



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Flyktingbarn och – ungdomar i Sverige

Förekomst av trauma, dissociativa symtom och posttraumatisk stress i relation till
rapporterad anknytning och upplevt socialt stöd

Lovisa Ingberg Sundsgård & Linus Landén

Examensuppsats, 2015

Handledare: Etzel Cardeña & Sabina Gušić

Sammanfattning

Flyktingbarn och -ungdomar är en grupp som löper stor risk för psykisk ohälsa, i och med de potentiellt traumatiserande upplevelser som krig och flykt ofta innebär. Föreliggande studie syftade till att undersöka förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser, dissociativa symtom och posttraumatisk stress hos flyktingbarn och -ungdomar ($n = 32$) i en svensk kontext, samt hur rapporterat anknytningsmönster och upplevt socialt stöd relaterade till denna förekomst. Utöver detta undersöktes eventuella könsskillnader, samt hur rapporterad fattigdom under uppväxten och socioekonomisk status (SES) relaterade till trauma, dissociativa symtom och posttraumatisk stress. Data samlades in på skolor i en större svensk stad. Resultatet visade på att alla deltagare hade upplevt minst ett krigs- och flyktrelaterat trauma, samt tre eller fler interpersonella sådana. En fjärdedel av deltagarna skattade i nivå med indikerad patologisk dissociation, och 40,6% i nivå med indikerad PTSD-diagnos. Studien visade också på ett starkt samband mellan potentiell traumatiserande upplevelser och dissociativa symtom, samt på att trygg anknytning fungerar som en skyddande faktor i sambandet mellan krigs- och flykttrauma och dissociativa symtom. Fattigdom och SES korrelerade båda med trauma.

Nyckelord: Flyktingbarn, trauma, dissociativa symtom, posttraumatisk stress, anknytning, socialt stöd, könsskillnader, fattigdom, socioekonomisk status

Abstract

Refugee children and adolescents are a vulnerable group regarding mental illness, due to potentially traumatizing experiences caused by war or forced migration. This study examined prevalence for potentially traumatizing experiences, dissociative symptoms and posttraumatic stress in a sample of refugee children and adolescents ($n = 32$) in a Swedish context, and furthermore how reported attachment and perceived social support related to this prevalence. The relation to reported poverty during childhood and socioeconomic status (SES) were also examined, as well as gender differences. Data was collected at schools in a bigger Swedish city. Results showed that all participants had experienced at least one war- or migration related potentially traumatizing experience, and three or more interpersonal potentially traumatizing experiences. A fourth of the participants scored above the cut off for indicated pathological dissociation, and 40,6% scored over the cut off for indicated PTSD. The study found a strong relation between potentially traumatizing experiences and dissociative symptoms, and secure attachment was found to be a protective factor of the relation between war- and migration related trauma. Poverty and SES both correlated with dissociative symptoms.

Keywords: Refugee children, trauma, dissociative symptoms, posttraumatic stress, attachment, social support, gender differences, poverty, socioeconomic status

Innehållsförteckning

Inledning	1
Teori	2
Att leva som flykting	2
Barn och unga på flykt.....	3
Trauma	3
Traumatisering av barn och unga i samband med krig och flykt.....	5
Effekter av trauma hos barn och unga	5
Dissociation.....	5
Dissociation och trauma.....	6
Posttraumatisk stress.....	7
PTSD och dissociativa symtom	8
Könsskillnader gällande traumarelaterade symtom.....	9
Fattigdom och socioekonomisk status	9
Anknytning	10
Anknytning och dissociation.....	11
Socialt stöd.....	12
Kulturella aspekter	13
Teoretisk sammanfattning	14
Syfte.....	15
Frågeställningar	15
Metod	16
Deltagare och urval.....	16
Instrument	16
Traumaformulär	17
A-DES	17
CRIES-13	18
ASQ-40	18
MSPSS	19
Procedur	20
Etik.....	20

Dataanalys.....	21
Resultat	22
Förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser	23
Förekomst av symtom på posttraumatisk stress	25
Förekomst av dissociativa symtom.....	25
Rapporterat anknytningsmönster	26
Rapporterat upplevt socialt stöd	26
Samband mellan trauma, posttraumatisk stress, dissociativa symtom, rapporterat anknytningsmönster, upplevt socialt stöd, fattigdom, socioekonomisk status samt kön.....	27
Samband till dissociativa symtom.....	29
Samband till posttraumatisk stress	29
Samband till trauma	29
Regressionsanalys	30
Modererande faktorer	31
Diskussion	34
Resultatdiskussion	34
Förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser, dissociativa symtom och posttraumatisk stress	34
Samband mellan potentiellt traumatiska upplevelser, dissociativa symtom och posttraumatisk stress	36
Samband mellan fattigdom under uppväxten respektive socioekonomisk status och potentiellt traumatiserande upplevelser	36
Relation mellan rapporterat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd, och dissociativa symtom samt symtom på posttraumatisk stress	36
Modererande effekter	37
Metoddiskussion	37
Deltagare och urval	38
Språkförståelse	39
Etik	40
Instrument	40
Implikationer för skola och vård.....	41
Framtida forskning.....	42
Avslutande reflektion.....	43
Referenser	44

Denna studie har sin utgångspunkt i den forskning som finns kring flyktingars ökade risk för psykisk ohälsa. Traumatiska upplevelser före och under flykten, samt de påfrestningar det innebär att komma till ett nytt land har samband med ett flertal typer av psykiatrisk problematik, såsom depressiva symtom, ångest och posttraumatisk stress (Cardeña & Larsson, 2009).

Barn och ungdomar kan framhållas som en extra känslig grupp gällande den typ av uppslitande och i många fall traumatiserande upplevelse som krig och flykt innebär, då barnets kognitiva och emotionella resurser fortfarande är under utveckling (Shaw, 2003). Trots att forskningen gällande barns och ungas påverkan av traumatiska händelser i samband med krig är relativt omfattande finns emellertid områden där kunskap fortfarande saknas, däribland förekomsten av dissociativa symtom samt hur modererande och medierande faktorer påverkar detta fenomen.

Inom forskningen finns sedan tidigare ett starkt vetenskapligt belägg för sambandet mellan trauma och dissociativa reaktioner (Cardeña & Larsson, 2009) och man har även funnit samvariationer av dissociativa symtom och posttraumatisk stress (Carlson, Dalenberg, & McDade-Montez, 2012). Det finns även teoretiskt och empiriskt stöd för att anknytning och socialt stöd kan påverka sambandet mellan trauma och eventuella psykologiska effekter (Liotti, 2006; Vernberg, La Greca, Silverman, & Prinstein, 1996; Wieland, 2011).

Hur förekomsten av traumarelaterad problematik såsom posttraumatisk stress och dissociativa symtom ser ut hos barn och unga flyktingar är däremot inte klarlagt i en svenskt kontext. En anledning att undersöka detta är att dissociativa symtom har ansetts generellt underdiagnostiserade inom vården hos gruppen barn och unga, då dess tillstånd och symtombild kan misstas för annan psykiatrisk problematik såsom ADHD, psykossjukdom, eller bipolaritet (Diseth, 2005).

Att vidare undersöka symtombilden hos gruppen flyktingungdomar har således ett kliniskt värde. Med syfte att bättre förstå denna grupp och tillföra kunskap kring trauma och dissociation, är därför fokus för denna studie att undersöka förekomsten av posttraumatisk stress och dissociativa symtom hos gruppen flyktingungdomar med erfarenhet av krigstrauma, samt hur anknytningsmönster och socialt stöd eventuellt påverkar denna förekomst.

Teori

Att leva som flykting

Enligt artikel 1 i FN:s flyktingkonvention (u.å.) definieras en flykting på följande sätt:

En person som flytt sitt land med anledning av en välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller politisk uppfattning, som befinner sig utanför det land, vari han är medborgare och som på grund av tidigare nämnd fruktan inte kan eller vill återvända till det landet.

Just nu befinner sig närmare 50 miljoner människor i världen på flykt undan krig och konflikt, våld och övergrepp eller terror (Röda Korset, 2015). Orsaken till varför människor bryter upp och flyr sina hem och många gånger sina länder är mångbottnad. Vanliga anledningar kan vara förföljelse, allvarliga kränkningar och hopp om förbättrade möjligheter och livsvillkor. Enligt Röda Korset (2012) sker de mest allvarliga och omfattande kränkningarna främst i samband med krig och väpnade konflikter. Dessa kränkningar kan bland annat innebära att utsättas för tortyr och/eller sexuella övergrepp. Ytterligare orsaker till varför människor bestämmer sig för att fly kan bero på att den egna staten inte respekterar de mänskliga rättigheterna på ett sätt som gör det otryggt för individen att leva kvar. Personer som stannar kvar riskerar att diskrimineras, trakasseras och/eller få sina åsikts- och yttrandefriheter inskränkta på grund av etnisk tillhörighet, sexuell läggning, hudfärg, kön, funktionsnedsättning, språk, religion, politisk uppfattning eller samhällsklass (Röda korset, 2012).

Många människor som flyr etablerar sig väl i sitt nya samhälle, men att fly till ett nytt land kan innebära stora svårigheter och påfrestningar. De som flyr riskerar bland annat att tappa kontakten med sina anhöriga, att utsättas för diskriminering, människohandel eller tvångsarbete, samt att under flykten (och i vissa fall även i det nya landet) inte ha tillgång till organiserad hälsovård och ett socialt skyddsnät (Röda Korset, 2012). I en studie av Johnsson (2015) undersöktes immigranternas integrering och anpassning i det nya hemlandet. De främsta orsakerna till svårigheter att anpassa sig till det nya hemlandet utgjordes av upplevelsen av ha blivit utsatt för diskriminering, främlingsfientlighet och rasism under resan till- och i det nya hemlandet. Dessa stressorer hade också större effekt om man tidigare hade blivit utsatt för stressorer.

Enligt Malesevic och Wallin (2013) innebär flykten stora påfrestningar för den psykiska hälsan. De beskriver, utifrån berättelser från människor som flytt, hur både psykiskt och fysiskt lidande tar sig starka uttryck hos individen. Berättelserna vittnar om psykosomatiska besvär, upplevelser av rädsla, avsaknad av trygghet, dissociativa upplevelser, samt sömnlöshet och koncentrationssvårigheter. Inte sällan uttrycktes svårigheter med att förhålla sig till ovissheten kring att någonsin träffa familj och vänner igen. Ytterligare återkommande teman i dessa berättelser var sorg, hopplöshet, främlingskap och förvirring (Malesevic & Wallin, 2013). Nämnade forskning går i linje med vad som skrivs i FoU:s rapport 2008:3 (Malmö högskola, 2008) gällande livet på flykt. Här framhålls att flykten i många fall innebär negativa konsekvenser för hälsan, i och med ovissheten kring när en stabil livssituation kan möjliggöras igen.

Barn och unga på flykt

Orsaken till varför barn och unga tvingas på flykt är ofta liknande den för vuxna flyktingar. Ofta är det en sammanvägning mellan strukturella och individuella faktorer som förklarar varför ett specifikt barn har hamnat i en flyktsituation (Eide, 2005). I vissa fall sker flykten på grund av att barnets livssituation kan komma att innebära ett påtvingat liv som till exempel barnsoldat eller hemlös, eller att barnet tvingas till sexuellt utnyttjande eller tvångsgifte (O'Connell Davidsson & Farrow, 2007). Enligt Stretmo och Melander (2013) har en majoritet av de barn som flytt varit med om ett flertal potentiellt traumatiserande upplevelser både innan och under flykten.

Att som ensamkommande flyktingbarn anlända till ett nytt land innebär både en ökad risk och utsatthet för psykisk ohälsa. Derluyn och Broekhart (2007) fann att ensamkommande flyktingbarn drabbades hårdare efter potentiellt traumatiserande händelser på grund av att tryggheten från en förälder att förlita sig på inte fanns tillgänglig. Enligt Stretmo och Melander (2013) tar psykisk ohälsa, till följd av flykt, hos flyktingbarn och -ungdomar ofta sig uttryck i form av sömnsvårigheter, upprepade mardrömmar, social fobi, utagerande och aggressivt beteende, samt koncentrationssvårigheter.

Maren Bak (2013) framhåller att forskning kring flykt utifrån ett barnperspektiv är ett relativt nytt fenomen, och någonting som blir viktigt att utforska i framtida studier.

Trauma

Trauma som psykologiskt fenomen kan sägas utgöra en central del i förståelsen av unga flyktingars situation och psykologiska hälsa. Potentiellt traumatiska upplevelser kan

utgöras av händelser innan flykten såväl som i det nya landet, och kan ge upphov till ett flertal olika typer av psykologiska svårigheter (Cardeña & Larsson, 2009).

Ordet trauma betyder sår eller skada (Wennerberg, 2010), och i DSM-5 (2013) beskrivs fenomenet utifrån att individen exponeras för faktisk död eller dödshot, allvarlig skada eller sexuellt våld. Individen ska ha upplevt detta på något av följande sätt: genom direkt upplevelse av den traumatiska händelsen, genom att bevittna det hända andra, genom att höra om att detta har hänt någon familjemedlem eller nära vän (i fall av död eller dödshot, krävs det att händelsen är våldsamt eller en olyckshändelse) eller att uppleva upprepade eller extrema, aversiva detaljer av traumatiska händelser gällande andra (exempelvis att behöva hantera mänskliga kvarlevor).

I litteraturen ges en något bredare definition av begreppet. Cardeña och Larsson (2009) beskriver trauma som en händelse orsakad av människan eller utommänskliga faktorer, vilken "reducerar individen till ett objekt och som utmanar djupt hållna föreställningar om säkerhet, rättvisa, förmåga att kontrollera händelser och förutsägbarhet" (s. 62). Cullberg (2006) framhåller i likhet med detta att traumat består i att individen, till följd av påfrestning, upplever ett hot mot en rad faktorer såsom fysisk existens, social identitet, trygghet och möjlighet till tillfredsställelse i tillvaron. Traumat som sådant kan alltså handla om en direkt livshotande upplevelse, men även om ett hot mot individens grundläggande föreställningar om hur den yttre och inre verkligheten fungerar. Horowitz (1986, refererat i Wennerberg, 2010) kan sägas fokusera på den senare nämnda aspekten i sin definition av trauma. Trauma beskrivs enligt Horowitz som skräckinjagande händelser som individen är oförmögen att införliva i sina "inre scheman" av sig själv och omvärlden, och som således får dessa scheman att brytas sönder.

Som Cardeña och Larssons (2009) definition antyder, kan traumatiska händelser vara av olika karaktär. Allen (2001, refererad i Wennerberg 2010) delar in potentiellt traumatiska händelser i tre kategorier: personliga trauman, interpersonella trauman, samt anknytningstrauman. Till den första kategorin kan räknas händelser såsom naturkatastrofer och olyckor, medan den andra kategorin beskriver händelser som orsakas av människor (exempelvis våld eller övergrepp). Anknytningstrauman är en mer specifik typ av interpersonellt trauma som inträffar i anknytningsrelationer, och beskriver ett spektrum av hot som utöver våld och andra övergrepp även innefattar kränkningar mot den psykiska integriteten (Allen, 2001, refererad i Wennerberg, 2010).

Som med de flesta psykiskt påfrestande tillstånd finns en naturlig återhämtningseffekt gällande traumatiska upplevelsers påverkan på individen. Då man har undersökt förekomst i

den generella befolkningen har det visat sig att majoriteten någon gång har upplevt en händelse som är potentiellt traumatisk. Det är således endast i vissa fall som de traumatiska reaktionerna inte avklingar med tiden, utan istället utvecklas vidare till allvarlig psykologisk problematik (Ascher, 2009). Generellt har denna typ av händelser visat sig ha en större negativ påverkan på individen om de orsakas av människor, samt om de är mer varaktiga och svåra (Cardeña & Larsson, 2009).

Bustos (1995) framhåller flyktingar som en grupp som skiljer sig från andra traumaoffer. Detta då traumatiseringen i många fall är av interpersonell karaktär och innebär förföljelse med politiska eller historiska motiv. Vidare kan flykten från ett land till ett annat i sig innebära en potentiell traumatisering, då flyktingar ofta tvingas färdas under osäkra former (Asher, 2009). Bustos (1995) menar också att asylprocessen, då man väl är framme i det nya landet, påverkar flyktingars mående eftersom den kräver att flyktingen redogör för och "bevisar" sina svåra upplevelser för att beviljas asyl eller uppehållstillstånd. Processen där individens berättelse granskas och utvärderas kan i denna mening sägas vara objektifierande, vilket enligt Bustos kan försvåra en adekvat bearbetning av de egna upplevelserna.

Traumatisering av barn och unga i samband med krig och flykt. Shaw (2003) menar att barns psykologiska reaktioner på trauma är jämförbara med vuxnas, men med skillnaden att barn befinner sig i en kognitiv, emotionell och social utvecklingsprocess, och i de flesta fall utgör en del av ett familjesystem. Utvecklingen hos barnet handlar bl.a. om att lära sig hantera teman som separation-individuation och att bilda sig en uppfattning om det egna självet och andra, samt att lära sig copingmekanismer vid svåra eller stressande situationer. Att exponeras för krig som barn kan enligt Shaw (2003) således påverka bl.a. utvecklandet av en konsoliderad personlighetsstruktur och identitet, internaliserad moral, affektreglering, samt ge långvariga neurobiologiska effekter.

Effekter av trauma hos barn och unga

Dissociation. Enligt American Psychiatric Association (2000) beskrivs kärnan i dissociativa symtom som en störning i de vanligtvis integrerade funktionerna för medvetande, minne, identitet eller perception av omgivningen. Cardeña och Carlson (2011) beskriver dissociation som en upplevd förlust av information eller kontroll över mentala processer som under normala omständigheter finns tillgängliga för medvetandet och självuppfattningen, och som vidare måste betraktas i relation till personens ålder och kognitiva förmåga. Vidare menar Cardeña och Carlson (2011) att dissociation handlar om ett förändrat medvetandetillstånd som ofta karaktäriseras av en känsla av främlingskap inför sig

själv och andra. Putnam (1993) skriver att dissociativa symtom handlar om en psykofysiologisk process som förändrar tankar, känslor och handlingar, vilket får som konsekvens att viss typ av information under en period inte integreras med tidigare eller annan information på det sätt som vanligen sker.

Ottosson (2009) beskriver dissociationer som ett förändrat eller upphävt självmedvetande, och menar att dissociation ofta hänger samman med psykiska trauman eller svårlösta konflikter samt ingår ofta i akuta stressreaktioner. Symtomen, anser Ottosson (2009), uttrycks i symbolisk form och innebär en kortsiktig lösning för de underliggande problem som omedvetandegjorts genom bortträngning och förnekande.

Dissociativa symtom är mångskiftande och de kan till exempel ta sig uttryck genom nedsatt medvetenhet om omgivningen. Även upplevelser av att känna sig bortkopplad från de egna tankarna, den egna kroppen eller omgivningen, som om en vore en utomstående betraktare av sig själv kan förekomma. Dissociativa symtom kan vidare klassificeras som antingen positiva eller negativa. Positiva symtom innebär inträngningsfenomen som till exempel ofrivilliga återupplevanden av smärtsamma minnen och oönskade intrång i medvetande och/eller beteenden. Negativa symtom handlar om förlust eller hämning av olika funktioner och förmågor. De karakteriseras till exempel av en oförmåga att få tillgång till mental information eller att kontrollera mentala funktioner och beteenden. Dessa manifesteras till exempel i form av luckor i medvetande eller minne (DSM-IV-TR, 2000; Ottosson, 2009).

Dissociation och trauma. Den traumatiska upplevelsen är central i förståelsen för utvecklingen av dissociativa symtom (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006), och det finns god evidens som pekar i riktningen att trauma är en nyckelkomponent i utvecklandet av denna typ av symtom (De Wachter, Lange, Vanderlinden, Pouw, & Strubbe, 2006; Nixon, Bryant, Moulds, Felmingham, & Mastrodomenico, 2005).

En traumatisk upplevelse leder enligt traumamodellen till dissociation via en rad olika biopsykosociala medierande och modererande faktorer. Dessa består bland annat av utvecklingsnivå, barndomsmiljö och/eller posttraumatiskt socialt stöd (Dalenberg, Brand, Gleaves, Dorahy, Loewenstein, Cardeña, Frewen, Carlson, & Spiegel, 2012). Enligt modellen förekommer en relation mellan trauma och dissociation inom både kliniska såväl som icke-kliniska grupper, och varierar i styrka beroende på specifika egenskaper i traumat (Allen, Fultz, Huntoon, & Brethour, 2002; Carlson, Dalenberg, Armstrong, Daniels, Loewenstein, & Roth, 2001). Det föreligger ett positivt samband mellan dissociation och trauma, och förekomsten av dissociativa symtom ökar efter ett upplevt trauma (Dalenberg et al., 2012).

Etiologin till dissociation är mångbottnad, och förmodligen är det en kombination av genetik, neurologi, psykologi och miljö som tillsammans med upplevt trauma ligger bakom dissociativa symtom (Diseth, 2005). Barns och ungdomars upplevelser av traumatiska erfarenheter bör alltid betraktas i ljuset av utveckling. Vilka erfarenheter som upplevs som traumatiska kan således också variera beroende på ålder och kognitiv utveckling (Cicchetti & Cohen, 1995; Putnam, 1997). Realmuto, Masten, Flies, Hubbard, Grote-luschen och Chun (1992) tänker sig att barn och ungdomar i yngre åldrar inte fullt ut kan förstå omfattningen av krigsrelaterade erfarenheter och därför skyddas från effekterna av trauma i högre utsträckning än äldre barn. Bean, Eurelings Bontekoe och Spinhoven, (2006) fann att stigande ålder bland barn och ungdomar relaterade positivt till ökade traumatiska erfarenheter vilket innebär att äldre barn och ungdomar skulle ha varit med om fler traumatiska erfarenheter.

Posttraumatisk stress. Posttraumatisk stress kan beskrivas som en ihållande reaktion efter en traumatisk händelse, vilken orsakar individen ett kliniskt signifikant lidande och försämrad funktion (APA, 2013). Inom en månad efter traumatiseringen kan individen befinna sig i ett så kallat akut stresstillstånd (ASD), men om detta inte klingar av anser man att tillståndet har övergått i PTSD, posttraumatisk stresstörning. Symtombilden utmärks av olika typer av återupplevande av den traumatiska händelsen, undvikande av påminnande stimuli, nedsatt själslig och mental vitalitet, samt en förhöjd anspänning (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013). En ökad medvetenhet finns idag om att även nedsatt anspänning kan förekomma, vilket tros bero på dissociativ nedstängning (Lanius, Vermeten, & Pain, 2010, refererat i Bergendahl-Odby & Gerge, 2013).

PTSD hos barn och ungdomar beskrivs som till stor del likartat, men även skilt från hur diagnosen tar sig uttryck hos vuxna (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013), och inför lanseringen av DSM 5 framlades förslag på hur diagnosen bättre kunde anpassas med tanke på barns utvecklingsnivå. Enligt dessa är en aspekt som särskiljer barn från vuxna deras beroende av föräldern, emotionellt och för upplevd trygghet. Barn rapporterar ofta en traumarelaterad händelse, som separation från föräldern eller att se en förälder gråta efter ett trauma, som värre än själva den traumatiska händelsen (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011). Trots dessa skillnader är diagnosens kriterier i den nya versionen av DSM samma för vuxna, ungdomar och barn över sex års ålder (APA, 2013).

Barns och ungas posttraumatiska reaktionsmönster skiljer sig också delvis från vuxnas. Hos skolbarn kan förekommande symtom vara exempelvis tvångsmässig eller utagerande lek, problem med affektreglering, nedsatt kognitiv förmåga (inklusive inlärningssvårigheter) eller socialt tillbakadragande. Hos tonåringar liknar symtombilden mer

vuxnas, men med skillnaden i att tonåringar har större benägenhet att ägna sig åt utagerande beteende som på olika sätt är traumarelaterat. Missbruk och andra riskbeteenden kan också bli gällande, samt depressiva och ADHD-liknande symtom (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013).

Barn- och ungdomar som flyr rapporterar signifikant ökade nivåer av stressreaktioner och internaliserad smärtsam ångslan och ångest än normalpopulationen (Bean et al., 2006). Llabre, Hadi, La Greca och Lai, (2015) fann att krigstraumatisering hos barn samvarierade med en rad olika smärtsamma psykologiska effekter. Krigstrauma korrelerade positivt med post-traumatiska-stress symtom, depression och ångest hos barn mellan nio till tolv år (Llabre et al., 2015).

Förekomsten av PTSD varierar beroende på vilken grupp man tittar på. Bland svenskar generellt har man funnit att 5,6% uppfyllde kriterierna för diagnosen, vilket kan jämföras med 15-30% om man bor i eller kommer från ett krigsdrabbat land (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013). I en studie med libanesiska och palestinska barn som varit med om krig var prevalensen 29,3% (Fairbank et al., 2007, refererat i Bergendahl-Odby & Gerge, 2013).

PTSD och dissociativa symtom. Relationen mellan PTSD och dissociation kan beskrivas som tätt sammankopplad och komplex. PTSD-diagnosen inbegriper till viss del dissociativa symtom under kriteriet om återupplevande, och även aspekter av undvikande, såsom minnessvårigheter gällande traumat, har ansetts dissociativa (Zerach, Greene, Ginzburg, & Solomon, 2014). I DSM 5 har en specifik dissociativ form av diagnosen kommit till stånd, med depersonalisering och derealisering som tillägg (APA, 2013). Teoretiskt kan det alltså sägas finnas ett visst överlapp mellan dissociation och PTSD, även om tillstånden också skiljer sig från varandra.

Forskning visar sedan tidigare på signifikanta samband mellan dissociation och PTSD, och individer som lider av PTSD tycks ha en förhöjd dissociativ reaktivitet (Zerach et. al., 2014). En litteraturöversikt där man jämfört traumaexponerade individer med och utan PTSD-diagnos, visade på att den grupp som hade PTSD också visade på signifikant högre nivåer av dissociativa symtom. Samma litteraturöversikt visar på en signifikant korrelation mellan dissociativa upplevelser och PTSD-symtom, även då man i analysen tagit bort de symtom som anses dissociativa i PTSD-klustret. Översikten visar också på att höga nivåer av dissociation ökar sannolikheten för samtida höga nivåer av PTSD-symtom (Carlson et al., 2012). Ytterligare en studie visar på att de två symtomgrupperna tycks följas åt under behandling, då man i studien fann att förändring av dissociationssymtom även inneburit

skillnader i PTSD-symtom under behandlingens gång (Lynch, Forman, Mendelsohn, & Herman, 2008, refererat i Carlson et. al, 2012).

Utöver nämnda forskning är det värt att nämna att dissociation utgör en central komponent i tillståndet *Komplex PTSD*. Diagnosen ingår inte i DSM 5, men framhålls av teoretiker som en viktig del i förståelsen av svår traumatisering (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013). Detta tillstånd anses uppkomma då individen som traumatiserats har svåra anknytningskador eller då hen har varit med om ihållande och/eller upprepade trauman, och karaktäriseras bland annat av förändringar i medvetandegrad och självuppfattning. Tillståndet beskrivs som en effekt av att individens känsla av trygghet raderas, vilket sker hos såväl vuxna som hos barn (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013). Detta kan sägas visa på hur traumarelaterade tillstånd delvis hänger samman med anknytning i form av individens behov av en trygg bas. Bergendahl-Odby och Gerge (2013) menar i likhet med detta att anknytningskador och övrig traumatisering hos barn och unga "flätas samman" till en mer komplex problematik än vid exempelvis enkel PTSD hos vuxna.

Könsskillnader gällande traumarelaterade symtom

Forskning tyder på att det finns skillnader mellan könen gällande förekomst av traumarelaterade symtom. Gällande posttraumatisk stress, visar studier att kvinnor utvecklar PTSD i dubbelt så hög utsträckning som män, trots att män generellt rapporterar högre nivåer av traumatiska erfarenheter (Christiansen & Hansen, 2015; Tolin & Foa, 2008). Christiansen och Hansen (2015) fann att sambandet mellan trauma och posttraumatisk stress för kvinnor medierades av en rad faktorer, däribland dissociativa symtom. Gällande dissociativa symtom visar flera studier på en större förekomst bland kvinnor än män. Zona och Milan (2011) fann bland ungdomar som upplevt våld att flickor löpte en större risk att utveckla dissociativa symtom, och Hulette, Freyd och Fisher (2011) fann bland fosterbarn att kvinnligt kön predicerade dissociation. En annan studie med barn som blivit utsatta för våld eller sexuella övergrepp fann dock att manligt kön predicerade dissociation (Wherry, Niel, & Taylor, 2009).

Fattigdom och socioekonomisk status

Gällande barn och unga finns ett starkt belägg för att socioekonomisk status är relaterat till förekomst av mentala hälsoproblem. En litteraturöversikt visar att barn som växer upp med lägre socioekonomisk status löper två-tre gånger högre risk att utveckla en mental hälsoproblematik än barn med en högre socioekonomisk status (Reiss, 2013). Om man ser till gruppen vuxna, finns det även forskning som tyder på att fattigdom och socioekonomisk

status påverkar förekomsten av trauma och traumarelaterade symtom. I en studie fann man ett samband mellan att vara bosatt i ett fattigt område och risk för potentiellt traumatiserande händelser (Gill & Page, 2006), och man har även funnit samband mellan låg socioekonomisk status och PTSD, samt låg socioekonomisk status och PTSD med komorbiditet i form av depression i krigsdrabbade områden (Ayazi, Lien, Eide, Roum, & Hauff, 2012). En studie från Hawaii fann resultat som tyder på att tillgång till socioekonomiska resurser såsom utbildning och yrkesarbete är relaterat till lägre nivå av mentala hälsoproblem, inklusive symtom på posttraumatisk stress och dissociativa symtom (Klest, Freyd, & Foynes, 2013)

Anknytning

Anknytningsteorin syftar till att förklara det psykologiska "band" som finns mellan barnet och dess närmaste vårdare samt varför människor relaterar till varandra på olika sätt. I teorin om anknytning beskrivs barnet utveckla mentala representationer och inre arbetsmodeller baserat på anknytningen och relationen till dess vårdandshavare. Mentala representationer utvecklas hos barnet av barnet själv, viktiga nära andra samt relationen dem emellan. Inre arbetsmodeller skapas i barnet kring hur det relaterar till andra. Anknytningen integreras på det här viset i barnets kognitioner och känsloupplevelser och blir i förlängningen en viktig del i personlighetsutvecklingen. En viktig aspekt gällande inre arbetsmodeller är att de även fungerar som en generaliserad förväntan på hur man bemöts av andra senare i livet (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Broberg et al. (2006) tänker sig också att barnets tidiga relationella erfarenheter ligger till grund för hur det hanterar framtida relationer. Samtidigt innebär varje ny erfarenhet en möjlighet att omforma den föregående (Broberg et al., 2006). På så sätt är anknytningen ständigt aktuell. Enligt resultat från Minnesotastudien (Sroufe, 2005) sätter den tidiga anknytningsrelationen ett tydligt avtryck i hur en kommer att relatera till andra viktiga vuxna och jämnåriga senare i livet. Anknytningsbeteendet är som tydligast under den tidiga barndomen men fortsätter även att vara kännetecknande för beteendet och agerandet hela livet ut (Bowlby, 1973).

Enligt Broberg et al. (2006) kan anknytningsmönster delas in efter två olika principer, dels trygg kontra otrygg anknytning, och dels organiserad kontra desorganiserad anknytning. Då föreliggande studie inte ämnar undersöka desorganiserad anknytning beskrivs det inte vidare. Trygghet betyder i sammanhanget att barnet kan lita på att föräldern är tillgänglig och beskyddande om barnets anknytningssystem skulle aktiveras. Barn som vet att de kan lita på att föräldern är förutsägbar i sitt beteende och lyhörd på barnets signaler upplever ökad tilltro

till sin egen förmåga att samspela med andra. En trygg anknytning innebär också att barnet kan växla mellan utforskande och trygghetssökande på ett adekvat sätt (Broberg et al., 2006).

Otrygghet representeras i sammanhanget av att barnet på något sätt upplevt föräldern som opålitlig, likgiltig eller på annat sätt avvisande när barnets anknytningssystem aktiverats. Konsekvensen blir då att barnet inte vet vad som kan förväntas av föräldern (Broberg et al., 2006). Ett otryggt anknytningsmönster till följd av neglekt, inkonsekvent bemötande och/eller avvisande har visat sig vara starkt kopplat till sämre copingstrategier vid upplevd stress och sämre relaterande i relationer (Mikulincer & Shaver, 2007).

Det finns två olika former av otryggt organiserat anknytningsmönster: otrygg undvikande och otrygg ambivalent anknytning (Ainsworth, 1978). Otrygg undvikande anknytning utmärks av att barnet inte har kunnat använda föräldern som trygg bas, utan tvärtom undvikit kontakt med föräldern direkt vid återförening efter en tids separation. Det kan ta sig uttryck i att barnet undviker ögonkontakt eller vänder sig ifrån föräldern. Personer med otrygg undvikande anknytning undviker ofta närhet och strävar ofta efter kontroll och autonomi i sina nära relationer. En undviker i högre grad att vara beroende av andra (Mikulincer, 1998). Det är en defensiv psykologisk reaktion som grundar sig i rädslan att bli avvisad. Utsatta för stress reagerar dessa personer med att trycka undan negativa affekter och tankar samt impulsen att söka stöd från en nära annan (Mikulincer, Shaver, & Horesh, 2006).

Otrygg ambivalent anknytning kännetecknas bland annat av rädsla för att bli övergiven och av försök att maximera sitt anknytningsbehov. Barnet visar ofta en stark önskan om kontakt med föräldern och reagerar ofta med förtvivlan när föräldern lämnar det. Vid återförening med föräldern är det inte ovanligt att barnet reagerar med frustration. Samspelet i relationen med föräldern är oförutsägbart (Broberg et al., 2006). Vid stressfulla situationer rapporterar otryggt ambivalent anknutna en högre emotionell stress (Feeney & Kirkpatrick, 1996). Dessa personer kämpar hårdare för att uppnå en känsla av trygghet i nära relationer och ältar i högre utsträckning oro kring relationen vilket leder till ökade negativa affekter (Mikulincer, 1998).

Anknytning och dissociation. Dissociativa upplevelser kan uppstå och förstärkas i sammanhang då barnet inte får adekvat hjälp och stöd från omgivningen att reglera och tolka sina affekter, till exempel i samband med potentiellt traumatiserande händelser (Wieland, 2011). Vid upplevelsen av hot/rädsla, som ett trauma innebär, aktiveras anknytningssystemet och påverkar hur barnet reagerar. Beroende på vilket anknytningsmönster barnet har får detta olika effekter. Liotti (2009) menar, i likhet med Wieland (2011) att dissociation kan uppstå om barnet upplever trauma samtidigt som dess anknytningsperson inte förmår trösta eller

lugna barnet på ett adekvat sätt. Vidare fann även Dutra, Bianchi, Siegel och Lyons-Ruth (2009) att bristfälligt uppvisande av positiva affekter hos omvårdaren, neglekt, en störd affektiv föräldra-spädbarnskommunikation och flacka affekter hos omvårdaren, alla predicerade dissociativa symtom.

Självrapporterat anknytningsmönster har också visat sig vara en stark prediktor för förekomsten av dissociativa symtom. Nilsson, Holmqvist och Jonson (2011) fann att självrapporterat otrött undvikande eller ambivalent anknytningsmönster korrelerade starkt med förekomsten av dissociativa symtom.

Diseth (2005) hypotetiserar kring att en trygg anknytning kan fungera skyddande mot dissociation efter trauma. Enligt Nilsson et al, (2011) är ett tryggt anknytningsmönster en skyddande faktor mot dissociativa symtom efter upplevt trauma. Ett tryggt anknytningsmönster har också visat sig minska sannolikheten för ångest, depression, PTSD och somatisering (Zakin, Solomon & Neria 2003).

Socialt stöd

Begreppet *socialt stöd* beskrivs av Flannery (1990) som en multidimensionellt konstrukt, vilket utgörs av olika typer av kontakt människor emellan, där individen får tillgång till emotionell eller informationsmässig assistans. Behovet av socialt stöd finns enligt Flannery (1990) troligen från födseln och är ovärderligt för människans känsla av fysisk trygghet och emotionella tillfredsställelse. Till skillnad från anknytningskonstruktet förklarar socialt stöd som teoretiskt begrepp inte varför dessa interpersonella interaktioner uppkommer, utan koncentrerar sig till utforskandet av interaktionernas natur (Flannery, 1990). Medan anknytningsbegreppet utgår från individen och hans förmåga att relatera och knyta an till andra, handlar socialt stöd således snarare om huruvida individen har tillgång till den typ av sociala nätverk eller buffertar som det sociala stödet innebär.

Socialt stöd har visat sig spela en viktig roll gällande hur individen påverkas av negativa händelser. Forskning visar på en modererande effekt gällande följder hos ungdomar av exponering för våld (Hammack, Richards, Luo, Edlynn, & Roy, 2004), och att tillgång till socialt stöd påverkar hur ungdomar klarar av att hantera stressande händelser (Bal, Crombez, Van Oost, & Debourdeaudhuij 2003). Studier visar också på ett negativt samband mellan socialt stöd och PTSD-symtom hos barn (Vernberg, La Greca, Silverman, & Prinstein, 1996), samt att brist på socialt stöd är en signifikant prediktor för ett värre utfall av PTSD hos vuxna (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Theorell (2002) har även betonat vikten av socialt

stöd som en viktig faktor för att få ner stress och kortisolutsöndring, vilket i sig är hälsofrämjande då minskad stress minskar påfrestningar på individens hälsa.

Socialt stöd som konstrukt kan också sägas vara relaterat till individens anknytning. Forskning visar att individer med högre anknytningstrygghet engagerar sig mer i hjälpsökande beteende (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993), medan individer med i högre grad otrygg anknytning engagerar sig i mindre effektiva regleringsstrategier för negativa känslor, såsom att undvika sina partners då de är stressade (Lopez & Brennan, 2000). I en studie fann Shallcross, Frazier och Anders (2014) att användande av sociala resurser var en medierande faktor för sambandet mellan anknytning och posttraumatiska reaktioner. Denna studie visade att de som skattade högre på undvikande eller ambivalent anknytning också skattade högre på PTSD-symtom, samt att höga skattningar på dessa anknytningsdimensioner också var relaterat till lägre tillgång till sociala resurser, vilket i sin tur var relaterat till högre nivåer av lidande.

Kulturella aspekter

Forskning tyder på att såväl posttraumatisk stress som dissociativa symtom existerar i olika kulturer, men att de kulturspecifika uttrycken av symtomen samt förståelsen och begripliggörandet av dessa kan variera. Marsella (2010) menar att den biopsykosociala responsen på traumatiska händelser kan anses vara universell, men att kulturella variationer finns gällande perceptuella tolkningar och förståelse av dessa händelser. Gällande gruppen barn exemplifieras detta i en studie där man undersökte hur nepalesiska barn konceptualiserade traumatiska händelser. Symtomet *undvikande* förklarades av ett flertal av barnen som att det är farligt för barn att vara på platser där man varit med om något hemskt, eftersom dessa platser hemsökt av onda andar (Kohrt, Jordans, Tol, Luitel, Maharjan, & Upadhaya, 2011).

Gällande dissociativa symtom visar tidigare studier på tydliga kulturspecifika manifestationer för vad som enligt DSM-5 skulle kunna tolkas som dissociativa symtom. Van Duijl, Nijenhuis, Komproe, Gernaat och de Jong, (2010) fann en signifikant korrelation mellan dissociativa symtom, potentiellt traumatiska händelser och upplevelsen av att vara besatt av andar. Van Duijl, Kleijn och de Jong (2013) specificerade senare uppvisade uttryck av att vara besatt av andar till specifika dissociativa symtom. Enligt Van Duijl et al. (2013) kunde symtomen delas in som aktiva, så som förändringar i medvetandet, skakande rörelser och att personen talade med en röst som tillskrevs andar, samt som passiva, så som främmande drömmar, att höra röster och känslan av att vara påverkad eller "hållen" av en utomstående kraft. Lewis-Fernández, Gorritz, Raggio, Peláez, Chen och Guarnaccia (2010)

fann, när de undersökte en grupp traumatiserade latinamerikanska psykiatripatienter, att tre kulturspecifika idiom kring ångest relaterade signifikant till dissociativa symtom, dessa uttryck beskrevs som att vara "sjuk i nerverna", som hysteri, samt som förändrad varseblivning.

Berry (1998, refererat i Allwood & Johnsson, 2009) skiljer på *acculturation* respektive *enculturation* som strategier för anpassning till en ny kultur. Ackulturation innebär att man anpassar sig i linje med det till nya landet, dess språk, traditioner och bruk. Personen utökar sitt befintliga kulturella kapital med de nya kulturmönstren, där enculturation istället innebär att ingen kulturell anpassning sker. I en studie av Marshall (2002) visade det sig att ackulturation var en signifikant negativ prediktor av peritraumatisk dissociation, vilket innebär att höga nivåer av ackulturation associerades med låga nivåer av dissociation.

Teoretisk sammanfattning

Barn och unga flyktingar kan framhållas som en mycket sårbar grupp gällande psykisk ohälsa. De typer av traumatiska händelser som individen tvingas uppleva i samband med krig och flykt är i många fall av en svårartad, interpersonell karaktär (Bustos, 1995), vilket innebär en stor belastning för barn och unga i och med att deras mentala och fysiska mognad fortfarande är under utveckling, och de är beroende av sina föräldrar för upplevd trygghet och säkerhet (Shaw, 2003). Forskningen kring effekter av traumatisering i barn- och ungdomen är diger, med samband till såväl PTSD som dissociativa symtom (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013). Gällande posttraumatisk stress finns tydliga könsskillnader i prevalens (Tolin & Foa, 2008), men för dissociativa symtom är underlaget inte lika entydigt, även om flera studier visar på en större risk för kvinnor att utveckla dissociation (Hulette et al., 2011; Zona & Milan, 2011).

Forskning tyder sedan tidigare på att en trygg anknytning är en skyddande faktor för en rad psykologiska svårigheter (Zakin et al., 2003), däribland posttraumatiska reaktioner (Shallcross, Frazier, & Anders, 2014). En central aspekt av anknytningssystemet är att det aktiveras då barnet är i en otrygg situation, något som ställs på sin spets under traumatiserande händelser. Utifrån detta resonemang kan anknytning således teoretiskt förstås som en skyddande faktor då den fungerar, och som en sårbarhetsfaktor då den är dysfunktionell.

Forskning tyder på att även socialt stöd har en skyddande effekt för psykologisk problematik, samt att anknytning och socialt stöd troligen är relaterade till varandra (Shallcross, Frazier, & Anders, 2014). Det sociala stödet speglar i detta sammanhang

individens tillgång till interpersonell hjälp, medan anknytningen i större utsträckning handlar om individens benägenhet att ta till sig denna hjälp.

Gällande populationen flyktingbarn och -ungdomar är forskningsunderlaget knappt för specifikt dissociativa symtom, och få studier har hitintills undersökt sambandet mellan krigstrauma och dissociation, samt modererande faktorer för detta samband. I en svensk kontext behövs överlag mer forskning kring flyktingbarns och -ungdomars psykiska hälsa, däribland gällande nämnda område. Att öka kunskapen kring dissociativa symtom och relaterande faktorer kan bidra till en ökad förståelse för denna grupp, samt i förlängningen till en ökad möjlighet till rätt hjälp och vård.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka förekomsten av potentiellt traumatiska erfarenheter, posttraumatiska symtom, samt dissociativa symtom hos gruppen flyktingbarn och -ungdomar, och vidare att undersöka relationen mellan självskattat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd i förhållande till denna förekomst. Utöver detta syftar studien även till att undersöka könsskillnader gällande posttraumatisk stress och dissociativa symtom, samt huruvida socioekonomisk status och fattigdom är relaterat till förekomst av trauma, posttraumatisk stress och dissociativa symtom.

Frågeställningar

1. Hur ser förekomsten ut av potentiellt traumatiska erfarenheter respektive dissociativa symtom och symtom på posttraumatisk stress hos barn och ungdomar som har flytt från krig?
2. Vilka samband finns mellan förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser och symtom på posttraumatisk stress, respektive dissociativa symtom?
3. Föreligger det skillnader mellan könen gällande posttraumatisk stress eller dissociativa symtom och i så fall vilka?
4. Vilka samband finns mellan rapporterad fattigdom under uppväxten respektive socioekonomisk status hos deltagarna och förekomst av trauma, dissociativa symtom/symtom på posttraumatisk stress?
5. Hur ser relationen ut mellan rapporterat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd, och dissociativa symtom/symtom på posttraumatisk stress hos barn och ungdomar som har upplevt krig? Kan rapporterat anknytningsmönster och/eller

upplevt socialt stöd fungera som modererande faktorer för sambandet mellan trauma och dissociativa symtom respektive posttraumatisk stress?

Metod

Deltagare och urval

Studiens deltagare utgjordes av barn och unga i åldern 10-17 år, med erfarenheter av att ha flytt till Sverige från länder där det förekommit krig eller organiserat våld. Samtliga deltagare värvades från skolor i en större svensk stad, med syfte att få ett brett urval ur populationen. För att inkluderas i studien skulle barnen ha en relativt god förståelse av svenska språket (i den grad att skattningen kunde genomföras med viss hjälp från forskarna). Bedömningen av språkförståelse gjordes av forskarna i mötet med barnen. Utöver detta krävdes att barnen hade egna minnen av krigshändelser eller själva flykten (och t.ex. inte var spädbarn då de flydde till Sverige).

Urvalet utgjordes av 32 deltagare, varav 31,3% var tjejer ($n = 10$) och 69,7% var killar ($n = 22$). Alla deltagare kunde efter granskning av formulären inkluderas i studien. Dock fanns ett bortfall gällande skalan ASQ-40, som två deltagare valde att inte fylla i. N-talet för denna skala är således 30 istället för 32. Medelåldern för gruppen i sin helhet var 14,4 år ($SD = 1,46$), där den för tjejerna var 13,8 ($SD = 1,03$), och för killarna var 14,7 ($SD = 1,55$). Majoriteten av deltagarna var födda i Irak (59,4%, $n = 19$), och näst vanligaste födelse land var Libanon (18,8%, $n = 6$), följt av Afghanistan (9,4%, $n = 3$). Övriga deltagare (12,5%, $n = 4$) kom från länder som Qatar och Palestina, eller var födda i Sverige men hade bott en period i ett land där det varit krig och sedan återvänt till Sverige. Deltagarnas ålder vid ankomsten till Sverige varierade från 2 till 13 år, med en medelålder på 7,3 år ($SD = 2,97$), och den uppskattade restiden till Sverige varierade från 1-30 dagar ($M = 5,2$, $SD = 8,46$). Av alla deltagare hade endast en kommit ensam till Sverige, och på frågan om hur de bor idag svarade samtliga "Med familj".

Instrument

I studien användes fem olika instrument för att mäta variablerna *trauma*, *posttraumatisk stress*, *dissociativa symtom*, *anknytning* samt *socialt stöd*. Därutöver inhämtades demografisk information gällande deltagarnas ålder, kön, familjesituation, boendesituation, skolsituation, födelse land, ålder vid ankomst till Sverige, vilka länder barnet har bott i och under vilka åldrar, vem (om någon) man kom till Sverige med samt hur lång tid resan till Sverige tog. Nedan beskrivs de skalor som använts för respektive variabel.

Traumaformulär. Traumaformuläret som använts i denna studie är utformat av psykologer med erfarenhet av kliniskt arbete med flyktingar i Sverige, med syfte att dels bedöma generella upplevelser av trauma och specifika krigs- och flyktingrelaterade trauman (Gušić, Cardeña, Bengtsson, & Søndergaard, 2015). Skalan undersöker även kvalitativa beskrivningar av andra potentiellt traumatiserande händelser i deltagarnas liv samt subjektiva beskrivningar av värsta upplevda trauma. Frågorna i skalan baseras på de vanligast förekommande potentiellt traumatiska upplevelserna, DSM 5 och redan befintliga traumaformulär, och besvaras med ja- eller nejsvar. Exempel på frågor är ”Har du förlorat någon nära på grund av krig eller oroligheter?”, ”Har du blivit tvingad till någon sexuell handling?”, och ”Har du någon gång varit med om en olycka?”. Den totala poängen för skalan räknas samman genom summan av positiva svar, med en totalpoäng på 30. En indelning kan även göras för delskalor: *krigs- och flykttrauman*, *interpersonella trauman* och *direkta upplevelser*. Skalan innehåller också frågor kring källan till de potentiellt traumatiserande upplevelserna av interpersonell karaktär, upplevd ekonomisk status, erfarenheter av barnarbete, och vetskap om föräldrarnas erfarenheter av krig. I denna studie har endast helskalan samt delskalorna krigs- och flykttrauma och interpersonella trauman undersökts, då dessa låg tydligast inom ramen för frågeställningar och teori. Forskning visar att i en normalpopulation ($N = 240$) korrelerade traumaformulär med både CRIES-13 och A-DES, vilket kan sägas stärka validiteten i formuläret (Gušić, Cardeña, Bengtsson, & Søndergaard, 2015).

A-DES. The Adolescent Dissociative Experiences Scale är ungdomsversionen (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997) av Bernstein och Putnams (1986) screeninginstrument för dissociativa upplevelser hos vuxna, och riktar sig till ungdomar i åldern 11-18 år. Skalan innehåller 30 item och mäter fyra domäner av dissociativa upplevelser: *dissociative amnesia*, *depersonalization/derealisation*, *absorption/imaginative involvement* samt *passive influence*. Dock visar de flesta studier att A-DES har en en-faktorsstruktur och att delskalorna är starkt interkorrelerade (Farrington, Waller, Smerden & Faupel, 2001; Muris, Merckelbach & Peeters 2003; Nilsson & Svedin, 2006). Varje item utgörs av ett påstående, i förhållande till vilket individen skattar sitt instämmande på en skala från 0-10 (0= Aldrig, 10= Alltid). Den totala poängen på skalan erhålls genom att medelvärdet räknas ut baserat på alla item, där en poäng över 4 ses som en indikator för patologisk dissociation. Skalan har validerats i olika populationer och länder, där man överlag funnit den vara ett reliabelt och valitt mått för dissociativa upplevelser. (Armstrong et al., 1997; Keck Seeley, Perosa, & Perosa, 2004; Soukup, Papežová, Kuběna, & Mikolajová, 2010). Värdet för

Cronbachs alfa har beräknats till $\alpha = 0,95$ (Nilsson & Svedin, 2006). I denna studie beräknades Cronbachs alfa för skalan till $\alpha = 0,96$. I en normering med svenska ungdomar fann man att medelvärdet för en icke klinisk grupp var $M = 0,84$ ($SD = 1,05$), och för den kliniska gruppen $M = 3,28$ ($SD = 1,89$) (Nilsson, 2007).

CRIES-13. The Children Revised Impact of Event Scale (CRIES) är ett screeninginstrument för PTSD som riktar sig till barn från åtta års ålder, ursprungligen baserat på Horowitz, Wilner och Alvarez (1979) skala för vuxna (Impact of Event Scale). Skalan finns i två versioner där den kortare (CRIES-8, åtta item) mäter PTSD-symtom utifrån två dimensioner, medan den längre versionen (CRIES-13, tretton item) även mäter en tredje dimension. Respektive item i skalan skattas enligt hur ofta ett symtom har upplevts under den senaste veckan (Aldrig=0, Sällan=1, Ibland=3, Ofta=5), och poängsätts utifrån nämnda dimensioner: *Intrusion* (t.ex. "Har du tänkt på det som hände även när du inte ville det?"), *Avoidance* (t.ex. "Har du försökt låta bli att tala om det som hänt?") och *Arousal* (t.ex. "Har du sömnsvårigheter?"). Totalpoäng för skalan är 39 poäng, där en cut off-poäng på 30 har utprovats som den poängnivå som bäst identifierar barn med en samtida PTSD-diagnos i DSM-IV. I studien där utprovningen gjordes kom man dock fram till att denna cut off hade en relativt låg specificitet, vilket innebär att instrumentet riskerar att klassa barn utan PTSD som att de har diagnosen (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005). Forskning visar överlag på en god reliabilitet och validitet (Perrin et al., 2005; Verlinden, van Meijel, Opmeer, Beer, de Roos, Bicanic, Lamers-Winkelmann, Olf, Boer, & Linderman, 2014). Värdet för Cronbachs alfa har beräknats till $\alpha = 0,80$ för helskalan (Smith, Perrin, Dyregov, & Yule, 2003). I denna studie beräknades Cronbachs alfa för helskalan till $\alpha = 0,87$.

Perrin et al. (2005) fann i en studie att den kortare versionen av skalan fångar upp barn med PTSD lika bra som den längre versionen, medan en senare studie (Verlinden et al., 2014) gav stöd för användning av den längre versionen. I denna studie valde vi att använda den längre, med syfte att få en bred bild av de symtom som populationen ifråga kan tänkas ha.

ASQ-40. ASQ-40 (Attachment Style Questionnaire) är ett självskattningsformulär avsett att mäta och beskriva anknytning hos ungdomar och vuxna. Det är utvecklat av Feeney, Noller och Hanrahan (1994) och den svenska översättningen av manualen är gjord av Tengström, Håkansson och Armelius (1996). Skalan består av 40 påståenden som mäter anknytningsstil i fem aspekter av anknytning: *Tillit*, *Distans*, *Sakoriering*, *Bifallsbehov* och *Relationsfixering*. Svarsskalan består av en 6-gradig Likertskala, i vilken respondenterna får skatta vad de upplever stämmer bäst överens med respektive påstående, där 1 = fullständigt oense och 6 = instämmer fullständigt (Tengström & Håkansson, 1997).

Tillit mäter trygg anknytning och övriga delskalor mäter otrygg anknytning. *Distans* och *Sakoriering* mäter främst avståndstagande och kopplas till ett otryggt undvikande anknytningsmönster. *Relationsfixering* och *Bifallsbehov* mäter främst ängsligt närhetssökande och kopplas till ett otryggt ambivalent anknytningsmönster. Varje individ har mer eller mindre av alla dessa fem aspekter av anknytningsbeteende, och det är den inbördes relationen dem emellan som tillsammans utgör individens unika anknytningsprofil (Tengström & Håkansson, 1997).

Fem anknytningsprofiler återfinns: *trygg* (kännetecknas av låga medelvärden i de otrygga skalorna och över 4 i tillitsskalan.), *otrygg distanserad* (kännetecknas av höga medelvärden i de avståndstagande skalorna *Distans* och *Sakoriering* och låga medelvärden i skalorna *Tillit*, *Bifallsbehov* och *Relationsfixering*.)-, *otrygg ängslig* (kännetecknas av höga medelvärden i skalorna *Bifallsbehov* och *Relationsfixering*, och låga medelvärden i skalorna *Tillit*, *Distans* och *Sakoriering*.)-, *otrygg ambivalent* (kännetecknas av höga medelvärden i skalor som ter sig ömsesidigt uteslutande, till exempel *Distans* och *Bifallsbehov*, eller *Sakoriering* och *Relationsfixering* samt lågt medelvärde i *Tillit*.)- och *persevererande* (kännetecknas av liknande nivåer i medelvärden i alla skalorna, antingen höga eller låga, vilket skulle kunna indikera kognitiv funktionsnedsättning eller tecken på hjärnskada.) anknytningsprofil. ASQ-40 mäter inte desorganiserad otrygg anknytning (Tengström & Håkansson, 1997).

Reliabiliteten och validiteten anses vara god för den svenska versionen, och Cronbachs alfa har för delskalorna beräknats till: *Distans*: $\alpha = 0,84$, *Sakoriering*: $\alpha = 0,71$, *Tillit*: $\alpha = 0,78$, *Bifallsbehov*: $\alpha = 0,74$ och *Relationsfixering*: $\alpha = 0,73$. I denna studie beräknades Cronbachs alfa för delskalorna till: *Distans* $\alpha = 0,57$, *Sakoriering* $\alpha = 0,63$, *Tillit* $\alpha = 0,81$, *Bifallsbehov* $\alpha = 0,46$ och *Relationsfixering* $\alpha = 0,58$ (Tengström & Håkansson, 1997).

MSPSS. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) avser att mäta individens upplevda sociala stöd utifrån tre dimensioner. Varje dimension innehåller fyra påståenden som individen besvarar genom att skatta sitt instämmande i förhållande till påståendet (1= instämmer absolut inte, 7= instämmer totalt). Skalan innehåller i sin helhet 12 item och dimensionerna i sig utgörs av kategorierna *familj* (t.ex. "Min familj försöker verkligen hjälpa mig"), *vänner* (t.ex. "Jag kan räkna med mina vänner när något går fel") och *signifikant annan* (t.ex. "Jag har en speciell person som ger mig trygghet"). Skalan görs tillgänglig för tolkning utifrån tre intervaller: lågt stöd (1-2,9), måttligt stöd (3-5) och högt stöd (5,1-7). Skalan har god reliabilitet i sin helhet ($\alpha = 0,88$)

såväl som för delskalorna (*familj*: $\alpha = 0,87$, *vänner*: $\alpha = 0,85$, *signifikant annan*: $\alpha = 0,91$) och även test-retestreliabiliteten har visat sig god vid en mätning två-tre månader efter första utprovningen ($\alpha = .85$ för helskalan) (Zimet et al., 1988). I denna studie beräknades Cronbachs alfa för helskalan till $\alpha = 0,92$.

Procedur

Inledningsvis skickades informationsmail ut till rektorer på olika skolor, samt till ideella organisationer som är i kontakt med barn och unga i den aktuella gruppen. Parallellt med detta kontaktades förvaltningsledningen i staden, med syfte att få stöd för projektet och kontakt med rektorer den vägen. I de mail som skickades ut ingick en projektbeskrivning som beskrev studiens syfte, tillvägagångssätt och etiska överväganden. Detta resulterade i positiva svar från fyra skolor, varpå informationsmöten hölls med rektor och övrig berörd personal på respektive skola. Då informationen om studien och samtyckesblanketter skulle distribueras av lärare i klasserna, informerades rektor i sin tur dessa om arbetsgången. Lärarna uppmanades att kort berätta om studien i klasserna samt att be de elever som var intresserade att ta en informationslapp på katedern vid lektionens slut. De elever som var under 15 år gamla fick ta med sig en samtyckesblankett hem för att få målsmans/god mans underskrift, medan de som var 15 år eller äldre kunde samtycka själva. Informationen till elever och föräldrar fanns på lättförståelig svenska, engelska, arabiska samt franska, och i texten betonades att studien var frivillig samt att eleverna fick avbryta sin medverkan när som helst under genomförandet. Som tack fick eleverna en biobiljett efter datainsamlingen.

Tre ytterligare skolor gav positiva svar, men hade inte möjlighet att genom lärare distribuera information till eleverna. På dessa skolor fick dock forskarna möjlighet att värva deltagare via ett bokbord i entrén på respektive skola. Här informerades eleverna om studien, samt fick samma skriftliga information som delades ut i klasserna på övriga skolor. Bland de som var 15 år och äldre kunde några genomföra skattningen på plats, medan de som behövde föräldrars samtycke fick genomföra skattningen dagen därpå.

Själva datainsamlingen innebar att eleverna fick sitta i en lokal som tillhandahölls av skolan (i grupper om högst 10) och fylla i formulären för studien, tillsammans med forskarna. Om eleverna hade frågor eller dylikt kunde de få hjälp av någon av forskarna.

Etik

Föreliggande studie har genomgått prövning och blivit godkänd av Etikprövningsnämnden. Informerat samtycke inhämtades skriftligt från alla deltagare, och då

en andel av deltagarna var under 15 år inhämtades även samtycke från dessas föräldrar. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan i studien, samt om att en legitimerad psykolog skulle finnas tillgänglig vid frågor eller behov av stöd.

Då studien delvis kom att behandla känsliga personuppgifter såsom information om deltagarnas etnicitet samt psykiska och fysiska hälsa, informerades deltagarna om detta muntligt och skriftligt innan de gav sitt samtycke. De informerades även om att deltagandet var anonymt, och att endast författarna samt handledare skulle ta del av deras individuella svar. I datahanteringen gavs varje deltagare ett kodnummer som kopplades till deras respektive svarsformulär, och endast detta kodnummer fanns med i databearbetningen. Samtyckesblanketter och skattningsformulär förvaras i ett låst dokumentskåp och sparas fem år efter genomförande av studien. Därefter förstörs de genom malning. Då uppsatsen är kvantitativ redovisades uppgifterna på så sätt att deltagarnas anonymitet inte riskerade att röjas. I och med att studien undersökte ämnen som för deltagarna kunde vara psykiskt påfrestande att tänka på och minnas, fanns en leg. psykolog och verksam kliniker hela tiden tillgänglig för att erbjuda uppföljande samtal och/eller hjälp med remiss och vårdsökande vid behov. Detta kunde erbjudas till ungdomarna själva såväl som till deras föräldrar.

Dataanalys

Statistiska beräkningar genomfördes med programmet Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22. För att kunna beskriva deltagarnas karaktäristika och rapporterade svar på de använda skalorna sammanställdes deskriptiv statistik. För alla skalor utom traumaformuläret beräknades reliabiliteten enligt Cronbachs alfa (α). För tolkning av Cronbachs alfa användes DeVellis (2013, refererat i Pallant, 2013) riktlinjer, där Cronbachs alfa över 0,7 anses vara ett mått på acceptabel reliabilitet.

Gällande alla variabler som ingick i studien beräknades resultaten både för helgrupp och för respektive kön. Skillnader avseende kön i hur deltagarna skattade symtom på posttraumatisk stress dissociativa symtom testades med oberoende t -test. Huruvida det fanns signifikanta könsskillnader avseende potentiellt traumatiserande erfarenheter testades med Pearson chi-square (χ). Ett oberoende t -test gjordes för att undersöka huruvida det fanns könsskillnader för svaren på delskalorna i ASQ-40, samt för MSPSS hel- och delskalor. Effektstorlek för t -testen beräknades enligt Cohen's d , där $d = 0,2$ anses vara liten effekt, $d = 0,5$ måttlig effekt och $d = 0,8$ stor effekt (Cohen, 1988).

Korrelationsberäkningar gjordes med Pearsons korrelationskoefficient (r) för linjära samband, med syfte att fastställa samband mellan de för studien aktuella variablerna. Utöver variablerna potentiellt traumatiserande upplevelser, posttraumatisk stress, dissociativa symtom, rapporterat anknytningsmönster samt upplevt socialt stöd, undersöktes även korrelationer till faktorerna rapporterad fattigdom under uppväxten, relativ socioekonomisk status, ålder samt kön. Tolkning av styrkan på statistiskt signifikanta korrelationer grundade sig i Cohens (1988) riktlinjer där r respektive $r_s = 0,10 - 0,30$ betraktas som ett svagt samband, $r = 0,30 - 0,50$ som ett medelstarkt samband och $r = 0,50 - 1,00$ som ett starkt samband. I de fall där ett flertal variabler korrelerade med varandra kontrollerades dessa samband mot övriga korrelerande variabler med en partial korrelationsanalys.

Utifrån teori och frågeställningar undersöktes signifikanta samband vidare med regressionsanalys, med syfte att undersöka huruvida oberoende variabler kunde predicera för variansen i de beroende variablerna. I de fall där flera teoretiskt intressanta variabler korrelerade med den beroende variabeln gjordes multipel regressionsanalys, och i de fall där endast en variabel korrelerade med den beroende variabeln gjordes enkel regressionsanalys. För alla regressionsanalyser genomfördes först preliminära analyser för att säkerställa att villkoren om normalfördelning i populationen, linjäritet, multikolinjäritet och homoskedasticitet kunde uppfyllas.

För att analysera huruvida trygg anknytning respektive socialt stöd påverkade sambandet mellan trauma och dissociativa symtom respektive posttraumatisk stress, gjordes en hierarkisk regressionsanalys. För analysen användes Hayes (2013) Process Module för mediation och moderation, version 2.13. Utgångspunkten för analysen av modererande faktorer var att endast inkludera de variabler som uppvisade signifikanta samband enligt korrelationsanalys. Dock undersöktes även ett icke signifikant samband med hierarkisk regressionsanalys, då detta samband närmade sig signifikansnivå och således bedömdes som intressant för studiens resultat. För de modererande analyserna gjordes även simple slope analyser för att undersöka hur den beroende variabeln varierande vid låga, medel och höga nivåer av den modererande faktorn.

Resultat

I resultatdelen redovisas först deskriptiva data gällande förekomst av rapporterade traumatiska upplevelser, symtom på posttraumatisk stress, samt dissociativa symtom. Därefter redovisas samband mellan dessa faktorer, samt samband till rapporterat anknytningsmönster och upplevt socialt stöd hos deltagarna. Vidare redovisas resultat från regressionsanalyserna, och

slutligen redovisas huruvida rapporterat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd fungerar som modererande faktorer för sambandet mellan trauma och symtombild.

Förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser

Av studiens deltagare hade 93,8% ($n = 30$) upplevt krig. Alla deltagare hade upplevt minst en potentiellt traumatisk krigs- eller flyktrelaterad händelse, och alla deltagare hade upplevt tre eller fler potentiellt traumatiserande händelser av interpersonell karaktär. De vanligast förekommande (>25% prevalens) rapporterade erfarenheterna av potentiellt traumatiska händelser på grund av krig och flykt var *hot under flykten, att ha varit tvungen att byta skola/flytta innan flykten, att ha varit tvungen att skiljas från en förälder/omvårdnadsperson, förlorat någon närstående, samt att själv upplevt strid/bombning/beskjutning*. Övriga rapporterade vanligen förekommande potentiellt traumatiska erfarenheter innefattade att ha *sett någon bli hotad, misshandlad eller dödad, hört om någon närstående som varit med om en traumatisk upplevelse, förlorat närstående av annan orsak än krig, utsatts för våld utanför hemmet samt upplevt naturkatastrof och/eller olycka*.

Nedan redovisas förekomsten av krigs- och flyktrelaterade potentiellt traumatiska upplevelser, samt övriga potentiellt traumariska upplevelser i den undersökta gruppen (se tabell 1). Utöver prevalensen för helgrupp redovisas även förekomsten för respektive kön. Resultatet visade en signifikant könsskillnad avseende erfarenheten av att ha blivit fängslad under flykten $\chi^2(1, N = 31) = 4,49, p < 0,05$, där signifikant fler tjejer än killar hade blivit fängslade under flykten, vilket med hänsyn till antalet personer för denna jämförelse dock kan ha berott på slumpen.

Tabell 1. Förekomst av traumatiska erfarenheter hos helgrupp (n = 32), fördelning för killar (n = 22) och tjejer (n = 10), samt resultat av jämförelse av grupperna enligt chitvå-test (χ^2).

Trauma	% (n-tal)	Killar	Tjejer	χ
Upplevelse av krig	93,8 (30)	95,5 (21)	90 (9)	0,14
Under flykten:				
Önskad sexuell handling	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Fysiskt våld	6,3 (2)	4,5 (1)	10 (1)	0,58
Hot	28,1 (9)	22,7 (5)	40 (4)	0,35
Tvångsarbete	9,4 (3)	9,1 (2)	10 (1)	0,97
Blivit fångslad	6,3 (2)	0 (0)	20 (2)	0,03*
Tvungen att byta skola/flytta innan flykten	50 (16)	54,5 (12)	40 (4)	0,37
Tvungen att skiljas från förälder/omvårdnadsperson	25 (8)	27,3 (6)	20 (2)	0,66
Förlorat någon närstående p.g.a. krig/oroligheter	78,1 (25)	81,8 (18)	70 (7)	0,3
Själv upplevt strid/bombning/beskjutning	75 (24)	72,7 (16)	80 (8)	0,81
Själv deltagit i strid	12,5 (4)	9,1 (2)	20 (2)	0,39
Varit hemlös eller utan mat/kläder/skydd	12,5 (4)	13,6 (3)	10 (1)	0,77
Övriga trauman:				
Sett någon bli:				
Hotad	68,8 (22)	63,6 (14)	80 (8)	0,35
Misshandlad	50 (16)	50 (11)	50 (5)	0,78
Våldtagen	6,3 (2)	9,1 (2)	0 (0)	0,35
Torterad	9,4 (3)	13,6 (3)	0 (0)	0,24
Dödad	31,3 (10)	27,3 (7)	40 (4)	0,35
Hört om någon närstående som varit med traumatisk upplevelse	78,1 (25)	72,7 (16)	90 (9)	0,27
Förlorat närstående av annan orsak än krig	53,1 (17)	54,5 (12)	50 (5)	0,59
Utsatts för våld utanför hemmet	31,3 (10)	40,9 (9)	10 (1)	0,09
Varit fångslad, arresterad/tillfångatagen	9,4 (3)	13,6 (3)	0 (0)	0,22
Allvarligt skadat eller dödat någon	3,1 (1)	4,5 (1)	0 (0)	0,49
Utsatts för sexuella övergrepp	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Utsatts för våld av närstående	21,9 (7)	22,7 (5)	2 (20)	0,86
Utsatts för verbal/psykisk kränkning av närstående	15,6 (5)	13,6 (3)	20 (2)	0,65
Utsatts för mobbning eller annan psykisk misshandel	12,5 (4)	22,7 (5)	30 (3)	0,66
Utsatt för rån eller hot om rån	12,5 (4)	18,2 (4)	0 (0)	0,2
Upplevt naturkatastrof	46,9 (15)	40,9 (9)	60 (6)	0,32
Upplevt olycka	34,4 (11)	31,8 (7)	40 (4)	0,65
Övrig traumatisk upplevelse	31,3 (10)	36,4 (8)	20 (2)	0,36

* $p < 0,05$

Förekomst av symtom på posttraumatisk stress

I den undersökta gruppen uppfyllde 40,6% ($n = 13$) cut off för PTSD-diagnos utifrån CRIES-13. Medelvärden för helskala och delskalor, samt könsfördelning redovisas i tabell 2. Resultatet av ett t-test visade inga signifikanta skillnader mellan könen för helskalan ($t(30) = 0,81, p = 0,43$, Cohen's $d = 0,32$) eller delskalor (*Intrusion* ($t(30) = -0,12, p = 0,91$, Cohen's $d = -0,05$), *Avoidance* ($t(30) = 0,76, p = 0,44$, Cohen's $d = 0,28$), *Arousal* ($t(30) = 1,41, p = 0,17$, Cohen's $d = 0,52$).

Tabell 2. Medelvärden för helgrupp ($n = 32$), killar ($n = 22$) samt tjejer ($n = 10$) på CRIES-13 (helskala & delskalor).

Variabel	Helgrupp (M, SD)	Killar (M, SD)	Tjejer (M, SD)
CRIES-13 (helskala)	26,25 (14,33)	24,86 (14,92)	29,3 (13,14)
CRIES-13 (<i>Intrusion</i>)	8,47 (5,45)	8,55 (6,01)	8,3 (4,24)
CRIES-13 (<i>Avoidance</i>)	9,16 (5,59)	8,64 (5,29)	10,3 (6,34)
CRIES-13 (<i>Arousal</i>)	8,63 (5,69)	7,68 (5,30)	10,7 (6,24)

Förekomst av dissociativa symtom

I den undersökta gruppen uppfyllde 25% ($n = 8$) cut off för vad som anses indikera patologisk dissociation. Av dessa var 4 tjejer och 4 killar. Medelvärde för hela gruppen var $M = 2,65$ ($SD = 1,77$), där det för tjejer var $M = 3$ ($SD = 2,21$), och för killar var $M = 2,48$ ($SD = 1,57$). Resultatet av ett t-test visade inte på signifikanta könsskillnader avseende dissociativa symtom ($t(30) = 0,76, p = 0,45$, Cohen's $d = 0,27$).

De frågor i A-DES som i resultatet hade högst medelvärden var: "Jag kan göra något väldigt bra en gång och nästa gång går det inte alls" $M = 4,38$ ($SD = 2,9$), "Jag finner mig själv göra saker som jag vet är fel, även om jag verkligen inte vill göra dem" $M = 3,84$ ($SD = 3,08$), "Folk säger till mig att jag gjort saker som jag inte kommer ihåg att jag har gjort" $M = 3,47$ ($SD = 3,19$), "Jag blir förvirrad om jag gjort saker eller om jag bara har tänkt på att göra dem" $M = 3,31$ ($SD = 2,66$), "När jag befinner mig på platser där jag inte vill vara, försvinner jag in i mina egna tankar" $M = 3,28$ ($SD = 3,17$), "Någonting inom mig får mig att göra saker jag inte vill göra" $M = 3,28$ ($SD = 3,29$).

Rapporterat anknytningsmönster

En beräkning av gruppens fördelning över olika anknytningsstilar gjordes manuellt och tolkades efter manual. I den undersökta gruppen ($n = 30$) rapporterade 50% ($n = 15$) av deltagarna en trygg anknytningsstil, 23% ($n = 7$) rapporterade en otrygg distanserad/undvikande anknytningsstil, 10% ($n = 3$) rapporterade en otrygg ängslig/ambivalent anknytningsstil, och 17% ($n = 5$) rapporterade en perverserande anknytningsstil. Medelvärden för hela gruppen och respektive kön redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Medelvärden för helgrupp ($n = 30$), killar ($n = 22$) samt tjejer ($n = 8$) på ASQ-40 (delskalor).

Variabel	Helgrupp (M, SD)	Killar (M, SD)	Tjejer (M, SD)
<i>Distans</i>	3,55 (0,81)	3,54 (0,9)	3,57 (0,54)
<i>Sakorientering</i>	3,3 (0,84)	3,27 (0,81)	3,37 (0,94)
<i>Tillit</i>	4,28 (1,02)	4,27 (1,13)	4,3 (0,68)
<i>Bifallsbehov</i>	3,3 (0,82)	3,08 (0,78)	3,9 (0,6)
<i>Relationsfixering</i>	3,41 (0,86)	3,13 (0,76)	4,17 (0,65)

Resultatet av ett oberoende t-test visade att det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna avseende hur de skattade på delskalorna *Bifallsbehov* ($t(2,68) = 0,013, p < 0,05$, Cohen's $d = 1,16$), och *Relationsfixering* ($t(3,43) = -0,002, p < 0,05$, Cohen's $d = 1,47$), där gruppen tjejer skattade signifikant högre än gruppen killar.

För övriga delskalor fanns inga signifikanta könsskillnader (*Distans* ($t(28) = 0,09, p = 0,93$, Cohen's $d = 0,04$), *Sakorientering* ($t(28) = 0,28, p = 0,79$, Cohen's $d = 0,11$), *Tillit*, ($t(28) = 0,07, p = 0,95$, Cohen's $d = 0,03$).

Rapporterat upplevt socialt stöd

I den undersökta gruppen ($n = 32$) rapporterade 47% ($n = 15$) av deltagarna måttligt upplevt socialt stöd och 53% ($n = 17$) av deltagarna högt upplevt socialt stöd. Avseende upplevelsen av stöd från familjen rapporterade 3% ($n = 1$) lågt upplevt socialt stöd, 25% ($n = 8$) måttligt upplevt socialt stöd, och 72% ($n = 23$) högt upplevt socialt stöd. Gällande upplevelsen av stöd från vänner rapporterade 9% ($n = 3$) lågt upplevt socialt stöd, 41% ($n = 13$) måttligt upplevt socialt stöd, och 50% ($n = 16$) högt upplevt socialt stöd. Avseende

upplevelsen av stöd från signifikant annan rapporterade 6% ($n = 2$) lågt upplevt socialt stöd, 34% ($n = 11$) måttligt upplevt socialt stöd, och 59% ($n = 19$) högt upplevt socialt stöd. Medelvärden för hela skalan och delskalor samt för respektive kön redovisas i tabell 4. Resultatet av ett t-test visade inga signifikanta skillnader mellan könen för helskalan ($t(30) = -0,71, p = 0,48$, Cohen's $d = -0,29$) eller för delskalorna (*Familj* ($t(30) = -1,62, p = 0,12$, Cohen's $d = -0,62$, *Vänner* ($t(30) = 0,27, p = 0,79$, Cohen's $d = 0,11$, *Signifikant annan* ($t(30) = -0,7, p = 0,49$, Cohen's $d = -0,27$).

Tabell 4. Medelvärden för helgrupp ($n = 32$) på MSPSS (helskala & delskalor).

Variabel	Helgrupp (M, SD)	Killar (M, SD)	Tjejer (M, SD)
Socialt stöd (helskala)	5,4 (1,26)	5,51 (1,39)	5,16 (0,95)
Socialt stöd (<i>familj</i>)	5,78 (1,34)	6,03 (1,32)	5,23 (1,28)
Socialt stöd (<i>vänner</i>)	5,07 (1,55)	5,02 (1,73)	5,18 (1,13)
Socialt stöd (<i>signifikant annan</i>)	5,36 (1,57)	5,5 (1,64)	5,08 (1,47)

Samband mellan trauma, posttraumatisk stress, dissociativa symtom, rapporterat anknytningsmönster, upplevt socialt stöd, fattigdom, socioekonomisk status samt kön

En korrelationsanalys gjordes för att undersöka samband mellan rapporterade traumatiska upplevelser och förekomst av symtom på posttraumatisk stress respektive dissociativa symtom, rapporterat anknytningsmönster samt upplevt socialt stöd. Utöver detta undersöktes korrelationer mellan dessa variabler och rapporterad fattigdom, relativ socioekonomisk status, ålder samt kön. Analysen gjordes med Pearsons korrelationskoefficient (r) för linjära samband. Alla zero-order korrelationer återfinns i tabell 5.

Tabell 5. Korrelationer mellan trauma, posttraumatisk stress (CRIES-13, delskalor), dissociativa symtom (A-DES), rapporterat anknämningsmönster (ASQ-40, delskalor), upplevt socialt stöd (MSPSS, delskalor), fattigdom, socioekonomisk status (SES), samt kön.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1. Trauma	-	0,83**	0,96**	0,57**	0,31	0,23	0,32	0,24	-0,3	-0,13	-0,08	0,13	0,19	-0,07	-0,18	-0,13	0,12	0,63*	-0,46**	0,01
2. Krigs- och flyktrauma		-	0,80**	0,39*	0,39*	0,23	0,45*	0,32	-0,42*	-0,01	-0,12	0,20	0,26	-0,19	-0,24	-0,22	-0,02	0,52**	-0,36*	-0,05
3. Interpersonellt trauma			-	0,51**	0,31	0,17	0,34	0,28	-0,27	-0,09	-0,01	0,15	0,23	-0,13	-0,17	-0,21	0,05	0,56**	-0,38*	0,03
4. A-DES (helskala)				-	0,34#	0,42*	0,28	0,17	-0,27	0,08	0,27	0,13	0,23	-0,11	-0,35*	0,01	0,04	0,41*	-0,51**	-0,14
5. CRIES-13 (helskala)					-	0,86**	0,85**	0,86**	-0,29	0,28	0,34	0,12	0,17	0,03	-0,01	-0,00	0,06	-0,24	0,06	-0,15
6. CRIES-13 (arousal)						-	0,60**	0,61**	-0,17	0,24	0,30	0,02	0,10	0,11	-0,08	0,17	0,16	-0,01	0,07	-0,25
7. CRIES-13 (intrusion)							-	0,59**	-0,40*	0,29	0,28	0,07	0,02	-0,10	0,00	-0,12	-0,10	0,02	-0,06	0,02
8. CRIES-13 (avoidance)								-	-0,19	0,22	0,34	0,22	0,33	0,07	0,05	-0,06	0,18	-0,07	0,29	-0,14
9. ASQ-40 (tillit)									-	-0,04	0,01	-0,27	0,01	0,45*	0,44*	0,44*	0,3	-0,33	0,14	-0,01
10. ASQ-40 (bifallsbehov)										-	0,56**	0,33	0,47**	-0,06	-0,18	0,00	0,00	-0,07	-0,01	-0,45*
11. ASQ-40 (relationsfixering)											-	0,16	0,17	-0,07	-0,17	0,09	-0,13	-0,16	0,00	-0,54**
12. ASQ-40 (distans)												-	0,64**	-0,18	-0,25	-0,27	0,03	0,1	-0,1	-0,02
13. ASQ-40 (sakorientering)													-	0,07	0,05	-0,04	0,19	0,23	-0,09	-0,05
14. MSPSS (helskala)														-	0,81**	0,85**	0,88**	-0,04	0,06	0,13
15. MSPSS (familj)															-	0,51**	0,59**	-0,16	0,16	0,28
16. MSPSS (väner)																-	0,62**	-0,04	-0,1	-0,05
17. MSPSS (signifikant annan)																	-	0,09	0,1	0,13
18. Fattigdom under uppväxten																		-	-0,52**	-0,13
19. SES																			-	0,05
20. Kön																				-

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$, # $p = 0,058$, tvåsidigt test.

Samband till dissociativa symtom. Resultatet av korrelationsanalysen visade på ett starkt samband mellan trauma och dissociativa symtom, där de deltagare som skattade högre på trauma också skattade högre på dissociativa symtom. Även delskalorna krigs- och flykttrauma och interpersonellt trauma korrelerade starkt med dissociativa symtom. Socioekonomisk status korrelerade starkt negativt med dissociativa symtom, vilket innebär att ju högre socioekonomisk status deltagarna rapporterade, desto lägre skattade de dissociativa symtom. Detta går i linje med deltagarnas rapportering av fattigdom under uppväxten, då denna variabel korrelerade medelstarkt med dissociativa symtom. Dissociativa symtom korrelerade också medelstarkt med delskalan *Arousal* för posttraumatisk stress. Vidare visade analysen på ett medelstarkt negativt samband mellan dissociativa symtom och delskalan *Familj* på MSPSS, vilket innebär att ju högre deltagarna skattade på dissociativa symtom, desto lägre skattade de upplevt socialt stöd från familjen. Efter att ha kontrollerat detta samband mot övriga variabler med signifikanta korrelationer till dissociativa symtom, var resultatet inte längre signifikant ($r(24) = -0,35, p = 0,085$).

Samband till posttraumatisk stress. Ett medelstarkt samband påträffades mellan krigs- och flykttrauma och helskalan för posttraumatisk stress, där de deltagare som skattade högre på krigs- och flykttrauma också skattade högre på posttraumatisk stress. Ett medelstarkt samband påträffades även mellan krigs- och flykttrauma och invasiva symtom för posttraumatisk stress. Utöver detta korrelerade anknytningsskalan *Tillit* medelstarkt med invasiva symtom på posttraumatisk stress, där ju högre deltagarna skattade på *Tillit*, desto lägre skattade de på invasiva symtom. Efter att ha kontrollerat detta samband mot krigs- och flykttrauma, var resultatet inte längre signifikant ($r(27) = -0,25, p = 0,19$).

Samband till trauma. Variabeln rapporterad fattigdom under uppväxten korrelerade starkt med trauma, vilket innebär att den grupp som rapporterade att de växte upp i fattigdom skattade högre värden på traumaskalan än de som rapporterade att de inte växte upp i fattigdom. Mellan socioekonomisk status och trauma fanns ett medelstarkt, negativt samband, där ju högre socioekonomisk status deltagarna skattade, desto lägre värden skattade de på traumaskalan. Anknytningsstilen *Tillit* korrelerade även medelstarkt negativt med krigs- och flykttrauma, där de deltagare som skattade högre på *Tillit*, skattade lägre på krigs- och flykttrauma.

Regressionsanalys

De oberoende variablerna trauma, SES och fattigdom under uppväxten kunde signifikant predicera dissociativa symtom ($F(3,28) = 6,20, p < 0,01$), där hela modellen förklarade 33,5% av variansen för den beroende variabeln. Trauma var den enda signifikanta prediktorn för dissociativa symtom ($\beta = 0,44, t = 2,28, p < 0,05$), och som enskild variabel predicerade trauma 11% av variansen för dissociativa symtom. Resultatet återfinns i tabell 6.

Tabell 6. Variabler som predicerar dissociativa symtom enligt multipel regressionsanalys.

Varibel	B	SE B	β	r_{part}^2
Trauma	0,23	0,10	0,44*	0,11
SES	-0,68	0,37	-0,32	0,07
Fattigdom under uppväxten	-0,13	0,71	-0,04	0,00

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

SES och fattigdom under uppväxten kunde signifikant predicera trauma ($F(2,29) = 10,66, p < 0,01$) (se tabell 7), där hela modellen förklarade 38% av variansen för trauma. Den enda prediktor som hade signifikant inverkan på resultatet var fattigdom under uppväxten ($\beta = .54, t = 3,24, p < 0,01$). Som enskild prediktor förklarade fattigdom under uppväxten 21% av variansen för trauma.

Tabell 7. Variabler som predicerar trauma enligt multipel regressionsanalys.

Variabel	B	SE B	β	r_{part}^2
Fattigdom under uppväxten	3,6	1,11	0,54**	0,21
SES	-0,73	0,66	-0,18	-0,02

** $p < 0,01$

Vidare kunde krigs- och flykttrauma predicera posttraumatisk stress med signifikant resultat ($F(1,30) = 5,24, p < 0,05$), där krigs- och flykttrauma kunde förklara 15% av variansen för symtom på posttraumatisk stress. Se tabell 8.

Tabell 8. Krigs- och flykttrauma som prediktor för symtom på posttraumatisk stress enligt enkel regressionsanalys.

Variabel	B	SE B	β	r_{part}^2
Krigs- och flykttrauma	3,06	1,34	0,39*	0,15

* $p < 0,05$

Modererande faktorer

En signifikant interaktionseffekt kunde påvisas mellan krigs- och flykttrauma och anknytningsstilen *Tillit* i relation till dissociativa symtom ($b = -0,38, 95\% \text{ CI } [-0,67, -0,08], t = -2,66, p < 0,05$), även när sambandet kontrollerades mot variablerna fattigdom under uppväxten, socioekonomisk status samt upplevt socialt stöd från familjen. Se tabell 9 för resultat.

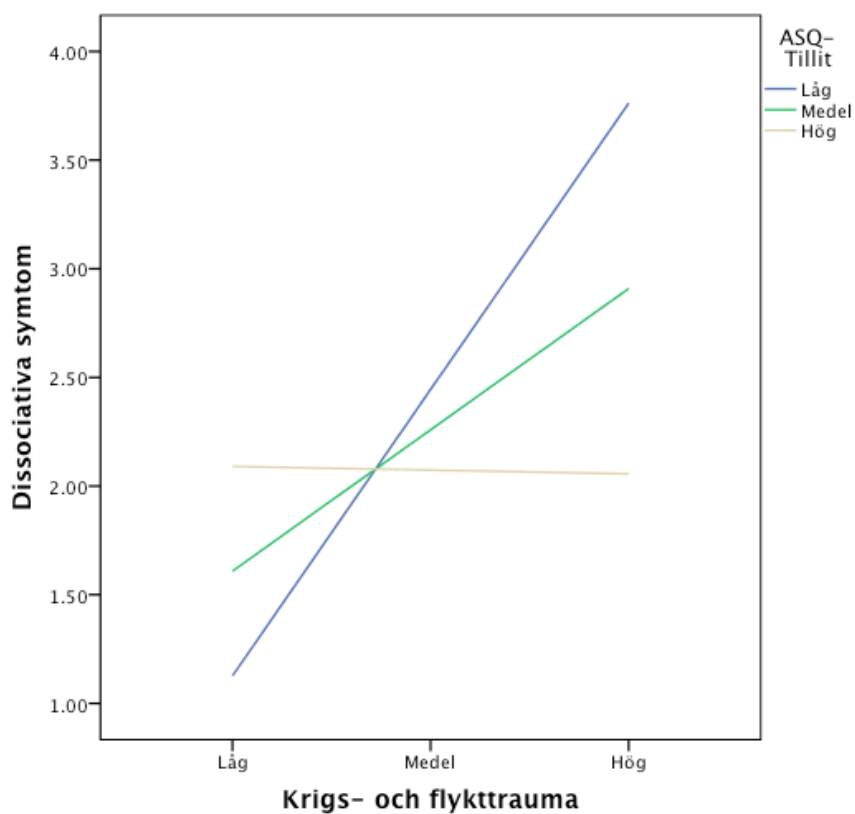
Tabell 9. Moderationseffekt av anknytningsstilen *Tillit* för sambandet mellan krigs- och flykttrauma och dissociativa symtom, samt kontrollvariabler.

Variabel	b	SE B	t
Constant	5,48* [1,32, 9,64]	2,01	2,72
ASQ-40 <i>Tillit</i>	-0,10 [-0,80, 0,60]	0,34	-0,28
Krigs- och flykttrauma	0,26* [0,01, 0,50]	0,12	2,19
Krigs- och flykttrauma x ASQ-40 <i>Tillit</i>	-0,38* [-0,67, -0,08]	0,14	-2,66
Fattigdom under uppväxten	-0,06 [-1,61, 1,50]	0,75	-0,07
SES	-0,69 [-1,51, 0,14]	0,40	-1,72
Upplevt socialt stöd från familjen	-0,18 [-0,64, 0,28]	0,22	-0,81

* $p < 0,05$

Resultatet visade också att deltagare som skattade höga nivåer (+1 *SD* över *M*) av *Tillit* skattade signifikant lägre på dissociativa symtom, än de som skattade låga nivåer (-1 *SD* under *M*) av *Tillit* vid samma nivå av krigs- och flykttrauma (se graf 1.)

Graf 1. Samband mellan krigs- och flykttrauma och dissociativa symtom vid olika nivåer av skattad Tillit, enligt simple slope analys.



En tendens till en interaktionseffekt kunde också påvisas mellan trauma och upplevt socialt stöd från familjen i relation till dissociativa symtom, dock utan signifikanta resultat. ($b = -0,08$, 95% CI [-0,19, 0,02], $t = -1,60$, $p = 0,12$). Se tabell 10 för resultat.

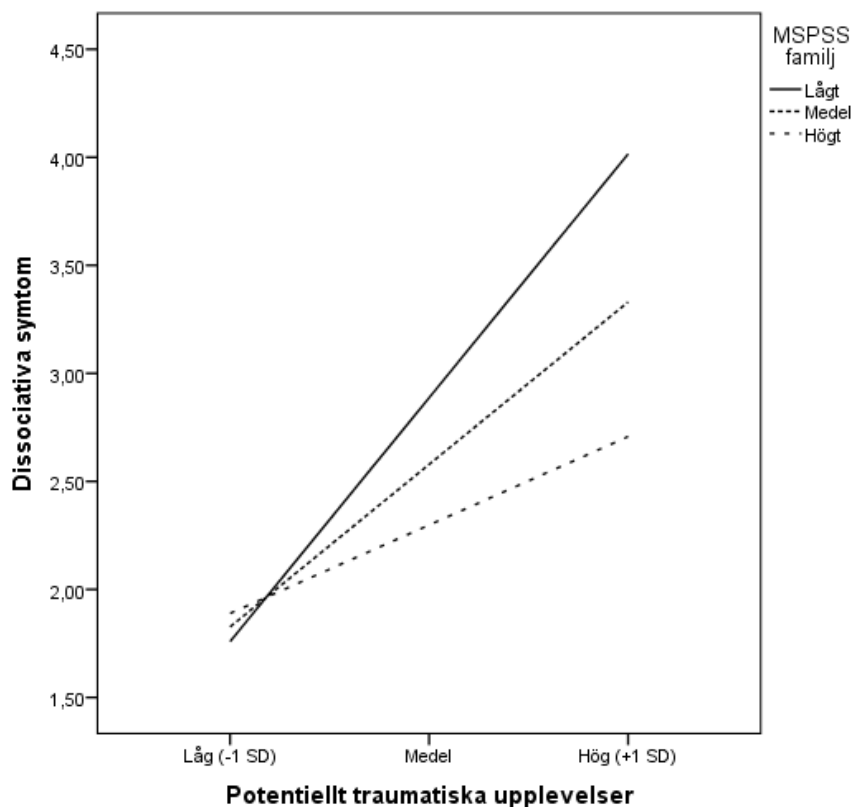
Tabell 10. Moderationseffekt av upplevt socialt stöd från familjen för sambandet mellan trauma och dissociativa symtom, samt kontrollvariabler.

Variabel	<i>B</i>	SE <i>B</i>	<i>T</i>
Constant	4,78** [2,19, 7,37]	1,26	3,79
MSPSS (<i>familj</i>)	-0,23 [-0,60, 0,14]	0,18	-1,29
Trauma	0,22* [0,02, 0,43]	0,10	2,23
Trauma x MSPSS (<i>familj</i>)	-0,08# [-0,19, 0,02]	0,05	-1,60
Fattigdom under uppväxten	-0,27 [-1,82, 1,27]	0,75	-0,36
Socioekonomisk status	-0,68 [-1,45, 0,08]	0,37	-1,83

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ # $p = 0,12$

Resultatet visade att vid en låg nivå (-1 *SD* under *M*) av upplevt socialt stöd från familjen, fanns en signifikant relation mellan trauma och dissociativa symtom. ($b = 0,378$, 95% CI [0,156, 0,6], $t = -3,485$, $p < 0,01$). Vid en hög nivå (+1 *SD* över *M*) av upplevt socialt stöd från familjen var relationen mellan trauma och socialt stöd inte längre signifikant ($b = 0,183$, 95% CI [-0,008, 0,373], $t = 1,97$, $p = 0,06$). Detta innebär att deltagare som skattade högt på trauma, men som också skattade högt på upplevt socialt stöd från familjen, skattade lägre på dissociativa symtom än de deltagare som skattade lågt på upplevt socialt stöd från familjen vid samma nivåer av trauma. Detta förhållande illustreras i graf 2.

Graf 2. Samband mellan trauma och dissociativa symtom vid olika nivåer av upplevt socialt stöd från familjen, enligt simple slope analys.



Diskussion

Nedan diskuteras studiens resultat i relation till teoretiska resonemang och tidigare forskning. Därefter följer en metoddiskussion avseende deltagare och urval, instrument och procedur där bland annat olika hot mot studiens validitet kommer att belysas. Vidare diskuteras implikationer för framtida forskning. Avslutningsvis sammanfattas diskussionen i en avslutande reflektion.

Resultatdiskussion

Förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser, dissociativa symtom och posttraumatisk stress. Föreliggande studie har undersökt förekomst av potentiellt traumatiska erfarenheter och effekter av dessa hos flyktingbarn och -ungdomar i en svensk kontext, med

syfte att resultatet ska kunna utgöra grundforskning gällande dessa individers upplevelser och mående. Gällande förekomst av traumatiska erfarenheter hos populationen har således ingen jämförelsegrupp kunnat användas, vilket gör tolkningen av resultatet svårare. Det kan dock konstateras att alla deltagare rapporterar minst en krigs- och flyktrelaterad potentiell traumatisk upplevelse, och att alla varit med om ett flertal potentiellt traumatiserande händelser av interpersonell karaktär, vilket kan jämföras med den generella förekomsten där majoriteten någon gång varit med om en potentiell traumatisk händelse (Asher, 2009). Då interpersonella trauman har större negativa effekter än trauman som inte är orsakade av människor (Cardeña & Larsson, 2009), och barn kan sägas ha en sårbarhet för trauma i och med att de fortfarande utvecklas (Shaw, 2003) är det rimligt att tänka sig att detta är en grupp som bär på mer trauma än befolkningen i övrigt, och som löper en ökad risk för psykologisk problematik generellt. Inga könsskillnader påträffades utom för att ha blivit fångslad under flykten, där tjejer rapporterade denna erfarenhet signifikant högre. Då detta var en erfarenhet som rapporterades av en liten andel av urvalet totalt, får resultatet dock tolkas försiktigt.

Gällande dissociativa symtom visade resultatet att en fjärdedel av ungdomarna skattade i nivå med indikerad patologisk dissociation eller högre. Medelvärde för hela gruppen var högre än det värde som påvisats i en icke klinisk population med svenska ungdomar ($M = 0,84$ ($SD = 1,05$), men lägre än den kliniska gruppens medelvärde på $M = 3,28$ ($SD = 1,89$) (Nilsson, 2007). Detta tyder på att dissociativa symtom är vanligare i gruppen flyktingbarn och -ungdomar än i en svensk normalpopulation. I den svenska normeringen med en icke klinisk grupp uppgav 15,5% att de upplevt trauma (Nilsson, 2007), vilket kan jämföras med gruppen för denna studie där alla rapporterade upplevt trauma. Utan att dra kausala slutsatser kan detta sägas ytterligare stödja tidigare forskning som visar på sambandet mellan trauma och dissociation.

Om man ser till förekomst av posttraumatisk stress, så visade resultatet på att 40,6 % av deltagarna skattade över cut off för indikerad PTSD-diagnos, en siffra som ligger över den prevalens på 10-15% som rapporterats av Bergendahl-Odby och Gerge (2013) gällande PTSD bland individer som bor i eller kommer från ett krigsdrabbat land. Resultatet visade inte på någon signifikant könsskillnad, men då urvalet var ojämnt gällande könsfördelning får resultatet tolkas med försiktighet. Man kan vidare framhålla att procentuellt skattade 60% i gruppen tjejer över cut off för PTSD, en siffra som kan jämföras med 32% i gruppen killar. Detta kan sägas gå i linje

med tidigare forskning där förekomsten av posttraumatisk stress är dubbelt så hög hos kvinnor som hos män (Tolin & Foa, 2008).

Samband mellan potentiellt traumatiska upplevelser och dissociativa symtom respektive posttraumatisk stress. I linje med tidigare forskning (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013; De Wachter et al., 2006; Diseth, 2005; Nixon et al., 2005) påträffades ett starkt samband mellan potentiellt traumatiska upplevelser och dissociativa symtom. Mellan helskalan för trauma och posttraumatisk stress påträffades endast en tendens till samband ($r(32) = 0,31, p = 0,087$), men för krigs- och flyktrelaterade potentiellt traumatiska upplevelser och posttraumatisk stress var sambandet signifikant. Detta kan tyda på att krigs- och flyktrelaterade trauman har större påverkan för posttraumatiska symtom än övriga traumatiska händelser, vilket också kan sägas stämma överens med teoretiska resonemang kring att dessa typer av händelser skiljer sig från trauman generellt, då de förstnämnda ofta är av interpersonell karaktär (Bustos, 1995), och att flykten i sig kan innebära en traumatisering (Asher, 2009). Man kan även framhålla att studiens förhållandevis lilla urval kan ha påverkat resultatet, och att ett större urval hade kunnat ge ett signifikant resultat även gällande sambandet mellan helskalan för trauma och posttraumatisk stress.

Samband mellan fattigdom under uppväxten respektive socioekonomisk status och potentiellt traumatiska upplevelser. Gällande både rapporterad fattigdom och socioekonomisk status kunde samband påvisas till förekomst av traumatiska erfarenheter. Detta resultat kan tolkas som att barn som växer upp i fattigdom, eller med en låg socioekonomisk status, löper större risk att vara med om potentiellt traumatiska erfarenheter, vilket också kan sägas ge ytterligare empiriskt belägg för tidigare påvisade samband mellan fattigdom och trauma (Gill & Page, 2006).

Relation mellan rapporterat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd, och dissociativa symtom samt symtom på posttraumatisk stress. De samband som påträffades mellan rapporterat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd, och dissociativa symtom respektive posttraumatisk stress, var inte längre signifikanta då sambanden kontrollerades mot andra signifikant korrelerande variabler. Gällande korrelationen mellan upplevt socialt stöd från familjen och dissociativa symtom kunde dock en tendens till samband fortfarande påvisas efter kontroll. Det är rimligt att tänka sig att ett större urval hade inneburit att

signifikans för sambandet hade uppnåtts, vilket skulle kunna indikera att upplevt socialt stöd från familjen har en skyddande effekt för grad av dissociativa symtom.

Modererande effekter. Studien ämnade undersöka om rapporterat anknytningsmönster respektive upplevt socialt stöd kunde fungera som modererande faktorer för sambandet mellan trauma och dissociativa symtom/symtom på posttraumatisk stress. Resultatet visade att det fanns en modererande effekt av anknytningsstilen *Tillit* för sambandet mellan krigs- och flykttrauma och dissociativa symtom, vilket tyder på att självskattad trygg anknytning har en skyddande effekt för uppkomsten av dissociativa symtom i sambandet mellan krigs- och flyktrelaterad trauman och dissociativa symtom. Detta stämmer väl överens med teori kring trygg anknytning som skyddande faktor för dissociativa symtom (Diseth, 2005; Nilsson, 2011). Kännetecknande för anknytningssystemet är att det aktiveras då barnet upplever rädsla (Broberg, 2006), något som rimligen sker ofta i sammanhang av krig och flykt. Om omvårdnadspersonen i denna typ av situationer inte tillgodoser barnets behov av emotionellt stöd, finns en ökad risk för dissociation (Wieland, 2011). Att anknytningens kvalitet påverkar barnets mående i dessa sammanhang, och i förlängningen uppkomsten av dissociativa symtom, blir förståeligt utifrån detta resonemang och kan sägas få empiriskt belägg från resultatet av föreliggande studie.

Gällande socialt stöd påträffades ingen signifikant modereringseffekt, men en tendens till interaktion kunde påvisas mellan potentiell traumatiserande upplevelser och upplevt socialt stöd från familjen, i sambandet mellan trauma och dissociation. Detta innebär att socialt stöd från familjen tenderade att verka skyddande mot dissociativa symtom i sambandet mellan potentiellt traumatiserande upplevelser och dissociativa symtom, dock utan signifikans. Även här är det möjligt att tänka sig att ett större urval hade stärkt studiens power på ett sådant sätt att resultatet av den hierarkiska regressionsanalysen hade blivit signifikant.

Metoddiskussion

Föreliggande studie har ett relativt brett syfte och ett flertal frågeställningar som undersöker olika aspekter med beröring till förekomst av olika symtom hos flyktingbarn och – ungdomar. Valet att införliva ett flertal undersökningsområden hade sin basis i den brist på forskning som finns gällande den givna gruppen, och i en vilja att belysa inte bara denna grupps psykiska mående, utan även vilka faktorer som kan tänkas påverka förekomsten av symtom. Vi gjorde även valet att inte använda oss av hypoteser. Beslutet grundades i vår uppfattning att syfte

och frågeställningar på ett fullgott sätt räckte som riktningsmarkör för vad vi ämnade undersöka. Eftersom studien hade en i första hand explorativ ansats valde vi därför att endast utgå från frågeställningar. Likväl kan det framhållas att på grund av avsaknaden av hypoteser blev resultatet svårare att följa och inte lika tydligt kopplat till syfte och frågeställningar. Hade vi istället valt att koppla våra frågeställningar till hypoteser hade resultatet förmodligen blivit mer lättläst och överskådligt. Resultatet hade också fått en tydligare förankring i hypoteser, en röd tråd och någonting att koppla tillbaka till.

Deltagare och urval. Valet att undersöka gruppen flyktingbarn och -ungdomar i en svensk kontext baserades som nämnt i första hand på att forskning inom trauma, posttraumatiska reaktioner och dissociativa symtom saknas för denna grupp. Ambitionen var att fånga upp ett brett spektrum av ungdomar ur populationen för att stärka den studiens externa validitet, varför rekryteringen genomfördes på ett flertal olika skolor. Denna rekryteringsmetod innebar också en pragmatisk fördel i och med att dessa ungdomar alla hade varit i Sverige längre än ett år, och således förstod språket i större utsträckning än på exempelvis ett asylboende för nyanlända. En fördel med detta är vidare att populationen för studien troligen blev mer homogen än om man valt att inkludera även mer nyanlända ungdomar. Att gå via skolor krävde tillstånd från rektor, vilket innebar att ett flertal skolor valde att inte medverka i studien. Detta kan ha påverkat resultatet i och med att ett större antal skolor också troligen hade inneburit ett bredare urval.

Urvalets karaktär kan även ha påverkat studiens generaliserbarhet. De resultat som studien visade på hade i bästa fall kunnat göra anspråk på att generalisera till flyktingbarn och -ungdomar mellan 10-17 år som går i svensk skola, men möjligheten till en sådan generalisering kan sägas minska med tanke på studiens låga sample ($N = 32$). Vidare finns en risk att resultatet påverkades av selektionsbias i rekryteringsprocessen, då denna process troligen bättre fångade upp de personer som i större utsträckning var intresserade av att komma fram till oss och höra mer om studien. I och med detta hade troligen de personer som av olika anledningar inte självmant ville ta del av information om studien inte heller lika stor möjlighet att delta. I föreliggande studie är det troligen främst de flyktingbarn och -ungdomar som har en ökad nyfikenhet och som själva har lättare för att ta kontakt med oss främlingar, som i högre utsträckning är representerade i studien. En överrepresentation av mer aktiva och kontaktsökande flyktingbarn och -ungdomar får konsekvenser för resultatens generaliserbarhetsförmåga, som till följd av detta sjunker.

Trots en ambition om jämn könsfördelning hade det slutgiltiga urvalet en överrepresentation av killar, vilket kan ha inverkat på resultatet då tidigare forskning har visat på könsskillnader för sannolikhet att utveckla PTSD (Tolin & Foa, 2008). Det fanns även en viss överrepresentation i urvalet av ungdomar över 15 år, vilket kan ha berott på dessas medverkan i studien inte krävde målsmans underskrift utan endast eget samtycke.

Vår rekryteringsprocess resulterade i en grupp på 32 deltagare. Ett större sample hade ökat studiens statistiska power vilket hade varit gynnsamt inte minst då detta är studie som undersöker förekomst av olika symtom. Framtida studier som ämnar undersöka situationen för flyktingbarn och -ungdomar som går i svensk skola bör ta hänsyn till några metodmässiga lärdomar som kan dras från denna studie. Utifrån våra erfarenheter kan ett tips vara att tidigt ta kontakt med skolorna och be om att själva få besöka berörda klasser för att personligen få informera om studien för eleverna. På så sätt tänker vi oss att rekryteringsprocessen blir mer konsekvent eftersom att en maximerar sina möjligheter att nå alla berörda potentiella deltagare. Informationen blir då förmodligen tydligare eftersom det rör sig om förstahandsinformation från forskarna själva. Det är också en fördel att själv informera eftersom en då finns på plats för att personligen svara på följdfrågor. Ytterligare en fördel är att eleverna då hade befunnit sig på en välkänd plats, de hade kunnat sitta ner och hade förmodligen haft lättare att rikta uppmärksamheten mot studien, till skillnad från vad som i vår studie skedde när vi till exempel stod vid ett bord på en öppen plats och informerade.

Språkförståelse. Ett av studiens urvalskriterier var att deltagarna skulle ha en så pass god språkförståelse att de kunde genomföra skattningen med stöd från forskarna. Bedömningen av denna språkförståelse skedde i mötet med barnen vid rekryteringen samt under själva skattningen, då forskarna fanns till hands om det var någon deltagare som inte förstod en fråga eller ett ord. Vår bedömning under dessa skattningar var att barnen generellt hade en så pass god språkförståelse att skattningarna kan anses tillförlitliga. Majoriteten av deltagarna hade varit i Sverige längre än ett år och samtliga gick i svensk skola. Det ska likväl framhållas att språkförståelsen hos enskilda deltagare kan ha påverkat resultatet i någon mån, i och med att den språkbedömning vi gjorde var relativt knapphändig och baserades på vardagstal. Vi kan heller inte vara säkra på att de deltagare som eventuellt inte förstod någon fråga faktiskt också tog initiativ till att fråga oss om hjälp.

Etik. Studiens etiska överväganden kretsade främst kring vikten av anonymitet samt frivilligt deltagande. Då studien behandlade känslig personinformation informerades deltagarna om anonymitet, samt om hur materialet skulle hanteras och på vilket sätt resultaten skulle presenteras. Eftersom studien ställde frågor om obehagliga och påfrestande upplevelser betonades även att deltagandet var frivilligt och att det kunde avbrytas närhelst deltagarna ville. Det bör ändå belysas att vissa av frågorna i de olika skattningsskalorna potentiellt kan ha väckt svåra känslor och tankar att hantera, förknippade med till exempel det upplevda traumat. Vår ambition var att hela tiden finnas på plats om svåra erfarenheter eller smärtsamma tankar skulle göra sig påminda hos någon av deltagarna. Vi informerade också deltagarna om att de när som helst kunde vända sig till oss om det var något som kom upp som de behövde tala om. Med det sagt inser vi också att tröskeln att börja prata med en främmande människa om sådant som gör ont är hög. Därför fick deltagarna med sig lappen om information kring vad de hade medverkat i, samt med ett telefonnummer till vår handledare som är legitimerad psykolog, som var officiell kontaktperson för studien, med sig hem. Syftet med att det fick med sig hem information om studien samt kontaktuppgifter till legitimerad psykolog var för att vi tänkte att smärtsamma minnen, orostankar och jobbiga känslor kanske kunde uppstå när de väl var hemma i en (förhoppningsvis) lugnare och tryggare miljö.

Instrument. Studiens resultat baserades på data som samlats genom självskattningsinstrument. Detta är ett subjektivt mått som till stor del förlitar sig på individens ärlighet och förståelse av de frågor som ställs, vilket kan påverka resultatens tillförlitlighet. Gällande föreliggande studie befann sig författarna på plats då själva skattningen genomfördes, och fick vid ett par tillfällen säga till deltagare som märkbart slarvade med att läsa frågorna innan de skattade. Vid tillsägning fick dessa deltagare skatta om svaren, och dessa svar ansågs vid granskning av skattningarna vara tillförlitliga. Utöver detta finns en risk att social önskvärdhet påverkade deltagarnas svar, främst gällande skalorna MSPSS och ASQ-40. Detta innebär att deltagarna kan ha svarat så som de önskar att verkligheten var beskaffad gällande anknytning eller socialt stöd från familj, vänner och signifikanta andra, snarare än hur de verkligen uppfattar detta. Trots detta kunde en samstämmighet gällande svarsmonster påvisas mellan skalorna MSPSS och ASQ-40, där de som rapporterade störst upplevt socialt stöd också var de som hade trygg anknytning i en större utsträckning. Detta går i linje med teori kring att anknytning och socialt stöd är relaterade till varandra (Shallcross, Frazier, & Anders, 2014), och tyder i detta

sammanhang på att skalorna är valida. Det visar även på att skalorna passar för att mäta rapporterad anknytning och upplevt socialt stöd gällande denna specifika grupp.

Två deltagare valde av okända anledningar att inte genomföra skattning för ASQ-40. För dessa personers självskattningsformulär användes då endast traumaformulär, A-DES, CRIES-13 samt MSPSS i analysen. Detta påverkade den statistiska powern hos ASQ-40 negativt då samplet blev mindre, vilket innebär att risken för typ-II fel ökade.

Fyra av fem mätverktyg som användes i studien (A-DES, CRIES-13, MSPSS och ASQ-40) har i tidigare forskning uppvisat både god reliabilitet och validitet (Nilsson & Svedin, 2006; Perrin et al., 2005; Smith et al., 2003; Tengström & Håkansson, 1997; Verlinden et al., 2014; Zimet et al., 1988). A-DES, CRIES-13, MSPSS samt delskalan *Tillit* i ASQ-40 uppvisade en god intern konsistens i föreliggande studie vilket tyder på att mätverktygen i stort var tillförlitliga. Dock uppvisade resultaten för Cronbachs alfa i delskalorna *Distans*, *Sakorientering*, *Bifallsbehov* och *Relationsfixering* i ASQ-40 icke godkända nivåer för en god intern konsistens. Dessa resultat får konsekvenser för de signifikanta könsskillnader för delskalorna *Bifallsbehov* och *Relationsfixering* som återfanns i resultatet. Den låga interna konsistensen i delskalorna *Bifallsbehov* ($\alpha = 0,46$) samt *Relationsfixering* ($\alpha = 0,58$) innebär att resultaten måste tolkas med försiktighet. Vi kan inte uttala oss kring dessa könsskillnader eftersom vi inte kan vara säkra på att de, i resultatet, uppvisade skillnaderna mellan tjejer och killar är tillförlitliga.

Att mäta reliabilitet hos traumaformulär blir svårt eftersom formuläret inte har item som hänger samman. Formuläret undersöker olika typer av trauma och syftar främst till att undersöka kumulativt trauma. En kommande studie visar att i en normalpopulation med $N = 240$ korrelerade traumaformulär med både CRIES-13 och A-DES, vilket kan sägas stärka validiteten i formuläret (Gušić et al., 2015).

Implikationer för skola och vård

Att ha en posttraumatisk och/eller dissociativ problematik som barn eller ung i skolan kan tänkas påverka fungerandet såväl gällande skolprestation som socialt. Den posttraumatiska problematiken inbegriper för barn och unga bland annat inlärningssvårigheter, utagerande lek och socialt tillbakadragande (Bergendahl-Odby & Gerge, 2013), något som rimligen gör det svårare att samspela socialt med andra på ett adekvat sätt, eller skapa nära vänskapsrelationer. Vidare kan den typ av medvetandeförändringar, som en dissociativ problematik innebär, tänkas

påverka såväl koncentration som inlärning. Att upprätthålla fokus och hänga med i undervisningen blir därmed svårare. Personal i skolan bör vara uppmärksamma på och medvetna om att denna typ av problematik kan vara vanlig hos barn och unga som flytt från krig, med syfte att kunna tillgodose dessas behov och erbjuda anpassat stöd i skolmiljön. Detta inte minst då tillståndens uttryck kan likna de av andra uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar (Diseth, 2005).

Med tanke på läget i världen och det ökande flyktingmottandet i Sverige är det rimligt att tänka att patienter som har en problematik av posttraumatisk och/eller dissociativ karaktär också kommer att bli allt vanligare i vården. Resultaten i föreliggande studie kan således sägas vara viktig kunskap att ha med sig som kliniker, i mötet med personer som har flytt från krigshärjade områden. Detta gällande såväl diagnostik och behandling.

Framtida forskning

Då föreliggande studies urval var relativt litet, kan en implikation för framtida forskning vara att undersöka förekomst av potentiellt traumatiserande upplevelser, dissociativa symtom samt posttraumatisk stress i en större population flyktingbarn och –ungdomar. Detta skulle ge en mer tillförlitlig bild av hur förekomsten ser ut i denna grupp och vidare göra resultaten mer generaliserbara. Att undersöka upplevt socialt stöd från familjen som modererande faktor till sambandet mellan trauma och dissociativa symtom kan också sägas vara viktigt då föreliggande studie endast fann en tendens till ett sådant förhållande. Vidare skulle variablerna för denna studie kunna undersökas i en grupp mer nyanlända barn och ungdomar, då det är möjligt att förekomsten ser annorlunda ut bland de som kommit nyligen till Sverige i och med att deras erfarenheter också kan tänkas ligga närmare i tid.

Framtida studier skulle även kunna undersöka differentialdiagnostiska aspekter av dissociativa symtom, såsom uppmärksamhetsstörningar och hyperaktivitet, i och med att dessa tillstånd kan ta sig liknande uttryck och dissociativa symtom som tillstånd tenderar att vara underdiagnostiserat (Diseth, 2005). Föreliggande studie har inte tittat på undergrupper av dissociativa symtom, utan endast på symtombilden generellt, och efterkommande forskning hade kunnat närmare undersöka vilka typer av symtom som är vanligast bland barn och unga i denna grupp, samt huruvida dessa relaterar till tillstånd som överlappar/tangerar varandra diagnostiskt.

Det kan också framhållas som viktigt att studera ytterligare skyddande faktorer respektive sårbarhetsfaktorer som är gällande för barn och unga flyktingar i Sverige.

Det hade också varit intressant att kvalitativt undersöka dessa ungdomars upplevelser på ett mer djupgående sätt, då ett sådant angreppssätt hade kunnat ge en bild av det är att leva med erfarenheter av potentiella trauman, posttraumatisk stress respektive dissociativa symtom, och hur detta begripliggörs och förstås av barn och unga i en svensk kontext. En kvalitativ studie hade också vidare kunnat rama in vilka specifika hjälpbehov som denna grupp upplever sig ha.

Avslutande reflektion

Att komma till ett nytt land som flykting innebär en stor utmaning för individen, med svårigheter på såväl strukturella som personliga nivåer (Röda Korset, 2015). En anpassning till den nya kulturen är något som samhället kräver, och diskriminering är ett faktum för såväl flyktingar som invandrare generellt. Parallellt med detta förväntas individen hantera eventuellt traumatiska erfarenheter och personliga förluster. Trots att barn och unga ofta integreras relativt snabbt i samhället, ingår de ofta i ett familjesystem där såväl vuxna som barn bär på trauma. Utifrån forskning kring flyktingars ökade risk för psykisk ohälsa (Cardeña & Larsson, 2009), kan det således framhållas att samhället har ett stort ansvar för att hjälpa denna grupp. En central del i detta ansvar är att bedriva forskning gällande dessa individers mående och situation.

Föreliggande studie har bidragit med kunskap kring gruppen flyktingbarn och -ungdomars erfarenheter av potentiellt traumatiska upplevelser och psykiska mående i en svensk kontext, vilket förhoppningsvis i förlängningen också kan bidra till att kunskapen ökar kring vilken typ av stöd och hjälp dessa individer kan behöva. Vikten av att tidigt fånga upp de ungdomar som har en problematik av posttraumatisk eller dissociativ karaktär, med syfte att de ska få samma utvecklingsmöjligheter och förutsättningar som barn och unga utan upplevelser av krig och flykt, kan inte nog betonas.

Referenser

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Allen, J. G., Fultz, J., Huntoon, J., & Brethour, J. R., Jr. (2002). Pathological dissociative taxon membership, absorption, and reported child-hood trauma in women with trauma-related disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 89–110.
- Allwood, C. M. & Johnsson, P. (red.) (2009). *Mänskliga möten över gränser: vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Armstrong, J., Putnam, F., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–495.
- Ascher, H. (2009). Barn och vuxna i asylprocessen. I C. M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser: Vård och omsorg i det mångkulturella samhället*, (ss. 28-59). (1 uppl.). Stockholm: Liber.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A. H., Roum M. M., & Hauff, E. (2012). What are the risk factors for

- the comorbidity of posttraumatic stress disorder and depression in a war-affected population? A cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 12(175), 1-12.
- Bak, M. (2013). Barndom och migration. I Bak, M. & von Brömssen K. (Red.), *Barndom och migration* (ss. 13-45). Umeå: Borea förlag.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 27(12), 1377-1395.
- Bean, T. M., Eurelings Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2006). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1204-1215.
- Bergendahl-Odby, E., & Gerge, A. (2013). *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga : förekomst, diagnostik och behandling*. Vaxholm: Insidan.
- Bernstein, E., & Putnam, F. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bustos, E. (1995). Trauma och flyktingskap i ett existentiellt och psykodynamiskt perspektiv. I

- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 245-67
- Cardeña, E. & Larsson, M. R. (2009). Posttraumatiska störningar hos flyktingar. I C. M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser: Vård och omsorg i det mångkulturella samhället*, (ss. 61-76). (1 uppl.). Stockholm: Liber.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., Armstrong, J., Daniels, J. W., Loewenstein, R., & Roth, D. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 549– 567.
- Carlson, E.B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 479-489.
- Christiansen, D.M., & Hansen, M. (2015). Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 1-10.
- Cicchetti, D., & Cohen D. J. (1995). *Developmental psychopathology*. New York: Wiley-Interscience.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. uppl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och Utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dalenberg, C., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550-588.

- De Wachter, D., Lange, A., Vanderlinden, J., Pouw, J., & Strubbe, E. (2006). The influence of current stress on dissociative experiences: An exploratory study in a non-clinical population. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 87–96.
- Derluyn, I., & Broekhart, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioral problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12(2), 41-62.
- Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as a reaction to trauma - an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 79-91.
- Dutra, L., Bianchi, B., Siegel, D. J., & Lyons-Ruth, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. I P. F. Dell & J. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (ss. 83-92). New York, NY: Routledge.
- Eide, K. (2005). *Tvetydige barn: Om barnemigranter i et historiskt komparativt perspektiv*. Bergen: Universitetet i Bergen, Sosiologisk institutt, det samfunnsvitenskaplige fakultet.
- Farrington A., Waller G., Smerden J., & Faupel A. W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189(10), 722-727.
- Flannery, Jr. J. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3(4), 593-611.
- Feeney, B. C., & Kirkpatrick, L. A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 255–270.
- Gill, J. M., & Page, G. G. (2006). Psychiatric and physical health ramifications of traumatic

events in women. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(7), 711-734.

Gušić, S., Cardeña, E., Bengtsson, A., & Søndergaard, H. P. (2015). *Types of Trauma in Adolescence and their Relation to Dissociation: A Mixed-Methods Study*. (Manuskriptet är inlämnat för publikation.).

Hammack, P. L., Richards, M. H., Luo, Z., Edlynn, E. S., & Roy, K. (2004). Social support factors as moderators of community violence exposure among inner-city African American young adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(3), 450-462.

Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.

Hulette, A. C., Freyd, J. J., & Fisher, P. A. (2011). Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 35(2), 123-126.

Johnsson, E. (2015). Prediction of adaptation difficulties by country of origin, cumulate psychosocial stressors and attitude toward integrating: A Swedish study of first-generation immigrants from Somalia, Vietnam and China. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 174-182.

Keck Seeley, S. M., Perosa, S. L. & Perosa, L. M. (2004). A validation study of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 755-769.

Klest, B., Freyd, J.J., & Foynes, M.M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic symptoms in Hawaii: Gender, ethnicity, and social context. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 409-416.

Kohrt, B. A., Jordans M. J. D, Tol W.A., Luitel, N. P., Maharjan, S. M., & Upadhaya, N. (2011).

- Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: Adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. *BMC Psychiatry*, 11(1), 127-143.
- Lewis-Fernández, R. Gorritz, M. Raggio, G. A. Peláez, C. Chen, H., & Guarnaccia, P. J. (2010). Association of trauma-related disorders and dissociation with four idioms of distress among Latino psychiatric outpatients. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(2), 219–243.
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 283–300.
- Llabre, M. M., Hadi, F., La Greca, A. M., & Lai, B. S. (2015). Psychological distress in young adults exposed to war-related trauma in childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 169-180.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. I P. F. Dell, & O'Neil, John (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. (ss. 53-65). New York: Routledge.
- Malesevic, A., & Wallin, S. (2013). *Att vara som en nyfödd - en narrativ studie om sju unga migranternas upplevelser av att fly och leva i exil*. (Psykologexamensarbete). Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Malmö högskola. (2008). *FoU rapport 2008:3 - Migration och psykisk ohälsa*. Malmö: Holmbergs.
- Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of concepts, issues, and treatments. *Traumatology*, 16(4), 17–26.

Marshall, G. N., & Orlando, M. (2002). Acculturation and peritraumatic dissociation in young adult Latino survivors of community violence. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 166–174.

Migration. (2012) hämtad 9 mars 2015 från
http://www.redcross.se/PageFiles/1213/Migration_faktablad_20120420.pdf

Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1209–1224.

Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(5), 817– 826.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. I Snyder, D. K., Simpson, J., & Hughes, J. N. (Red.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (ss. 77–99). Washington, DC: American Psychological Association.

Muris P., Merckelbach H. & Peeters E (2003). The links between the adolescent dissociative experiences scale (A-DES), fantasy proneness, and anxiety symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(1), 18-24.

Nilsson, D. (2007). *Trauma, Posttraumatic Stress and Dissociation Among Swedish Adolescents. Evaluation of Questionnaires* (Doktorsavhandling). Linköpings universitet, Institutionen för molekylär och klinisk medicin.

- Nilsson, D., Holmqvist, R., & Jonson, M. (2011). Self-reported attachment style, trauma exposure and dissociative symptoms among adolescents. *Attachment & Human Development, 13*(6), 579-595.
- Nilsson, D., Svedin C. G. (2006). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma: An evaluation of the Swedish version of adolescent dissociative experience scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(9), 684-689.
- Nixon, R. D. V., Bryant, R. A., Moulds, M. L., Felmingham, K. A., & Mastrodomenico, J. A. (2005). Physiological arousal and dissociation in acute trauma victims during trauma narratives. *Journal of Traumatic Stress, 18*(2), 107–113.
- O’Connell Davidsson, J., & Farrow, C. (2007). *Child migration and the construction of vulnerability*. University of Nottingham, School of Sociology & Social Policy.
- Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. (7., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5. ed.) Buckingham: Open University Press.
- Perrin, S, Meiser-Stedman, R., & Smith, R. (2005). The children’s revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(4), 487-498.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect, 17*(1), 39-45.
- Putnam F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- På flykt*. (u. å) hämtad 9 mars 2015 från <http://www.redcross.se/teman/pa-flykt/>

- Realmuto, G. M., Masten, A., Flies, L., Hubbard, J., Grote-luschen, A., & Chun, B. (1992). Adolescent survivors of massive childhood trauma in Cambodia: Life events and current symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 5*(4), 589–599.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine, 90*, 24-31.
- Scheeringa, M. S, Zeanah, C.H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents -towards an integrated algorithm. *Depression & Anxiety, 28*(9), 770-782.
- Shallcross, S .L., Frazier, P. A., & Anders, S .L. (2014). Social resources mediate the relations between attachment dimensions and distress following potentially traumatic events. *Journal of Counseling Psychology, 61*(3), 352–362.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(4), 237-246.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregov, A. & Yule, W. (2003). Principal component analysis of the impact of event scale in children in war. *Personality and Individual Differences, 34*(2), 315–322.
- Soukup, J., Papežová, H., Kuběna, A. A., & Mikolajová, V. (2010). Dissociation in non-clinical and clinical sample of Czech adolescents. Reliability and validity of the Czech version of the adolescent dissociative experiences scale. *European Psychiatry, 25*(7), 390-395.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development, 7*(4), 349-367.
- Stretmo, L., & Melander, C. (2013). *Får jag vara med? Erfarenheter från ensamkommande barn*

och ungdomar i Göteborgsregionen och arbetet med denna grupp. Göteborg: FoU i Väst/GR rapport 2.

Tengström, A., & Håkansson, A. (1997). *ASQ, Attachment style questionnaire, Manual till den svenska versionen*. Umeå: Institutionen för tillämpad psykologi.

Theorell, T. (2002). Kontroll över den egna situationen - en förutsättning för hantering av negativ stress. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress. Molekylerna - individen - organisationen – samhället*. Stockholm: Natur & Kultur.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *5*(1), 37-85.

Van Duijl, M., Kleijn, W., & de Jong, J. (2013). Are symptoms of spirit possessed patients covered by the DSM-IV or DSM-5 criteria for possession trance disorder? A mixed-method explorative study in Uganda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(9), 1417–1430.

Van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E. & de Jong, J. (2010). Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *34*(2), 380–400.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: Norton.

Vem är flykting. (u.å.). Hämtad 10 mars 2015 från
<http://sverigeforunhcr.se/om-oss/vem-ar-flykting>

Verlinden, E., van Meijel, P. M., Opmeer, B. C., Beer, R., de Roos, C., Bicanic, I. A. E.,

- Lamers-Winkelmann, F., Ollf, M., Boer, F., & Linderman, R. J. M. (2014). Characteristics of the children's revised impact of event scale in a clinically referred Dutch sample. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 388-344.
- Vernberg, E. M., La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 237–248.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: om anknytning, trauma och dissociation*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Wherry, J. N., Niel, D. A., & Taylor, T. N. (2009). Pathological dissociation as measured by the child dissociative checklist. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*(1), 93–102.
- Wieland, S. (2011). *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions*. New York, NY: Routledge Psychosocial Stress Series.
- Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences, 34*(5), 819–829.
- Zerach G., Greene, T., Ginzburg, K., & Solomon, Z. (2014). The relations between posttraumatic stress disorder and persistent dissociation among ex-prisoners of war: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(2), 99-108.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1). 30-41.
- Zona, K., & Milan, S. (2011). Gender differences in the longitudinal impact of exposure to

violence on mental health in urban youth. *Journal of Youth & Adolescence*, 40(12), 1674-1690.