter tycks vara särskilt viktigt, inte bara för alliansskapandet utan blir fokus för hela kontakten med flyktingbarnen.

Så då, många gånger till exempel kan man träffa ungdomar som har anknytningsproblematik. Och det kan bero på till exempel denna resa eller att de har varit väldigt självständiga eftersom de har gjort så pass mycket i sitt liv, och hela den här resan hit, det är också en aspekt i sig. Så det här med tilliten, att lita på andra, det är en del av behandlingen här, kan man säga. Att lita på andra, att kunna skapa en nära relation, att be om hjälp (Christian).

Christian menar att målet med kontakten är att psykologen ska ge barnet en ny erfarenhet av en anknytningsperson men att det samtidigt inte är möjligt i och med kontakten bara utgör en begränsad del av barnets vardag och liv. Målet blir då att istället ge erfarenheter av en tillitsfull, nära och tolererande relation. Sarah uttrycker detta som att relationen kan vara som en slags träning för ungdomarna att kunna skapa goda relationer ute i verkligheten, samt att de kan få en upplevelse av att det går att lita på människor.

Flera av psykologerna nämner alltså flyktorsakad anknytningsproblematik som en huvudaspekt i barnens mående. Det upplevs främst inte vara genom behandling av symptom som psykologen hjälper barnet utan snarare genom att ge nya erfarenheter kring relationer och närhet. Erfarenhet av en tillåtande relation som tolererar ilska, meningsskiljaktigheter och konflikter utan att leda till övergivenhet eller separation är till nytta för barnet och befrämjande för alliansen.

Christian beskriver hur relationen kan sättas på prov genom konflikter, och att när konflikten hanterats så skapas en mer genuin relation. På så sätt skapas också en acceptans för olika åsikter, en kommunikation om själva relationen har ägt rum och den blir därmed mer öppen och ärlig. Sarah berättar även om hur alliansen kan testas genom konflikter och till följd av det också förbättras:

Jag har märkt att allians har varit under prövning under behandling, till exempel med den kille som jag har så bra allians med. Vi hade ett problem under ett samtal, så han gick härifrån. Han var jättearg, vi arbetade med trauma då, och då var det så viktigt att vi hade en jättebra allians. Så han kom tillbaka, efter två tre veckor, men då hade vår allians förbättrats. Men den var också utmanad, så jag visste inte hur bra allians vi hade, om han skulle komma tillbaka efteråt. Vi provade vår allians, på nåt sätt (Sarah).

Samtidigt som psykologen ska ge nya erfarenheter kring relationer, är det viktigt att inte bli barnets viktigaste relation. Mats pratar om ensamkommande flyktingbarns avsaknad av och behov av en emotionellt viktig vuxen, men menar att det inte ska vara en roll som psykologen tar sig an. Det är själva relationen som ska vara viktig för barnet, inte psykologens person. Risken med att som person bli viktig för barnet är att barnet kan utsättas för ännu en smärtsam separation och därmed få ännu en negativ erfarenhet.

**Psykologen delar barnets svåra känslor.** Ett tydligt tema igenom alla intervjuerna är psykologens reaktioner i mötet med patienten. Mötet mellan barn och psykolog beskrivs innefatta



en ömsesidig inre process där båda parter delar samma känslor. Det är lätt att psykologens egen sårbarhet väcks i kontakten med barnet och ännu lättare är det att psykologen delar barnets svåra känslor såsom dess frustration, maktlöshet, meningslöshet och hopplöshet.

Om man tänker i allians så kan man, i kontakt med den här pojken, givetvis också känna av hans situation tänker jag. Han behöver ju inte säga det i ord alla gånger, hur det är, utan man kan också känna en väldig hopplöshet inför allt det här. Jag kan känna en frustration, jag kan känna att jag blir rastlös, jag kan känna att hur fan kan man behöva vänta så här länge [asylprocessen], varför ska man behöva vänta så här länge. Det är inte konstigt att man blir lite tossig tänker jag och gå med det här dag ut och dag in (Anders).

I synnerhet med dem som liksom har en massa avslag på sina asylärenden och såhär, hälften de känner är döda och den andra halvan är på ställen där det är krig. Ja alltså där det verkligen ser hopplöst ut, då är det väldigt lätt att landa i att ja men vad spelar det för roll att jag går här och krasar lite liksom. Och i vissa fall kanske det verkligen är meningslöst, det kanske varken gör till eller från men jag vet ju också att i andra ärenden så hjälper det faktiskt och jag får väl, ja jag får väl glädja mig åt dem. Men visst, det är en känsla som jag måste förhålla mig till, meningslöshet och hopplöshet, eller jag måste förhålla mig till allting som frodas härinne med frustration och ilska och ångest och nedstämdhet (Mats).

Anders menar att det är just denna känslomässiga påverkan som arbetet har på psykologen, som är skillnaden i arbetet med flyktingbarn och andra patientgrupper. Särskilt med de ensamkommande barnen kan denna påverkan vara påtaglig och väcka en rad olika känslor hos psykologen:

Det är framförallt i arbetet med de ensamkommande som jag kan drabbas av den här känslan av att åh nu måste jag ta hand om dig, jag ska ta hand om allting i ditt liv, det är nog bäst att du flyttar hem till mig. Alltså det är en känsla som förmedlas från mage till mage liksom. Och väldigt sällan så är det ju på det sättet (...) det är inte bara mig i hela världen de har men det är känslan jag får (Mats).

En annan form av känslor i rummet är de som kan uppstå då alliansen är bristande. Sanna beskriver hur det kan kännas när patienten är omotiverad och motvillig till kontakten:

[Det är] mycket projektion i rummet också, överföring, han för över liksom sina egna känslor på mig. Jag tänker ur psykodynamiskt perspektiv att man känner sig lite dum kanske, vet inte hur man ska göra, misslyckas med att få dem att prata, vad ska man göra nu då, vad ska man hitta på nu då och det känns obekvämt och åh vad det känns jobbigt att sitta här och trist och det är bara jag som pratar (Sanna).

En del psykologer beskriver hur de kan känna sig dränerade och matta efter samtal med någon ur denna patientgrupp. Detta på grund av den känslomässiga tyngden i arbetet. Ofta rör det sig om traumaarbete och detta beskrivs vara både påfrestande att jobba med och att prata om. Att komma i kontakt med flyktingbarn uttrycks alltså sätta igång många svåra känslor hos psykologen.

Att orka bära patientens svåra känslor, beskrivs vara psykologens jobb och vad terapeutiskt arbete handlar om. Det är viktigt att psykologen har tolerans för både sin egen och patientens frustration och hopplöshet. Ett återkommande tema är behovet av introspektion. Psykologen måste ständigt arbeta med sig själv, förhålla sig till sina egna känslor och samtidigt vara uppmärksam på om processen går i en riktning som gagnar patienten.

Det är ett rätt gediget arbete som man måste göra med sig själv (...) men det är absolut nånting som man måste förhålla sig till hela tiden, var är jag i detta och vad är det jag ska göra, på vilket sätt hjälper jag patienten här (Mats).

Andra sätt att hantera de svåra känslorna på, är genom att förhålla sig till sitt eget uppdrag och sina egna ramar, genom handledning och stöd från kollegor och även genom att påminna sig om att det finns andra som arbetar med barnet, såsom socialtjänst, god man och boendepersonal. Framförallt när det gäller de ensamkommande barnen uttrycks det att bättre samverkan mellan olika instanser hjälper psykologen att avgränsa sitt uppdrag och därmed hantera de svåra känslor som sätts igång hos denne vid mötet med barnen.

Så det jag gör då det är att se till att få till en strukturerad samverkan som jag kan luta mig mot. Jag vet liksom att boendet vet hur man ska hantera en person med de här

svårigheterna, god man tar sitt ansvar, socialtjänsten vet vilka insatser som behövs och så vidare så att jag kan fokusera mig på det som är mitt uppdrag (Mats).

**Asylprocessens otrygghet.** Alla psykologer beskriver kontextens betydelse för vad som sker i behandlingsrummet. Som Mats säger “det är ju inga ärenden jag har där vi liksom sitter och jobbar med bara det intrapsykiska utan kontexten finns ju alltid med”. Det som framförallt är framträdande i psykologernas berättelser är hur den otrygga situation som det innebär att befinna sig i asylprocessen påverkar kontakten. En kris beskrivs både utanför och inuti patienten, där framförallt krisen utanför har en påverkan på det inre.

Jag minns inte vilket av avslagsbesluten det var men han fick nåt då han blev fullständigt uppgiven. Han gjorde en intox [förgiftning], han skar sig lite grann och hamnade då på BUP-akuten. Han sa att det är ingen idé att leva nu om de ska skicka tillbaka mig dit då kan jag lika gärna ta livet av mig här (Mats).

Den yttre otryggheten och instabiliteten ses som en anledning till varför det kan vara svårt att vara närvarande i rummet och bygga en allians. Att få ett avslag benämns av Sanna som en andra traumatisering, vilket leder till att ungdomarna är i så dåligt skick att det blir svårt att skapa en allians. Sarah beskriver också att stressen kring om ungdomen ska få stanna i Sverige eller inte påverkar hur ungdomen är i rummet, vilket liknar Mats upplevelse av en forcerad stämning.

Det som är problematiskt där är att de är i en fruktansvärd situation och frustrationen är så massiv. Det genomsyrar ju allting (...) men under sådana förutsättningar så är det svårt att bygga en vettig allians för det är så forcerat. Så det kan vara lite problematiskt men det har ju med omvärlden att göra (Mats).

Detta medför konsekvenser för vilken behandling som kan utföras. Ett flertal av psykologerna pratar om att de får finnas till hands som en stödjande kontakt snarare än att behandla trauma. Samtidigt är det också upp till patienten att avgöra vad han eller hon vill använda kontakten till.

Det finns olika tankar kring det här. Det är klart att om det kommer nån person eller en familj som känner att trots att jag befinner mig i den här processen, att jag inte vet vad

som händer, så vill jag jobba med de här sakerna [de traumatiska upplevelserna]. Då kan man jobba med de här sakerna också. Men det är inte nånting som vi uppmuntrar kan man säga. Eftersom man öppnar nånting som man inte kan följa upp eller se hur familjen hanterar det som man har öppnat, eller hur det blir för barnet när man öppnar de här svåra, när man pratar om de här svåra minnena. Så det får de bestämma lite grann, men det är inte nånting som vi uppmuntrar (Christian).

Karin berättar om hur asylprocessen medför att varje samtal måste betraktas som ett avslutande samtal då man aldrig vet om man träffar familjen igen, och hur hon anpassar sin behandling utifrån denna förutsättning. Hon lyfter också fram att man måste göra så gott man kan för att hjälpa barnen och familjerna, trots dåliga förutsättningar.

Många [professionella inom vården] anser att man inte kan bedriva någon behandling under asylprocessen för att man är under så ostadiga villkor. Men, jag tycker inte det. Jag tycker inte att barn kan vänta (Karin).

Vidare medför asylprocessens dominerade roll i barnets liv att psykologen måste ha kunskap om denna. Anders säger exempelvis att han inte fullt ut kan relatera till hur det är att vara på flykt och ansöka om medborgarskap och berättar om hur han försöker kompensera för detta genom att ta hjälp av en person i sitt privatliv som vet mer än han om svenska lagar. Den viktigaste strategin för att handskas med denna ovissa och otrygga situation är dock att ge hopp. Karin ger hopp genom att boka in en ny tid, vilket då blir en signal till familjen att det inte är över än. Mats försöker hjälpa ungdomen att fokusera på vad som är bra här och nu och att de inte vet något om framtiden, att det kan bli dåligt men att det också kan bli bra. Sanna uttrycker att hon behöver vara ställföreträdande hoppingivare och visa att hon tror på barnets kapacitet och förmågor.

Det är också framträdande hur det blir en konflikt för psykologen kring hur denne ska behandla något som har en kontextuell orsak. Detta ter sig svårt för psykologen att handskas med och ett sätt verkar vara att se någon mening med det som trots allt går att göra.

Även om människor är asylsökande och jag inte kan göra någonting åt det, så kanske man genom våra samtal kan få en människa att samla ihop sin egen kraft, att föra sin egen kamp vidare (Karin).

Att hitta ett förhållningssätt till det som ligger bortanför ens kontroll gäller inte bara psykologen. Christian pratar om att hjälpa barnet att stå ut och förhålla sig till maktlösheten:

Så att man på nåt sätt kan vara tillsammans med patienten i den här, eller individen, ungdomen, i den här frustrationen [att vara i asylprocessen], att nej men vi kan inte, vi måste fokusera på det som vi kan göra, inte på det som vi inte kan styra på nåt sätt. Och det ena motsäger inte det andra, utan man kan göra allt som man kan i relation till asylprocessen, men man kan inte göra mer än det som man kan (Christian).

### **Bortom språket och kulturens betydelse.**

*Mötas bortom språket.* När det gäller kommunikationen mellan psykolog och patient så utgör den verbala kommunikationen endast en del av kontakten. För att skapa allians med barnet krävs ofta en annan form av kommunikation: den icke-verbala.

Det ickeverbala blir ännu viktigare för vi pratar inte samma språk, det går ju via tolk, man liksom tittar [på varandra] och kan ändå hålla sådana här “ja ok, jag förstår vad du menar, ok”, och man kan spegla och intona och så (Sanna).

Hur man säger saker, vilket tonläge man använder, hur man speglar och tonar in barnet är exempel som psykologerna ger på hur de kommunicerar med barnet. Karin berättar om hur metaforer kan användas som spegling, för att fånga en känsla i rummet, och att patienterna blir glada när de förstår att det finns liknande uttryck över landgränser. Med barn kan detta ske genom användning av någon saga, då många av dessa är universella. Sanna berättar att genom att vara flexibel och anpassa sitt sätt utefter barnet och exempelvis använda sig av projektiva test eller bildmässiga hjälpmedel, kan man mötas bortom språket och få kontakt på en känslomässig nivå. Flera av psykologerna berör något som kan förstås som ett universellt språk.

Det är inte nödvändigtvis så att språket spelar så stor roll, i vårt yrke då. Man försöker hitta de här grundläggande sakerna som alla tycker om eller som alla gör (Christian).

I och med att de flesta samtal med barnen sker via tolk blir den icke-verbala kommunikationen det primära sättet för psykologen att få direkt kontakt med barnet. Med en bra tolk upplevs den verbala kommunikationen och språket inte vara någon barriär, om än ibland en osäkerhet för psykologen. Att den verbala kommunikation sker via tolk upplevs emellertid inte som ett hinder för allianskapandet. Karin säger att det även kan vara en fördel då det ger extra tid att formulera sig och tänka efter, samt att en bra tolk kan bli en co-terapeut då denne bidrar med något eget som påverkar stämningen i rummet. Emellertid nämns i intervjuerna hur språket ibland kan göra det svårare för psykolog och barn att nå och förstå varandra. Till exempel beskriver Sarah hur hon har upplevt att det i en del språk inte finns ord för psykiska tillstånd. Även Sanna pratar om detta:

Till exempel i somaliska finns inte, har jag fått höra, ord för psykisk ohälsa och psykisk överhuvudtaget fanns inte riktigt (Sanna).

I dessa fall kan alltså språket utgöra en försvårande faktor vid alliansskapande. Däremot tycks psykologerna inte se det som ett hinder eller en väsentlig barriär i relationen med barnet, då det finns andra sätt att nå varandra än genom det direkt verbala.

***Individen i kulturen.*** En nyfikenhet för den enskilda individen återkommer som tema i flera av psykologernas berättelser. Framförallt kommer detta upp när det talas om kulturens påverkan på kontakten och huruvida de skilda kulturerna inverkar på alliansen. Det tycks finnas en ovilja att se kultur som allianshindrande och en ambivalens kring kulturens betydelse för alliansen. Å ena sidan nämns att kulturell kunskap är bra och kan öka förståelsen för patienten men å andra sidan måste denna kulturella kunskap vara utifrån hur det är för den enskilda individen.

Och jag tänker att ja, all kunskap är väl bra men det som är viktigt är ju att jag har en genuin nyfikenhet på vem är du, vad är du för en som jag träffar här, hur är det att vara du och hur kan jag hjälpa dig. Och det spelar ingen roll om jag pratar med en blond tjej

från Kortedala eller en kille från Afghanistan. Jag måste ju vara intresserad av var kommer du ifrån, vem är du och hur är detta för dig. För det är ju ingenting som säger att jag förstår en person bara för att han eller hon kommer från Kortedala. Och det är heller ingenting som säger att jag inte kan förstå en person som kommer från till exempel Afghanistan (Mats).

Ambivalensen märks även i att kultur ibland ges som orsak till att det är svårare att skapa allians. Av bland andra Sarah och Sanna nämns hur barnets kultur kan bidra till att han/hon utvecklar skepsism mot psykiatrin. I en del kulturer kan det till exempel upplevas som skamligt att vända sig till en psykolog eller psykiater. Att flertalet av psykologerna pratar om behovet av att ha kunskap kring patientens kontext som både viktigt och oviktigt betraktas också som uttryck för en viss ambivalens, eller att ämnet är komplext. Mats uttrycker att ju mer han vet om patientens hemland, till exempel krig, sedvänjor och vilka sociala konstruktioner som finns där, desto bättre, men att detta samtidigt inte ska göra att han tappar fokus från individen. Christian formulerar en liknande tanke och menar att kunskap kring kulturer är till nytta men att det i praktiken är omöjligt att ha den kunskapen i och med att varje individ skapar sin egen kultur. Han uttrycker också vikten av att vara medveten om sina fördomar, som är oundvikliga hos alla människor, för att kunna förhålla sig till dem kritiskt och inte agera utifrån dem. Även Sarah säger att man kan ha saker med sig i bakhuvudet men att det handlar om att vara flexibel och anpassa sig efter den man har framför sig, vilket verkar sammanfatta psykologernas upplevelser kring kulturens betydelse. Det viktigaste vid arbete med flyktingar är alltså inte hur mycket psykologen känner till om patientens kultur utan snarare att psykologen är genuint nyfiken på individen.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

De resultat som framkommit i denna studie får i många fall stöd utifrån både tidigare forskning kring allians och forskning kring behandlingsarbete med flyktingar och flyktingbarn. Då allians uppfattas som ett villkor för behandling både i föreliggande studie och i tidigare forskning, är det inte förvånande att mycket av det som framkommit i denna studie även redogjorts för i forskning kring behandlingsarbete med flyktingbarn. Denna studie tillför dock ett nytt perspektiv genom att tydliggöra samband mellan olika inverkanse aspekter och allians med denna grupp, samt bidra med ny kunskap kring psykologers upplevelser av detta. Nedan ämnar vi mer ingående diskutera studiens resultat i relation till tidigare forskning och studiens syfte.

För att svara på vårt syfte kommer vi i diskussionen att dela upp alliansskapandets innebörder i en affektiv del och en samarbetande del. Detta i enlighet med nuvarande definitioner på allians (Martin m fl., 2000; Johansson, 2006). Inverkande aspekter kan exempelvis vara faktorer hos psykolog och barn som spelar roll för alliansen, aspekter ger dock ett mindre statistiskt intryck och beskriver bättre de teman som framkommit och som påverkar och påverkas av alliansen. För att kunna göra en analys av resultaten krävs en uppdelning. I verkligheten är det emellertid inte så enkelt som att aspekter och innebörder går att särskilja från varandra.

**Den affektiva delen av allians.** Psykologerna i denna studie upplever allians vara essentiell för att kunna bedriva behandling. Att allians är av central betydelse för behandlingsarbete har stort stöd i forskningen (Bordin, 1979; Baylis m fl., 2011; Horvath m fl., 2011; Martin m fl., 2000; Norcross & Wampold, 2011; Mirdal m fl., 2012; Keller m fl., 2010; Horvath & Bedi, 2002). Allians beskrivs också som en dynamisk process där det är en relation som byggs upp över tid och fördjupas, och som kan märkas i en implicit känsla. Det är alltså främst den affektiva delen av allians som åsyftas och hur ett känslomässigt band bildas mellan psykolog och barn. Detta överensstämmer med Krauses m fl. (2011) metastudie om terapeuters och patienters upplevelse av allians, där den affektiva komponenten sågs som central för god allians. Detta band upplevs dessutom i sig vara gynnsamt för barnet. I teorin beskrivs hur relationen (Mallinckrodt, 1996) och hur alliansen (Henry, Strupp, Schacht & Gaston, 1994, refererat i Martin m fl., 2000) mellan terapeut och patient kan vara terapeutisk i sig och hur en



god allians mellan terapeut och patient leder till att patienten upplever relationen dem emellan som terapeutisk även i avsaknad av andra behandlingsinterventioner (Martin m fl., 2000).

I denna studie framkommer flera aspekter relaterade till den affektiva delen av allians när det gäller arbete med flyktingbarn, däribland barnets tidigare relationer, den känslomässiga tyngden i ärendet, barnets behov av en trygg person samt nödvändigheten av psykologens hanterande av känslorna.

**Betydelsen av tidigare relationer.** Skapandet av allians och av ett affektivt och känslomässigt band kan påverkas av barnets tidigare relationer och av vilka relationella erfarenheter som barnet bär med sig. Detta visar både denna studie och tidigare teori (Zetzel, 1965, refererat i Safran & Muran, 2000; Johansson, 2006). Mycket av innehållet i intervjuerna cirkulerar kring flyktingbarnens tidigare negativa relationella erfarenheter och behovet av nya, fungerande relationer. Att erfarenheten av flykt medför smärtsamma separationer och påfrestningar på relationerna inom familjen, är något som även redogörs för i Henley och Robinsons (2011) litteraturöversikt. Berman (2001) menar därtill att separationer och förluster är en kännetecknande och fundamental problematik som följer av en flykt. När det gäller ensamkommande flyktingbarn, har Derluyn och Broekaert (2007) en hypotes att den relationella aspekten av flykten, framförallt separationen från föräldrar och anknytningspersoner, utgör en försvårande faktor för barnets hanterande av hela flyktprocessen. Det finns således stöd för, både utifrån föreliggande studie samt i forskningen, att flyktingbarn är en utsatt grupp utifrån ett relationellt perspektiv.

En del terapier kan gå ut på att patienten ska lära sig nya relationella färdigheter (Mallinckrodt, 1996). Denna studie beskriver dock snarare att syftet är att ge en ny relationell upplevelse utifrån alla separationer från bland annat vänner och familj som flyktingbarn fått genomlida. Detta får stöd av Mirdal m fl. (2012) som menar att den terapeutiska alliansen vid arbete med flyktingar bör betraktas som den essentiella faktorn på grund av de negativa relationella erfarenheterna som patienterna erhållit till följd av flykten. I föreliggande studie framkommer hur psykologerna betraktar relationen som ett verktyg med syfte att låta barnen vara barn samt ge hopp om att relationer kan vara goda och varaktiga.

**En känslomässig tyngd.** En annan aspekt som inverkar på den affektiva delen är den känslomässiga involvering hos psykologen som relationen kan leda till. Bandet och de känslor som väcks av detta ter sig ömsesidigt påverka varandra. Redan Freud (1912, i Safran & Muran,

2000) skrev om hur analytikerna kan komma att påverkas av patienten och av terapin. Vår studie visar att denna påverkan ter sig särskilt stark i psykologernas arbete med flyktingbarn på grund av den emotionella tyngd som denna grupp medför. Att en stor del flyktingbarn bär med sig traumatiska erfarenheter och en del även lider av posttraumatiskt stressyndrom (Henley & Robinson, 2011) medför en ökad risk för psykologer som arbetar med denna grupp att påverkas av barnets svåra upplevelser. Detta stöds av Dyregrov (2010) som menar att det i mötet med traumatiserade barn kan väckas svåra känslor hos behandlaren och är också något som får medhåll från psykologerna i denna studie. Herman (1992, refererat i Canfield, 2005) menar att det är oundvikligt att terapeuten ibland överväldigas av det känslomässiga innehållet när denne arbetar med traumatiserade patienter. Det kan även gå så långt som till att psykologen utvecklar sekundär traumatisering (Canfield, 2005).

Samtidigt som forskning visar att relationen och en god allians är viktigt för ett positivt utfall av behandlingen (Johansson, 2006; Mirdal m fl., 2012) så visar det också på farorna med att engagera sig för mycket i patientfallen (Canfield, 2005). Detta medför ett svårt dilemma och en svår balansgång för psykologen: samtidigt som psykologen, för att undvika sekundär traumatiseringsstress, inte kan gå in för mycket i processen, kan denne inte heller avskärma sig från det känslomässiga innehållet i patientens historia i och med att detta inte gynnar arbetet eller patienten. Det gäller alltså för psykologen att hitta en balans däremellan. Detta dilemma beskrevs redan 1960 av Winnicott (refererat i Eleftheriadou, 1999) som menade att terapeuten å ena sidan måste förbli sårbar i mötet med patienten men å andra sidan behålla sin professionalitet. Detta dilemma och denna komplexa roll tycks bli mer påtaglig i arbetet med flyktingbarn då det till stor del är detta som psykologerna i föreliggande studie brottades med.

***Barnets behov av en trygg person.*** Vidare visade resultaten i denna studie att psykologen får en annan roll gentemot barnet om det inte finns några primära anknytningspersoner med i bilden, där rollen närmar sig att ta över denna funktion. Redan tidigt i forskningen användes mor- och barnrelationen som metafor för den terapeutiska relationen (Zetzel, 1965, refererat i Safran & Muran, 2000; Winnicott, 1965, refererat i Safran & Muran, 2000; Klein, 1965, refererat i Safran & Muran, 2000). I föreliggande studie beskrivs denna funktion med relationen som en svår balansgång. Det innebär ett dilemma för psykologen då det är ett nödvändigt behov hos barnet att ha en emotionellt närvarande vuxen samtidigt som psykologens ramar för sitt arbete inte fullt ut tillåter att psykologen blir så viktig som barnet behöver. I studiens intervjuer framkom att det just

är barn utan primära anknytningspersoner, oftast ensamkommande flyktingbarn, som väcker starkast känslor hos psykologen. Att det saknas så många roller i barnets liv ter sig vara en anledning till att psykologen själv brottas med vad som är dennes roll. Även att denna grupp löper mycket större risk att utveckla psykisk ohälsa, upplever fler traumatiska händelser och har gått igenom fler separationer från nära personer än barn som flytt i familj (Derluyn & Broekaert, 2007) är en trolig anledning till detta. Denna studie visar att det är denna grupp som mestadels får psykologen att känna maktlöshet, hjälplöshet eller osäkerhet inför vad den kan åstadkomma och det framför allt är vid mötet med denna grupp som psykologen riskerar att engagera sig för mycket.

***Psykologens hantering av känslorna.*** För att undvika ett alltför stort engagemang är det viktigt att, som både Carr (2006) och psykologerna i studien poängterar, bära med sig en medvetenhet kring de känslor som väcks hos psykologen och försöka använda sig av denna medvetenhet för att föra arbetet framåt. Psykologerna i föreliggande studie försöker också att påminna sig själva om vad som är deras uppdrag samt se till att andra samhällseliga instanser tar sitt ansvar. Detta är i linje med Hermans (1992, refererat i Canfield, 2005) råd till psykologer att bry sig om sitt eget välmående lika mycket som patienternas samt att det är viktigt att sätta gränser för sig själv för att undvika att överväldigas.

***Den samarbetande delen av allians.*** Den samarbetande delen av allians benämns vanligen som konsensus kring terapins uppgift och mål mellan terapeut och patient (Norcross, 2006). Denna konsensus och samsyn har benämnts av psykologerna vara en förutsättning för allians men har däremot inte konsekvent uttryckts som en faktisk del i alliansen. Detta till skillnad från Bordins (1979) definition och den nuvarande synen på allians, där samma förväntningar på terapins uppgift och mål ses som en del av definitionen för allians snarare än som en förutsättning för allians. Den teoretiska definitionen ter sig skilja sig från den kliniskt upplevda. Detta resultat framkom även i Krause m fl. (2011) studie. Resultatet i denna studie visade att det med flyktingbarn ter sig nödvändigt att skapa samsyn samt att det kan finnas ett par aspekter att ta hänsyn till för att lyckas, relaterat till barnets erfarenhet av flykt och nuvarande juridisk status i det nya landet.

***Syn på primärt problem.*** I föreliggande studie framkommer att barnet, ungdomen eller familjen ofta upplever sitt primära problem vara risken att bli skickade tillbaka till det land som de flytt ifrån. Detta stämmer överens med både Souranders (1998) studie om flyktingfamiljer i

Finland och Lauritzen och Sivertsens (2012) studie om flyktingfamiljer i Norge. Det blir även detta som barnet, ungdomen eller familjen primärt uttrycker och förväntar sig att få hjälp med. Psykologen behöver förhålla sig till dessa förväntningar och skapa en samsyn för kontakten genom att förtydliga vad dennes roll innebär och vad denne kan erbjuda för hjälp. Att skapa en ömsesidig förståelse ter sig viktigt för att skapa samsyn.

**Kulturens påverkan.** Psykologerna tycks inte ha några svårigheter att förstå barnet och beskriver samtliga hur kulturella skillnader inte är något som inverkar på möjligheten att skapa allians. Det framkommer emellertid att barnet eller dess föräldrar på grund av kulturella skillnader kan ha svårt att förstå psykologen, eller snarare psykologens roll. Fördomar om psykiatri, en rädsla för att bli stigmatiserad samt att det på vissa språk inte finns ord för psykisk ohälsa ter sig vara möjliga hinder. Detta är dock något som psykologerna är medvetna om och aktivt arbetar med att hantera. Att försöka se bortom barnets kultur och snarare se individen i kulturen är i linje med Mirdals m fl. (2012) slutsats om att det är viktigare att få patienten att känna sig förstådd än att vara insatt i dennes kultur.

**Kontextens betydelse för alliansen och alliansens betydelse i kontexten.** Utifrån den teori vi funnit om faktorer som inverkar på allians har kontextuella faktorer inte getts speciellt mycket utrymme. Detta ges emellertid förhållandevis mycket i föreliggande studie, vilket kan tyda på att det psykologiska arbetet med flyktingbarn påverkas extra mycket av kontextuella faktorer. Några teoretiker berör dock kontextens inverkan på allians, Mallinckrodt (1996) menar att patientens upplevelse av stöd i kontexten påverkar alliansen. Även Baylis m fl. (2011) frågar sig hur stor positiv påverkan allians kan ha när det är omgivningen som till stor del orsakar eller vidmakthåller barnets problematik och om alliansen med barnet kan väga upp de negativa effekterna från omgivningen. Detta gäller generellt för barn utifrån att dessa alltid är beroende av andra (Baylis m fl., 2011).

I föreliggande studie framkommer att asylprocessen påverkar både ensamkommande ungdomar och familjer påtagligt negativt. I de fall där barnen har familj kvar i hemlandet och försöker få dem till sig, beskrivs även detta som en betydande faktor för det psykiska lidandet. Lidandet är således ofta primärt kopplat till asylsystemet och ligger till stor del bortanför barnets och psykologens möjlighet att påverka. Dessa resultat stöds av forskningen som visar att asylsökande löper ökad risk att utveckla psykisk ohälsa (Lauritzen & Sivertsen, 2012) samt att asylsökande ensamkommande minderårigas huvudsakliga oro handlar om släktingar i hemlandet

och den långa väntetiden i asylprocessen (Sourander, 1998). Denna studie tillför dock något nytt genom att belysa alliansens betydelse i relation till asylprocessen. Det framkommer inte i denna studie om allians kan väga upp för problemen i kontexten. Dock har ingen av psykologerna berättat att de nekat att ha kontakt med någon som befinner sig i asylprocessen utifrån att det inte finns någon funktion med det, tvärtom framkommer vikten av att ge stöd, hopp och en ny relationell erfarenhet. Det kontextuella i barnets problematik utesluter således inte att allians kan skapas eller vara en intervention, däremot brottas psykologen med hur denne ska hjälpa barnet och om det psykologen kan göra är tillräckligt. Ibland är psykologens enda verktyg att försöka skapa en trygg relation i en otrygg värld.

### **Metoddiskussion.**

**Reflektioner kring förförståelse.** Enligt bland andra Finlay (2009) är det viktigt att igenom hela forskningsprocessen vara medveten om ens förförståelse då den ofrånkomligen kommer att påverka processen. Vi har därför igenom både teori, resultat och analys försökt ha med oss både en medvetenhet och en självkritisk ansats där vi försökt skilja på vad som tillhör oss själva och vad som tillhör de intervjuade psykologerna. Både under intervjuerna och analysen, kunde vi känna ett varierande känslomässigt engagemang då olika delar av psykologernas berättelser berörde oss olika mycket. Även vår psykologiska kunskap kan ha bidragit till att exempelvis teman som “Nya relationella erfarenheter” och “Psykologen delar barnets svåra känslor” har uppmärksamats och formats. Vårt engagemang och förförståelse ser vi som en förutsättning för att genomföra en innehållsrik och djup intervju, men däremot kan det medföra en risk att tappa fokus från studiens syfte och istället gå efter vad vi själva engageras av. För att undvika detta har vi försökt reglera vårt känslomässiga engagemang och påminna oss om syftet för studien. Vi har under intervjuerna fokuserat på att komma åt psykologernas egna upplevelser och i analysen och resultatet har det varit detta vi har försökt återge. Att vår förförståelse har påverkat utformningen av intervjuguiden, vad vi uppmärksammat och valt att följa upp under intervjuerna och hur vi framställt resultatet innebär att det finns andra möjliga tolkningar än vår egen.

**Urval och rekrytering.** Trots att vi tillämpat ett tillgänglighetsurval har vi eftersträvat ett heterogent urval för att finna essentiella kännetecken för fenomenet, oberoende av arbetssätt och erfarenhet. Detta anser vi att vi har lyckats med då de sex medverkande psykologerna alla skiljer

sig åt vad gäller detta. Däremot tillhör tre av psykologerna samma mottagning vilket kan ha påverkat resultatet. Varje arbetsplats har sin mentalitet och ofta bidrar detta till att forma de anställdas egen mentalitet och synsätt. Det kan alltså tänkas att det synsätt som eventuellt finns på mottagningen, har blivit överrepresenterat i vår studie. Det kan också ha varit så att dessa deltagare samtalat med varandra kring studien innan intervjuerna, vilket kan ha gjort att de påverkats av varandras upplevelser. Emellertid är detta inget vi kunnat märka av i studien då varje intervju blivit olik den andra och då varje psykolog framfört olika saker.

Vi eftersträvade sex intervjupersoner och det kan hända att resultatet hade blivit annorlunda om vi hade kontaktat fler. Dock menar Smith m fl. (2009) att det är mer problematiskt att genomföra en IPA på för många intervjuer än för få. Dessutom rekommenderas nybörjare som inte har arbetat med IPA tidigare att genomföra 3-6 intervjuer för bästa resultat då alldeles för många deltagare kan hindra att analysen får tillräckligt djup (Smith m fl., 2009).

**Datainsamling.** Intervjumetodiken har lett till att intervjuerna blivit delvis olika, dels utifrån att vi uppsatsskribenter haft något olika intervjustil, dels utifrån att vår förförståelse utvecklades successivt under intervjuprocessen och att vi troligtvis intervjuat något annorlunda sista intervjun till skillnad från första. Detta kan betraktas både som en styrka och en svaghet. Vi kan ha blivit färgade av vad den första personen berättat om och omedvetet styrt in på detta med efterföljande intervjupersoner. Samtidigt kan det också betraktas som att vi lärt oss hitta det centrala och blivit mer sensitiva för vad som är meningsbärande i relation till fenomenet i intervjupersonernas berättelser.

Intervjuerna har även haft lite olika tidslängder utifrån praktiska möjligheter. Detta har till viss del påverkat hur representerade intervjupersonerna är i studien. Exempelvis finns det fler citat från den intervjun som varade i närmre två timmar och således var längst. Denne intervjupersons uttalande har dock ej lyfts fram om det inte funnits liknande mening i andra intervjuer.

**Analys.** I en IPA studie finns det ingen tydlig gräns för hur mycket tolkande forskaren får ägna sig åt (Smith m fl., 2009). Som nya forskare inom detta område har vi varit försiktiga med hur vida tolkningar vi kan göra, och har använt oss av många citat i texten för att belägga vår analys. Detta kan ha medfört att kreativitet och nya tankar fått stryka på foten till förmån för tydlighet. Samtidigt är det en styrka att resultaten i vår studie är väl underbyggda av psykologernas berättelser. Ett mått på kvalitet i en kvalitativ studie är vidare enligt Yin (1989,

refererat i Smith m fl, 2009) att en utomstående ska kunna följa analysprocessen från initial dokumentation till slutgiltig produkt. Intervjuguiden, tabell över teman och citat från intervjuerna är exempel på hur det i föreliggande uppsats blir möjligt för läsaren att bedöma validiteten i resultaten.

**Studiens avgränsningar.** Att vi inte har gjort skillnad på ensamkommande flyktingbarn och barn som flytt i familj under intervjuerna, utan benämnt alla som flyktingbarn då vi varit intresserade av erfarenheten flykt snarare än av en specifik grupp, kan ha gjort att det inte alltid varit tydligt vilka associationer psykologerna själva har fått. Det kan till exempel tänkas vara så att psykologerna främst associerat till ensamkommande flyktingbarn. Vi har emellertid under intervjuerna varit noggranna med att även fråga om barn i familj och föra bort fokus från att enbart gälla en specifik grupp.

### **Förslag på framtida forskning och interventioner.**

Den här studien har fokuserat på psykologers upplevelser av alliansskapande med flyktingbarn. Då forskningen kring allians med barn som varit med om flykt i princip är obefintlig, behövs det fler studier av både kvalitativ och kvantitativ karaktär kring detta. Forskning behövs för att undersöka vilka faktorer som inverkar på allians med flyktingbarn och vad psykologen behöver ta hänsyn till vid arbetet med denna patientgrupp. Vidare skulle det även vara intressant att undersöka flyktingbarnens perspektiv: vad upplever barnen ha varit hjälpsamt med behandlingen och med den terapeutiska relationen? Dessutom behövs forskning kring vad dessa barn behöver sett till det psykiska måendet när de befinner sig i asylprocessen och vad som upplevs gynnsamt och verksamt för barnen i en sådan otrygg situation.

Att närmre specificera undersökningsgrupp till exempelvis asylsökande ensamkommande ungdomar skulle ge en djupare förståelse för denna grupp, som i föreliggande studie visat sig vara extra utsatt och i behov av specifika interventioner.

Utifrån intervjuerna verkar dessutom ett gott samarbete mellan exempelvis boende, socialtjänst, god man och vården inte alltid vara något som fungerar smärtfritt för ensamkommande ungdomar, och resultaten visar på behovet av att utveckla detta för att underlätta psykologiskt arbete med denna grupp.

## Referenser

- Baylis, P. J., Collins, D. & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A qualitative study of a child centred therapeutic alliance. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(2), 79-95. doi:10.1007/s10560-011-0224-2
- Berman, H. (2001). Children and war: Current understandings and future directions. *Public Health Nursing*, 18(4), 243–252.
- Bhugra, D. (2012). Refugee and asylum seeker children. *The Arab Journal of Psychiatry*, 23(1), 1-2.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bronstein, I. & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 14(1), 44-56.  
doi:10.1007/s10567-010-0081-0
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: a review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies In Social Work (Haworth)*, 75(2), 81-101. doi:10.1300/J497v75n02\_06
- Campbell, A. & Simmonds, J. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. Hove: Routledge.
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Derluyn, I. & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12(2), 141-162. doi:10.1080/13557850601002296
- Dyregrov, A. (2010). *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur.
- Eleftheriadou, Z. (1999). Psychotherapeutic work with refugees: Understanding the therapist's countertransference. *Psychodynamic Counselling*, 5(2), 219-230.  
doi:10.1080/13533339908402536
- Ehnholt, K. A. & Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee



- children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197–12.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan – konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods, *Phenomenology & Practice*. volume 3, 6-25.
- Hammond, C. (2010). Review of 'Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, and research'. *British Journal of Psychology*, 101(2), 378-380.
- Henley, J. & Robinson, J. (2011). Mental health issues among refugee children and adolescents. *Clinical Psychologist*, 15(2), 51-62. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00024.x
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: the best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15, 9-23. doi:10.1080/10503300512331327001
- Heptinstall, E., Sethna, V. & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(6), 373-380. doi:10.1007/s00787-004-0422-y
- Hjern, A. & Jeppsson, O. (2005). Mental health care for refugee children in exile. I D. Ingleby (Red.), *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons* (ss.115-28). New York: Springer.
- Hodes, M. (2000). Psychological distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 5(2), 57-68. doi:10.1017/S136064170000215X
- 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. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. I J.C. Norcross (Red.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (ss. 37-69). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Johansson, H. (2006). *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi och Universitetssjukhuset i Lund, Psykiatriska kliniken.
- Keller, S. M., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78(6), 974-979. doi:10.1037/a0020758
- Krause, M., Altimir, C. & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica Y Salud*, 22(3), 267-283. doi:10.5093/cl2011v22n3a7
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Lauritzen, C. & Sivertsen, H. (2012). Children and families seeking asylum in northern Norway: Living conditions and mental health. *International Migration*, 50(6), 195-210.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W., Geltman, P., Ellis, B. H., Kinzie, m fl. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24-36.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal Of Counseling Psychology*, 43(4), 448-455. doi:10.1037/0022-0167.43.4.448
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Migrationsverket. (2011). *Ordförklaringar*. Hämtat 28 april 2013 från

- Migrationsverket: <http://www.migrationsverket.se/info/60.html>
- Migrationsverket. (2013a). *Inkomna ansökningar om asyl, helåret 2012*. Hämtat 28 april 2013 från Migrationsverket:  
<http://www.migrationsverket.se/download/18.43648b4513b902d42692f62/Inkomna+ans%C3%B6kningar+om+asyl+2012+-+Applications+for+asylum+received+2012.pdf>
- Migrationsverket. (2013b). *Aktuellt om ensamkommande barn och ungdomar*. Hämtat 12 maj 2012 från Migrationsverket:  
<http://www.migrationsverket.se/download/18.13e94e3313da80a3b62c47/Aktuellt+om+april+2013.pdf>
- Migrationsverket. (2013c). *Asylregler*. Hämtat 28 april 2013 från Migrationsverket:  
<http://www.migrationsverket.se/info/443.html>
- Mirdal, G., Ryding, E. & Sondej, M. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology And Psychotherapy-Theory Research And Practice*, 85(4), 436-455.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. I J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (ss. 208-217). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi:10.1037/a0022161
- Oetzel, K. & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225. doi:10.1037/0033-3204.40.3.215
- Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber AB.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sharf, J., Primavera, L. H. & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. doi:10.1037/a0021175
- Shirk, S. R., Karver, M. S. & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi:10.1037/a0022181

- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: SAGE Publications.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 719-727
- Sourander, A. (2003). Refugee families during asylum seeking. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 57(3), 203.
- Zack, S., Castonguay, L. & Boswell, J. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review Of Psychiatry*, 15(6), 278-288.  
doi:10.1080/10673220701803867
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Glasgow: Bell and Bain Ltd.

Bilaga 1.

## **Intervjuguide 20/2 – 12**

Tack för att du ställer upp på den här intervjun!

### **Ramar:**

Tid – 1-2h

Intervjun kommer att användas till mitt examensarbete på psykologprogrammet. Intervjun spelas in. Nu startar jag inspelningen. I arbetet kommer du vara helt anonym och aidentifierad.

Den här intervjun kommer att fokusera på dina erfarenheter av alliansskapande i behandlingsarbete med flyktingbarn. Jag vill först kort fråga dig om några bakgrundsfakta:

### **Bakgrundsinformation**

Hur ser din erfarenhet av att arbeta med gruppen flyktingbarn ut?

Vad söker dessa barn hjälp för?

### **Kännetecknande för flyktingbarn - generellt**

Hur skiljer sig alliansskapandet med denna grupp åt jämfört med andra barn?

Vad tänker du på när du möter barnet för första gången?

Upplever du några särskilda utmaningar när det gäller att skapa allians med flyktingbarn?

Hur hanterar du de här utmaningarna?

Hur tänker du kring språk, kultur, den juridiska processen?

### **Fall**

*Kan du berätta lite om ett fall där du upplevde att ni hade bra allians?*

Hur märkte du att ni hade en bra allians? När började du märka det?

Vad hände i dig? Vilka tankar, känslor, reaktioner väcktes hos dig?

Vad tror du är anledningen till att det var en bra allians?

Var alliansen lika stark hela tiden eller upplevde du att det fanns skiftningar? Vad tror du att det berodde på? Hur märkte du det?

Hade du kontakt med barnets föräldrar och skola? Hur upplevde du dessa kontakter? Hade det någon betydelse för alliansen med barnet?

Vad lärde du dig av det som du tog med till nästa fall?

Är detta fall typiskt för bra alliansskapande eller vill du lägga till något?

*Kan du berätta lite om ett fall där du upplevde att ni inte hade bra allians?*

Hur märkte du att ni inte hade en bra allians? När började du märka det?

Vad hände i dig? Vilka tankar, känslor, reaktioner väcktes hos dig?

Vad tror du är anledningen till att det var en bristande allians?

Vände det? Vad var det som gjorde att det vände? Hur kände du att det började vända?

Var alliansen likadan hela tiden eller upplevde du att det var skiftningar? Vad tror du det berodde på? Hur märkte du det?

Hade du kontakt med barnets föräldrar och skola? Hur upplevde du dessa kontakter? Hade det någon betydelse för alliansen med barnet?

Vad lärde du dig av det som du tog med till nästa fall?

Är det så här det brukar se ut när man inte har bra allians?

### **I slutet av intervjun:**

Sammanfatta – har jag uppfattat det rätt?

Är det något du vill tillägga, som du tycker att vi har missat?

Är du intresserad av att ta del av det färdiga arbetet?

Kommer du på några frågor är det bara att höra av dig!