



LUNDS UNIVERSITET
Institutionen för psykologi

UR ASKAN I ELDEN?

Om psykologiskt arbete med asylsökande barn

Psykologexamensuppsats

Katarina Berg och Katarina Åkerlind

2005-01-17

Handledare: Pirjo Birgerstam
Examinator: Sven Ingmar Andersson

Berg, K., & Åkerlind, K. (2005). *Ur askan i elden? Om psykologiskt arbete med asylsökande barn*. Psykologexamenssuppsats Vol. VI (2004):41. Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

ABSTRACT

This phenomenological study explores the mental health problems of asylum-seeking children in Sweden and highlights possible ways of meeting their needs. Open interviews with 13 clinically experienced psychologists were conducted. The results of the analysis suggest that experiences of trauma and separation, the child's developmental level, parental functioning and family dynamics contribute to the mental health problems of asylum-seeking children. When meeting these children the psychologists continuously face ethical dilemmas since the asylum-seeking process seems to aggravate the problems as well as complicate the use of traditional interventions. Promoting structure and activity, normalizing symptoms, educating about trauma and crisis, sharing and accepting anxieties and sometimes thoroughly working through traumatic experiences are treatment strategies found clinically useful. Systematic follow-up studies are needed to decide the effects of these interventions.

Keywords: asylum-seeking children, mental health, trauma, family dynamics, trauma treatment, ethical dilemmas, phenomenological study

Berg, K., & Åkerlind, K. (2005). *Ur askan i elden? Om psykologiskt arbete med asylsökande barn*. Psykologexamensuppsats Vol. VI (2004):41. Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

SAMMANFATTNING

Syftet med denna fenomenologiska studie var att utforska psykiska problem hos asylsökande barn i Sverige samt att belysa möjliga sätt att tillgodose deras behov. Tretton öppna intervjuer med kliniskt erfarna psykologer genomfördes. Resultaten av analysen visar att en historia av trauma och separation, barnets utvecklingsnivå, föräldrafungerande och familjedynamik är faktorer som bidrar till de asylsökande barnens psykiska problem. Psykologerna ställs inför ett flertal dilemman i behandlingen eftersom asylprocessen verkar försvåra såväl barnens problem som möjligheten att använda traditionella interventioner. Till de behandlingsstrategier som psykologerna tycker fungerar hör att strukturera vardagen och uppmuntra aktivitet, normalisera symptom, undervisa om trauma och kris, härbärgera och acceptera ångest samt i vissa fall bearbeta traumatiska erfarenheter. Systematiska uppföljningar behövs för att avgöra effekterna av dessa interventioner.

Nyckelord: asylsökande barn, psykisk hälsa, trauma, familjedynamik, traumabehandling, etiska dilemman, fenomenologisk studie

FÖRFATTARNAS TACK

Ett stort tack vill vi rikta till alla er psykologer som tagit er tid att så frikostigt dela med er av era erfarenheter, både under intervjuerna och i efterarbetet. Det har varit spännande, skrämmande och inspirerande att få ta del av era berättelser. Utan dem hade vi inte kunnat genomföra uppsatsarbetet. Vi vill även tacka vår handledare Pirjo Birgerstam för att du med tålamod har väglett oss genom den fenomenologiska snårskogen. Då vi tappade riktningen och modet uppmuntrade och guidade du oss med en smittande energi, så att vi kunde hitta rätt igen. Med hjälp av dina uppslag och värdefulla råd på vägen har vi förmått utforma och slutföra vår studie. Tack även till Robin Åkerlund för ditt engagemang och dina värdefulla synpunkter. Slutligen vill vi tacka våra familjer och våra vänner, nära och fjärran, för ert stöd och er uppmuntran, i uppsatsarbetet och på vägen som lett oss hit.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	7
INLEDNING	8
Syfte	9
Definitioner och avgränsningar	10
METOD	10
Val av metod	10
Metodbeskrivning.....	11
Våra förväntningar	11
Informanterna	12
Intervjuförfarandet.....	12
Bearbetning.....	13
Teori.....	13
RESULTAT	14
Vilka förutsättningar arbetar psykologen under?	15
Vad är psykologen ålagd att arbeta med?.....	15
Vilka rättigheter har asylsökande barn?.....	16
Hur ser asylprocessen ut?	17
Vilka problem kan asylsituationen medföra för den asylsökande?.....	17
Vilka söker hjälp och varför?.....	19
Vad har språket för betydelse för kontakten?	20
Kan psykologerna arbeta under de givna förutsättningarna?	22
Vilka mål vill psykologen uppnå med behandlingen?	23
Vad gör psykologen i den inledande kontakten?	24
Vad behöver psykologen veta om barnet för att ta ställning till olika åtgärder? ..24	
När skriver psykologen intyg?.....	26
Finns det risk att barnet mår sämre av psykologkontakten?	28
Vad är orsaken till problemet?	29
Vad tar sig problemet för uttryck?	29
Vilka erfarenheter har barnet med sig?.....	30
Hur kan problemet samverka med barnets utveckling?	33
Vilken roll spelar föräldrarna för barnets psykiska hälsa?.....	36

<i>Vad händer med samspelet i asylfamiljen?</i>	40
Går det att tillgodose behovet av traumabehandling under asylprocessen?	44
Vem skall psykologerna behandla? Familjen eller barnet?	45
Vad kan psykologen göra?	46
<i>Hur skapar psykologen trygghet i en otrygg situation?</i>	46
<i>Hur kan psykologen ta tillvara det som fungerar?</i>	47
<i>Vad behöver de asylsökande veta mer om?</i>	51
<i>Hur arbetar psykologen med det som inte går att förändra?</i>	54
<i>Behöver barnet medicinska åtgärder?</i>	56
<i>Hur kan psykologen arbeta med de asylsökande barnens traumatiska erfarenheter?</i>	56
<i>Vilka traumabearbetande metoder kan psykologen använda med asylsökande barn?</i>	60
Vad kan psykologen åstadkomma med behandlingen?	62
DISKUSSION	64
Har vi uppfyllt studiens syfte?	64
<i>Vad är problemet och hur åtgärdas det av psykologerna?</i>	64
<i>Vad skapar det asylsökande barnets psykiska ohälsa?</i>	65
<i>Vari ligger svårigheten att möta de asylsökande barnen och familjerna?</i>	66
<i>Vilka möjligheter har psykologen att hjälpa?</i>	70
Är våra resultat giltiga?	71
Vad tillför denna studie?	73
SLUTORD	75
REFERENSER	76
BILAGA A: DIAGNOSTISKA KRITERIER ENLIGT DSM-IV	80
BILAGA B: INTERVJUGUIDE	82
BILAGA C: FLÖDESSCHEMA FÖR BEHANDLINGSKONTAKT	83
BILAGA D: FN:S ALLMÄNNA FÖRKLARING OM DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA, ARTIKEL 14	84
BILAGA E: FN:S KONVENTION OM BARNES RÄTTIGHETER, ARTIKEL 2, 3, 12, 22, 39	85

FÖRORD

Då vi valde ämnet för vår uppsats var det flera bakomliggande intressen, förväntningar, och önskemål som gjorde att vi till slut beslöt att undersöka hur psykologer kan arbeta med asylsökande barn. Valet av ämne och fokus kan sägas vara en frukt av omfattande diskussioner oss emellan och med vår handledare samt en strävan att omfatta de mest centrala av våra gemensamma och individuella önskemål.

Som blivande psykologer är vi båda särskilt intresserade av behandlingsarbete med barn och vi ville därför att vår studie skulle vara av klinisk relevans för arbete inom detta område. Vår förhoppning var framför allt att öka vår egen kunskap om någon vanligt förekommande patientgrupp som barnpsykologer möter i sin yrkesverksamhet. Vi delar även ett intresse för psykologiskt arbete med barn från andra länder än Sverige, särskilt med avseende på vad det innebär att leva i exil.

Förutom dessa gemensamma förutsättningar hade vi även en del individuella förväntningar och intresseområden. En av oss är särskilt intresserad av traumabearbetning och har dessutom under lång tid varit engagerad i och arbetat ideellt för mänskliga rättigheter och barns rättigheter genom Amnesty International och BRIS. Därav fanns en önskan om att uppsatsen i någon mån skulle bidra till och belysa dessa områden. Vidare ville en av oss studera något som kunde kopplas till tidig intervention eller förebyggande arbete. Samma person förväntade sig och önskade också att barnperspektivet skulle inkludera ett familjeperspektiv.

Inledningsvis ledde oss dessa önskemål till att titta närmare på den psykologiska problematiken hos flyktingbarn och den behandling som psykologer bedriver med dem. Vi upptäckte ganska snart att det inom detta område finns omfattande forskning, såväl svensk som internationell. Vi ville gärna studera något som det inte redan fanns så mycket skrivet om, både för att lära oss något utöver det som går att läsa sig till samt för att belysa en grupp barn som hittills varit undanskymd. Av de psykologer vi kontaktade inledningsvis föreslog flera att asylsökande barn var en särskilt utsatt grupp där svensk forskning fortfarande är bristfällig. Vi beslutade oss således att snäva in uppsatsens fokus till att gälla asylsökande barn och deras familjer.

INLEDNING

Antalet asylsökande i Sverige har enligt statistik från Migrationsverket ökat sedan mitten av 90-talet. I en rapport av Malmström (2003) framgår att en stor del av de barn som kommer har svåra traumatiska erfarenheter med sig och lider av svår psykisk ohälsa. De asylsökandes situation har under de senaste åren uppmärksammats allt mer i media, delvis till följd av att asylsökande barn ibland uppvisar särskilt allvarliga symptom. Sveriges flyktingmottagande har även kritiserats av bland andra Amnesty International (Amnesty International, 2004). I början av 2003 skrevs ett öppet brev till regeringen (Almqvist, Hessle & Gustavsson, 2003) där företrädare för psykologer, läkare och andra yrkesgrupper, som arbetar med asylsökande inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige, beskrev hur de uppfattar att asylsituationen påverkar de asylsökande barnens psykiska hälsa. Den mediala uppmärksamheten och påtryckningar från de professionellas håll ledde till att regeringen under år 2004 tillsatte en särskild samordnare för frågor som rör asylsökande barn.

Inom psykologisk forskning finns ett stort antal studier som utreder problembilden hos flyktingbarn samt hur behandling av denna grupp kan bedrivas. I Sverige har bland andra Almqvist (1997) beskrivit hur flyktingbarns psykiska hälsa påverkas av organiserat våld och flykt. Hennes avhandling visar att barn mycket ofta har egna traumatiska upplevelser som påverkar deras välbefinnande och anpassning både på kortare och längre sikt. Vidare pekar studien på att barn har olika förutsättningar och strategier att handskas med den psykologiska stress som upplevelserna av våld och separationer orsakar. Almqvist har också lyft fram en för flyktingfamiljen särskild familjedynamik som kännetecknas av förnekande av det som hänt och en brist på kommunikation mellan familjemedlemmar.

Kristal-Andersson (2001) har uppmärksammat de speciella omständigheter och svårigheter som kännetecknar arbetet med flyktingbarn och deras familjer. Hon har utvecklat en särskild förståelsemodell för familjerna som inbegriper deras upplevelser av att vara flykting, stegen i att anpassa sig till den nya situationen, barndomsupplevelser och bakgrund, orsaker till flykten och omständigheter som är relaterade till situationen som flykting. Modellen har utvecklats som en grund för terapeutiskt arbete med denna grupp.

De asylsökande barnen som egen grupp är däremot betydligt mindre utforskade. De har naturligtvis mycket gemensamt med flyktingbarn som fått uppehållstillstånd, framförallt då det gäller historia och erfarenheter av organiserat våld och flykt. Till deras problematik hör emellertid ytterligare en dimension, osäkerheten omkring möjligheten till uppehållstillstånd, som komplicerar den psykologiska behandlingen. Tunström (2003) har beskrivit att arbetet

med asylsökande väcker en rad frågor som psykologen måste ta ställning till. Han belyser i följande citat den motsättning mellan mandat och skyldigheter som är en del av psykologens verklighet. ”Är det här barnpsykiatriens sak? Är det inte psykiatisering av ett politiskt problem? Ändå har vi inom barnpsykiatrien uppdraget att ’bota, lindra eller förebygga ännu allvarligare störningar’” (s. 12). Han har även uppmärksammat asyltidens inverkan på barnens psykologiska utveckling och uttryckt en oro inför risken att problemen permanentas. Utifrån dessa beskrivningar är det angeläget att fortsätta spridningen av enskilda psykologers erfarenheter, liksom att bedriva mer systematisk forskning på området.

Från Landstinget i Värmland publicerades 2004 en rapport om gruppbehandling av asylsökande (Bergendahl-Odby, Enesten, Cabrejas & Almqvist, 2004). Rapporten visar inga entydiga resultat då de asylsökande uttryckte sig positivt om behandlingen och upplevde sig ha haft nytta av den, medan de snarast uppvisade fler symtom i slutet av behandlingen än innan de påbörjade den. I rapporten föreslås ett skäl till detta vara att stressnivån ökar för familjerna ju längre asylperioden är. En annan orsak kan vara kopplad till asylprocessens natur som gör det viktigt för familjerna att till behandlare förmedla den psykiska belastning de befinner sig under. Det ter sig således som om många frågor fortfarande återstår att besvara för att till fullo förstå de asylsökandes psykologiska problematik samt de processer som inverkar på behandlingsarbetet.

Utifrån att antalet asylsökande barn i Sverige ökar och avspeglar sig i andelen sökande på landets BUP-mottagningar är det rimligt att anta att de flesta psykologer inom öppenvård och skola har mött eller kommer att möta asylsökande familjer i sin praktik. Eftersom problemen kring de asylsökande barnen relativt nyligen har börjat uppmärksammas på allvar är det också troligt att många psykologer som möter dessa barn har begränsade kunskaper och erfarenheter inom området. Även på landets psykologutbildningar är undervisningen om asylsökandes problematik samt hur den skall hanteras bristfällig. Vår ambition är att denna uppsats skall belysa problematiken samt hur den hanteras av landets mest erfarna psykologer på området. Den skulle därmed kunna vara ett stöd för de mindre erfarna psykologer som i sitt arbete ställs inför uppgiften att utreda, stötta och behandla barn som sökt asyl i Sverige.

Syfte

Syftet med denna uppsats är att utifrån erfarna psykologers samlade berättelser beskriva det psykiska välbefinnandet hos asylsökande barn samt kartlägga de förutsättningar, svårigheter och möjligheter som föreligger vid psykologarbete med dessa barn. Kartläggningen syftar även till att upptäcka områden där vidare forskning vore önskvärd.

Definitioner och avgränsningar

Uppsatsen har asylsökande barn i fokus. Som *asylsökande* räknas den som har ansökt om asyl i Sverige och som ännu inte har fått något slutgiltigt besked på sin asylansökan. Som *barn* räknas den som är under 18 år. I uppsatsens fokus inkluderas såväl barn som har ansökt om asyl tillsammans med hela eller delar av sin familj, som barn som har kommit ensamma till Sverige och därmed har ansökt på egen hand. Uppsatsen berör även arbete med barn och familjer som har fått avslag på sin asylansökan och därmed inte längre är att betrakta som asylsökande, men som har gömt sig samt i viss mån barn som inte har ansökt om uppehållstillstånd. Vi har emellertid inte gjort någon åtskillnad mellan dessa grupper i framställningen, då det inte gjordes i intervjuerna. Arbete med flyktingbarn, det vill säga de barn som beviljats permanent uppehållstillstånd, PUT, ligger däremot utanför uppsatsens fokus.

Ett par begrepp som återkommer i uppsatsen är *trauma* och *behandling*. I denna uppsats avser vi psykiska trauman till skillnad från fysiska och använder oss av Dyregrovs (1997) definition av psykiskt trauma som ”överväldigande och okontrollerbara händelser som innebär en extraordinär psykisk påfrestning för de barn eller ungdomar som drabbas av händelsen” (s. 9). Ordet behandling använder vi för att beteckna de åtgärder som psykologen vidtar i sitt arbete för att avhjälpa de asylsökande barnens lidande.

METOD

Val av metod

Vi valde att genomföra studien med en fenomenologisk ansats (Birgerstam, P., 2000) och använde oss av den kvalitativa forskningsintervjun (Kvale, 1997) som metod för datainsamling. Valet av ansats och metod gjorde vi dels utifrån vårt syfte, dels utifrån de praktiska förutsättningar som förelåg vid studiens genomförande. Vår främsta avsikt var att på djupet försöka förstå problematiken kring de asylsökande barnen samt svårigheterna och möjligheterna som psykologer som arbetar med asylsökande barn ställs inför. Vi ville även undersöka hur behandlingsarbetet går till.

Den fenomenologiska ansatsen så som den beskrivs i Karlsson (1993) bygger på användandet av kvalitativa data i form av texter. Vidare syftar den till att beskriva och förstå skeenden snarare än att förklara dem, det vill säga resultatet ger svar på frågor om till exempel *vad* något är och *hur* det görs. Forskaren försöker förutsättningslöst och utan på förhand

formulerade hypoteser söka efter mening som antas finnas inbäddad i det berättade. Förståelsen ska bygga på strukturer som upptäcks inne i den studerade företeelsen. Forskaren måste alltså, likt terapeuten, sätta sig in i upplevelsen av det studerade som om han var där själv (Sciarra, 1999).

Utifrån vårt syfte och i samråd med vår handledare bedömde vi att den fenomenologiska ansatsen svarade mot de önskemål vi hade med vår uppsats. Vi övervägde även andra kvalitativa metoder, framför allt grundad teori som är en tydlig och strukturerad metod för att simultant samla in data samt analysera materialet och som successivt fokuserar datainsamlingen för att skapa och testa teorier (Charmaz, 1995). Vi valde bort denna metod främst för att vi ville hålla datainsamlingen öppen och förutsättningslös i ett ganska långt inledande skede. Att basera inledande hypoteser på ett för litet textmaterial kunde ha gjort att vi förbisåg viktiga betydelsestrukturer. Vi bedömde att med en tillräckligt stor inledande datainsamling skulle det inte vara möjligt att genomföra de föreskrivna växlingarna mellan analys och ytterligare datainsamling inom den angivna tidsramen. Vår öppna reflekterande intervju påminner om den terapeutiska intervjun och stämmer som datainsamlingsinstrument väl överens med de föresatser som vi beskrivit ovan. Vår avsikt var att fånga våra intervjupersoners egna upplevelser av den företeelse som vi ringat in och låta deras erfarenheter guida och strukturera berättelserna. Vi ville undvika att låta vår förförståelse styra intervjuerna och färga materialet. Vi övervägde möjligheten att använda oss av observationer för att samla in ytterligare data och möjliggöra en jämförelse med resultaten av intervjuerna. Det fanns emellertid både praktiska och etiska problem med att genomföra sådana.

Metodbeskrivning

Våra förväntningar

När vi inledde uppsatsarbetet hade vi, utifrån den bild som skildrats i media, en föreställning om att arbetet med asylsökande barn skulle uppfattas som svårt av psykologerna och att de skulle dela sig i två läger inför meningsfullheten att behandla. Vi tänkte oss att denna skillnad skulle kunna vara knuten till osäkerheten kring hur länge patienterna kan fortsätta behandlingskontakten. Samtidigt förväntade vi oss att psykologernas långa erfarenhet av att arbeta med patientgruppen skulle göra att de såg möjligheter i arbetet. Vi reflekterade även över det paradoxala i att en effektiv behandling rent teoretiskt borde innebära en minskad möjlighet för patienten att beviljas uppehållstillstånd och förväntade oss att psykologerna skulle beröra detta i intervjuerna. Vidare var vi intresserade av hur patienternas kulturella

bakgrund inverkar på behandlingskontakten, hur psykologerna hanterar de barn som lider av posttraumatiskt stressyndrom, PTSS (bilaga A) respektive de barn som uppvisar symptom, men som inte uppfyller kriterierna för PTSS. Att medvetandegöra våra förväntningar syftade till att kunna parentessätta dem (Karlsson, 1993) så att de inte skulle färga våra resultat.

Informanterna

Vår strävan var att finna så goda informanter som möjligt, det vill säga psykologer med stor erfarenhet av psykologiskt arbete med asylsökande barn. Därför sökte vi upp psykologer som arbetar på mottagningar med en stor andel flyktingar och asylsökande bland sina patienter. Några av mottagningarna vänder sig exklusivt till flyktingar och asylsökande. De 13 psykologer som vi valde att intervjua är eller har varit verksamma vid BUP Nordost i Göteborg, FlyktingCenter i Karlstad, BUP Öster och Teamet för Krigs- och Tortyrskadade i Malmö samt BUP:s flyktingenhet och teamet för Barn i krig vid Rädda Barnens Centrum för barn i kris i Stockholm. Alla dessa psykologer har mångårig erfarenhet av arbete med asylsökande barn och familjer. De flesta av mottagningarna vänder sig enbart till personer som är under 18 år, men FlyktingCenter i Karlstad riktar sig till flyktingar och asylsökande i alla åldrar. För att rekrytera informanter kontaktade vi initialt psykologerna per brev för att sedan följa upp kontakten per telefon. I några fall skedde den initiala kontakten enbart per telefon. Vi kontaktade två av dessa mottagningar på ett tidigt stadium för att diskutera tänkbara frågeställningar och tillvägagångssätt. Dessa kontakter kom att påverka hur vi utformade och genomförde studien.

Intervjuförfarandet

Inför intervjuarbetet orienterade vi oss översiktligt i den litteratur som finns på området. Vi valde inledningsvis att begränsa oss till svensk litteratur då vi ville undersöka hur psykologer arbetar med asylsökande barn under svenska förhållanden. Utifrån litteraturgenomgången och vårt syfte utarbetade vi en intervjuguide (bilaga B). Frågorna kretsade kring två huvudfrågor: Vad möter psykologerna för problem hos de asylsökande barnen? Hur arbetar psykologer med dessa problem? Vid intervjutillfället höll vi intervjuguiden i våra huvuden och strävade efter att använda de delar som stämde med psykologens fria berättelse för att ställa följdfrågor. Vi genomförde samtliga intervjuer vid personliga möten på de olika mottagningarna och spelade in dem med hjälp av kassettbandspelare. Då vi var två olika intervjuare är det rimligt att förvänta sig något skilda intervjustilar, men eftersom vår målsättning var att hålla intervjuerna öppna och följa psykologernas egna berättelser var det ändå dessa berättelser som fick stå i

förgrunden. Intervjulängden varierade från 45 till 120 minuter. Vi transkriberade intervjuerna ordagrant och sände en kopia till var och en av de intervjuade psykologerna per e-post. I några fall ställde vi då ytterligare några förtydligande frågor. Intervjupersonerna fick även möjlighet att korrigera det som sagts i intervjuerna.

Bearbetning

Vi bearbetade den utskrivna intervjutexten utifrån P. Birgerstams (1999, 2000) fenomenologiska metod. Texten delades in i små meningsbärande enheter, så kallade betydelseenheter, av respektive intervjuare. Betydelseenheterna är textstycken som beskriver ett meningsfullt och avgränsat tankeinhåll och de kan variera i längd. Vi kopierade in dem i ett för ändamålet särskilt framtaget dataprogram (Birgerstam, P. & Birgerstam, L., 2001) som automatiskt numrerade textstyckena kronologiskt. Ur varje betydelseenhet plockade vi fram kärnan, det vill säga den mest centrala innebörden i textstycket, som kallas betydelsekärna, och som kortfattat fångar det personen har ämnat säga. Vi skrev sedan ner denna betydelsekärna i en kolumn till höger om betydelseenheten och var noga med att behålla intervjupersonens egna ord i texten samt att inte göra tolkningar av det som hade sagts. Detta utfördes, med ett undantag, av samma person som hade genomfört intervjun.

Under återstående moment i bearbetnings- och analysarbetet arbetade vi gemensamt. Nästa steg i bearbetningen gick ut på att sammanfoga betydelsekärnorna till tematiska kategorier för var och en av intervjupersonerna. Betydelsekärnor som berörde samma tema förde vi således samman under en gemensam rubrik. När vi hade gjort detta med var och en av intervjuerna grupperade vi de individuella temakategorierna till större, mer övergripande huvudkategorier som alltså innehöll betydelsekärnor från flera av intervjupersonerna. Vi ordnade huvudkategorierna i logiskt sammanhängande mönster som ligger till grund för vår skriftliga presentation. Presentationen innehåller illustrativa utdrag ur intervjuerna. Vi har bearbetat dessa språkligt för att underlätta läsningen och har även bytt ut detaljer som skulle ha kunnat vara identifierande.

Teori

För att få en ökad förståelse för det studerade fenomenet knöt vi de mönster som framträdde i intervjuerna till existerande psykologiska teorier och tidigare studier, svenska så väl som internationella. Teorierna var sådana som vi hade läst och kände till före intervjutillfället, sådana som psykologerna refererade till under intervjuerna och sådana som vi sökte under bearbetningsfasen.

RESULTAT

I följande avsnitt redovisar vi resultaten av de analyserade intervjuerna. Avsikten är att spegla processen som behandlarna arbetar i för att förstå och åtgärda den problematik som de möter, att följa resonemangen i de ställningstaganden de måste göra under vägen och att på djupet förstå bakgrunden till de tillvägagångssätt de väljer att använda sig av. Resultaten presenteras i form av mönster, som vi funnit i psykologernas berättelser och som utgörs av såväl likheter som variationer på återkommande teman. Mönstren illustreras med utdrag ur intervjuerna som är särskilt belysande och kärnfullt fångar meningen i mönstret. Utdragen har kursiverats i den löpande texten. Till mönstren knyts även teorier som kan användas för att ytterligare förtydliga meningen i mönstren, genom att de antingen bekräftar, motsäger eller utvecklar de mönster vi beskriver.

För tydlighetens skull har vi valt att binda samman mönstren så att de passar in i en kronologisk arbetsgång som kan tänkas följa kronologin i en verklig psykologkontakt med asylsökande barn och familjer (bilaga C). Läsaren bör vara medveten om att denna kronologi inte är statisk, utan kan innehålla variationer i de enskilda fallen. Psykologen kan behöva ta ställning till olika frågor vid flera tillfällen under arbetsprocessen.

Först presenteras de förutsättningar för kontakten som psykologen har mycket liten möjlighet att påverka, vilket följs av psykologernas tankar och förhållningssätt till dessa förutsättningar samt deras målsättningar med att arbeta med asylsökande familjer. Därefter beskriver vi utifrån psykologernas berättelser hur utredningsförfarandet med asylsökande kan gå till och hur det leder psykologerna vidare att ta ställning till den fortsatta kontakten med barnen och familjerna. I det därpå följande avsnittet belyser vi problematiken hos de asylsökande samt tänkbara bakomliggande orsaker, vilket följs av ytterligare överväganden som psykologerna ställs inför då det gäller behandlingens fokus och nytta. Detta resonemang leder vidare till en beskrivning av de åtgärder som psykologerna rent konkret vidtar. För att slutligen summera och runda av beskriver vi vad psykologerna uppfattar att de åstadkommer för de asylsökande familjerna.

De ställningstaganden och tillvägagångssätt vi presenterar är de möjliga sätt att förhålla sig och agera som framkommit i intervjuerna. De enskilda psykologerna rör sig mellan dessa möjligheter och företräder ibland olika förhållningssätt beroende på de omständigheter som omgärdar varje kontakt. Vi har för variationens skull valt att omväxlande kalla våra

informanter för psykologerna och behandlarna i framställningen. Beteckningarna används synonymt och åsyftar alltså samma personer.

Vilka förutsättningar arbetar psykologen under?

Vad är psykologen ålagd att arbeta med?

Vad psykologen skall arbeta med är beroende av i vilken organisation psykologen arbetar. De psykologer som vi intervjuat tillhör olika organisationer och har därmed även skiftande målgrupper och arbetsbeskrivningar för sina verksamheter. Alla mottagningar utom en vänder sig enbart till barn, det vill säga individer 0 till 18 år. På FlyktingCenter i Karlstad ingår även i verksamhetsbeskrivningen att ta emot och tillgodose vuxna flyktingars behov av psykologisk utredning och behandling. Några mottagningar och team är speciellt inriktade på att hjälpa flyktingar medan andra har ett mer generellt uppdrag att tillgodose de behov av psykologisk hjälp som finns hos samtliga invånare i upptagningsområdet. Mottagningarna har också olika huvudmän som styr verksamhetens uppdrag och finansiering.

De psykologer som arbetar för Rädda Barnen har till exempel ett uppdrag som tydligt understryker att de arbetar för att förverkliga FN:s barnkonvention, både genom att direkt stötta utsatta barn och genom att väcka opinion för att åstadkomma en samhällsförändring som gynnar barnen (Rädda Barnen, 2004a). Det skiljer sig delvis från uppdraget som landstingsanställda psykologer har att rätta sig efter. Verksamheten vid BUP:s Flyktingenhet i Stockholms läns landsting eftersträvar jämte kliniskt arbete att förebygga ohälsa hos flyktingar, stödja och handleda BUP och andra verksamheter som arbetar med flyktingar, samt samverka med andra samhällsorgan på lokal och regional nivå (Flyktingenheten, en specialistverksamhet inom BUP, 2004). Allmänna BUP- mottagningar som i vissa fall ändå har en stor andel patienter som är flyktingar och asylsökande, så som i Rosengård, Malmö eller i Angered, Göteborg, har i uppdrag att förebygga, utreda och behandla psykiska tillstånd hos barn som förekommer oberoende av bakgrund och orsak till den psykiska ohälsan (Universitetssjukhuset MAS, 2004). Därmed har psykologerna olika förutsättningar och riktlinjer för sitt arbete på de enskilda klinikerna och det medför också att de behöver göra olika prioriteringar. Gemensamt för alla mottagningarna är att ingen av dem arbetar exklusivt med asylsökande. Förutom de enskilda mottagningarnas verksamhetsbeskrivningar behöver psykologerna även rätta sig efter de lagar och konventioner som styr deras arbete.

Vilka rättigheter har asylsökande barn?

Asylsökande i Sverige har rättigheter genom de konventioner och lagar som Sverige antagit, vilka även påverkar psykologernas arbete. Sverige har antagit FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (Regeringskansliet, 2004), FN:s konvention angående flyktingars rättsliga ställning (UNHCR, 2004), samt FN:s barnkonvention (Rädda Barnen, 2004b). Det innebär att svenska myndigheter är skyldiga att följa dessa. FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter artikel 14 (bilaga D) och konventionen angående flyktingars rättsliga ställning (UNHCR, 2004) reglerar vilka som har rätt till flyktingstatus i ett land som antagit konventionen. De som omfattas av denna konvention, som finns inskriven i Utlänningslagen 3 kap. 2 § (SFS 1989:529), är så kallade konventionsflyktingar. Enligt svensk lag har även personer som är i behov av skydd till följd av starka skäl att frukta tortyr eller dödsstraff, krig eller miljökatastrof i sitt hemland samt rädsla att bli förföljd på grund av sitt kön eller sin homosexualitet rätt till asyl. Personer som har starka humanitära skäl kan också beviljas uppehållstillstånd i Sverige. Som humanitära skäl anger Migrationsverket (2004a) livshotande sjukdom om personen inte kan få vård för den i sitt hemland.

FN:s barnkonvention artikel 3 (bilaga E) finns inskriven som portalparagraf i utlänningslagen och går ut på att barnets bästa skall komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Enligt artikel 12 i samma konvention (bilaga E) har barnet även rätt att bli hört och uttrycka sin mening när myndigheter och domstolar behandlar frågor som berör det. Barnkonventionen tar även upp flyktingbarnets rätt till skydd och hjälp om det kommer ensamt eller tillsammans med föräldrarna i artikel 22 (bilaga E). I barnkonventionen artikel 2 (bilaga E) lyfts tydligt fram att konventionen i sin helhet gäller för alla barn som vistas i Sverige.

I enlighet med detta har asylsökande och gömda barn rätt till samma hälso- och sjukvård samt skolgång som barn som vistas permanent i Sverige. Vidare åläggs barnkonventionens stater i artikel 39 (bilaga E) att vidta åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning när barn utsatts för till exempel övergrepp, tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande bestraffning samt väpnade konflikter.

I Sverige tillämpas emellertid inte barnkonventionen på barn som vistas här utan att ha ansökt om uppehållstillstånd. Det rör sig då om barn vars föräldrar kommit för att arbeta svart eller barn som fallit offer för den illegala barnhandeln. Dessa barn har varken rätt till vård eller skolgång. De barn som gömmer sig och stannar kvar i Sverige efter ett avslag på asylansökan behåller sin rätt till vård, men förlorar rätten till skola. Psykologer är alltså med få undantag skyldiga att erbjuda den vård som barnen behöver.

Hur ser asylprocessen ut?

När en person som anlant till Sverige lämnat in sin asylansökan till Migrationsverket påbörjas asylprocessen (Migrationsverket, 2004b). Det är en långdragen och tålamodsprövande process. Under utredningen händer det att den asylsökande behöver träffa sin handläggare flera gånger innan ett beslut fattas. Den asylsökande har rätt till tolkhjälp samt juridisk hjälp genom ett offentligt biträde som betalas av Migrationsverket. Barn som söker asyl i Sverige har enligt Utlänningslagen 11 kap. 1 § (SFS 1989:529), grundad på Barnkonventionen artikel 12, rätt att höras i beslutsprocessen. I en rapport från Rädda Barnen (Juhlén, 2003) framkommer dock att barns egna asylskäl ofta kommer i skymundan och beslutet fattas istället utifrån föräldrarnas situation.

Om Migrationsverket bedömer att skälen för asyl inte är tillräckliga fattas ett beslut om avvisning (Migrationsverket 2004b). Den asylsökande kan då välja mellan att lämna Sverige eller överklaga beslutet till Utlänningsnämnden, vilket de allra flesta väljer att göra. Migrationsverket anger att det kan ta mellan ett och två år innan ett ärende slutgiltigt avgjorts. De som får sin asylansökan beviljad i någon av de båda instanserna får som regel permanent uppehållstillstånd, PUT, med rätt att bosätta sig i Sverige för gott. I vissa fall har emellertid tidsbegränsade uppehållstillstånd beviljats. Den som får avslag är skyldig att lämna Sverige. Det varierar var i denna process den asylsökande befinner sig när psykologkontakten inleds.

Vilka problem kan asylsituationen medföra för den asylsökande?

Den process som asylansökan och eventuell överklagan av beslut innebär avspeglar sig i den asylsökandes upplevelser av sin livssituation. De för studien intervjuade psykologerna lyfter fram en rad olika faktorer som försvårar situationen för de familjer och barn som söker asyl.

Som regel befinner sig den asylsökande i en socialt fattig miljö. Psykologerna beskriver att de som lever i asylsituationen har svårt att se något positivt i sin tillvaro och att livet ter sig socialt utarmat för dem. Antingen bor de på en förläggning eller så bor de hemma hos någon släkting där många lever mycket trångt. Det förekommer att en hel familj delar på ett enda rum vilket försvårar ett normalt familjeliv. Barnen har samma rättigheter som barn med permanent uppehållstillstånd i Sverige, men de vuxna har begränsad rätt till svenskundervisning och arbete och kan enbart söka akutsjukvård (Integrationsverket, 2004). De har ingen given plats i det svenska samhället vilket leder till en passivisering som är destruktiv för familjemedlemmarnas psykiska hälsa. Psykologerna uppfattar till exempel att många föräldrars självbild är knuten till rollen som familjeförsörjare, och att de har

begränsade möjligheter att verka i denna roll. På många plan saknar även barnen det som andra barn har och vet inte heller om de kommer att få det. Barnen kan till exempel vara utsatta i skolan och kan ha svårt att få kamrater. *I skolorna här ute är det många som inte har uppehållstillstånd. Det var en tonårsflicka som berättade för mig att man då säger att: "dig kan vi inte bli kompis med, för du kanske måste åka härifrån snart." Man har kanske blivit bränd för att man har varit kompis med någon som sedan har åkt, så man är försiktig med det. Och sedan finns det en hackordning också, där man blir retad för att man inte har uppehållstillstånd. Det är lite otäckt för det är de som nyligen var i samma situation som gör det.* Ungdomar som är bosatta i områden med mycket gängbildning riskerar att dras in i dessa gäng vilket ofta leder till kriminalitet.

Det är vanligt att asylsökande barn och familjer presenterar falska livsberättelser. Många har tagit sig till Sverige via illegala smugglingsnätverk och har då uppmanats att uppges en falsk identitet för de svenska myndigheterna för att öka sina chanser att få stanna i Sverige. Psykologerna ser att dessa falska identiteter och historier ofta blir till en börda, särskilt för de barn som kommit ensamma. Vidare berättar de att handläggarna på Migrationsverket är medvetna om att det förekommer falska historier och förhåller sig kritiskt till alla uppgifter som lämnas. Många barn och ungdomar känner sig därför ifrågasatta och kränkta av myndigheterna.

Livet som asylsökande präglas av väntan på Migrationsverkets handläggning av asylansökan och hotet att få ett avslag. Väntetiden medför en extremt osäker livssituation. Den överhängande frågan för den som väntar är om man kommer att få stanna eller inte. Många vågar inte se framåt och lever sitt liv från dag till dag. När en asylansökan avslås lämnas överklagan på överklagan in och den sökande fortsätter att hoppas. Samtliga behandlare är eniga om att en lång väntetid utgör en stressor för personerna i fråga. En av dem väcker till och med frågan om "humanitära skäl" alltid är så humanitära eftersom de håller hoppet uppe hos den asylsökande och förlänger asylprocessen och därmed får vederbörande att må sämre.

Psykologerna menar att oron för utvisning är ett existentiellt hot som leder till stress och utgör en stor risk för den asylsökandes mentala hälsa. De flesta har investerat mycket pengar och känslor i att komma till Sverige och en avvisning innebär att ett livsprojekt går i stöpet. För dem som har flytt från krig eller som torterats och varit med om traumatiska upplevelser i ursprungslandet är detta laddat. Ett återvändande är för den asylsökande förknippat med livsfara. Det förekommer att föräldrarna omedvetet skrämmer barnen med vad som skulle kunna hända om de tvingas återvända. *Det alla som kommer hit har som mål är att få stanna*

och allting går ut på det egentligen, på alla nivåer. Många upplever det som [...] ett existentiellt hot att skickas tillbaka. En rädsla, en övertygelse om att pappa kommer i fängelse och mamma kan inte försörja oss och vi har ingenting att återvända till. Om barnet dessutom vet att detta verkligen har hänt tidigare är hotet svårt att hantera. Andra ser inte att de skulle ha något att återvända till. Deras hem kan ha blivit förstört och deras anhöriga kan vara döda. Enligt en del av psykologerna dominerar dessa farhågor det mentala rummet och familjerna lever under ständig stress. Sourander (2003) som har intervjuat asylsökande familjer i Finland menar också att familjerna lever i en pågående kris snarare än ett posttraumatiskt tillstånd.

Psykologerna framhåller att de gömda familjerna utgör en särskilt utsatt grupp som även saknar de rättigheter som asylsökande har. Efter ett avslag på en asylansökan ställs familjerna inför flera olika alternativ. Ett av dem är att gömma sig och fortsätta vistas i Sverige illegalt. Barnen förlorar de asylsökandes rättigheter till skolgång och lever ett liv utan pengar. De blir beroende av olika mer eller mindre seriösa gömmarnätverk. I rädsla för att bli upptäckta av polisen undviker de att gå ut vilket leder till passivitet. Antonovsky (1991) har uppmärksammat problemet med underbelastning. Genom passiviteten ökar risken för att drabbas av negativ stress och känslan av att tillvaron är hanterbar utarmas. Problemet med underbelastning är stor för de asylsökande, och ökar för de som lever gömda.

Vilka söker hjälp och varför?

Barnen uppvisar ofta symptom av sådan dignitet att de bedöms vara i behov av vård. Patologin bakom är emellertid inte alltid att betrakta som psykiatrisk. *Det är väldigt sällsynt att vi träffar någon med en långvarig psykisk störning, utan det här är mera krisreaktioner eller reaktioner på en utdragen asylperiod.* Det kan vara svårt att urskilja vad som är uttryck för en djupare psykisk störning och vad som är normala reaktioner på krisen då symptomen yttrar sig på liknande sätt. *Det är ofta mycket svårt att verkligen kunna skilja ut det helt patologiska från en av stress uppskruvad livssituation. Problemen, beteenden och symptom är ofta lika men djupet i patologierna är ett annat. Symptombilden är ofta helt förenlig med den berättelse du känner till.*

De flesta föräldrar söker på grund av genuin oro över något symptom som de har uppmärksammat hos barnet. Vanliga symptom är sömnsvårigheter, sömngång eller somatiska besvär så som huvudvärk eller ont i magen. Några barn uppvisar depressiva inåtvända symptom, medan andra är mera utagerande. Föräldrar kan även söka för tidigare bekymmer som det inte har funnits hjälp för i ursprungslandet. Exempel på sådana är andra psykiatriska diagnoser, till exempel ADHD, eller gamla trauman som inte är förknippade med

krig och flykt. Bekymren kan också kretsa kring problematik av efterkrigskaraktär, som att inte finna sig tillrätta och hitta fotfästet i ursprungslandet när kriget är förbi. Somliga föräldrar söker för att de vill få ett intyg till Migrationsverket för att öka sina chanser att få stanna i Sverige. De symptom som barnen uppvisar motiverar ofta psykologkontakt. Då det gäller orsakerna bakom symptomen kan det emellertid diskuteras i vad mån det skall falla på psykologens bord att avhjälpa dem.

Vad har språket för betydelse för kontakten?

En av förutsättningarna vid arbetet med asylsökande är närvaron av tolkar. Samtliga behandlare är beroende av dem i kontakten med familjerna. De beskriver att de efterhand har hittat tolkar som de tycker fungerar bra och framhåller vikten av att i mesta möjliga mån behålla samma tolk genom behandlingen. En bra tolk skall vara neutral, förmedla patientens ord i jag-form, tillämpa tystnadsplikt och vara van vid psykiatri. Vidare är det viktigt att tolken inte avviker från det som behandlaren eller patienten säger. Särskilt viktigt med en professionell tolk som inte ändrar eller rättar till är det vid psykosbedömningar där psykologen är beroende av att höra språket som det låter.

Samtidigt beskriver psykologerna vissa skillnader i behandlingskontakten när de arbetar med tolk jämfört med när de inte gör det. De upplever skillnaderna både som positiva och negativa. Till det negativa hör att tolkens närvaro i rummet kan hämma barnet. Många asylbarn misstror vuxna och kan uppleva det som svårt att berätta om sina erfarenheter för en okänd vuxen, än mer för två. Tolken är dessutom ofta en landsman. Psykologerna beskriver att många av deras patienter kan ha svårt att lita på tolken och oroar sig för att det de berättar ska komma ut. Kanske kommer de också att träffa tolken i något annat sammanhang.

Psykologerna berättar att det förekommer att patienterna testar om behandlaren, och även tolken, står ut med och orkar höra på deras berättelser. En psykolog beskriver det så här. *Han kanske inte tror att jag kommer att klara av den här informationen, att jag kommer att gå sönder [...] Det finns ju dessutom en person till och då blir det ännu svårare.* Det kan ta längre tid att bygga upp en relation mellan behandlaren och patienten när det finns en tolk med. Det uppstår ibland förvirring kring vem familjen skall relatera till. I vissa fall kan det också vara svårt för tolkarna att inte gå in under samtalet och agera förälder åt de barn som har kommit till Sverige ensamma. Vidare beskriver psykologerna att det blir mindre spontanitet och direktkontakt när de arbetar genom en tolk. De upplever också att det kan vara svårt att hitta bra tolkar inom de mindre språken. Om tolken är dålig blir samtalet mycket osäkert och det uppstår många missförstånd.

Tolksamtalen kan även ge möjligheter som inte finns vid vanliga samtal. Psykologen får större möjlighet att iaktta och begrunda medan tolken översätter. Det kan också vara lättare att kontrollera det egna intervjuförloppet. Att ställa en fråga i taget och inte stapla satser är en viktig lärdom som de som arbetat länge genom tolk gjort. *Ibland tycker jag också att det är skönt [att använda tolk] för när jag säger någonting så har jag tid att vänta på deras svar. Jag kan tänka under tiden det översätts. Jag ser deras kroppsspråk mycket bättre. När jag pratar direkt så är jag inne i en process där jag tänker på svaren. Jag tänker mera på orden. När jag arbetar med tolk så kan jag se kroppsspråket mycket mer än vad jag hinner med i vanliga terapier tycker jag.*

För de intervjuade behandlarna är det snarare regel än undantag att arbeta med tolk. De beskriver att de inte upplever tolkens närvaro som något större problem, utan att det till stor del handlar om en vana. *Under förutsättning att man har proffsiga och bra tolkar så tycker jag inte att det är något problem, faktiskt. Men det är mycket en vanesak.* Ibland tänker psykologerna inte alls på att tolken är där. *Har man en bra tolk och tänker tillbaka på samtal, då är det knappt att man tänker på tolkens närvaro, utan i minnet är det som att jag har samtalat med den här personen.* Då dessa psykologer arbetar på mottagningar med enbart eller med en stor andel patienter som inte talar svenska, har de utarbetat ett samarbete med tolkar som uppfyller de krav som ställs.

Samtidigt beskriver de en skillnad då det gäller att arbeta med barn och ungdomar som ofta lär sig svenska relativt snabbt. Det gör att behandlingen når en punkt när tolken inte längre är nödvändig i de individuella kontakterna och öppnar upp för mer kontakt mellan barnet och behandlaren. *Jag känner ju vilken annan kontakt det blir då [...] de kanske inte förstår allt, eller letar efter ord, men det blir mer leenden och mer kontakt i vår bemärkelse.* Behandlarna försöker även att använda svenska på ett tidigt stadium i kontakten med familjerna, till exempel när de hälsar dem välkomna i väntrummet, vilket även det bidrar till att skapa en mer personlig kontakt.

Flera psykologer tar upp språkets betydelse som verktyg i behandlingsarbetet. De menar att det inte går att helt komma förbi språket ens om de använder sig av ickeverbala metoder som teckningar och lek. Språket är nödvändigt för att kunna göra korrekta tolkningar. Samtidigt berörs tanken att det kanske ibland skulle kunna vara lättare att uttrycka sig på ett främmande språk eftersom individerna kan ha hunnit utveckla psykologiska försvar mot att uttrycka det de har varit med om på sitt eget språk.

Angel och Hjern (2004) beskriver arbetet med tolk i en sammanställning om psykoterapeutiskt arbete med flyktingar och nämner flera av de svårigheter och även fördelar

som psykologerna berört. De tar bland annat upp vikten av att låta familjerna godkänna den tolk som anlåtats. Att tolken är bekant med familjen kan vara ett skäl till att familjen inte vill att tolken ska närvara vid samtalet. Ett annat skäl kan vara att tolk och patient, trots delat språk, kommer från olika etniska grupper som är i strid med varandra vilket försvårar ett fruktbart möte. Angel och Hjern problematiserar ytterligare tolkens möjlighet att vara neutral i sammanhang då barn närvarar. Dels kan det ur tolkens synvinkel vara knepigt att inte dras med i barnets berättelse, men det är även svårare att förklara för ett barn att det enbart ska relatera till terapeuten och inte till tolken.

Kan psykologerna arbeta under de givna förutsättningarna?

I arbetet med asylsökande barn och familjer har psykologerna att ta ställning till och rätta sig efter de lagar och konventioner som styr deras arbete. De ska dessutom väga in den arbetsbeskrivning som finns för verksamheten de befinner sig i och tjänsten de innehar. Även etiska överväganden och personlig övertygelse om vad som är önskvärt respektive möjligt att uträtta under de förutsättningar som råder kommer att spela en roll för hur de förhåller sig till arbetet med de asylsökande.

Hur bör arbetet med asylsökande barn läggas upp? På flera av mottagningarna pågår en sådan diskussion och i några fall finns särskilda riktlinjer utarbetade för att underlätta och effektivisera behandlingskontakterna. Psykologerna som vi intervjuat beskriver att de står inför ett svårt dilemma där de å ena sidan ser att förutsättningarna de har att arbeta under inte är gynnsamma för en behandlingskontakt. Å andra sidan är de ålagda vissa skyldigheter, som anställda och i egenskap av psykologer, gentemot barnet som gör att de inte helt kan avsäga sig att gå in i en kontakt med familjerna. *De sista åren har vi lagt ner 75 procent av vår kliniska behandlingskapacitet på asylsökande. [...] Vi har förstått att en hel del av de insatser som gjordes då hade väldigt liten betydelse för de asylsökande, när det kom till kritan. När det gäller de vuxna asylsökande erbjuder vi [idag] inte någonting mer än väldigt traditionell bedömning och lågintensivt stöd. [...] Barnen är mera komplicerade. När det gäller vuxna så kan man luta sig mot lagstiftningen där de bara har rätt till vård som inte kan anstå. När det gäller barn, så har de rätt till samma vård som alla andra barn.*

Hur förhåller sig då psykologerna till de givna förutsättningar som omgärdar arbetet med asylsökande barn och familjer? I intervjuerna kan framför allt två huvudmönster skönjas. Några finner sig i dem och försöker göra det bästa möjliga inom ramen för tjänsten. Andra ser att förutsättningarna är så försvårande för arbetet att de försöker att på olika sätt arbeta för att ändra på dem. För några ryms politisk påtryckning och opinionsbildning inom ramen för

tjänsten och utförs parallellt med behandlingsuppdraget, medan det för andra inte är något som sanktioneras av den arbetsgivare de arbetar för. Det sätt på vilket flera psykologer tar upp att de försöker påverka förutsättningarna är genom att skriva intyg som bifogas till familjernas ansökan om asyl eller överklagan. Ett tredje ställningstagande torde vara möjligt om än inte till fullo speglat i intervjuerna med de psykologer vi valt att intervjua. Det skulle kunna formuleras så att psykologen under rådande förutsättningar och inom den aktuella tjänsten inte anser att det går att arbeta på ett meningsfullt sätt med asylsökande barn och familjer och därför väljer att arbeta med dem i mycket begränsad omfattning.

Det är ett ytterst komplicerat och psykiskt ansträngande ställningstagande som psykologerna måste göra. Det räcker inte heller att ta ställning en gång för alla utan det är ett beslut som måste fattas i varje ny patientkontakt då omständigheterna för varje fall varierar och ändrar förutsättningarna för kontakten. I vissa fall tycks även en kontinuerlig prövning av ställningstagandet under en och samma behandlingskontakt vara nödvändig då ett av kännetecknen för den asylsökande patientgruppen är att förutsättningarna ändras i takt med asylprocessen. I intervjuerna ger många psykologer uttryck för att arbetet med de asylsökande upplevs som mycket ansträngande. *Det är i huvudsak asylsökande som kommer hit, och en hel del gömda. Vi säger att ibland måste vi ta sådana som redan har uppehållstillstånd av rent mentalhygieniska skäl, för det är en så speciell situation att jobba med människor som får avslag.*

Vilka mål vill psykologen uppnå med behandlingen?

Utifrån hur psykologerna förhåller sig till de givna förutsättningarna samt vad de tror är möjligt att åstadkomma med de asylsökande familjerna sätter de upp olika mål med arbetet. En del av psykologerna berättar att de strävar efter att åstadkomma stadigvarande förändring i familjernas hanteringsstrategier genom att bearbeta traumat. Andra menar att deras uppgift är att i någon mån finnas till för familjen som ett stöd. Några av psykologerna uttrycker också uppgivenhet över patientgruppen och ifrågasätter om insatserna över huvud taget gör någon nytta eller om de rentav kan vara kontraproduktiva.

Att kunna lindra symptom hos barn och föräldrar är något som flera av psykologerna uppger som en målsättning med arbetet och i viss mån även som sin personliga drivkraft. De vill hjälpa familjerna att må bättre och lindra lidandet så mycket som möjligt. Inställningen är att även om man bara kan åstadkomma någon lindring som leder till en drägligare tillvaro så är det skäl nog att göra det.

Ett annat mål är att hjälpa familjen att hitta nya sätt att hantera sin situation. De får hjälp att strukturera kaos. Det handlar också om att hitta sätt att acceptera, bearbeta och hantera de upplevelser familjerna varit med om tidigare så att minnena inte blir så påträngande och hindrar individerna i det dagliga livet. Målet kan också vara att skapa något bestående som patienterna kan ta med sig vidare i livet. En del av behandlarna är dock noga med att särskilja den typ av behandling de har som mål att bedriva med asylsökande patienter från klassisk individualterapi som bedrivs på längre sikt med dem som har fått uppehållstillstånd.

Psykologerna eftersträvar att skapa en mer sammansatt och balanserad bild av tillvaron tillsammans med de asylsökande familjerna som ett led i att nå fram till ett bättre hanterande. Det kan gälla att nyansera bilden av de erfarenheter som familjerna bär med sig, av nusetituationen samt av eventuella farhågor inför framtiden. Målet är således att så långt det är möjligt förankra föreställningarna i verkligheten för att få familjen att agera målfokuserat. En viktig del av detta är att ombesörja att begriplighet skapas även för barnen, både då det gäller deras upplevelser och deras reaktioner på dem.

I några fall är den enda målsättningen med psykologkontakten att göra en utredning av familjens välbefinnande och fungerande samt att dokumentera detta i form av ett intyg. Syftet är att bifoga intyget till familjens ansökan om uppehållstillstånd. I vissa fall uttalar familjerna själva tydligt att det är deras främsta önskan och målsättning med kontakten. Några behandlare uttrycker att utredning och dokumentation är den enda hjälp de mer generellt kan ge medan familjerna fortfarande befinner sig i väntan på besked om uppehållstillstånd.

I likhet med det resonemang som förts kring psykologens ställningstagande till förutsättningarna kan målsättningarna komma att påverkas och omformuleras vid flera tillfällen under arbetsprocessen.

Vad gör psykologen i den inledande kontakten?

Vad behöver psykologen veta om barnet för att ta ställning till olika åtgärder?

Precis som vid andra behandlingskontakter inleder de intervjuade psykologerna kontakten med de asylsökande familjerna med en utredningsfas. De försöker då göra en bedömning av barnets funktionsnivå, hur påverkat det är av eventuella trauman, vilka behov som föreligger samt barnets resurser. De gör också en bedömning av föräldrarnas förmåga att ta hand om barnet samt var i asylprocessen familjen befinner sig.

Behandlarna upplever att familjerna kan ha väldigt olika föreställningar om vad en psykologs arbete innebär. Några förväntar sig att psykologen skall ge dem medicin, andra ser dem mer som kuratorer. De är därför omsorgsfulla i socialiseringsfasen. Då psykologerna

träffar nya patienter presenterar de sig själva, och den mottagning de befinner sig på. Även tolken måste introduceras. De tar gärna god tid på sig för att förklara ramarna och förutsättningarna för samtalet och för att berätta vilken hjälp en psykolog kan erbjuda, vilket varierar beroende på vad psykologen bedömer är möjligt att utföra. De möjliga åtgärderna kan sträcka sig från en utredning och dokumentation av barnets psykiska hälsa till stödkontakt eller behandling.

Om barnet har kommit till mottagningen tillsammans med en förälder kan psykologerna låta föräldern börja presentera sökorsaken och samtidigt vara uppmärksamma på hur problemet läggs fram. Ses det som barnets eller familjens? De lägger också tid på att få höra barnets syn på problemet. Genom att först gå igenom barnets symptom blir det möjligt att gå in på frågor som rör bakgrunden till symptomen. *Sedan frågar jag om symptom på barnet och vad det är som gör att de har sökt hit, [...] en symptombeskrivning. När man får den så öppnar sig några dörrar till någon slags historia bakom detta, [...] flykthistorien i grova drag, så man vet om de är traumatiserade eller inte och vad det är som ger den här otryggheten.* Flera av psykologerna betonar att det på det här stadiet är viktigt att ta upp en schematisk anamnes och att inte gå in på de traumatiska händelserna i detalj då det riskerar att på nytt traumatisera barnet.

Under utredningsfasen är psykologen även uppmärksam på barnets förmåga till kontakt i samtalet. Möter barnet behandlaren blick, ter det sig avskärmat eller deprimerat? Psykologerna förhör sig även om föräldrarnas traumahistoria och undersöker hur väl de fungerar som föräldrar. Utredningen syftar till att ta reda på barnets behov av stöd och vilka resurser som finns till hjälp för barnet. Då det gäller bedömning av trauma tittar psykologerna dels på symptom som barnet uppvisar, dels tar de ställning till eventuell PTSS-diagnos. De bedömer även hur pass välfungerande barnets egna anpassningsstrategier är. Flera av psykologerna menar att befintliga försvar inte bör luckras upp under asylprocessen utan snarare understödjas. Ligger traumat däremot helt öppet och patienten är oförmögen att hantera det menar några av behandlarna att det är omedelbar traumabearbetning som är det enda möjliga.

Psykologerna tar även ställning till var i asylprocessen familjerna befinner sig. En familj som söker tidigt efter att de anlärt till Sverige har andra behov av och förutsättningar att tillgodogöra sig behandling än en familj som söker efter att ha fått ett avslag. Flera av psykologerna framhåller att det är vanligt att de inte kommer i kontakt med familjerna förrän de fått ett första avslag.

För att kunna kartlägga barnets historia och psykiska status använder sig psykologerna förutom av samtal även av andra metoder som teckningar, sandlåda och lekar, beroende på vad som passar barnets ålder och utveckling. Utredningen ligger sedan till grund för vilken behandlingsansats man väljer samt för de intyg till asylansökan som eventuellt efterfrågas av familjerna.

Almqvist och Brandell-Forsberg (1995, 1997) har funnit att flyktingbarnets lek i sandlåda enligt Erica-metoden till viss del överensstämmer med, men även kan komplettera föräldrarnas rapporter om barnets traumatisering. De menar att leken kan ge en mer fullständig bild av barnets återupplevandesymtom, vilka sällan rapporteras av föräldrarna. Resultatet av studien talar för att leken kan vara ett komplement till verbala rapporter från föräldrarna och barnet själv, i synnerhet då det gäller utredning av små barn.

När skriver psykologen intyg?

I anslutning till utredningsfasen aktualiseras ofta frågan om intygsskrivande vilket berörs av samtliga psykologer. I formella sammanhang görs en åtskillnad mellan intyg som enbart innehåller uppgifter om att en psykologkontakt pågår och hur länge samt vilka åtgärder som vidtagits hittills, och utlåtanden som även innehåller bakgrundsbeskrivningar, bedömningar samt förslag till åtgärder (Tunström, 2002). I vår framställning och i intervjuerna har dock denna åtskillnad inte gjorts, utan beteckningen *intyg* åsyftar så väl intyg som utlåtanden.

Psykologerna framhåller dels sin skyldighet att tillhandahålla intyg över barnets psykiska hälsa och dels de svårigheter som omgärdar intygsskrivandet. Ibland är dokumentation av barnets psykiska ohälsa det av föräldrarna uttalade syftet med psykologkontakten. I andra fall tar psykologen själv initiativ till att komplettera ansökan om uppehållstillstånd med ett intyg om barnets hälsa. I intyget lyfter de fram vad familjerna tror skulle hända vid ett återvändande samt gör en bedömning av eventuella PTSS-symptom, förväntad vårdtid och föräldrarnas funktionsnivå. Många av de intervjuade psykologerna framhåller att de har märkt ett hårdnande klimat kring asylprocessen där deras intyg får allt mindre betydelse för beslutet om uppehållstillstånd.

Flera av psykologerna upplever att intygsskrivandet är en svår del av kontakten med de asylsökande familjerna. I några fall försöker de dela på bördan genom att vara minst två som deltar i processen. En psykolog gör det tydligt för familjerna att hon tycker att intygprocessen är olustig. *Jag tycker att det är en obehaglig tid och process. Jag måste gnaga och fråga. Det är inte så roligt. Men jag tror att på något sätt så får ju den som är mitt emot mig, barnet eller tonåringen eller föräldern en förståelse av att det här är inte heller*

någoting som jag gillar. Jag gör det väldigt klart och tydligt, jag gillar det inte. För familjerna kan det vara plågsamt att i detalj berätta om sina upplevelser av flykten och nusetituationen. När intyget är färdigt läser psykologen upp det för barnet och föräldrarna. Det är starka ord som kan vara svåra för barnet att höra, men det blir samtidigt ett bevis på att någon har förstått, varför det kan vara viktigt att alla i familjen närvarar då intyget läses upp. Intygsskrivandet är en process i sig som kan inträffa i olika skeden av kontakten. Psykologerna framhåller att det är viktigt att skilja intygprocessen från behandlingsprocessen.

Några behandlare beskriver hur de i särskilda fall tar egna initiativ till intyg. Det handlar då om barn som är särskilt utsatta och som inte skulle klara av en utvisning. Det förekommer att barnens upplevelser ger dem egna skäl till asyl. Flera av psykologerna anser att det är viktigt att dessa beaktas i beslutsprocessen. De erfar dock att barns egna asylskäl sällan prövas utan bedöms utifrån föräldrarnas situation samt att de barn som beviljas uppehållstillstånd får det av humanitära skäl, trots att de många gånger har flyktingskäl. Juhlén (2003) har undersökt barns egna asylskäl och finner att knappt 20 procent av barnen i de undersökta asylärendena har tillfrågats om de har egna, självständiga grunder för uppehållstillstånd. Detta gäller både asylskäl och humanitära skäl. I de ärenden där barnets egna asylskäl har åberopats har endast 32 procent fått en noggrann utredning av Migrationsverket eller Utlänningsnämnden.

Flera av behandlarna beskriver att de ibland har för lite information om barnet för att kunna skriva ett intyg som har någon betydelse för beslutet om uppehållstillstånd. Andra gånger upplever de att de symptom som barnet uppvisar är normala för den onormala livssituation som barnet befinner sig i och inte är uttryck för några allvarligare psykiska problem. I dessa fall kommer inte intygen heller familjerna till hjälp i asylprocessen. Samtidigt är det många av psykologerna som upplever att myndigheterna inte ens tar hänsyn till starka intyg. Några av psykologerna beskriver det som frustrerande att vikten som läggs vid intyg från professionella har minskat, då de anser att de som psykologer är bäst lämpade för att avgöra barnets bästa. *Jag tycker att om vi ska tolka barns bästa så måste de ändå lita på oss som träffar barnen och som inte gör det som någon snäll tant. Vi är faktiskt professionella i detta. Jag kan ju avgöra när ett barns liv faktiskt är i risk, i stor risk, och det kan inte jurister. Då gäller det att formulera det på ett sätt så att de verkligen förstår vad man säger och göra det med en [sådan] tydlighet att det inte finns någon tvekan om det.*

Finns det risk att barnet mår sämre av psykologkontakten?

Efter utredningen kan det bli något tydligare vad barnet behöver i form av psykologisk hjälp och behandlaren kan diskutera detta med föräldrarna. Flera av behandlarna tar emellertid upp det dilemma de hamnar i när de ser att ett barn som mår psykiskt dåligt behöver psykologhjälp men även skulle må bäst av att få stanna i Sverige. En psykologkontakt kan tillfälligt minska det psykiska lidandet men kan även minska barnets möjlighet att få uppehållstillstånd. Hur ska psykologen gå vidare då detta dilemma har uppmärksammats?

De flesta föräldrar upplevs vara genuint bekymrade över sina barns hälsa. Samtidigt är de i behov av ett intyg på att barnets sjukdomsbild accelererar. Det varierar i vilken grad familjerna är medvetna om detta. Vissa är helt omedvetna medan andra mer beräknande förevisar sina barns dåliga mående. Det kan gå så långt att barnet börjar se det som sin uppgift att må dåligt och därmed kan det komma att må allt sämre ju längre behandlingen fortskrider. *Egentligen har du hela tiden de här dubbla agendorna. Vi pratar om vad vi ska göra för att det här barnet ska bli friskare, samtidigt finns en sådan stark önskan att dokumentera att barnet blir sjukare, så att det är trots allt den som kommer att styra processen.*

Skulle uppehållstillståndet kunna vara en sekundärvinst av den uppvisade problematiken? Det menar en av behandlarna då det sällan är flyktingskäl som ligger till grund för ett positivt beslut. Istället är det oftast av humanitära skäl som barnfamiljerna får stanna vilket ger näring åt denna process. Behandlarna ser även fall där föräldrarna mer eller mindre medvetet offerar ett barns hälsa i kampen för att få uppehållstillstånd.

Stern (1996) har beskrivit hur relationen mellan barnet och föräldern i vissa fall domineras av ett tema, som överskuggar och styr interaktionen i familjen. Barnet får en roll i familjen som överensstämmer med det för föräldrarna dominerande temat. Är det så att uppehållstillståndet blir till det dominerande temat i asylfamiljen där barnet kan liknas vid vad Stern kallar en räddare av familjen? Av psykologernas berättelser framgår att den asylsökande familjen som väntat länge på uppehållstillstånd medvetet eller omedvetet organiserar sig kring och sätter sitt hopp till att barnets psykiska ohälsa ska säkra familjens framtid i Sverige.

Var finns då motivationen att bli bättre? Flera av behandlarna rapporterar att behandlingsarbetet försvåras av och ibland till och med omöjliggörs då incitament att tillfriskna saknas. Det förekommer att familjer väljer att avbryta behandlingen när de inser att de inte kan få ett tillräckligt starkt intyg av behandlaren. Det kan gå bättre att arbeta med familjer där föräldrarna är medvetna om de dubbla agendorna.

Är det då meningsfullt att fortsätta psykologkontakten? Ibland bedömer behandlarna efter utredningsfasen att en fortsatt behandlingskontakt inte är möjlig utifrån att de riskerar att dras

in i en process där sjukdomsbilden hos barnet förvärras och där psykologkontakten inte skulle göra någon nytta för barnet. *Jag [kan] nog tänka mig situationer där jag väljer att inte gå in i en sådan kontakt, då jag bedömer att en kontakt med mig kommer att användas till någonting annat än den är avsedd. [...] Du dras väldigt ofta in i en process där du under lång tid på alla sätt försöker hjälpa familjen. [Du] kommer dem nära, kommer barnen nära, blir väldigt engagerad och tvingas vara passiv åskådare till att barnen genererar allt starkare psykisk ohälsa. [D]u har egentligen inte någon reell möjlighet att påverka detta förlopp. Du kan kanske bromsa det lite grann, men du kan inte förhindra det. Det finns ingen behandlingsmöjlighet.* I andra fall ser psykologerna det som nödvändigt utifrån barnets ohälsa att inleda en behandlingskontakt, eller som möjligt därför att behandlingsalliansen med föräldrarna är av en mera öppen karaktär. Återigen är det överväganden som är psykiskt påfrestande för psykologerna att göra och som inte har enkla eller självklara svar.

Vad är orsaken till problemet?

De symptom som barnet uppvisar kan ha många orsaker och upprätthållas av olika faktorer. Barnets egna erfarenheter och resurser är relevanta för att förstå problemet och hur det bör avhjälpas. Psykologerna menar att en del av problemet kan vara att barnet har varit utsatt för trauma eller andra svåra händelser som de behöver hjälp med att hantera. De ser även att problemet kan vara nära förknippat med barnets psykologiska utveckling. Vidare kan barnets problematik hänga samman med och försvåras eller underlättas av familjens fungerande.

Vad tar sig problemet för uttryck?

Barnen uppvisar ett brett symptompektrum och psykologerna har svårt att ge en generell och heltäckande symptom-bild. Några vanliga symptom som nämns av alla är dock sömnsvårigheter och sängvätning. Det är även vanligt med olika typer av rädslor, ätstörningar som till exempel anorexi, samt värk i mage och huvud, nedstämdhet och depression. En del barn blir passiviserade och slutna, medan andra blir hyperaktiva eller utagerande med raseriutbrott och kan skada sig själva, föräldrar eller syskon. Det förekommer suicidtankar och suicidförsök, liksom alkohol- och narkotikamissbruk samt självmedicinering framför allt bland tonåringarna.

De barn som upplevt trauma uppvisar även mer traumaspecifika symptom. Psykologerna erfar att alla de PTSS-symptom som drabbar vuxna även kan drabba barn. Yngre barn drabbas av PTSS i lika hög grad som äldre, men symptomen kan ta sig olika uttryck då barnen inte har utvecklat en lika hög verbal förmåga. Det kan röra sig om sömnstörningar, mardrömmar samt

för de äldre barnen även om påträngande minnesupplevelser och återupplevande, vilket i sin tur leder till koncentrationssvårigheter. Dyregrov (1997) konstaterar att denna typ av symptom kan, men behöver inte, innebära att barnet har utvecklat allvarliga problem. Ibland är de bara ett uttryck för att barnet behöver tid för att bearbeta det som hänt. De intervjuade psykologerna konstaterar dock att det är vanligt att barn utvecklar gravt psykosomatiska symptom efter att de utsatts för traumatiska upplevelser. Det finns barn som beter sig som om de vore blinda eller döva, eller som säckar ihop och blir medvetslösa. För en del barn sker en tillbakagång i den normala utvecklingen och de ser yngre ut än vad de är. De kan även påverkas psykomotoriskt och rör sig med en hasande gång och blir mimiklösa. Några barn blir mutistiska. Barnen med traumasymptom lider även ofta av depression.

Några av de intervjuade psykologerna har även mött barn med mycket extrema symptomyttringar. Dessa barn stänger av sig och blir liggande utan att äta eller kommunicera med omvärlden. De första fallen började uppmärksammas i Sverige i början av 2000-talet (Tunström, 2004) och tillståndet har kommit att kallas *generellt uppgivenhetssyndrom* (Tunström, 2004) eller *depressiv devitalisering* (Bodegård, 2004). Det finns flera hypoteser om vad som kan tänkas ligga bakom dessa tillstånd. Några tycker sig se familjedynamiska mönster (Bodegård, 2004) medan andra menar att det främst beror på erfarenheter i ursprungslandet och anar ett samband med det långa asylförfarandet i Sverige (Tunström, 2004). En av de intervjuade psykologerna tog även ett mer biologiskt perspektiv och ser tillståndet som en överlevnadsstrategi för att handskas med vad individen uppfattar som en extremt hotfull situation.

Vilka erfarenheter har barnet med sig?

En av de bidragande orsakerna till barnens symptom kan vara de trauman som de sökande barnen har med sig. Dessa kan vara av olika karaktär. Här kommer vi framför allt att ta upp trauman som har sina rötter i upplevelser av separation, flykt, krig och tortyr. Trauman som inte är förknippade med förföljelse eller krig och dess följder kommer inte närmare att beröras därför att de inte är specifika för de asylsökande utan är något som all barn riskerar att utsättas för. De asylsökande barnen har varit utsatta för olika typer av trauman. Traumats natur varierar utifrån om barnet har varit direkt eller indirekt utsatt, vem som har varit förövaren och under hur lång tid traumatiseringen har pågått. *Ju svårare traumatiserad man är och under ju längre tid och kalibern på traumat som man har varit med om har en direkt påverkan både på prognosen, symptom bilden och funktionsnivån hos barnet.*

Dyregrov (1997) beskriver att barn som utsätts för upprepade trauman under en längre tid kan komma att avskärma tankar, känslor och handlingar från varandra, så kallad dissociation. Dissociation är en form av psykiskt försvar som även kan medföra en känsla av att inte vara en hel människa. Vid en traumatisk upplevelse kan känslorna kopplas bort så att känsloreaktionen inte kommer medan traumat pågår, utan senare när händelsen passerat. Dyregrov menar att denna typ av bortkopplande av känslorna kan sätta spår i personligheten och leder ofta till större problem senare i livet. Traumat kan till exempel störa utvecklingen av empati. Barn som utvecklat PTSS förefaller ha mist förmågan att styra och reglera sina känslor och kan komma att reagera mycket kraftigt även på mindre stressande händelser. Han ser vidare att barn som drabbas av trauman upprepade gånger kan utveckla ett katastroftänkande som kan finnas kvar även när de nått vuxen ålder. Genom katastroftänkandet utvecklas ett hyperaktivt nervsystem som ofta leder till spänningar i kroppen. Det är framför allt upprepade trauman som ger långtidseffekter, men det kan räcka med ett enstaka trauma.

Psykologerna framhåller att barn som flyr från krigsområden drabbas av kriget på olika nivåer. Det finns barn vars föräldrar har varit utsatta för krig, förföljelse och tortyr medan barnet själv inte har sett något. Dessa barn löper enligt psykologerna risk att bli indirekt traumatiserade. De drabbas eftersom föräldraförmågan ofta sjunker hos föräldrar som utsätts för sådana trauman. Detta kan förstås utifrån de studier, refererade av Major (1997) som gjordes decennierna efter andra världskriget och som visade att många av barnen till de personer som överlevt nazismens koncentrationsläger traumatiserades även om de var födda efter kriget. Traumat roll i familjen är av stor vikt för denna process. Fenomenet kom att kallas *andragenerationssyndromet*.

På nästa nivå befinner sig enligt psykologerna de barn som inte själva direkt varit utsatta men som bevittnat kriget på nära håll. De kan ha sett döda och lemlästade människor och kanske även övergrepp riktade mot den egna familjen, så som våld mot föräldrar och syskon och intrång i hemmet. På senare år har det inte varit ovanligt att kriget flyttat sig ytterligare ett steg för att beröra barnen personligen. Flera behandlare upplever att ärendena har blivit svårare sedan 90-talet. Barnen utsätts för svårare krigsupplevelser än tidigare och är mer direkt drabbade av kriget. Det förekommer att de kidnappas, sätts i fängelse, utsätts för förföljelse, tortyr, organiserat våld och skenavrättningar. Några har till och med själva varit aktiva i kriget som barnsoldater. *Jag har en pojke som bevittnade hur man i stort sett knivskar hans mamma fast hon överlevde och han hörde, eller var i rummet intill när man brutalt dödade en äldre släkting. Jag har en [...] pojke som när han var tolv år satt i något slags*

fängelse med sin farfar, och nästan varje vecka bar man ut andra fångar som var döda, som hade dött under natten av svält. Han säger att han har sett allt, men det svåraste är nog när dom dödar barn säger han. [...] Ja, sen har jag en kille från ett afrikanskt land [...] Han har sett hela det här hur man hanterat barnsoldater. Han säger till exempel, eller förmår knappt säga, men antyder sådana saker som att man skär upp magen på en gravid kvinna och sådana fullkomliga ohyggligheter. Det är exempel på sådana traumata. Psykologerna menar också att traumats uttryck beror på barnets individuella utveckling och förutsättningar. Det är beroende av hur man är strukturerad inombords hur de här traumata tar sig uttryck. Som i en syskonskara kan ett syskon må psykiskt sämre fastän alla har varit med om samma saker.

En del av de asylsökande kommer från länder som befunnit sig i krig, eller tillhör grupper som förföljts i flera generationer och kan därmed ha varit utsatta för långvariga och upprepade kränkningar och traumatiska upplevelser. Dessa grupper har sämre prognos än de som levt i trygghet innan ett krigsutbrott. Ett exempel på en sådan grupp är romer som ofta har levt på flykt i flera generationer och som har en lång historia av diskriminering och förföljelse. *De familjer vi möter med romsk bakgrund har nästan alla en historia med sig av repression, misshandel, diskriminering. [...] Att ha bevittnat våldtäkt av mamma förekommer också. En del barn har levt på flykt hela sitt liv i olika länder. De har aldrig upplevt den grundtrygghet som är förutsättningen för att utvecklas normalt.* Ett annat exempel är palestinierna som har levt i en konfliktsituation i generationer. De har ingen annan referensram av fienden än som ond, vilket försvårar en läkning.

Det är vanligt att behandlarna möter barn som har varit separerade från sina föräldrar under en kortare eller längre period. En förälder, eller båda, kan till exempel ha varit tillfångatagna, ute i krig eller till och med blivit dödade. Barnen kan också ha skickats iväg under en period till någon släkting för att undkomma kriget. Om barnen är små under denna separation leder det ofta till fortsatta svårigheter då de har haft mindre möjligheter att utveckla psykologiska försvar. Ibland har barnen rest ända till Sverige medan en eller flera av familjemedlemmarna är kvar i ursprungslandet. Många barn har med sig traumatiska upplevelser från flykten eller resan när de kommer till Sverige. Dessa traumata förstärks sedan av exilen och asylprocessen.

Almqvist och Brandell-Forsberg (1995) rapporterar i en studie av iranska flyktingbarn att en övervägande majoritet har varit separerade från viktiga vuxna till följd av flykten. Så många som 70 procent av barnen hade varit separerade från en förälder, ofta pappan, under en period som varade mer än sex månader. Flyktingbarn som är vana vid ett liv i en utökad familj kan ha omfattande upplevelser av separation trots att de anländer till Sverige med båda

sina biologiska föräldrar. Känslor av rädsla, oro, sorg och aggression kan väckas hos barnet beroende på dess uppfattning om vad orsaken till föräldrarnas frånvaro är (Almqvist 1997). Detta kan antas gälla även för asylsökande barn som kommer från länder där en utökad familjebild är vanlig.

För många barn är situationen extra svårbegriplig då de inte själva valt att komma till Sverige. För barnen är så väl flykten som asylsituationen som de möter i Sverige svår att förstå. De har inte varit med om att fatta beslutet att lämna ursprungslandet. De kan ha väldigt diffusa uppfattningar om varför de är här. *Vi frågade barn "varför har du kommit" [...] Det var hissnande svar vi fick. Det kunde vara barn som kom ifrån brinnande krig i Bosnien. "Varför har du kommit till det här landet?" "Jo, jag har kommit för att maten är bättre här och att josen är godare." "Jaha, och sen då? Vad ska du göra sen?" "Sen ska vi åka hem." De beskriver det som en semestervistelse. Många gånger förstår de inte heller vad ett uppehållstillstånd är. För förskolebarn är det inte lätt att veta vad ett uppehållstillstånd är. [För en flicka] var det som en sådan här strut och i den fanns det då en säng [...] och en cykel och så var det liksom [ett] ymningshorn där allting finns och flödar över. Man kan få allt.*

Enligt teorin om KASAM, känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991), finns ett positivt samband mellan psykiskt välbefinnande och graden av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i tillvaron. Begriplighet innebär att de upplevelser en person kommer att möta förväntas vara förutsägbara eller är möjliga att ordna och förklara, även de som är oönskade. Hanterbarhet bestäms av i vilken grad personen anser sig ha resurser att möta kraven i dessa upplevelser utan att se sig som ett offer. Meningsfullhet är detsamma som att livet uppfattas ha en känslomässig innebörd. Graden av begriplighet i asylsituationen är mycket låg för dessa barn vilket också torde påverka upplevelsen av hanterbarhet och missgynna deras psykiska hälsa.

Hur kan problemet samverka med barnets utveckling?

Barnets tidiga erfarenheter och utveckling gör det extra känsligt eller tåligt för de påfrestningar som krig, flykt och asyl för med sig. Samtidigt ser psykologerna ett samband mellan krigets påfrestningar och barnets fortsatta utveckling. En del barn störs, avstannar eller regredierar i sin utveckling.

Flera av psykologerna påpekar att barnets anknytning till föräldrarna är av stor vikt för den fortsatta utvecklingen samt för hur barnet klarar uppbrottet från ursprungslandet och anpassningen till Sverige. Påverkan börjar redan under fosterstadiet. Psykologerna är därför

noga med att ta en utförlig anamnes vid bedömningen av barnet. *Jag tar alltid en anamnes. Hur var graviditeten, hur var förlossningen och hur såg livet ut? [...] Om det har varit en svår graviditet, om det varit krig när [mödrarna] väntade barnet. [Om de har upplevt] separation, mannen har varit [...] fängslad, eller kvinnan har varit i en annan stat och hela den tiden har varit väldigt orolig så är det klart att det redan har påverkat barnet.*

Anknytningen mellan förälder och barn anses bland annat av Bowlby (1994) vara basen för en sund personlighetsutveckling. Anknytningsteorin (Bowlby, 1994) utgår från människors medfödda benägenhet att relatera till andra människor med start redan i spädbarnets relaterande till sina föräldrar. Relationen till föräldern integreras och generaliseras i barnets medvetande i form av en inre arbetsmodell. Dessa nära band är centrala för att kunna utvecklas till en fungerande person. Ainsworth (enl. Bowlby, 1994) har beskrivit tre vanliga anknytningsstilar: trygg, osäker och undvikande. Föräldrarnas sätt att behandla barnet kommer att påverka det bindningsmönster, eller den anknytningsstil, som det kommer att utveckla. Barnet internaliserar ett bindningsmönster och använder sig företrädesvis av det även i andra relationer. Vanligtvis behåller barnet det bindningsmönster som utvecklats de första 12 månaderna även längre upp i åldrarna. Det är emellertid vanligt med anknytningsproblematik hos små barn. Då anknytningen utvecklas tidigt är barnet extra känsligt för separationer under de första åren. Barn som separerats från en förälder kan bli likgiltigt inför denna efter ett återförenande. Hotet om separation kan väcka mycket stark ångest hos ett barn. Bowlby (1994) ger även exempel på dysfunktionella anknytningsmönster. Om bindningen är alltför tät finns risk att barnet inte utvecklar några sociala relationer utanför familjen. I vissa fall är föräldern överbeskyddande, i andra fall blir tvärtom barnet den som intar föräldrarnas roll. Anknytningen hos det asylsökande barnet kan alltså dels påverkas av de tidiga erfarenheter av separation och otrygghet som barnet eventuellt bär med sig, dels kan det tänkas verka skyddande om barnet hunnit utveckla en trygg anknytning till sina föräldrar innan det tvingats på flykt.

Några av de intervjuade behandlarna poängterar att olika åldrar innebär olika utvecklingsmässiga utmaningar och att trauma drabbar barn olika utifrån deras kognitiva utvecklingsnivå. Små barn har till exempel svårt att förstå och förhålla sig till döden. De har också särskilda svårigheter att klara separationer och uppbrott då deras personlighet är under uppbyggnad. En av psykologerna framhåller att de inte hunnit etablera så kallade jag-strukturer, försvarsmekanismer och anknytning.

Skolbarnet behöver stimulans för att den sociala utvecklingen skall fungera. Där framhåller behandlarna att skolan fyller en viktig funktion för de asylsökande barnen. Många

har dock svårt att följa med i undervisningen på grund av rädsla och oro vilket skapar kunskapsluckor som sedan är svåra att ta igen.

Tonårens identitetsutveckling kan medföra särskilda svårigheter vad det gäller att känna nationell tillhörighet. Många känner sig rotlösa under asylperioden då de inte känner att de hör hemma någonstans. De upplever utanförskap och alienation vilket försvårar identitetsutvecklingen. *Under asyltiden har de också tagit avstånd från sitt ursprungsland. Då blir det svårt att identifiera sig med det. Samtidigt får de absolut inte identifiera sig med Sverige vilket de hemskt gärna vill göra, men får inte. Den där känslan av att vara oönskad gör att det blir väldigt starkt.* Den asylsökande tonåringen kan vidare ha svårt att frigöra sig från sina föräldrar. *Om man blir tonåring medan man är asylsökande lever man kanske två, tre år som asylsökande, och kan inte frigöra sig på ett normalt sätt från sina föräldrar. Föräldrarna är ju pressade och det går inte att slå på sina föräldrar på samma sätt som när man är vanlig tonåring och skall bli någon själv. Man tilldelar sig istället väldigt stort ansvar för vad som händer i familjen, stort ansvar för sina småsyskon eller sina föräldrar. [Man blir] vuxen i förtid.* Det kan också förekomma svårigheter i könsidentitetsutvecklingen hos pojkar som bevittnat eller utsatts för övergrepp när de är på väg in i puberteten. Det är män som begår dessa handlingar, och en sådan man vill de inte bli. *För killar till exempel kan det bli slitigt när de håller på att bli män själva. Förövarna var män och det var manliga soldater över allt. "Skall jag verkligen växa upp och bli en sådan? Kan man vara en god man?"* De pojkar som var yngre när övergreppen begicks och där traumat ligger längre bak i tiden när de går in i puberteten förefaller klara detta bättre.

Psykologerna har noterat att några av de barn som de träffar är påtagligt påverkade både kognitivt och emotionellt. Vissa barn förlorar kognitiva färdigheter som de tidigare haft och kan te sig hämmade och avskärmade i kontakten med behandlaren. Även motoriska färdigheter kan försvinna. *Om dom har kunnat knyta skorna och skriva alfabetet [...] innan kan dom plötsligt förlora de färdigheterna. [...] Det ser man aldrig hos vuxna.* De mest extrema exemplen är de passiviserade och avstängda tillstånd som uppstår när barnen slutar att kommunicera och relatera till omgivningen. Det saknas ännu forskning på långtidseffekterna av sådana mycket allvarliga tillstånd. Behandlarna frågar sig om dessa barn kommer att hämmas i sin fortsatta utveckling eller om de kommer att få några kroppsliga förändringar. Kanske kommer de att bli extremt stresskänsliga senare i livet.

Vilken roll spelar föräldrarna för barnets psykiska hälsa?

En annan bidragande faktor till barnets problem kan vara familjens fungerande. Barnen är utsatta och beroende av föräldrarna för att klara av att möta och förstå sin tillvaro samt för att bearbeta sitt förflutna. I samband med flykt, traumatisering och den asylsituation som väntar i Sverige utsätts familjen för en stark påfrestning som påverkar dess fortsatta fungerande och möjligheter till återhämtning. Psykologerna möter föräldrar som själva på grund av trauma och stress mår mycket dåligt. De traumatiska upplevelserna försvårar i vissa fall deras förmåga att upprätthålla sin funktion som föräldrar och skapar processer i familjen som kan bidra till dysfunktionella familjemönster.

Flykten till Sverige innebär för många familjer att de har separerats från personer som tidigare varit självklara medlemmar av familjen. Förlusterna av nära anhöriga försvårar både föräldrarnas psykiska välbefinnande och deras uppgift att fungera som trygg bas för barnen. För många familjer innebär det en stor omställning att plötsligt befinna sig i en kärnfamiljssituation. Det kan innebära minskad hjälp med att ta hand om och sätta gränser för barnen. *Många föräldrar har till exempel svårt med gränssättning. När man kommer till ett nytt land så blir man ifråntagen sina verktyg som man hade i hemlandet. Då kanske man hade släkten runt, farmor eller mormor som hjälpte till en del med sådana här regler och normsystem, men de blir söndersmulade och man har inte integrerat det regelverk som förväntas här heller.* Förutom den praktiska hjälpen innebär förlusten av viktiga personer även en emotionell påfrestning för familjen då det är en sorg att skiljas från en närstående släkting.

Almqvist (1997) beskriver hur familjedynamiken i flyktingfamiljer förändras i och med en familjemedlems separation från övriga familjen, särskilt då fadern är separerad från familjen en längre period. Mamman får ansvara för många av de uppgifter som tidigare sköts av pappan och hon kan även vända sig till barnen i större utsträckning än tidigare, vilket även ger dem ett större ansvar. En eventuell återförening kan te sig komplicerad då förväntningarna på faderns återvändande är höga samtidigt som den nya familjestrukturen är organiserad utan honom. Upplevelserna av separation är troligen liknande i den asylsökande familjen, osäkerheten och oron kring ett återförenande kan dock möjligen upplevas starkare.

Psykologerna noterar att de barn vars föräldrar har traumatiska erfarenheter med sig, eller vars föräldrar på annat sätt är psykiskt sköra, också är de som mår sämst. Vidare beskriver de att de barn vars föräldrar utvecklar funktionella anpassningsstrategier klarar sig bättre. I vissa

fall märker psykologerna att föräldrars välbefinnande är direkt kopplat till förmågan att fortsätta vara förälder, men det finns också föräldrar som mår mycket dåligt men som ändå lyckas sätta barnens välbefinnande främst. *Man säger ju att det är jättesvårt och jobbigt för barn till psykiskt sjuka föräldrar och många av de här föräldrarna är ju psyksikt sjuka under en del av de här processerna och mår väldigt dåligt. De är ju inte som schizofrena med konstiga tankar eller gör konstiga saker eller så, men de är inte närvarande eller tillgängliga utan mer låga och deprimerade och avskärmade. De har mycket ångest och är ibland paranoida [...] och framförallt upptagna av sig själva och sitt eget. De har svårt att se barnet. Sedan finns det en och annan som trots att de mår så dåligt själva, verkligen tar chansen att vara föräldrar när de är här.*

Traumatiserade föräldrar kan lida av ständig oro. Dessa föräldrar förmår ta in hur barnet mår, men är alltför oroliga för att hantera det adekvat. Föräldrarnas oro kan till och med förvärra barnets symtom då de inte förmår lugna och stötta barnet. Ibland kan oron övergå till paranoida föreställningar som även de kan överföras till barnet. *Mamman vågar inte riktigt sova för hon vill vara vaken om flickan skulle vakna och då förstår man ju att det också är en mamma som är väldigt orolig och att hon är skrämmd inför det här att dottern drömmer på natten och så. [...] Det är ju önskvärt om barnen är ängsliga att föräldrarna ska kunna ta in och lyssna på det som barnet säger och sedan prata lite kring det så att barnet märker att mamma inte tycker det är så farligt. Men det kunde inte denna mamma utan hon anade faror överallt.*

Stern (1996) beskriver hur en förälders subjektiva uppfattning om sitt barn ibland kan vara en förvrängning av vad som skulle kunna kallas en objektiv uppfattning om barnet. Även om den subjektiva uppfattningen inte alltid behöver vara felaktig eller negativ för barnet på längre sikt så kan den trots det verka som en självuppfyllande profetia i både positiv och negativ riktning. Skulle de asylsökande föräldrarnas oro över barnets symtom till viss del kunna vara en sådan förvrängning? Psykologerna beskriver att föräldrarna har svårt att se barnets reaktioner som normala för situationen, vilket också kan försvåra en adekvat stöttning av barnets behov. Det är en möjlig förklaring till att en del barn uppvisar allvarliga utagerande eller depressiva symtom i närvaro av sina föräldrar medan de kan vara relativt välfungerande i relation till andra vuxna i till exempel skolan.

En del föräldrar är mycket nedstämda och avskärmade. För vissa går det så långt som till att de blir helt apatiska och varken talar eller ger någon annan kontakt. Andra har suicidtankar som de kanske uttalar inför barnet eller försöker till och med ta sitt liv. I bästa fall finns en annan förälder som håller ihop bättre. Värst är det för de barn där båda föräldrarna är så

tyngda av egna erfarenheter och psykiska problem att de slutar fungera som föräldrar. *De [barn] som har det svårt, det är de som har föräldrar som har blivit helt deprimerade då de kommit hit. De fick inte den hjälp som de behöver, de har blivit passiviserade. De har fått psykiska problem på grund av ensamheten eller det de har varit med om. De har inte orkat ta hand om sina barn. De barnen har farit mer illa. Så föräldrarnas förmåga till föräldraskapet har brustit kan man säga.*

Dyregrov (1997) konstaterar att barnets reaktion på traumat är beroende av föräldrarnas. Små barn är särskilt känsliga om en förälder är traumatiserad eller deprimerad. De små barnen skall lära sig att reglera sina känslor vilket försvåras om en förälder är deprimerad. Stern (1996) har samlat och vidareutvecklat resultat av studier som beskriver processerna bakom samspelet mellan deprimerade föräldrar och deras små barn. Han menar att barnet först försöker väcka förälderns intresse genom att inbjuda till samspel, men då detta misslyckas kan det istället försöka imitera och identifiera sig med föräldern för att på så sätt ändå vara nära den. Det medför en minskning i positiv affekt och psykomotorisk hämning för barnet. Upplevelserna av depression förknippar barnet sedan med att vara med föräldern. Detta skulle kunna vara ett sätt att förstå barnets symptom då föräldern också uppvisar allvarliga depressiva drag. Dyregrov (1997) menar att det finns skäl att tro att liknande svårigheter uppstår då en förälder är svårt traumatiserad.

Föräldrarnas upptagenhet kring den egna problematiken kan leda till att de brister i den mest grundläggande fysiska omsorgen om barnen. De har svårt att upprätthålla dagliga strukturer som att gå upp i tid och äta tillsammans. Denna bristande fysiska omsorg förmedlar också någon sorts brist på hopp och framtidstro till barnen. För en del känns det meningslöst att aktivera sig och en ond cirkel av isolering och understimulans drar igång. Barn i olika åldrar påverkas i olika hög grad då olika föräldraförmågor brister. För små barn är den psykiska hälsan hos föräldrarna och hur de fungerar som föräldrar särskilt avgörande både då det gäller fysiskt omhändertagande och känslomässigt gensvar. *Om [barnen] har föräldrar som sviktar för mycket under för lång tid så kommer det att få en permanent påverkan på dem. Om de inte får tillräckligt mycket hjälp så blir det både en känslomässig påverkan och kunskapsmässiga luckor som kan finnas kvar. De har liksom flera år som bara är borta.*

En del föräldrar brister också i förmågan att skydda sina barn från psykisk påfrestning. Behandlarna beskriver föräldrar som kan vara oförmögna att härbärgera sin egen ångest och låter den gå över till barnet. Ett sätt för föräldrarna att handskas med sin egen traumatisering är att tala mycket och i detalj om sina traumatiska erfarenheter och farhågor inför ett återvändande, vilket riskerar att sekundärt traumatisera barnet som lyssnar. Figley har (enl.

Wall, 2001) beskrivit hur anhöriga till den som utsatts för trauma riskerar att drabbas. Enligt psykologerna fyller inte berättelserna någon bearbetande funktion för barnen då informationen inte anpassas efter deras kognitiva förmåga utan helt utspelar sig på de vuxnas villkor. *Det finns ju barn som är för mycket indragna i hela processen och hör alla diskussioner om hur det kan gå och så och det är väl inte bra. [Föräldrar som] hela tiden bara ältar. "Vad händer när vi kommer tillbaka?" och "Jag kommer att bli satt i fängelse" och "De kommer att ta mig och ni kommer inte att ha någonstans att bo och ni får ingen mat".* Detta märks särskilt tydligt i de familjer där barnet blir indraget med sin hälsa i asylprocessen.

Det finns även barn som blir skrämnda av att se sina föräldrar må dåligt utan att egentligen förstå varför de gör det. De ser hur föräldrarna i snabb takt går ner sig från att tidigare ha varit välfungerande. Flera psykologer beskriver barn som uppvisar samma symptom som sina föräldrar. Om föräldrarna är avstängda och flacka i kontakten, så är barnet också tillbakadraget och passivt. Ibland är det till och med så att barn tar över symptomen och fungerar som familjens symptombärare. *Både mamman och pojken är alltså väldigt dåliga, de gör nästan ingenting. De är nästan helt katatona och säger ingenting och pojken leker inte, går inte i skolan. Det hängde ihop med att mamman blev sämre, hon blev inlagd. Pappan tog med sig barnen för att hälsa på mamman. Hon var väldigt avskämd och pappan märkte då hur pojken blev rädd.*

Föräldrar har olika utgångslägen och förutsättningar att hantera situationen de hamnar i. Av psykologernas berättelser framgår att de familjer som levt under svåra ekonomiska och sociala förhållanden innan flykten och som kanske saknar utbildning, har betydligt mindre resurser att möta det nya samhället de kommer till. *Den stora grupp Kosovoalbaner som började komma under 90-talet var i större utsträckning landsbygdsbefolkning som hade levt under väldigt svåra omständigheter materiellt och utbildningsmässigt. De hade på många vis mycket sämre resurser att hantera det samhälle de mötte. [...] Har du mindre resurser, har du mindre möjlighet att förstå det samhälle du kommer till så ökar risken eller möjligheten att du går in i [passivitet som] försvarsmekanisk i samband med en kraftfull stressreaktion.*

Behandlarna beskriver också att det finns skillnader mellan familjerna vad det gäller deras grad av utbildning och urbanisering och att det ofta är här som de stora kulturella skillnaderna mellan familjerna kan skönjas, snarare än i nationell eller religiös bakgrund. Några menar att kulturella skillnader mellan människor ofta är överskattade. Det är mer som är gemensamt än vad som skiljer. *Jag tror att nästan alla reagerar på samma sätt. [...] Jo, det finns ju så klart kulturella skillnader, men jag tror att det är en överskattning. [...] Familjekultur kan man*

hellre säga än att det är den kulturella bakgrunden som är det viktiga [...] och vilken socialnivå man kommer ifrån. Är man kurd från landsbygden eller kurd från centrala Bagdad? [Det] har egentligen inte med kulturen att göra, utan mer med ekonomisk nivå eller social klass eller någonting annat. Psykologerna ser att familjens utbildningsnivå spelar roll för hur väl de förmår anpassa sig till den nya situationen samt hjälpa sina barn att också göra det.

Vad händer med samspelet i asylfamiljen?

Den asylsökande familjen utvecklar och påverkas av en särskild familjedynamik som bidrar till att upprätthålla barnets problematik. De utmärkande drag som utgörs av en omvänd familjehierarki och begränsad kommunikation mellan familjemedlemmarna utvecklas ibland till dysfunktionella mönster och konflikter i asylfamiljerna. Barnen är mycket känsliga för och snabba på att plocka upp signaler i familjen. De tar ofta på sig en ansvarsfull roll för att tillgodose familjens behov.

I asylsökande familjer händer det att föräldraauktoriteten sätts ur spel och familjehierarkin blir omvänd. Flera behandlare berättar om föräldrar som upplever att de inte klarar av att skydda och ta hand om sina barn på ett sätt som de brukat. De förlorar sin självkänsla som föräldrar. Barnen uppfattar i sin tur att föräldrarna inte klarar av att fylla den roll de tidigare gjort. En del barn tappar då förtroendet för sina föräldrar och agerar som om de inte alls behöver respektera dem. *Sedan finns det också det här klassiska att föräldrar tappar i status. Man har ju vanligtvis en familjehierarki där föräldrarna är överst och barnen är under. Men eftersom föräldrarna inte klarar av det yttre skyddet så tappar de i status och känsla av att jag kan fixa det här. [Barnen] uppfattar att "det här är ingen jag behöver respektera eller fråga om hjälp eller råd för han duger inte". Då blir det ju kaos.*

I andra familjer försöker barnen kompensera den bristande föräldern och tar på sig ett större ansvar för familjens fungerande än vad som är hälsosamt. Det innebär bland annat att de får mindre stöd och stimulans. Barnen integreras snabbare än föräldrarna då de har en given plats i samhället genom sin rätt till skolgång. Där lär sig barnen både språk och hur samhället fungerar snabbare än sina föräldrar. Det bidrar till de ombytta roller som kännetecknar den asylsökande familjen, där barnen blir aktiva i samhället medan föräldrarna sitter hemma och passiviseras. För barn innebär det en katastrof att se sina föräldrar abdikera och träda ner från familjehierarkins högsta post. *Hela familjestrukturen blir upp och ned om pappa som har haft ansvaret och verkligen har kunnat ta ställning till frågor plötsligt regredierar till en åttaårings nivå. Lilla Ahmed som ska vara sonen i familjen plötsligt får*

säga: ”men vi skall gå till socialen och prata” och han förstår strukturerna i samhället och normsystemet på en mera vuxen nivå. [...] Det är en katastrof för barnet att se sina föräldrar plötsligt inte fungera. Barn förväntar sig att föräldrar skall [...] veta hur det fungerar i världen och när de plötsligt inte vet, utan pappa är helt borta när vi går till socialen eller skall fylla i en blankett på migrationsverket, är det en katastrof för barn.

Föräldrar kan ha stora svårigheter att sätta gränser för sina barn. De har i vissa fall inte orken att upprätthålla den struktur och ordning som de brukat. I andra fall har de även dåligt samvete över att ha satt barnen i den svåra situation som de befinner sig i. För att kompensera skämmer de bort barnen och förmår inte sätta rimliga gränser. *Föräldrarna vill gottgöra så mycket. Det tycker barnen har fått försaka så mycket och det finns en risk att föräldrarna ger dem alla möjliga grejor och ställer upp för det allra minsta lilla barnet vill ha. [...] Föräldrar måste ju fortsätta vara föräldrar och vara de som bestämmer.*

Ett annat utmärkande tema i intervjuerna är tystnaden som infinner sig i asylsökande familjer. Som nämnts tidigare finns det föräldrar som talar mycket och ingående om sina traumatiska erfarenheter inför barnen. Det är emellertid också vanligt att familjemedlemmarna låter bli att prata om sådant som rör flykten eller eventuella trauman de varit med om. Vissa samtalsämnen blir tabu, vilket leder till att det som hänt de enskilda familjemedlemmarna under krig och flykt inte är gemensam kunskap i familjen. Föräldrarna är tysta för att skydda varandra och barnen från sådant som de tror att de inte vet. Det är till exempel vanligt att kvinnor som blivit våldtagna undanhåller detta för sina män. Barnen i sin tur märker snabbt vilka områden man inte pratar om i familjen och anpassar sig efter detta genom att inte heller tala om dem. Föräldrarnas uppfattning att barnet inte vet om eller sett någonting förstärks på så sätt och motiverar fortsatt tystnad. *Det är också vanligt att man i familjen slutar prata med varandra [...] allt fler områden tabubeläggs. [...] man talar inte om vissa saker för det leder ingen vart, det ger bara mer ångest om man talar om det man har varit med om. Även om man har varit med om samma trauma så har var och en sin upplevelse av hur det var och det finns inget läkande i att dela det med de andra. De blir bara värre. Så då inskränker man lite vad man talar om. Även barnen märker att ”det här kan vi inte prata om”.*

Det negativa med tystnadens strategi är att barnen uppfattar mycket mer än föräldrarna är medvetna om. De har dock begränsad möjlighet att ställa frågor för att skapa någon sorts begriplighet eller sammanhang av det som hänt dem. Föräldrarna ges inte heller möjlighet att förklara eller tillrättalägga missuppfattningar och fasansfulla fantasier som barnen bär på. För många barn ligger det en rädsla i att försäga sig om något som man vet att den ene föräldern ej delar med den andra. *Allt det här visste inte hans pappa om, vilket inte alls är ovanligt,*

framför allt det här med våldtäkten. Det är underförstått att du inte får berätta. Pappa vet inte och han får inte heller veta det. Vissa av de här barnen de lägger liksom bara av. De är rädda för att försäga sig så då slutar de prata helt och hållet. Barnen är på så sätt ensamma med sina upplevelser, vilket ofta förvärrar problemen. Dessutom sprider sig tabuna till att omfatta fler och fler områden så att individerna i familjen talar mindre och mindre med varandra.

Almqvist och Broberg (1997) har tidigare uppmärksammat att tystnad och förnekelse är vanliga strategier i familjer som varit med om traumatiska händelser. De erfar att föräldrar ofta uttrycker ett behov av att glömma det som hänt och blicka framåt. Att tala om och därigenom bearbeta händelserna upplevs som hotfullt och skadligt för barnen och något som föräldrarna vill skona dem från. Barnen uppfattar också det hotfulla och vill i sin tur skona föräldrarna från vad de varit med om. En anledning kan vara att familjemedlemmarna har starka känslor av skam och skuld inför det de varit utsatta för och räds vad som skulle hända i familjen om de talade öppet om händelser som våldtäkt och tortyr. Almqvist och Broberg lyfter dock även fram att föräldrars förnekande kan grunda sig i en känsla av att det tjänar ett positivt syfte för barnet, vilket studier av bland andra Weisenberg med flera och Rigamer (enl. Almqvist & Broberg, 1997) också visat att det gör i vissa skeden. Genom att upprätthålla hopp och fokusera på nuet istället för en eventuell förestående fara bibehålls barnets upplevelse av föräldrarna som en trygg bas. I krig är det emellertid en illusion att föräldrarna kan skydda barnen från fara och förnekelsestrategin fungerar bara så länge det fruktade inte inträffar. Det vill säga att då en traumatisk händelse verkligen drabbar barnet eller någon i dess närhet kan det fortsatta förnekandet istället bli till en börda för barnet.

Forskning kring tystnaden som strategi är emellertid inte entydig. En studie av Angel, Hjern och Ingelby (2001) om bosniska flyktingbarns psykiska hälsa visar snarare att de barn vars föräldrar undvikit att prata om upplevelserna från kriget och flykten till Sverige var vid bättre psykisk hälsa. De föreslår att det kulturella sammanhang som individen eller familjen kommer ifrån kan ha betydelse för vilken strategi som främjar den psykiska hälsan.

Psykologerna träffar många barn som är oroad för sina föräldrars välbefinnande och mycket känsliga för deras behov. Barnen tar på sig ett stort ansvar för familjen och ser det som sin uppgift att rädda den. De gör allt de tror sig kunna för att föräldrarna skall bli glada igen. Det kan ta sig i uttryck dels genom att barn står tillbaka med egna problem och inte talar förrän föräldrarna fått hjälp, dels genom att barn tar på sig en roll för att balansera familjen. Det kan vara rollen som sjuk eller rollen som ansvarstagande. Barn underordnar sig familjens bästa och tar på sig den roll som gagnar familjen. Ibland kan det gå så långt som till att ett barn uttrycker önskan om att, eller till och med försöker, ta sitt eget liv.

I familjer med flera barn är det ofta bara ett som blir bärare av symptomen medan de andra går fria. Detta barn blir till familjens martyr. Det kan också inträffa att symptomen vandrar mellan familjemedlemmarna. Det förefaller ganska vanligt att den äldsta flickan i en syskonskara blir symptombärare. En psykolog menar att det kan höra samman med barnets lojalitet till föräldrarna, om än på ett omedvetet plan.

Barnen kan vara mycket passiva hemma, medan de fungerar bra i sammanhang där föräldrarna inte är med, till exempel i skolan. De verkar hämmas av att se föräldrarna må så dåligt. *Det är ett fenomen som jag har sett flera gånger att barnen när de är tillsammans med föräldrarna är väldigt tillbakadragna och mimikstela och ser väldigt deprimerade ut, medan de kan fungera bättre om inte föräldrarna är i närheten.*

Det är möjligt att barnens utveckling och kognitiva fungerande har betydelse för hur de påverkas av och handskas med skeenden i familjen. Ett högt kognitivt fungerande kan både underlätta och försvåra barnets förståelse av situationen och sin roll i familjen. *Högt kognitivt fungerande betyder att barn också förstår bättre hur familjen mår eller hur deras situation är [...] både medvetet och omedvetet. Till en början är det kanske så att [barnet går in i en roll] i viss medveten grad, men så småningom fastnar i det. [Det positiva] är förstås att det kognitivt högfungerande barnet kan reflektera kring allt det här på ett annat sätt. Det är min iakttagelse att barn med mindre förmågor har mindre redskap, men ofta blir de inte heller så dåliga. De går inte in i det på samma sätt. Samtidigt som barnen vill och försöker agera för familjens bästa, känner de av en ambivalens hos föräldrarna och märker att de inte kan vara säkra på att föräldrarna finns där för att skydda dem. De märker hur de offras av sina föräldrar, vilket kan påverka tilliten till föräldrarna på längre sikt.*

Det uppstår lätt konflikter i asylsökande familjer, både mellan makar och mellan föräldrar och barn. När barnens behov inte tillgodoses på grund av föräldrarnas bristande ork eller psykiska upptagenhet händer det att barnen istället för att anpassa sig ger starkare uttryck för sina behov. Det vanliga är då att föräldrarna ännu mindre orkar tillgodose barnets behov. Det skapas på så sätt ett dysfunktionellt mönster som tycks förstärka sig själv och lätt kan accelerera till mycket stora konflikter mellan barn och förälder. Den sänkta förmågan att utöva ett gott föräldraskap till följd av egen traumatisering tycks ibland även leda till konflikter föräldrarna emellan. Det finns även barn som hyser ilska mot sina föräldrar för den situation de hamnat i. De kan förebrå sina föräldrar för otryggheten och ovissheten som de upplever aldrig tar slut. De kan vara arga över att föräldrarna inte fungerar som de brukat, inte vet hur det nya samhället fungerar och inte kan tala svenska.

Går det att tillgodose behovet av traumabehandling under asylprocessen?

Många av de asylsökande barnen mår, som hittills har beskrivits, mycket dåligt. Därför ser psykologerna det som viktigt och angeläget att hjälpa dem. Flera av dem lyfter fram att de tillhör en målgrupp med god prognos såtillvida att många av barnen kommer från en i grunden stabil hemmiljö med god anknytning och föräldrar som varit socialt välfungerande i ursprungslandet. Läkningsprocessen underlättas avsevärt av om barnen får psykologhjälp tidigt och de kommer att må bättre även om de senare blir tillbakaskickade. *Prognostiskt är det alltid väldigt bra att patienter som är traumatiserade snabbt kommer under behandling och framför allt får en bekräftelse på att deras upplevelser faktiskt är en del av den verklighet de har mött.*

Finns det fall när en traumabehandling inte skulle vara verksamt? Det finns psykologer som finner avsevärda svårigheter att bedriva traumabehandlingsarbete under en pågående kris. För människor som väntar på besked eller fått avslag är krisen existentiell vilket försvårar möjligheterna att åstadkomma en stadigvarande förändring. Hotet om upprepning måste vara avlägsnat först. Traumabehandling blir meningsfull först när barnen är trygga och får stanna. *Traumatiseringen är ofta långvarig och den finns kvar. Men är man räddad, är man uppe på räddningsflotten då lönar det sig med konstgjord andning och hjälp och sådant, men ligger de i vattnet, då går det inte riktigt.* Några behandlare drar paralleller mellan arbetet med de asylsökande och palliativ vård och menar att det mest går ut på att lindra, trösta och dela barnets och familjens förtvivlan. I vissa fall skulle det till och med kunna vara skadligt att påbörja en traumabehandling under asyltiden. *För att bearbeta ett trauma krävs att man först arbetar med tillit och trygghet. Eftersom asylsökande kan avvisas till hemlandet finns ingen yttre trygghet. Därmed finns inte heller någon inre trygghet. Att då uppmana barnet att uttrycka sig kring ångestväckande minnen är kontraindicerat. Det finns stor risk att man gör ont värre. Barnet [...] har inte kapacitet att härbärgera den ångest det kan utlösa.* Det finns alltså tillfällen när en behandling skulle kunna motverka sitt syfte.

Hur kan man förhålla sig till dessa svårigheter? Ett sätt är att fokusera på det som är möjligt istället för det som är omöjligt i behandlingsarbetet med de asylsökande barnen. *Det går alltid att göra någonting, men det kanske går att göra mycket mer om människor har uppehållstillstånd. Det är självklart. Om allting är tryggt och juste, då är det väl ingen konst. Konsten tycker jag är att ändå utveckla någonting som gör att människor känner att dom kan få någonting med sig i den här svåra situationen. [...] Så när kollegorna säger "Det går inte och det går inte", då säger jag "Då får vi göra positiva omformuleringar, vad är det som går?" istället för att radda upp det som inte går. Så tycker jag.*

Vem skall psykologerna behandla? Familjen eller barnet?

I den fortsatta behandlingskontakten tar psykologerna ställning till vem som skall vara fokus för behandlingen. De behöver fråga sig dels var roten till barnets symptom finns och dels hur barnets fortsatta psykiska hälsa bäst främjas. Det kan återigen vara ett dilemma då familjens bibehållna auktoritet och fungerande ibland står mot barnets individuella behov. Psykologerna förhåller sig på två olika sätt. Några vill att föräldrarna skall närvara under utredning och behandling, andra finner fördelar med att dela på familjemedlemmarna.

Vilka är fördelarna med att dela upp familjen? De som väljer att göra det menar att det är viktigt för var och en att få berätta sin historia. Det är bara det som familjemedlemmarna har gemensam kunskap om som går att beröra i gemensamma samtal. Genom att träffa familjemedlemmarna individuellt får psykologen bättre tillgång till hela bilden. Barn tenderar att skydda sina föräldrar från allt för belastande berättelser. Barnet är beroende av att föräldern orkar vara förälder och ju skörare föräldern är, desto mindre berättar barnet. Genom att träffa barnet för sig ges det större utrymme att verkligen kunna berätta. *Det är oerhört viktigt att var och en får sin tid, att man delar upp familjerna i olika konstellationer, att var och en får så att säga debriefa sin bit själv, utan att belasta de andra familjemedlemmarna. Det behöver även barnen. Underskatta inte hur viktigt det är för dem att berätta utan att föräldrarna hör.*

När kan en uppdelning vara nödvändig? Det är vanligt att psykologerna träffar hela familjen inledningsvis för att sedan dela upp familjemedlemmarna i större eller mindre konstellationer. Det kan till exempel vara så att en behandlare träffar barnet, eller ett par syskon som är nära i ålder, medan en annan stöttar föräldrarna. I de fall där kvinnor har torterats genom våldtäkt, och de inte vill att deras män skall få veta det, är det extra behjälpligt att vara två behandlare. En behandlare kan då träffa de familjemedlemmar som vet och en annan de som inte vet. Detta minskar behandlarens oro för att försäga sig. Även de behandlare som strävar efter att hålla ihop familjen under behandlingen tar upp tillfällen där det ändå kan vara bättre att träffa några av familjemedlemmarna för sig. Detta kan vara när föräldrarna själva har behov av att få ösa ut sin ångest för behandlaren, något som barnen inte mår bra av att höra. *Grunden är ju familjen, men det får man göra en massa modifikationer kring. I en traumatiserad familj kan man plåga varandra ganska mycket med sin egen ångest och färga eller smitta av och så vidare. En del föräldrar sprider väldigt mycket ångest till sina barn och då känner man att här måste vi separera dem.* Behandlaren har möjlighet att be

föräldrarna att tillfälligt lämna rummet om det kommer upp något i samtalet som barnet inte vill att de skall höra.

Vilken vinst finns med att ha föräldrarna med i rummet? Några psykologer är noga med att alltid ha med åtminstone en av föräldrarna under samtalet. De ser föräldrarna som barnens främsta resurs och menar att det är viktigt att föräldrarna får höra barnen berätta så att de förstår vad barnen har upplevt. Om familjen har gemensamma trauman så bör familjen även tala om dessa gemensamt under något skede av behandlingen. Föräldrarna är de vuxna som barnen har att vända sig till då svårigheter dyker upp efter att behandlingen avslutats och psykologerna lyfter fram att det är viktigt att inte undergräva föräldrarnas roll genom att som behandlare ta över. *Jag har alltid alla i rummet, för mitt primära jobb är att återskapa, så att säga, föräldrarna hela tiden. Jag skall ju inte ta över. Jag är ju inte någon form av behandlare [...] möjligtvis en fördjupare av samtal.* Det kan också finnas barn som inte vågar släppa sina föräldrar, eller barn som tidigare har utsatts för övergrepp i slutna rum där föräldrarna inte har kunnat försvara dem, och psykologen vill då undvika att väcka fantasier kring detta.

Familjens intressen kontra barnets är återigen ett dilemma som inte har ett självklart svar. Många av psykologerna handskas med det genom att träffa familjerna i olika konstellationer vilket dock är ett resurskrävande alternativ.

Vad kan psykologen göra?

Behandlarna ställs under kontakten med de asylsökande inför en rad dilemman på olika nivåer som de måste ta ställning till innan de kan vidta den åtgärd som de tror bäst gynnar barnets psykiska hälsa. Ibland kan en åtgärd vara att avgöra vad som faller på psykologens bord och inte. I en del fall bedömer psykologerna att det inte är möjligt att bistå familjerna med någon psykologisk hjälp utan att hjälpen kan tillhandahållas först då barnen och familjerna erhållit ett uppehållstillstånd. I andra fall inleder psykologerna en behandlings- eller stödkontakt trots att familjerna inte fått uppehållstillstånd. I de fall de väljer att fortsätta kontakten finns olika strategier och tillvägagångssätt, både stödjande, undervisande och bearbetande som kan vara de asylsökande till hjälp.

Hur skapar psykologen trygghet i en otrygg situation?

Att upprätthålla vissa ramar kring behandlingen hjälper till att skapa trygghet. I intervjuerna framhåller några av behandlarna att det är viktigt att patienten inte blir överrumplad i behandlingskontakten, utan att situationen är bekant från gång till gång. De menar att

tryggheten är en förutsättning för att kunna öppna sig och berätta. Ett sätt att skapa denna trygghet som många av psykologerna använder sig av är att träffa familjerna i samma rum, på samma dag och samma tid med samma tolk varje gång. När allt annat kring familjerna är så löst och osäkert blir denna rutin betydelsefull. En behandlare beskriver att hon i många fall själv får vara ramen. *Man får vara rätt så mycket ram själv faktiskt. [...] Jag tror att jag verkar rätt trygg i min person och det kan jag använda mig av. Ofta är föräldrarna lika rädda, så att vara tydlig med vilket ansvar jag har, vad jag kan göra och vad jag inte kan göra, vad dom andra måste göra, det blir viktigt.* Det varierar mellan behandlarna hur ofta man väljer eller har möjlighet att träffa barnet eller familjen. Det är också olika från fall till fall. I vissa skeden kan det vara nödvändigt med en kontakt varje vecka. Andra gånger bedömer behandlarna att det räcker att träffas mer sällan. *Vi har bestämt, mycket för vår egen skull och kanske för deras också, att inte träffas så väldigt ofta därför att situationen ändrar sig inte. Är det akut kris så kan vi behöva ses varje vecka, men annars ses man var tredje, en gång i månaden eller så. Man finns där och de vet att de får komma tillbaka. [...] Om det blir någon förändring av något slag så kan de komma, men annars så vet de att vi finns.*

När det gäller strukturen i rummet varierar det lite från behandlare till behandlare. Många arbetar som ensamma behandlare i rummet, men några tar upp fördelarna med att vara två. Då har man både någon att diskutera med efteråt och någon som hjälper till att härbärgera under samtalet.

Strukturen i rummet kan också fylla en mer behandlande funktion där psykologen aktivt skapar förutsättningar för att barnet skall få komma till tals. Flera av psykologerna beskriver det som viktigt eftersom det är vanligt att föräldrarna inte orkar höra sina barns berättelser, och många gånger inte har förstått vad deras barn har upplevt. *Jag blir lite av en regissör. "Nu sitter ni där och så sitter ni barn här, och så sätter jag mig bredvid er föräldrar här och nu skall vi lyssna på barnen idag."*

Hur kan psykologen ta tillvara det som fungerar?

Nästan samtliga av de intervjuade psykologerna poängterar vikten av att hitta och förstärka varje familjs starka sidor. Syftet med detta är framförallt att upprätthålla en daglig struktur och ett sammanhang som är begripligt för barnen. I vissa familjer kan dessa resurser vara tydliga och lätta att få fatt i medan andra familjer redan hunnit gå ner sig och därför själva har mycket svårt att se något positivt i tillvaron. Genom att uppmärksamma och förstärka det friska och fungerande i familjerna bidrar psykologen till ett slags hopp som är förankrat i familjens egen kraft och inte i orealistiska drömmar.

Flera psykologer beskriver hur de försöker samarbeta med och förstärka det nätverk som redan finns runt den asylsökande familjen eller runt de barn som kommit ensamma. Många asylsökande finner ett stöd i landsmän eller släktingar som redan befunnit sig i Sverige en tid. Ett välfungerande nätverk verkar påverka den psykiska hälsan positivt hos de asylsökande familjerna. Släktingar och vänner som tidigare befunnit sig i en liknande situation är viktiga då det gäller att bistå både med praktiska tips och med känslomässig förståelse, inte minst för att de talar samma språk. För barnen kan vuxna med en mer stabil tillvaro vara särskilt gynnsamt för det psykiska välbefinnandet då de egna föräldrarna sviktar. Många familjer söker också stöd genom Röda Korset, kyrkan eller andra frivilligorganisationer.

De asylsökande barnen har ofta kvar en grundläggande trygghet och tillit till vuxna vilket flera psykologer lyfter fram som en resurs. De kommer ofta från socialt välfungerande familjer och relaterar, trots svårigheter i situationen, adekvat till andra vuxna. De har också många sociala färdigheter, är empatiska och kan leka, vilket underlättar kontakten med jämnåriga. De förmår dessutom uttrycka tydliga känslor som svarar mot den situation de befinner sig i, vilket i sig är ett friskhetstecken. Dessa förmågor och resurser gagnar även behandlingen. *Vilken enorm kraft det är när det är barn som har en i grunden trygg anknytning eller organiserad anknytning i alla fall. Det är inte så att deras primära objekt, alltså det är inte mamma och pappa, som har gjort att de mår dåligt egentligen utan det är andra omständigheter. De har en trygg grund inuti sig, en klangbotten som du spelar mot som psykolog och då blir det en oerhörd kraft i interventionen.*

Medan några behandlare erfar att den grundläggande tilliten till familjen som barnen har med sig underlättar kontakten med dem som behandlare, har andra noterat att barnens tillit inte alltid sträcker sig utanför familjen. *Jag har märkt, speciellt på de asylsökande att förtroendet för vuxna är något som gungar hela tiden. Det är inte så säkert. De har inte haft förtroende för vuxna annat än i familjen och möjligen släktingar. Med vuxna i myndighetssammanhang har de det svårt.*

Psykologerna poängterar skolan som en resurs för barnen. De ser att skolan är viktig för barnen ur kunskapssynpunkt, men framför allt möjliggör den en normalisering av barnens vardag och en trygghet i och med den struktur det för med sig att gå till skolan. Behandlarna beskriver skolan som en oas där barnen får lov att vara barn. De håller sig aktiva och får möjlighet att träffa andra vuxna och leka med jämnåriga barn. De lär sig både att läsa och skriva på det nya språket och att förstå hur livet i det nya landet fungerar. För de barn vars föräldrar sviktar utgör personalen på skola och fritids dessutom en extra viktig resurs. *Skolan kan vara en fristad. [...] Det är det normala att man går i skolan. Där träffar man kamrater,*

där flyter livet på och man lär sig saker som man behöver kunna var man än hamnar, vad det än blir av en. Flera av psykologerna försöker utveckla ett samarbete med skolorna just för att de ser det som en sådan resurs för de asylsökande barnen. Skolan fyller även en viktig funktion i att presentera det svenska samhället för barnen. Sedan är skolan viktig förstås och att de tar den här elevgruppen på allvar. Det är en grupp som alltid kommer att komma. [...] Jag ser ju skolan som den viktigaste introduktören för barnen faktiskt och då måste man också se på sig själv som en sådan och ta emot barn på ett sådant sätt som man vill att de skall bli emottagna, inte som någon tillfällig lösning, vilket det fortfarande är i många kommuner.

Andra resurser som psykologerna försöker lyfta fram och synliggöra för familjerna är barnens nyfikenhet och intresse för det som är nytt samt förmågan att lära sig svenska. Psykologerna uppmärksammar även familjen på den handlingskraft och initiativförmåga som en flykt innebär. För att synliggöra familjernas resurser, vilket ibland kan vara svårt, beskriver flera av psykologerna att de brukar ägna viss del av behandlingstiden till att tala om hur det var innan familjen tvingades fly från sitt hemland. Vad gjorde de tillsammans? Vad tyckte de var roligt? och Vad fungerade?

Behandlarna ser att religiös tro eller politisk övertygelse hjälper de asylsökande att handskas med sin vardag. Antonovsky (1991) menar att den som är starkt troende utan att vara fanatisk låter sig vägledas av grundläggande principer och bestämda regler, men väljer självständigt vilka strategier som skall användas i relation till omgivningen vilket bidrar till en stark KASAM. Vidare har Frankl (1986) beskrivit att människor strävar efter att finna mening i sin tillvaro. Med en existentiell mening kan en människa klara av att hantera nästan obegränsade svårigheter och det går då att finna mening även i lidandet. Det viktiga är hur individen förhåller sig till lidandet. Även Frankl tar upp att religiös tro kan bidra till att tillvaron uppfattas som meningsfull. Det kan dock vara utmanande att som psykolog resonera med barnen kring de religiösa dilemman som krig och övergrepp innebär för den som tror på en god och allsmäktig gud.

De asylsökande familjerna är vanligen välfungerande i grunden. Trots det möter psykologerna ett stort antal familjer som tillfälligtvis har svårt att upprätthålla en daglig struktur och ett självomhändertagande. I många fall handlar psykologkontakten därför mest om att fokusera på hur familjerna skall klara sig igenom vardagen och skapa en hållbar struktur. Dyregrov (1997) poängterar vikten av trygghet och struktur i omgivningen runt ett asylsökande barn. Ett sätt att åstadkomma stabilitet kan vara att hålla på rutiner i familjen.

Många psykologer fokuserar främst på här och nu i arbetet med de asylsökande familjerna. De talar om att mycket av behandlingen går ut på att normalisera vardagen. En del kallar det psykosocialt stöd, andra kallar det åtgärdsinriktat stöd. Det tycks framförallt handla om att hjälpa familjen att skapa rutiner i sin tillvaro. *Vi försöker hjälpa föräldrarna att göra en så normal tillvaro som möjligt för barnen. [...] Att ändå ha rutiner med mat och sömn, gå ut och hitta någonstans att leka, försöka sysselsätta barnen.* Rent konkret kan det också innebära att gå igenom veckan och planera in aktiviteter tillsammans med familjen så som att ta sig till skolan, läkaren, migrationsverket eller gå på en promenad. För barnens del kan det handla om att planera in fritidsaktiviteter, gå på öppna förskolan, träffa kompisar. Det är viktigt att locka dem till lek och se till att lekandet är möjligt både i och utanför terapirummet. Psykologerna försöker ibland att praktiskt stötta föräldrar och barn att sätta igång med att till exempel spela fotboll. De beskriver att aktiviteten är viktig som ett led i att komma hemifrån och förhindra att barn och vuxna stagnerar eller till och med blir apatiska. Det är också ett sätt att skapa positiva stunder som ett avbrott i familjens ständiga oroande för framtiden.

Psykologkontakten i sig utgör en hållpunkt under veckan eller månaden som bidrar till strukturen. Så långt det är möjligt försöker behandlarna utgå från familjens egna resurser och motivera familjen att stå ut med att dagarna ser likadana ut. De bistår även ibland med råd och tips på hur familjen ska lösa sina vardagliga problem.

I en del fall då behandlarna märker att familjen har svårt att fullfölja planerna som de tillsammans har gjort upp, kan de även koppla in sociala myndigheter som kan bistå med mera stöd i hemmet. I några ärenden har det också hänt att psykologerna gjort bedömningen att ett barn måste omhändertas på grund av bristande omsorg från föräldrarna. De ensamma barnen kan få en stödfamilj.

Några av psykologerna menar att de arbetar parallellt med att stärka fungerandet i vardagen, upprätthålla en struktur och med att bearbeta traumat. Andra ser upprätthållandet av en daglig struktur som det primära och enda de kan göra för de asylsökande familjerna och menar vidare att det är viktigt att inte underblåsa eventuella sjukdomsvinster genom att gå in med andra åtgärder.

En viktig del i behandlingen är att stötta föräldrarna och på vissa kliniker erbjuds föräldrarna enskilda stödsamtal där psykologerna försöker hjälpa dem att återskapa sin föräldraroll. Ett återkommande tema i behandlarnas berättelser är vikten av att föräldrarna inte ger upp inför sina barn. En del i stöttandet är därför att hjälpa dem ta hand om sin egen stress. Behandlarna försöker tillsammans med föräldrarna hitta fruktbara sätt att dels få utlopp för aggressivitet och irritation, dels förklara tydligt och enkelt för barnen vad det är som händer

med föräldern, för att på så sätt avlasta barnet oro. En behandlare ger följande exempel på hur ett samtal med en stressad pappa kan låta: *"Hur märker du när stresskalan är på väg upp innan du börjar skrika åt ungarna? Kan du lyssna på den signalen och istället säga: 'Ursäkta, pappa går ut en liten runda sedan kommer jag [...]' Du själv mår ju mycket sämre av att sitta kvar och låta det gå vidare och sedan börja skrika. Då påverkar du ditt barn ännu mer. Du ser hur barnet tystnar och sedan blir ännu mera rädd"*

Psykologens arbete med att återskapa föräldraauktoriteten går ut på att stärka föräldrarnas realitetsuppfattning, trycka på deras ansvar som föräldrar och stötta dem att konstruktivt handskas med sina barn. Föräldrarna kan behöva resonera kring och stöttas i sin gränssättning gentemot barnen. De kan också behöva uppmuntras att hjälpa barnet hantera sina rädslor. Samtalet mellan förälder och barn kan fördjupas genom att psykologen hjälper till att benämna och föra in nya ord i rummet.

Att uppmärksamma och förstärka det som föräldrarna gör och har gjort bra med sina barn är ännu en viktig del av arbetet. Psykologerna eftersträvar också att göra föräldrarna medvetna om de styrkor som gör att barnen kommer klara sig bra. *Ibland kan man faktiskt säga: "Fast ni har varit med om så här mycket [...] så tycker vi att ni är väldigt bra föräldrar. Ni gör precis rätt när ni gör så här", när de beskriver hur de har försökt trösta eller göra någonting. [...] "Vi ser ju att era barn är jättefina barn och att det kan fungera fast det nu är så jobbigt." Man kan se att de sällan får något positivt någonstans ifrån.*

Det är angeläget att vara lyhörd för och respektera vad föräldern klarar av och inte i det föräldrastödjande arbetet. Det kan till exempel vara bättre att en förälder gör lite mindre, men förmedlar ett lugn och en trygghet till barnet än att han eller hon pressar sig till något som han eller hon inte orkar med. Det gäller att hitta en nivå som föräldrarna är bekväma med. *Någon förälder kan säga: "Jag vet ju att jag borde läsa sagor för honom eller vara mer med honom och göra mer, men jag orkar inte." Där får man ju understryka att vi vet att de bara är människor och de vet hur de skulle vilja göra. Man kan fråga: "Kan du göra någonting [...] så att ni ändå kan ha några stunder när ni har det bra."*

Vad behöver de asylsökande veta mer om?

På några av klinikerna är psykopedagogik en central del av den behandling som psykologerna erbjuder de asylsökande familjerna. Genom att undervisa om kris- och traumareaktioner försöker psykologerna begripliggöra och normalisera de symptom som barn och föräldrar söker hjälp för. Vissa uttrycker att det ibland är ren undervisning där behandlarna helt enkelt talar om för patienterna hur det förhåller sig, medan det i andra fall är samarbetet med

föräldrarna som ligger i fokus för att gemensamt skapa ett sammanhang och förståelse för de egna reaktionerna. Undervisningen kan också syfta till att visa föräldrarna hur de på bästa sätt bemöter och tar hand om reaktionerna som uppkommer hos barnet. Ibland behöver familjerna även information om hur asylprocessen ser ut. Några av psykologerna arbetar även med att fortbilda kollegor och andra yrkeskategorier i att arbeta med asylsökande barn och familjer.

För att kunna hantera traumatiska upplevelser kan det vara verkningsfullt för psykologen att tala om för patienten hur kris- och traumareaktioner brukar yttra sig med fokus på symptomens uppkomst och funktion. Psykologen försöker på så sätt också tydliggöra skillnader mellan krisreaktioner och psykisk sjukdom. Många av de asylsökande har bristfällig kunskap om psykisk ohälsa. Att till exempel tala om hur trauma påverkar hjärnan samt hur detta hänger ihop med kroppsliga reaktioner som hjärtklappning och svettningar kan hjälpa till att göra reaktionerna mera begripliga för familjerna. De får också lära sig hur olika stimuli sätter igång dessa reaktioner. *Just när det gäller pedagogik, då är jag mer som en lärare som säger: "Nu skall jag berätta vad du skall vara rädd för och vad du inte behöver vara rädd för, vad du kanske är rädd för i onödan."* Då är det jag som berättar. [...] *Man sorterar upp lite i kaoset. [...] Man kan ju tala konkret om polisen, att det är väldigt sällan poliserna hämtar barnen på skolan.* En viktig del av begripliggörandet som flera psykologer berör är att tillsammans med familjen benämna det som barnet eller den vuxne är rädd för idag och koppla det till vad de tidigare varit med om. Psykologerna har fokus på hur patienten påverkas idag men för in det förflutna och nya ord för att begripliggöra erfarenheterna. Det hjälper att strukturera i det familjerna upplever som kaotiskt.

Ett sätt att nå barnen är att undervisa föräldrarna. Det handlar då ofta om att bolla tankar med föräldrarna kring var barnets rädslor kommer ifrån och vad barnet kan behöva av föräldrarna för att bättre hantera sin vardag. *Vi kan säga att [mardrömmar] är ett vanligt symptom och vi säger också att det är bra om [mamman] frågar [pojken] vad det är han har drömt om och att det är bra för barnet att dela drömmen med någon vuxen.*

Ibland undervisar psykologerna föräldrarna i lätta termer om barns utveckling eller agerar modell för föräldrarna då det gäller att hantera eller samtala med barnet. Flera av psykologerna som arbetar på detta sätt är noggranna med att betona att det är information genom dialog. De beskriver att samarbetet är viktigt dels för att behandlarnas egna föreställningar inte alltid stämmer överens med familjernas tradition och dels för att stämma av förälderns kapacitet.

Några psykologer arbetar också för att medvetandegöra föräldrar om de dubbla budskap som de sänder till sina barn och hur det påverkar barnet. Några uppmanar föräldrarna att se till

det friska hos sina barn istället för att fokusera på det som inte fungerar och resonerar med dem kring barnets oro. *Jag kan säga till föräldrarna: "Det är fullt naturliga reaktioner att barnet jämt och ständigt vill vara nära er föräldrar och hela tiden tänker på om ni skall få stanna eller inte. [...] De bilder som barnet har av att se dig eller din hustru blodig eller skjuten eller mördad inför återvändandet, de bilderna kommer inte ur asylsituationen. De bilderna är skapade av din oro."*

En del av syftet med föräldraundervisning är att normalisera barnens reaktioner för föräldrarna. Psykologerna trycker på att barnens reaktioner är normala för den situation de befinner sig i och inte tyder på en patologi hos barnet. De strävar efter att så mycket som möjligt peka på det som fungerar hos barnen trots att de har det jobbigt. Psykologerna talar även med barnet om vad som är vanligt att tänka och känna då man befinner sig i en situation som de gör eller då man har varit med om det som de har varit med om. Att tala om vad som redan är känt om barnet kan vara alliansskapande och bidrar till en trygg ram kring behandlingen. *Jag normaliserar barnets motstånd och ger kontrollen till barnet [genom att] säga att han eller hon kan ta upp det svåra när han eller hon känner för det. Sedan säger jag till exempel: "Det finns många barn som har varit med om krig och förföljelse och de brukar tänka på sina upplevelser som gör ont. Det gör ont oavsett om man pratar om det eller inte, men ibland kan det också vara bra att dela med någon även om det känns svårt."*

Ibland kan det vara nödvändigt att informera de asylsökande familjerna om asylprocessen. Ofta vet de mycket lite om den när de kommer till behandlingen. De vet inte hur lång tid det kommer att ta och har ofta orealistiska förväntningar på möjligheten att stanna. *Jag väljer ofta att väldigt snabbt gå igenom aktuell statistik över hur det ser ut för bosnier, irakier osv. Så säger jag till föräldrar: "Du kan ju själv se om det är 4000 asylsökande från din grupp och 330 får lov att stanna så kan du själv räkna" Det är en verklighet som många gånger inte är benämnd.*

En del av det undervisande arbetet riktar sig till andra yrkesgrupper eller till kollegor. Några beskriver att de försöker ha en kontinuerlig kontakt med skolan och de lärare som möter de asylsökande barnen där. Det syftar till att öka förståelsen och beredskapen hos dem. Psykologerna lyfter också fram vikten av att ge och efterfråga handledning då de ofta stöter på problem som är svåra att lösa på egen hand. På några kliniker finns särskild tid avsatt till konsultation för kollegor med mindre erfarenhet av behandlingsarbete med asylsökande barn och familjer

Hur arbetar psykologen med det som inte går att förändra?

Behandlarna beskriver antingen direkt eller indirekt att det av dem som psykologer krävs stor kapacitet att hållbarhet och stå ut med asylsituationen tillsammans med patienterna. Vissa ser detta hållbarhet som den mest centrala och egentligen enda möjliga strategin att hjälpa familjerna. Andra ser det som en av flera viktiga komponenter i en behandlingskontakt. För psykologerna innebär hållbarhet att klara av att omfamna den svåra ångest som många av familjerna bär med sig, att orka lyssna på dem, att våga fråga mer och be om förtydliganden även då det känns outhärdligt. Det innebär också att orka finnas kvar i verkligheten då familjerna drar åt ett annat håll, det vill säga att stå emot önskan om löften att allting kommer att ordna sig och tala om den stora risken för ett avslag och vad som händer då.

En medveten strategi som beskrivs av flera psykologer är att vara rak och tydlig med sitt mandat. De undviker att lova för mycket och eftersträvar att vara ärliga vid frågor om sannolikheten för familjen att få stanna i Sverige. Familjerna är inte hjälpta av falska förhoppningar. Samtidigt upplever flera psykologer att detta är något av det svåraste i arbetet då familjernas önskningar ofta är mycket starka. *Vi börjar alltid med att vara väldigt återhållsamma med vad vi lovar och påpekar att [den begränsade tiden] är en realitet. Men det är svårt att säga det, för en del som kommer är väldigt förhoppningsfulla. Att rycka upp hoppet är kanske inte vår sak, men vi måste inse att [de kan bli utvisade]. Det kan göra lite ont när man ser att vissa inte kommit dit än att de förstår att de kan skickas tillbaka [...] och så förstår jag att de inte har en chans att få stanna. Då har man en lång, sorglig erfarenhet att göra.*

För merparten av de asylsökande är risken att få ett avslag på sin ansökan betydande. Därför menar många av psykologerna att det är viktigt att tala med dem om ett eventuellt återvändande. De ser att familjerna har nytta av att vända och vrida på det de är mest rädda för. Det öppnar för flera olika handlingsalternativ om familjen kan komma att se att de inte måste stanna i Sverige. *I den mån man kan få någon att resonera om vad det skulle innebära [att återvända] så är det nästan bland den bästa hjälp man kan ge, för det innebär ofta en viss realitetsanpassning i tanken som hjälper människor att få något mindre ångest.* Många behandlare upplever det dock som svårt att tala om återvändande med familjerna. Det är svårt både för att familjen kan uppvisa ett kraftigt motstånd och för att behandlaren själv känner ett stort medlidande med familjen och då ibland avstår. *För väldigt många är detta en diskussion som man vägrar att föra. De bara slår den ifrån sig och säger: "Det kan jag inte prata om, det är omöjligt, jag dör." Jag tror för det första att du måste vara en väldigt erfaren behandlare för att klara av att gå vidare i den diskussionen trots de starka reaktioner du*

väcker. Det andra är ju att det faktiskt även med den erfarenheten är svårt att föra en sådan diskussion.

Ofta är psykologkontakten den enda möjligheten för familjerna att nyanserat tala om ett återvändande. Det är svårt för den asylsökande att tala med landsmän om ett återvändande i neutral ton, istället ses det som en omöjlighet och det absolut värsta som kan hända. Då behandlarna lyckas få till stånd ett samtal om återvändandet med familjerna försöker de tränga bakom rädslan och få tag i de historier som familjerna bär med sig. Familjerna har ofta ekonomiska eller sociala skäl att vilja stanna i Sverige som är fullt begripliga men som inte utgör giltiga asylskäl i laglig mening. Flera psykologer försöker fråga om familjernas värsta farhågor i syfte att hjälpa familjerna att nyansera bilden i den mån det går. Behandlarna upplever det som svårt då vissa familjer redan har återvänt och flytt på nytt eftersom deras farhågor verkligen besannats. Då kan en annan möjlighet vara att uppmuntra familjen att ta vara på den tid de har i Sverige. *Just när de kommer i det skedet att de skall tillbaka eller funderar mycket på det då tycker jag att det är viktigt att man också pratar om att ”vad som än händer och hur det än blir för er här i livet så har ni i alla fall denna tiden. Nu har ni mat på bordet, barnen går i skolan, ni är hos mormor och morfar som ni tycker jättemycket om. Ta vara på denna tiden.”*

En stor del av psykologens arbete handlar om att lyssna på, ta emot och härbärgera den starka ångest som familjerna bär på. Att låta vuxna och barn tala om det som är jobbigt och att bekräfta dem i vad de varit med om uppfattar psykologerna ibland som det enda de kan göra. De kan säga att de förstår utan att ha makt att ändra på sakernas tillstånd. De pekar också på att det ibland kan räcka att de benämner hur familjen påverkas av det som hänt och att de finns kvar och står ut med det hemska som berättas. *Är de i en så otrygg situation så blir vi ett ställe dit de kan gå, där det finns någon som möter dem och lyssnar på dem och håller dem. [Som psykoterapeut har jag lärt mig] att stå ut med ångest och låta folk få prata om det som är så jobbigt, att inte väja för det utan stanna i det därför att det är sådan situationen är.* Flera psykologer upplever att det är härbärgerandet som är den tyngsta delen i behandlingen. De får ta emot mer ångest och aggressivitet i kontakten med asylsökande än med andra familjer.

Strategin att stå ut kan knytas till och utvecklas med begreppet acceptans som alltmer kommit att användas inom moderna kognitiva och beteendearter. I dialektisk beteendeterapi (DBT) (Kåver & Nilsson, 2003) är ett av målen med terapin att lära patienter stå ut med svårigheter och smärta, att acceptera tillvaron som den är. Först då är det möjligt att effektivt åstadkomma en förändring hos sig själv eller i omgivningen. DBT riktar sig till en

helt annan patientgrupp, men just acceptans passar väl in på arbetet med asylsökande då det är mycket som varken den asylsökande eller terapeuten kan förändra utan måste lära sig att tillsammans acceptera

Behöver barnet medicinska åtgärder?

Det förekommer att asylsökande barn har så svåra symptom att psykologerna remitterar familjerna till medicinsk behandling. Utskrivning av ångestdämpande läkemedel förekommer liksom att barn läggs in tillsammans med eller utan föräldrarna. Orsaken till inläggningar varierar. Dels kan det vara barn som är mycket utagerande, där föräldrarna är helt utmattade och inte klarar av att ta hand om barnet i hemmet, men vanligare är att barn som gått in i ett passivt tillstånd, då de vägrar äta och prata, läggs in. Några barn läggs också in då behandlarna bedömer att de är suicidala eller lider av hallucinationer. Flera psykologer framhåller dock att dessa vistelser bör vara så korta som möjligt och i största möjliga mån bör undvikas, för att inte patologisera vad som egentligen är hälsosamma reaktioner på en påfrestande situation. Risken är annars stor att de förblir liggande. Istället är det önskvärt att som behandlare så långt det är möjligt försöka aktivera dessa barn och erbjuda dagvård i hemmet.

Hur kan psykologen arbeta med de asylsökande barnens traumatiska erfarenheter?

Att ha varit utsatt för skilda trauman är ett faktum som drabbar flera av de asylsökande familjerna. Om och när det kan vara relevant att behandla dessa trauman råder det dock delade meningar om. Några av psykologerna menar att asylsituationen är så ovisst att den omöjliggör den trygga ram som krävs för att kunna bearbeta trauman. Asylprocessen överskuggar också allt i prioritet varför en del familjer inte ens själva ser någon mening med att bearbeta sådant som tillhör det förgångna. Andra psykologer tycker att det är viktigt att även erbjuda asylsökande barn hjälp att bearbeta sina trauman. De skiljer sig också åt i hur de definierar traumabearbetning. Några betonar nödvändigheten av exponering och återupplevande, att gå igenom de traumatiska händelserna i detalj, för att kunna lägga traumat bakom sig. Andra menar att fokus bör ligga på bekräftelse av hur traumat inverkar på livet idag och hur man kan handskas med det.

Det är psykologens personliga förhållningssätt till möjligheten att behandla asylsökande och utfallet av den inledande utredningen av barnets behov och resurser som ligger till grund för om psykologen bestämmer sig för att påbörja en traumabearbetande behandling. Till traumats natur hör att det skapar ett kaos för individen som ofta överväldigas av starka

känslor. *Är man med om ett trauma så betyder det ju att man är med om en erfarenhet som man inte förstår sig på. [...] Då när man har varit med om sådana upplevelser och drabbas av det man kallar posttraumatiskt stressyndrom, det är ju inte alla som gör det men en del gör det, då betyder det att man inte har någon distans till sitt trauma. [...] Triggas de här minnena igen så går hela systemet igång igen både biologiskt och psykologiskt. [...] Man har inte integrerat den här upplevelsen. [...] Psykoterapeutisk behandling av trauma innebär att man åstadkommer en integration av det här man minns, så att det blir en del av en själv, så att man kan verbalisera det man har varit med om, inte bara reagera på det.* Det handlar alltså om att hjälpa barnet att göra de traumatiska minnena till begripliga erfarenheter så att det kan verbalisera sina upplevelser och reflektera över dem.

På flera av mottagningarna försöker behandlarna erbjuda traumatiserade barn en kontinuerlig terapeutisk kontakt. Det är flera av psykologerna som tycker att det är både viktigt och meningsfullt att erbjuda även asylsökande barn denna möjlighet. De betonar dock vikten av en ordentlig utredning innan så att behandlaren har klart för sig vilka förutsättningar som råder. I vissa fall kan det finnas risk att den psykiska ohälsan förvärras om en behandling inleds, och då är det bättre att behålla en mer stödjande kontakt. Flera av behandlarna ger exempel på tillfällen när en stödjande och hållande kontakt är bättre lämpad än en behandlande. Det kan handla om en familj som befinner sig i en akut kris till följd av ett avslag på asylansökan, eller en individ som befinner sig på gränsen till ett psykosgenombrott.

Psykologerna avser genom stödsamtalen, som är fokuserade på nuet och det omedelbara hanterandet, uppmuntra barnen att förmedla sitt behov av hjälp till föräldrarna. Det kan också innebära en lättnad för barnen att se föräldrarna få hjälp av någon utomstående. Stödet avlastar barnen både ansvar och skuld. *När man möter sådana som har fått avslag eller är nära den situationen då är det ju mycket en stödjande attityd. Man kan inte gå in i lidandet hur mycket som helst för det är inte läge för det utan snarare för att se på resurssidan. Här och nu snarare än det förgångna.*

Oavsett om man är asylsökande eller ej förutsätter en traumabehandling att patienten är kapabel att ta sig till mottagningen regelbundet samt har en föreställning om att en samtalskontakt kan vara till hjälp. Det är också viktigt att barnets tillvaro inte är präglad av allt för mycket oro. Det är en väldig tillgång om det finns en trygg bas för barnet i familjen, till exempel en förälder, ett äldre syskon eller någon annan släkting. Då finns det någon där som kan hjälpa barnet att sätta ord på och hantera det som hänt. *Någon måste det finnas som barnet känner, att det finns någon som kommer att ta hand om mig. Det är ofta små barns primära intresse. När det finns skall man också hjälpa barnet att hantera det som faktiskt*

hänt. Att sätta ord på det, att göra det verkligt, att göra det till något som inte är något onämnbart som fyller mig med ångest, utan som är någonting som har ord som man kan lägga till ett minne som kan läggas bakom en.

Flera av behandlarna betonar vikten av tidiga behandlingsinsatser. För familjer som kommer till mottagningarna tidigt efter ankomsten till Sverige är den primära sökorsaken kopplad till traumat och inte till asylprocessen. När familjerna är nyanlända i Sverige och ännu inte har hunnit få något avslag på sin asylansökan finns det ofta stort utrymme att prata om det de har varit med om. De familjer som har hunnit få ett avslag på sin asylansökan är ofta nervösa och upptagna av oro. Tidigt i asylprocessen är det vanligare att hitta den stabila kontext som är nödvändig för att kunna behandla PTSS. Några av behandlarna erfar att prognosen för traumabearbetning är god om patienten kommer i behandling tidigt och får bekräftat att upplevelserna faktiskt är verkliga och inte blir ifrågasatta. *Det finns ett väldigt bra utrymme innan första avslag att kunna prata om det som var. Så det är därför viktigt att man kommer in tidigt i de här familjerna. För sedan [när de har fått sitt första avslag] blir de många gånger ockuperade och nervösa.*

I en artikel av Hessle och Levin (1995) utvecklas detta förhållningssätt. De barn som nyligen har anlänt har ofta stora psykiska svårigheter och är i behov av professionell hjälp av en vuxen som klarar av att höra och härbärgera deras skrämmande upplevelser. Hessle och Levin menar vidare att enligt den psykodynamiskt orienterade traditionen, som länge varit den dominerande i arbetet med tidigt störda barn inom det barnpsykoterapeutiska fältet, skadas barnets tillit om behandlingsprocessen avbryts till följd av yttre omständigheter, exempelvis en flytt. Av slentrian har även denna tradition tillämpats på krigsdrabbade barn. Därför har det ansetts bättre att avvakta med behandling för denna grupp tills deras livssituation blivit mer stabil. Hessle och Levin presenterar emellertid sina erfarenheter av hur det är möjligt att uppnå symptomminskning efter ett begränsat antal behandlingstillfällen då de har träffat barnen en kort tid efter det att de har anlänt till Sverige. Utgångspunkten är att ett fåtal möten med en härbärgerande vuxen är bättre än inget möte alls. Arbetet utgår från en modell som vilar på fyra pelare: *Verklighet, Autonomi, Affekt* och *Kognition*. En traumatisk händelse kan uppfattas som mer verklig för barnet genom att det får beskriva och dela sina upplevelser med terapeuten. Genom att fokusera på coping och barnets handlingskraft i behandlingen kan barnets känsla av autonomi öka. Det finns annars risk att barnet enbart ser sig som ett offer. Barnet får hjälp att öka sin affektolerans när behandlaren delar och härbärgerar barnets plågsamma erfarenheter. Genom att arbeta med barnets kognitioner, tankar och frågor kan psykologen hjälpa det att förstå och tänka på händelsen på ett annat sätt.

Detta förutsätter dock att barnet utvecklats kognitivt så att det har förmåga att tänka om. Om barnet förmår förhålla sig till och ta kontroll över sina upplevelser blir de verkliga för barnet, vilket skapar utrymme för vardagen att gå vidare i väntan på ett uppehållstillstånd.

I intervjuerna framkommer att de svenska behandlarna utgår ifrån att det är lättare att hantera sin vardag om man förstår den, och att detta även gäller barn. Detta stärks av Antonovskys (1991) teori. Förmågan till hög hanterbarhet är beroende av förståelse och en framgångsrik problemhantering förutsätter alla delarna av KASAM. De professionellas tradition att prata med barnen om deras svåra upplevelser samt inställningen att barn bör informeras om de beslut som familjen fattar avviker i vissa fall från föräldrarnas övertygelse och sätt att bemöta barnen. Många gånger anser föräldrarna att barnen är för små för att förstå, eller att det inte är viktigt. Flera av behandlarna uttrycker att det kan vara en svår avvägning att veta vad som bäst gynnar barnen. *I många andra kulturer så pratar man ju mycket mindre med barnen om bekymmer som finns i familjen, eller bekymmer som föräldrarna har. [...] Det är ju en balansgång, för jag har ju precis suttit och sagt att vi inte tycker att barn skall höra allt och alla vedervärdigheter föräldrarna har varit med om i läger och i krig och våldtäkter och sådant där.* En annan behandlare uttrycker denna balansgång på följande sätt: *Det är ju väldigt mycket det här: "mitt barn har inte sett så mycket, det har glömt och det här skall vi inte prata om" och så vidare. Många av de mekanismerna behöver man ge föräldrarna stöd att modifiera därför att deras barn behöver ofta en annan typ av stöd om de har utvecklat symptom på grund av vad de har varit med om. Att jag uttrycker mig så beror ju på att jag idag har stor respekt för föräldrars första strategi som ju ofta är att "nu skall vi inte prata mer om det här, nu skall vi börja ett nytt liv, nu skall vi se framåt och vi skall inte tänka på det som har hänt".*

Hur skall psykologen då förhålla sig till tystnaden i den asylsökande familjen? I traumatiserade familjer som fått uppehållstillstånd är en vanlig terapeutisk strategi att försöka bryta tystnaden genom att tydliggöra för föräldrarna att barnen inte glömt vad de varit med om och visa på det positiva med att tala om traumat i familjen (Almqvist & Broberg, 1997). I den asylsökande familjen finns det emellertid flera faktorer att ta hänsyn till, dels utifrån att familjerna ofta kommer från en icke-västerländsk kulturell kontext, dels utifrån att hotet ligger både i det förflutna som ett upplevt trauma och i framtiden som en potentiell fara (Almqvist & Broberg, 1997, Angel, Hjern & Ingelby, 2001). Vare sig litteraturen eller de intervjuade psykologerna ger något entydigt svar på vad som är bäst utan snarare att det är en avvägning som måste göras från fall till fall. Det kan emellertid vara relevant att ha i åtanke både

familjens traditioner och föräldrarnas uppgift att fortsätta vara barnens trygga bas då denna avvägning görs.

Vilka traumabearbetande metoder kan psykologen använda med asylsökande barn?

De psykologer som förordar traumabehandlingsarbete med asylsökande barn och familjer använder sig av en rad olika tekniker och tillvägagångssätt. Vid ett par av mottagningarna begränsas inte arbetet till barnen utan även föräldrarna erbjuds psykoterapi. En viktig anledning till att behandla föräldrarna är att behandlarna ser att föräldraförmågan i hög grad påverkar utfallet av arbetet med barnen.

En grupp bland behandlarna framhåller att traumabehandling behöver innehålla exponering och betonar vikten av att arbeta konkret med traumat. I arbetet med barnen kan detta ske med hjälp av både verbala och ickeverbala metoder. Det viktiga är att barnet förmår förmedla sina upplevelser, vilket för de yngre barnen underlättas av lek och bilder. Barnet kan få rita eller måla olika händelser och sedan berätta om bilden. *De ritar eller leker i sandlådan eller så. Det är ju ett bra sätt att komma nära det som är svårt. För det är inte alltid att barn har ett sådant språk att de kan prata direkt. Alltså det är ju snarast ovanligt att de kan sitta och prata så som man gör med en vuxen om vad som är svårt.* Genom leken, fritt eller i sandlåda, kan barnet förmedla sina upplevelser så att behandlaren kan hjälpa det att sätta ord på dem. Traumaleken beskrivs som glädjelös och upprepande av ett visst mönster. För en del barn har förmågan att leka avstannat. Almqvist (1997) har studerat hur traumatiserade barn använder sig av lek i sandlåda för att uttrycka de trauman de varit med om. Hon har funnit att barnens gestaltande av händelserna stämmer väl överens med vad föräldrar rapporterar att barnen upplevt. Detta bekräftar i någon mån psykologernas upplevelser av att leken är ett användbart uttrycksmedel vid arbete med barn.

Samtalet är en central del i behandlingsarbetet för samtliga av de intervjuade psykologerna. I samtalet får familjemedlemmarna beskriva det som hänt med ord. Benämmandet kan ha en viktig behandlande effekt i sig. Samtalen kan få en skjuts av teckningar och foton och det finns även verbala metoder att ta hjälp av.

En behandlare beskriver en "hemlig bok" som barnet får arbeta med hemma mellan behandlingstillfällena. Det är en bok som är hemlig för föräldrarna för att barnet inte skall behöva begränsa sig i vad det berättar. I boken kan barnet skriva ner minnen, händelser och drömmar. Barnet kan få i uppgift att skriva om en vanlig dag, något det varit med om eller vanliga mardrömmar. Sedan går barnet igenom det som skrivits tillsammans med psykologen. *Det är en del i själva traumabearbetningen för att komma åt de posttraumatiska minnena där*

man också jobbar mycket med alla sina sinnen, hur kommer man ihåg det, hur luktar det, hur kändes det, vad hörde dom, vilken tid på dygnet var det, alltså för att på så många sätt som möjligt komma åt minnet. [...] Det har hänt många gånger att det mest traumatiska kommer i skrift. Då blir det en väldigt stark session här när man [...] går igenom det och sätter ord på det. I arbetet med mutistiska eller extra oroliga barn kan boken bli oerhört värdefull, förutsatt att barnet kan skriva. Det varierar vad barnen vill göra med boken när behandlingen avslutas. Några vill riva sönder eller elda upp den. Andra vill bokstavligen överlämna sina minnen i psykologens förvar. Angel och Hjern (2004) beskriver en liknande skriftlig metod där psykologen arbetar med att skriva sagor tillsammans med barnet. De sagor barnet hittar på har ofta stor relevans för dess problematik och kan användas för att bearbeta dess upplevelser.

Under behandlingsarbetet kan barnet gå igenom de traumatiska händelserna i detalj tillsammans med psykologen. Det är viktigt att det får sätta ord på känslor som rädsla, feghet, skuld, skam, dödsskräck, ångest. En av behandlarna betonar vikten av att som behandlare även våga gå vidare till känslor av hämnd och hat så att barnet får sätta ord på vad det skulle vilja göra med den som utsatt det för det hemska. *Att det inte är fel att tänka så. Att vi har sådana fantasier och att det är okej. Att det faktiskt är en hjälp för oss också för att klara av jättesvåra situationer. Men eftersom vi inte pratar om det så blir det ju fördömt och fel. Man skall ju vara snäll och foglig [...] och bara tänka i kärlekstermer, men det funkar inte. Inte när man utsätts för människors hat och [...] förfärliga ondska. Då förstår man att det finns en annan värld också, även här inne. [...] Det gäller att inte vara rädd själv. Är jag det så duger jag inte till det här jobbet. Jag måste kunna ta i det här också.* Behandlaren ger sig inte förrän barnet fått tag på de känslor som det hade då, vanligtvis lusten att förgöra den människa som gjort dem illa. Det brukar ge barnet energi. Sedan får barnet hämnas genom leken. Behandlaren bistår med det som kan behövas, så som papper, kritor och pilar.

På en av mottagningarna arbetar den intervjuade behandlaren utifrån Fokuserad, emotionell, edukativ debriefingbaserad traumaterapi, FEED, utvecklat vid PTSD-enheten vid Karolinska Sjukhuset (Eriksson, 1996). Metoden erbjuder en struktur för att tala om symptom, tiden innan kriget, coping- och överlevnadsstrategier, vad som var gott i ursprungslandet samt framtiden i syfte att placera händelser i ett sammanhang. Den intervjuade behandlaren använder sig av FEED som en plattform för behandlingsarbetet snarare än att följa metoden strikt. Vanligtvis tar behandlingen åtta till tolv månader.

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Sharpire & Forrest, 1997) är en annan metod som nämns av några av behandlarna. Flera av dem har utbildning i metoden men ingen av dem använder sig av den med de asylsökande barnen i någon större

utsträckning. En av orsakerna som nämns är att det kan vara svårt för dessa barn att hitta den trygga plats som barnet enligt metoden skall visualisera och återvända till under behandlingen.

Flera av behandlarna lyfter fram betydelsen av att knyta an till tiden före traumat i samtalen. Vilka var familjemedlemmarna innan de kom hit? Vilka är de goda minnena från den tiden? Risken är stor att familjemedlemmarna enbart fokuserar på de svåra minnena och att platsen för dessa förblir farlig i deras tankar. Det finns också behandlare som tonar ner vikten av traumaexponering i behandlingen för att istället lyfta fram vikten av att acceptera det som hänt, blicka framåt och hantera känslorna i vardagen och uppmärksamma vad traumat har för betydelse idag.

Vad kan psykologen åstadkomma med behandlingen?

Systematiska uppföljningar av de asylsökande familjerna är begränsade och det är därför osäkert vad den mätbara effekten av behandlingen är. Däremot beskriver psykologerna själva de förbättringar som de observerat hos familjerna eller som familjerna själva talar om i intervjuerna. I de flesta fall har behandlingen inte bara hjälpt barnet utan hela familjen. Förbättringar hänger många gånger ihop med utgången av asylansökan, men även om utfallet på asylansökan bedöms vara viktigt för behandlingsresultatet upplever både behandlarna och familjerna själva att behandlingskontakten under väntetiden är till hjälp.

Familjerna själva uttrycker enligt behandlarna stor tacksamhet och tycks framförallt uppskatta psykologens förmåga att lyssna och stå ut med den ångest de tagit med till samtalen. De upplever det som betydelsefullt och skönt att någon förstår och delar situationen med dem. Behandlingskontakten utgör en plats där de kan lasta av sig oro och ångest och därigenom få känna lättnad och hopp. En av behandlarna översätter det till att familjerna lånat energi av henne. För barnen kan det innebära en lättnad att ha kontakt med en utomstående vuxen, dels för att själva få någon att prata med och dels för att se någon ta hand om deras föräldrar. Föräldrarna kan också få hjälp att återta sin föräldraförmåga och ökar sin förmåga att ta hand om sig själva och sina barn.

Det är dock mer osäkert vilken nytta psykologkontakten gör då det gäller symptomreduktion. Några behandlare menar att de ser en tydlig minskning av symptomen till följd av behandlingen. Andra har observerat att symptomen minskar främst då behandlingen följs av att familjen beviljas uppehållstillstånd. En behandlare beskriver hur behandlingen kan resultera i en symptomreduktion men menar att symptomen återkommer med kraftigare styrka då familjen får ytterligare ett avslag. Andra säger sig se mycket lite av symptomreduktion. De

kan i bästa fall märka att symptomen inte förvärras under behandlingen. För några barn kan behandlingskontakten vara ett sätt att undvika passivisering. Det finns dock fall där symptom bilden hos patienterna istället accelererar under behandlingskontakten. *Den typ av väldigt gravt regredierade och passiva hållningar [...] förutsätter ju en psykologkontakt. Alltså du utvecklar inte sådana tillstånd om du inte befinner dig i kontakt med hälso- och sjukvården. Det låter kanske tufft att säga, men det vill jag nog påstå. [...] Det är en process som löper amok. Jag har mycket svårt att tro att det pågår någonstans i Sverige utan att det finns någon form av hälso- och sjukvård inblandad. Det måste hela tiden ses i relation till att det skall skrivas intyg som dokumenterar psykisk ohälsa.*

I den studie som gjorts av gruppbaserad behandling för asylsökande i Landstinget i Värmland (Bergendahl-Odby, Enesten, Cabrejas & Almqvist, 2004) pekar resultaten på liknande motsägelser i effekter. Den dokumenterade symptomreduktionen är begränsad, men de asylsökandes egna skattningar av behandlingen är positiva. Rapporten tar upp flera möjliga orsaker till detta. Dels pågår behandlingen parallellt med asylprocessen och ju längre tid deltagarna får vänta desto värre blir deras symptom. Studien poängterar även deltagarnas behov av behandlarnas förståelse och att de därför understryker de symptom som de faktiskt har.

En framträdande uppfattning bland psykologerna är att barnen har en exceptionellt god läkningsförmåga. Flertalet av dem förmår på sikt lägga traumatiska erfarenheter bakom sig och komma ikapp inom de områden där de utvecklingsmässigt halkat efter under asylperioden. Många barn har dock stora kunskapsluckor att ta igen på grund av att de har haft svårigheter att koncentrera sig i skolan. Psykologerna konstaterar att barnen hämtar sig olika snabbt beroende på sina psykiska grundstrukturer och emotionella erfarenheter. Även de som förefallit särskilt sköra under vänteperioden brukar emellertid återhämta sig. Läkningen anses gå snabbare med behandling.

Några av behandlarna poängterar att alla symptom inte med nödvändighet försvinner bara för att familjen fått uppehållstillstånd, men möjligheten att behandla dem ökar då hotet om återupprepande försvunnit. De som fått behandling under asylperioden har socialiserats in i vad psykologkontakten innebär och de kan därför använda sig av behandlingskontakten mer effektivt än de som kommer i kontakt med psykiatrin först efter ett uppehållstillstånd. Då man ser att uppehållstillståndet har så stor betydelse för patienternas psykiska hälsa är det många av psykologerna som aktivt försöker påverka besluten genom att skriva intyg, ibland med resultatet att familjerna får stanna.

Det är ont om uppföljningar av de asylsökande familjerna. På en del av klinikerna förbereder man mer systematiska uppföljningar. Därför är det ännu osäkert om behandlingen ger någon effekt på längre sikt och i så fall vilken effekten är. Psykologerna uttrycker att det finns vissa svårigheter med uppföljning eftersom de asylsökande familjerna försvinner snabbt ur psykiatrin då de antingen får uppehållstillstånd eller blir avvisade från Sverige.

DISKUSSION

Syftet med vår uppsats var att beskriva det psykiska välbefinnandet hos asylsökande barn samt att kartlägga de förutsättningar, svårigheter och möjligheter som föreligger vid psykologiskt arbete med dessa barn. Att öka begripligheten kring behandlingsarbete med asylsökande barn skulle på sikt kunna bidra till utvecklandet av effektiva förebyggande och behandlande åtgärder då det gäller asylsökande barns och familjers psykiska hälsa. Vår förhoppning var att uppsatsen skulle bidra till att belysa problematiken kring en utsatt och inom forskning eftersatt grupp som lider av allvarlig psykisk ohälsa. I uppsatsen har vi samlat in en del av den kunskap och erfarenhet som finns i Sverige gällande psykologisk behandling av denna grupp.

Har vi uppfyllt studiens syfte?

Vad är problemet och hur åtgärdas det av psykologerna?

Sammanfattningsvis har studien resulterat i en kartläggning av de asylsökande barnens problematik samt av hur psykologer kan arbeta med asylsökande barn och familjer där barnen uppvisar psykiatriska symptom. Den tydliggör även en rad dilemman som psykologerna ställs inför under kontakten med dessa patienter och belyser hur psykologerna kan resonera kring och handskas med dessa.

I korthet visar studien att de asylsökande barn som psykologerna möter har psykiatriska symptom som i många fall är så allvarliga att de kräver psykiatrisk vård och faller inom ansvarsområdet för barn- och ungdomspsykiatrin. Samtidigt är omständigheterna kring de asylsökande barnen så osäkra att en behandlingskontakt ofta är komplicerad, om inte omöjlig i vissa fall. Många, men inte alla har traumatiska erfarenheter av krig, flykt och förföljelse bakom sig vilket tar sig uttryck i posttraumatiska symptom. För de flesta innebär ankomsten till Sverige en lång väntan på uppehållstillstånd och en oro över att bli avvisade, vilket av flera psykologer beskrivs ha en negativ inverkan på barnens psykiska hälsa. Till problematiken kommer även familjens och föräldrarnas fungerande. Psykologerna

uppmärksammar ofta dysfunktionella familjemönster och menar att barnens välbefinnande är beroende av hur föräldrarna mår och agerar.

Utifrån de förutsättningar som föreligger dels hos individen, dels i situationen tar psykologerna ställning till om och hur de ska behandla de asylsökande barnen. Det är ställningstaganden som färgas av såväl lagliga begränsningar som yrkesetiska principer och personlig övertygelse, vilka ibland strider mot varandra och ställer psykologerna inför etiska dilemman på flera nivåer. Psykologerna har ofta svårt att förutsäga vilka åtgärder som kommer att innebära att barnet och familjen verkligen blir hjälpta, samtidigt signalerar patienterna ett behov av hjälp som är svårt att distansera sig från.

De åtgärder som psykologerna ibland väljer att vidta kan grupperas i fyra huvudsakliga strategier. En strategi innebär att ta tillvara och förstärka det som fungerar bra hos barnet och familjen. Den kombineras ofta med en andra psykopedagogisk strategi där psykologen förklarar och undervisar patienterna om vad som är vanliga och normala reaktioner på kris och trauma samt hur familjerna kan förstå och handskas med dem. Vidare försöker psykologerna att stötta barnen och familjerna att stå ut med oro och ångest inför asylsituationen och de erfarenheter de bär med sig. I en del fall arbetar psykologerna mer traumabearbetande genom detaljerade samtal om och exponering för det upplevda traumat. Ibland utgör medicinsk behandling ett komplement till dessa fyra strategier.

Psykologerna har alltså utarbetat särskilda tillvägagångssätt för att möta och hjälpa de asylsökande barnen. Kontakten innebär emellertid särskilda svårigheter och dilemman som gör arbetet tungt och ibland får några av psykologerna att ställa sig frågande till om de gör någon verklig nytta.

Vad skapar det asylsökande barnets psykiska ohälsa?

Resultaten av denna studie väcker frågan om vad som är de primära orsakerna till det asylsökande barnets psykiska ohälsa. Barnen befinner sig dels i en psykiskt pressad situation i och med väntan på besked om uppehållstillstånd eller avslag dels har de ofta traumatiska erfarenheter bakom sig. Några psykologer betonar att roten till de psykiska svårigheterna ligger i dessa trauman, men väntetiden och asylsituationen bidrar till att förvärra patientens psykiska tillstånd och försvåra prognosen vid behandling. Väntan är dock inte tillräcklig för att skapa den psykiska ohälsan. De menar att patienterna befinner sig i ett kristillstånd och att krisen infinner sig oavsett om de har fått uppehållstillstånd eller inte, då familjen kommit till Sverige och fått det relativt lugnt runt omkring sig. Andra tillskriver asylsituationen och den familjedynamik som utvecklas ur den en stor del av anledningen till barnets symptom.

Sourander (2003) som studerat asylsökande familjers hälsa i Finland, belyser att i många familjer har åtminstone någon familjemedlem varit utsatt för traumatiska händelser, vilket påverkar hela familjen. Han menar vidare att familjerna, då de anländer till Finland, knappast befinner sig i en posttraumatisk situation utan i en pågående kris. Han understryker också att det är svårt att veta vad som är svårast för familjerna att hantera. Studier som gjorts på asylsökande barn och familjer i USA visar att symptomen förvärras under väntan på uppehållstillstånd (Keller et al, 2003). I Australien har Silove (2002) funnit att förekomsten av symptomen på PTSS, depression och ångest är extremt höga bland de asylsökande som väntar på uppehållstillstånd. Det är emellertid inte möjligt att göra direkta jämförelser och dra slutsatser gällande asylsökande i Sverige då förhållanden under väntetiden markant skiljer sig från de förhållanden som föreligger i framförallt USA och Australien, men även Finland. Då det gäller Finland är studien också gjord på ett för litet antal familjer för att kunna visa annat än tendenser. Det är alltså av intresse att närmare undersöka vilka orsakerna till de asylsökande barnens psykiska ohälsa är samt hur olika faktorer samverkar för att underlätta eller försvåra barnets tillstånd.

Vari ligger svårigheten att möta de asylsökande barnen och familjerna?

Det framkommer i resultaten att många av psykologerna upplever arbetet med asylsökande barn och familjer som psykiskt ansträngande och många förmedlar att de ofta står frågande inför hur de skall ta sig an uppgiften trots att de har lång erfarenhet av arbetet. Varför är det så? En möjlig förklaring skulle kunna vara att behandlarna påverkas av den traumatisering som många av patienterna har upplevt. Professionella hjälpare som psykoterapeuter kan löpa risk att drabbas av sekundär traumatisering i sitt arbete med personer som är traumatiserade (Olsson, 2001). Det finns fyra faktorer, beskrivna av Figley (enl. Wall, 2001), som ökar risken för att denna form av sekundär traumatisering skall uppstå. Den första riskfaktorn är empati. Empatin är en förutsättning för att hjälparen skall kunna förstå och närma sig den primärt traumatiserades situation och därmed också en förutsättning för sekundär traumatisering. Den andra riskfaktorn är att hjälparen kan komma att överidentifiera sig med den drabbade och försöker att lösa dennas situation utifrån egna medvetna erfarenheter av trauman. Har hjälparen dessutom omedvetna erfarenheter i form av egna obearbetade trauman utgör detta en tredje riskfaktor. Den fjärde och sista riskfaktorn uppstår i arbetet med traumatiserade barn, vilket har visat sig innebära en extra påfrestning för hjälparen. Även Dyregrov (1997) konstaterar att det som är svårast att möta som hjälpare är barns död eller upplevelser av svåra trauman. Barnen kan aktivera hjälparens tidiga minnen av att vara hjälplös, och det är särskilt

lätt att som hjälpare identifiera sig med barn vilket kan utlösa mycket starka emotionella reaktioner. Holmqvist och Andersen (2003) belyser i en jämförande studie reaktionerna hos terapeuter som behandlar individer som utsatts för politisk tortyr. Dessa skiljer sig från reaktionerna hos behandlare som arbetar med andra grupper. De förstnämnda tycks bland annat rapportera en högre grad av oro och med tiden även ökad likgiltighet, vilket författarna tolkar som begynnande tecken på utmattningsdepression.

Det ter sig dock svårt att förstå den psykiska stress och rådvillhet som behandlarna upplever enbart utifrån att patienterna är traumatiserade, då traumatisering förekommer så väl hos flyktingar som hos asylsökande. Psykologerna framhåller även att det är långtifrån alla asylsökande barn och familjer som är traumatiserade.

En annan förklaring som psykologerna själva anger är de asylsökandes pressade livssituation i Sverige och det ständiga hotet om utvisning vilket även färgar psykologkontakten. En möjlig förklaringsmodell som fötts ur denna studie är att de upplevda svårigheterna delvis hänger samman med de dilemman som psykologerna ställs inför i arbetet med de asylsökande. Osäkerheten kring om psykologen verkligen gör någon nytta samt frustrationen över den begränsade makten att påverka förutsättningarna under vilka psykologen arbetar är ett återkommande inslag i kontakten med de asylsökande. Det väcker frågan om huruvida det över huvud taget ligger på psykologens bord och inom möjligheternas ram att behandla de asylsökande familjerna. Svårigheten består i att lagen å ena sidan föreskriver lika rätt till vård för alla barn, med eller utan permanent uppehållstillstånd, men å andra sidan inte tycks bereda de politiska förutsättningar som krävs för att vården ska lyckas. Ibland strider kanske de åtgärder som psykologen tvingas vidta mot den personliga övertygelsen, vilket kan tänkas bidra till att asylärenden upplevs svåra att hantera.

Hur skall psykologen agera när det å ena sidan står klart att barnet behöver psykologhjälp för att må bättre i stunden och stå ut under väntan, men när barnets chanser att få stanna å andra sidan minskar om dess psykiska hälsa skulle förbättras? Ett barn som uppvisar symptom av sådan art och grad att det ställer till problem för det i dess vardag genom exempelvis störd nattsömn, depression, eller försämrad koncentration till följd av påträngande minnen, är i behov av psykisk vård. I många fall har barnet flytt från tortyr eller andra svåra omständigheter och ett återvändande skulle kunna få allvarliga konsekvenser för barnet, varför många psykologer även bedömer att barnet är i behov av ett uppehållstillstånd. Det vore i många fall oetiskt att inte erbjuda barnet något stöd under så svåra omständigheter, men det finns samtidigt en risk att psykologkontakten lindrar för stunden utan att gagna barnet på längre sikt.

Det är rimligt att tänka sig att psykologerna liksom familjerna omedvetet kan påverkas av de dubbla agendor som råder för psykologkontakten under asylprocessen. Samtidigt som föräldrarna oroar sig för sina barns hälsa, hoppas de att kontakten med en psykolog skall kunna bidra till att familjen får tillstånd att uppehålla sig i Sverige permanent. Med sekundärvinsten minskar motivationen till en symptomminskning. Sekundärvinster är inget nytt fenomen utan har länge rapporterats i samband med olika somatiska åkommor. Då det gäller asylsökande finns det emellertid även en tydlig sekundärvinst med psykiatriska symptom då dessa kan bidra till ett uppehållstillstånd vilket Van Egmond (2003) har uppmärksammat. Det sätter psykologens professionalitet på prov att inte dras med i denna process. Sveriges psykologförbunds Yrkesetiska principer för psykologer i Norden (1998) uppmanar psykologen att vara ”uppmärksam på hur arbetsmässiga och samhällsmässiga förhållanden kan främja eller hindra användandet av hennes/hans kompetens och metoder” (s. 7). Vidare skall psykologen vara ”medveten om att yrkesetiska dilemman förekommer och att det är psykologens ansvar att klargöra sådana dilemman och rådgöra med kollegor, uppdragsgivare och/eller det nationella psykologförbundet samt att informera om de krav som de yrkesetiska principerna utgör” (s. 8). Många av psykologerna lyfter fram detta dilemma framförallt utifrån familjernas perspektiv och ser det som en försvårande omständighet för behandlingen. Samtidigt är det inte alltid möjligt att avsäga sig en behandlande kontakt med familjerna.

Skyldigheten att tillhandahålla intyg aktualiseras ofta då det gäller psykologiskt arbete med asylsökande barn och familjer. I några fall är den främsta orsaken till att föräldrarna tar sina barn till psykologen att få barnets lidande dokumenterat. Psykologer är enligt 10§ Patientjournalagen skyldiga att skriva intyg över behandlingen om en patient begär det (SFS 1985:562). Barn- och ungdomspsykiatriska kliniker kan även vara skyldiga att på begäran utfärda utlåtanden över vården till annan myndighet. Det medför även en del svårigheter vilka kan liknas vid de svårigheter som kommenteras av Sverne och Sylvander (1998) då det gäller utfärdandet av intyg som inlagor i vårdnadstvister. De menar att psykologer bör förhålla sig objektivt till utredningen då de skriver intyg och pekar samtidigt på den risk psykologer löper att ta ställning för den part som de träffar. De menar även att särskilda svårigheter föreligger då en behandlingskontakt går över till att bli en utredning. Frågan om objektivitet är relevant även för psykologer som skriver intyg i asylärenden. Hur förhåller sig psykologen objektivt till uppgiften då de emotionella uttrycken hos patienterna är starka? Flera psykologer har uttryckt svårigheten i att hålla sig neutrala i förhållande till asylprocessen, vilket de i förlängningen även menar har en inverkan på behandlingskontakten och möjligheten att

behandla de asylsökande. Psykologer besitter kunskap om mänskligt fungerande och har kompetens att samla in information som kan vara relevant för bedömningar i asylprocessen. Att skriva intyg tycks emellertid i en del fall få konsekvenser för den fortsatta behandlingskontakten och flera psykologer upplever svårigheter med att finna ett balanserat förhållningssätt till det. Tunström (2002) har utarbetat särskilda riktlinjer för hur intyg i asylärenden kan utformas inom vården. Han betonar att psykologens uppgift är att ge en kvalificerad psykologbedömning av barnet och familjen som kan fungera som beslutsunderlag, inte att argumentera i sakfrågan. Tunström berör även några av de konsekvenser som intygsskrivandet kan ha på behandlingen och problemet med sjukdomsvinst. Vidare pekar han på ”den cyniska paradoxen ’att det är bättre att det är dåligt, och sämre att det är bra’ när det gäller möjligheten att få uppehållstillstånd” (s. 8).

Intygsskrivandet försvårar många gånger behandlingsarbetet för psykologen och ur behandlingssynpunkt skulle det kanske vara bättre om intyget skrevs av någon annan instans. Psykologen är emellertid expert på barns utveckling och behov och med denna kunskap följer ett ansvar att förmedla den bild de fått av barnets hälsa och behov. Skulle det då vara möjligt för psykologer anställda av exempelvis Migrationsverket att göra de bedömningar som familjerna nu söker sig till barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar för att få? Det skulle kunna vara en möjlighet, men dessa psykologkontakter skulle vara förknippade med vissa svårigheter. I mötet på BUP-mottagningarna bygger psykologen upp en behandlingsallians med barnet som sedan ligger till grund även för intygsskrivandet. Förtroende är en förutsättning för att barnet skall förmå berätta om sina traumatiska upplevelser. Denna kontakt skulle försvåras om intygsskrivandet kopplades helt fri från behandlingskontakten. Samtidigt pekar Angel och Hjern (2004) på etiska betänkligheter med att låta barnet öppna sig och berätta för en person som sedan har begränsade möjligheter att följa upp det som framkommit. Berättandet riskerar då att riva upp såren ytterligare.

Ett annat problem som är knutet till intygsskrivandet är psykologernas upplevelser av att deras intyg inte beaktas fullt ut i prövningen av olika asylärenden. Det politiska går kanske före det psykologiska i Migrationsverkets beslutsprocess. Detta väcker flera frågor: Vem är egentligen bäst lämpad att avgöra ett barns bästa? Skall frågan avgöras av professionella psykologer eller annan vårdpersonal utifrån det enskilda barnets resurser och behov, eller utifrån en mer generell riskbedömning av situationen i olika länder, eller på något annat sätt? Vilken roll skall psykologers intygsskrivande ha i asylprocessen och vad får det för konsekvenser för behandlingskontakten? Hur kan psykologer och beslutsfattare tillsammans använda de resurser som finns att tillgå?

Vilka möjligheter har psykologen att hjälpa?

I våra resultat framkommer att många av psykologerna ser de asylsökande barnen som en patientgrupp med en god prognos och exceptionell förmåga till läkning och återhämtning. De pekar på att barnen ofta har en i grunden god anknytning, vilket utgör en resurs för deras sociala fungerande. Samtidigt vittnar det om att föräldrarna kunnat tillgodose barnens tidiga behov. Detta är något som psykologen kan och försöker ta tillvara i behandlingskontakten. Några av psykologerna arbetar även behandlande direkt med föräldrarna för att de ser att de på så sätt når barnen indirekt. De balanserar därmed på gränsen till vad lagen tillåter, men gör ibland denna avvägning då de ser att arbetet kan gynna barnen på längre sikt.

På vilka andra sätt kan psykologisk kunskap om asylsökande barns psykiska hälsa och behov användas? Ett möjligt sätt som lyfts fram i intervjuerna är politisk påverkan genom dialog med makthavare och beslutande organ. Ett exempel är den skrivelse som ställts till regeringen för att göra den uppmärksam på de asylsökande barn som har en livshotande symptomatologi där basala färdigheter som födointag och kommunikation upphör, en påtryckning som resulterat i åtgärder på beslutande nivå. Är det då psykologens uppgift att blanda sig i politiska beslut? Samhällspsykologi (eng. Community psychology) (Dalton, Elias & Wandersman, 2001) är en disciplin för samhällsbaserade psykologiska interventioner som har vuxit fram sedan slutet av andra världskriget ur de psykiatriska, psykologiska och folkhälsoinriktade traditionerna i USA och som erbjuder ett sätt att tänka kring denna fråga. Det hör till en av disciplinens huvudprinciper att psykologiska interventioner bör utvecklas och förankras på flera nivåer för att angripa problem som är såväl samhälleliga som individuella. Ett led i detta kan vara att kommunicera psykologisk kunskap till politiker på olika beslutsfattande nivåer. Samhällspsykologer strävar också efter att lyfta fram utsatta och mindre uppmärksammade grupper för att föra deras talan. Mycket av förutsättningarna kring arbetet med asylsökande för tankarna till ett sådant förhållningssätt då det tydligt framgår att enbart individ- eller familjeinriktat arbete har begränsade effekter.

Ytterligare ett område som berörs i intervjuerna är möjligheten för psykologer att samarbeta med skolan. För vissa barn är skolan hotfull, för andra är den en fristad. Med rätt bemötande bidrar skolan till att normalisera barnens tillvaro. Psykologisk kunskap skulle kunna användas konsultativt för att genom lärarna nå ett större antal asylsökande barn i deras vardag, vilket även skulle kunna verka förebyggande. En lärare kan även behöva råd och stöd för att stötta det barn som eventuellt väljer ut henne eller honom för att i förtroende berätta sin historia. Här kan psykologer med sina kunskaper kring barns traumareaktioner bistå med

värdefull hjälp. Godani (2004) har utvecklat detta konsultativa förhållningssätt då det gäller flykting- och asylsökande barn.

Vad har psykologer för möjligheter att behandla trauma hos asylsökande barn under asylperioden? I de resultat som har framkommit i denna studie framhåller flera psykologer att det spelar en avgörande roll när i asylprocessen psykologen kommer i kontakt med barnen och familjerna. Ju tidigare kontakt desto större möjligheter menar många. Tidiga korttidsinterventioner beskrivs också av Hessle och Levin (1995) vara verkningsfulla då de hjälper barnet att förankra sina upplevelser i verkligheten. Dessa interventioner är huvudsakligen hållande och copingförstärkande. Basoglu, Ekblad, Bäärnhielm och Livanou (2004) presenterar ytterligare möjligheter. De har i en fallstudie undersökt effekterna av att behandla PTSD hos en torterad asylsökande ung man med kognitiva och beteendearikade interventioner. Behandlingen bestod främst av självexponering för ångestväckande ofarliga situationer i patientens vardag som hade förknippats med det ursprungliga traumat och som patienten undvek. Någon detaljerad genomgång av det ursprungliga traumat gjordes inte. En av fördelarna med denna metod menar författarna är att den inte är så beroende av avancerad språklig kommunikation. Fallstudien gav goda och bestående behandlingsresultat trots att mannen inte hade uppehållstillstånd och indikerar att sådana interventioner bör utforskas vidare. Sammanfattningsvis verkar det som om det finns en hel del möjligheter att behandla trauma även under asylperioden, men dessa är fortfarande otillräckligt utforskade framförallt då det gäller barn, där särskilda anpassningar torde vara nödvändiga.

Är våra resultat giltiga?

För att pröva kvalitén av våra resultat har vi använt oss av kriterier som föreslås av P. Birgerstam (2000) för fenomenologiska studier.

Vår öppna, reflekterande intervju har gjort det möjligt att på djupet förstå den företeelse som vi valde att studera. Genom den förutsättningslösa ansatsen har vi kunnat upptäcka mönster som hade varit svåra att förutse och som hade riskerat att gå förlorade med en mer strukturerad intervju. Samtidigt genererar denna form av intervju en stor textmängd där det slutliga resultatet oundvikligen är en reduktion av hela materialet.

Under arbetsprocessen fanns det risk för att vi själva skulle kunna påverka resultaten. Även om intervjuerna inte byggde på några teoretiska förväntningar kan våra personliga förväntningar och intresseområden liksom våra individuella intervjustilar till viss del ha färgat och styrt intervjuerna. Vad har det för betydelse för äktheten av våra resultat? Berättelserna som studien baserar sig på var i flera avseenden olika. De skiljde sig åt både vad gäller fokus

och innehåll. Det är möjligt att våra följdfrågor kom att betona vissa områden till förmån för andra. På så sätt kan resultaten ha påverkats så att till exempel mönstren som handlar om familjedynamik, föräldrafungerande och traumabehandling har fått ett större utrymme än vad som speglar den verklighet som psykologerna arbetar i. Det är tänkbart att mönstren skulle ha blivit annorlunda eller fler om vi hade valt andra informanter eller genomfört ett större antal intervjuer. De är även möjligt att andra intervjuare skulle ha uppfattat andra betydelser och mönster. På det sätt som vi valde att analysera materialet skulle fler intervjuer möjligen ha kunnat utveckla mönstren, men inte öka sanningshalten i materialet. Skillnader i intervjustil och fokus kan emellertid även ha varit en fördel i denna studie då syftet var att kartlägga olika möjliga arbetssätt. Skillnaderna oss emellan kan därmed ha bidragit till att ge en bred bild av psykologernas arbete.

För vem är studien relevant? Psykologerna som intervjuats är verksamma på sex olika mottagningar med sinsemellan olika policy kring arbetet med asylsökande barn och deras familjer. Det kan tänkas bidra till att höja relevansen av kartläggningen för psykologer verksamma vid andra mottagningar. Samtidigt kan förutsättningarna på de valda specialiserade mottagningarna skilja sig från förutsättningarna på mindre specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, vilket gör att resultaten inte alltid är direkt överförbara till de mer allmänna mottagningarnas förhållanden. Målet med uppsatsen var dock att visa på möjligheter och väcka frågor kring vidare forskning snarare än att presentera några absoluta sanningar.

Har vi fångat det mest väsentliga i psykologernas berättelser? Under arbetets gång har vi ställt oss frågan om vilken metod för informationsinsamlande som är den mest fruktbara. Ett alternativ till den aktuella intervjuguiden kunde ha varit att låta hela intervjun kretsa kring en eller ett par fallbeskrivningar där psykologen hade fått beskriva sitt arbetssätt utifrån dessa. Under analysarbetet framkom relativt tidigt att de delar av intervjuerna som byggde på fallbeskrivningar gav mycket vad gäller psykologens konkreta tillvägagångssätt. Risken är dock att en del av psykologernas reflektioner kring arbetets förutsättningar som har framkommit i uppsatsen skulle ha gått förlorade med ett sådant intervjuförfarande. Det är till exempel möjligt att vi inte hade upptäckt mönstren som beskriver de dilemman som psykologerna ställs inför i behandlingsarbetet.

Har vi gjort psykologernas tankar rättvisa? Till analysmetodens fördelar hör att den tillåter användaren att kombinera systematik med kreativitet. Fokus ligger på att komma åt meningen bakom det sagda ordet. Det är dock en tidskrävande metod som är komplicerad att använda och ge full rättvisa för den som är oerfaren. Därmed har stödet från en erfaren handledare

varit av avsevärd betydelse under analysarbetet. Ett möjligt sätt att ytterligare förbättra analysförfarandet hade varit att låta båda författarna var för sig utforma betydelsekärnorna. På så sätt hade antalet möjliga betydelser i betydelsekärnorna troligen ökat vilket hade kunnat nyansera innebörden i mönstren ytterligare. Samtidigt hade det då funnits en risk att den som inte hade varit närvarande vid intervjutillfället skulle förlora en dimension av helheten och därmed förvanska betydelsen i de enskilda betydelseenheterna. Vi hade också kunnat låta psykologerna ta del av de mönster vi funnit för att på så sätt få en bekräftelse på att våra tolkningar gör deras berättelser rättvisa. Då vi inte har haft den möjligheten har de teorier som vi använt oss av istället fått fungera som bekräftelse på att vi i alla fall delvis fångat meningsfulla aspekter av de asylsökandes problematik och psykologernas arbete.

Vad tillför denna studie?

Förhoppningen är att denna uppsats sätter fingret på några av de problem och dilemman som psykologer ställs inför i arbetet med asylsökande barn och familjer samt presenterar olika möjligheter att tackla dem. Uppsatsen kan då bli ett stöd för den psykolog som själv ställs inför dem i sitt arbete. Frågorna som ställs i uppsatsen kan även ligga till grund för en diskussion på organisatorisk nivå. Hur bör vården bäst organiseras för att de asylsökandes behov skall tillgodoses på bästa sätt? Vidare kan frågor kring vem som skall skriva intyg i asylärenden, hur barnets bästa skall avgöras samt hur de asylsökande barnen skall bemötas i Sverige även föra upp diskussionen på ett politiskt plan. En önskan med denna uppsats är att rikta en strimma ljus mot en utsatt grupp som är förhållandevis lite utforskad.

Psykologiskt arbete med asylsökande barn och familjer är ett arbetsfält där det blir tydligt att psykologen är beroende av det samhälle han eller hon utövar sitt arbete i och tvingas konfrontera sina personliga värderingar och övertygelser. De dilemman och överväganden som lyfts fram i uppsatsen kan även vara relevanta för psykologer som arbetar med andra patientgrupper att fundera över och ta ställning till.

Studien belyser frågor som på flera nivåer behöver utforskas vidare för att man till fullo skall förstå vari problematiken kring de asylsökande barnen ligger och hur deras psykiska hälsa bäst främjas. På individnivå är det fortfarande oklart vilka metoder som är verksamma i behandlingsarbetet med asylsökande barn. Det saknas såväl omfattande effektutvärderingar av olika behandlingsformer som långtidsuppföljningar. Följderna av de mycket allvarliga fall av generellt uppgivenhetssyndrom eller depressiv devitalisering som uppmärksammas på senare år behöver också utforskas närmare. Hur påverkas barnets utveckling av att i månader leva avskärmade från omgivningen? Får barnet några framtida men till följd av symptomen? Även

uppföljningar av de barn som inte har fullt så allvarliga symptom är önskvärda. Hur påverkas personlighet, relationer, anpassning och psykisk hälsa av att tidigt i livet ha levt under den långvariga osäkra situation som asylperioden innebär?

På en organisatorisk nivå borde möjligheterna för psykologerna att komma i kontakt med barnet i ett tidigt skede i asylprocessen utforskas. Några av psykologerna erfar att det är då som förutsättningarna för att hjälpa barnet är som störst. Förebyggande insatser för flyktingar har föreslagits av Williams & Berry (1991). Utifrån de erfarenheter av tidiga insatser som några av psykologerna delgivit samt utifrån att asylsökande barn är en grupp som under alla omständigheter löper risk att utveckla psykisk ohälsa, skulle det vara intressant att utveckla och utvärdera förebyggande åtgärder även i Sverige. På organisationsnivå ligger även frågan om vad psykologens roll bör vara för de asylsökande. Var skall de verka och vilken skall vara deras uppgift? Detta anknyter även till vad som skall anses vara barnets bästa och vem som är bäst lämpad för att avgöra det. Vidare borde utredningsförfarandet i asylprocessen undersökas för att se hur detta kan påskyndas utan att ge avkall på de sökandes rättssäkerhet. För barn är den långa väntan som präglar asyltiden mycket påfrestande, kanske ibland lika påfrestande som den verklighet de flytt ifrån. I vissa avseenden förefaller de ha tvingats fly ur askan in i elden.

SLUTORD

Under arbetet med denna uppsats har vi tillägnat oss kunskap av olika slag som vi tror att vi kommer att ha användning för i vårt framtida arbete som psykologer. Genom att intervjua erfarna psykologer har vi fått ta del av deras värdefulla kunskap och erfarenheter i form av konkreta beskrivningar av det praktiska arbetet med asylsökande barn och familjer. Det rör sig exempelvis om användbara metoder vid traumabehandling av barn, hur ett stödande arbete med familjer bedrivs eller vad som är bra att tänka på när man skall arbeta med hjälp utav en tolk. Utöver det har vi även blivit uppmärksamma på frågor som vi inte var kloka nog att ställa innan vi påbörjade studien, men som utvecklats under forskningsprocessen och som är av hög relevans för det psykologiska arbetet med asylsökande och för vidare forskning på området. Alla våra undringar har inte fått självklara svar men har väl varit möjliga att vända och vrida på. Vi har insett i vilken grad psykologers arbete är avhängigt av de förutsättningar de verkar under och hur deras individuella förhållningssätt också har betydelse för hur de tar sig an sina arbetsuppgifter. Detta är kunskap som vi tror kan vara applicerbar på fler områden än i behandlingsarbetet med asylsökande barn. Vi tror att en medvetenhet om detta förhållande kan vara till hjälp för att förhålla oss till olika beslut som vi som psykologer kommer att vara tvungna att fatta.

För oss har uppsatsen inneburit en spännande resa samtidigt som vi har blivit djupt berörda av de barns livshistorier som vi fått ta del av genom psykologerna. Den bestående känslan då vi nu avslutar uppsatsarbetet är att psykologiskt arbete med asylsökande barn och familjer är gripande, tungt och nödvändigt. Vi inser att det krävs en enorm inre styrka och drivkraft av dem som i sitt arbete möter denna utsatta grupp och anser att det är hela samhällets ansvar att värna om de asylsökande.

REFERENSER

- Almqvist, K. (1997). Refugee children: Effects of organized violence and forced migration on young children's psychological health and development. (Doctoral dissertation, Göteborg University, 1997) Göteborg: Kompendiet.
- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1995). Iranian refugee children in Sweden: Effects of organized violence and forced migration on pre-school children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), 225-237.
- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 351-366.
- Almqvist, K., & Broberg, A. (1997). Silence and survival: Working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(3), 417-435.
- Almqvist, K., Hessle, M., & Gustavsson, T. (2003- 02-07). Öppet brev angående asylsituationen för asylsökande barn i Sverige. [Öppet brev till regeringen].
- Amnesty International (2004). Amnestys information om flyktingar. Framtagen 041220 från <http://www2.amnesty.se/wwwflykt.nsf>
- Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Angel, B., Hjern, A., & Ingelby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 4-15.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Basoglu, M., Ekblad, S., Bäärnhielm, S., & Livanou, M. (2004) Cognitive-behavioral treatment of tortured asylum seekers: a case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 357-369.
- Bergendahl-Odby, E., Enesten, R., Cabrejas, M., & Almqvist, K. (2004). *Att vara eller inte vara. Går lidandet att behandla i ingenmansland? Ett behandlingsprojekt i grupp med asylsökande barn och vuxna*. Landstinget i Värmland.
- Birgerstam, P. (1999). Ett fenomenologiskt tillvägagångssätt: en parallell till visualisering som arbetsmetod. I J. Linden, G. Westlander & G. Karlsson (Red.) *Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning: 24 forskare visar hur och varför* (ss. 84-106). Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning, cop.
- Birgerstam, P. (2000). *Skapande handling: om idéernas födelse*. Lund: Studentlitteratur.
- Birgerstam, P., & Birgerstam, L. (2001). Dataprogram för fenomenologisk analys av intervjuer. Lund: Institutionen för psykologi.

- Bodegård, G. (2004). Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. [Abstract]. *Läkartidningen* 101(19):1696-9.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. I J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Red.) *Rethinking methods in psychology* (ss. 27-49). London: Sage Publications.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). *Community psychology. Linking individuals and communities*. Stamford: Wadsworth.
- Dyregrov, A. (1997). *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, N.-G. (1996). *Om migration, flyktingskap och hälsa*. Helsingborg: Rhône-Poulenc Rorer.
- Frankl, V. E. (1986). *Livet måste ha mening: Erfarenheter från koncentrationslägren. Logoterapiens grundbegrepp*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Flyktingenheten, en specialistverksamhet inom BUP. (2004). *Att hjälpa flyktingbarn och familjer*. [Broschyr]. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Godani, G. (2004). *Till en pedagog från en psykolog. Om traumatiserade barn i undervisningen*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Hessle, M., & Levin, L. (1995). Korttidsbehandling av traumatiserade flyktingbarn – en offensiv strategi. *Socialmedicinsk tidskrift: Ett socialt och socialmedicinskt forum*, 9, 389-395.
- Holmqvist, R., & Andersen, K. (2003). Therapists' reactions to treatment of survivors of political torture. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 294-300.
- Integrationsverket (2004). *Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige*. Norrköping: Integrationsverket.
- Juhlén, K. (2003). *Barns egna asylskäl*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Karlsson, G. (1993). *Psychological qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm: Almqvist och Wiksell International.
- Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A., et al. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362(9397), 1721-1723
- Kristal-Andersson, B. (2001). *Att förstå flyktingar invandrare och deras barn. En psykologisk modell*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2003). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Major, E. F. (1997). Kan trauman gå i arv? Hur föräldrars krigstrauman påverkar barnen. I L. Weisaeth, & L. Mehlum (Red.) *Människor, trauman och kriser* (ss. 167-189). Stockholm: Natur och Kultur.
- Malmström, C. (2003). *Barn utan uppehållstillstånd: Rapport från hearing i riksdagen den 24 september 2003*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Migrationsverket (2004a). Vem får asyl? Framtagen 041129 från <http://www.migrationsverket.se/swedish/asyl/vemfar.html>
- Migrationsverket (2004b). Asylärendets gång. Framtagen 041129 från <http://www.migrationsverket.se/swedish/asyl/arendetsgang.html>
- Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. (1995). Originalets titel *Quick reference*. Sv. översättning: Jörgen Herlofson och Mats Landqvist. Stockholm: Pilgrim Press.
- Olsson, C. (2001). Att påverkas i arbete med katastrof och trauma. I L. Rönmark (Red.) *"Att möta det man möter": Erfarenheter från Stödcentrum efter brandkatastrofen i Göteborg* (ss. 323-334). Göteborg: FoU i Väst.
- Regeringskansliet (2004). Deklarationen om mänskliga rättigheter. Framtagen 041215 från http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/page/?module_instance=7
- Rädda Barnen (2004a). Detta är Rädda Barnen. Vision. Verksamhetsidé. Framtagen 041210 från <http://www.rb.se/NR/rdonlyres/CA518837-0044-442A-AE04-9952B6091228/0/Kompassen.pdf>
- Rädda Barnen (2004b). FN:s konvention om barnets rättigheter. Framtagen 041215 från <http://www.rb.se/NR/rdonlyres/0559FCAA-94D1-4BB2-B52F-57E1BBB0A5F1/0/Barnkonventionenfullverson.pdf>
- Sciarra, D. (1999). The role of the qualitative researcher. I M. Kopala & L.A. Suzuki (Red.) *Using qualitative methods in psychology* (ss. 37-48). London/ Thousand Oaks/ New Delhi: Sage Publications.
- SFS 1985:562. Patientjournallag.
- SFS 1989:529. Utlänningslag.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). *EMDR: the breakthrough therapy*. New York: Basic Books.
- Silove, D. (2002). The asylum debacle in Australia: a challenge for psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 290-296.
- Sourander, A. (2003). Refugee families during asylum seeking. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 203-207.

- Stern, D. N. (1996). *Moderskapskonstellationen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sveriges Psykologförbund (1998). *Sveriges Psykologförbunds Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*.
- Sverne, T., & Sylvander, I. (1998). *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*. Gryttorp: Sylvander supervision.
- Tunström, A. (2002). *Intyg och utlåtanden i asylärenden. En hjälpredda för personal inom barn och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Flyktingenheten, BUP.
- Tunström, A. (2003). De avvisade barnen. Att arbeta med familjer i asylikris. *Psykologtidningen*, 10,12-14.
- Tunström, A. (2004). *Barn som gett upp: Enkät angående asylsökande barn som vårdats på barnpsykiatrisk klinik under år 2003*. Stockholm: Flyktingenheten, BUP.
- UNHCR (2004). Utdrag ur slutdokumentet från förenta nationernas konferens för befullmäktigade representanter rörande flyktingars och statslösa personers rättsliga ställning. Framtagen 041215 från www.unhcr.se/basic_facts/pdf/1951swe.pdf
- Universitetssjukhuset MAS (2004). Barn och ungdomspsykiatriska kliniken. Framtagen 041210 från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=23678>
- Van Egmond, J. J. (2003). Multiple meanings of secondary gain. *The American Journal of Psychoanalysis*, 63(2), 137-147.
- Wall, K. (2001). Visning av brandplatsen. I L. Rönnmark (Red) "Att möta det man möter": erfarenheter från stödcentrum efter brandkatastrofen i Göteborg (ss. 317-322). Göteborg: F o U: Väst.
- Williams, C. L., & Berry, J. W. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees. Application of psychological theory and practice. *American Psychologist*, 46(6), 632-641.

BILAGA A: DIAGNOSTISKA KRITERIER ENLIGT DSM-IV

(Mini-D IV, 1995)

Posttraumatiskt stressyndrom

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

- (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller annans fysiska integritet
- (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. **Obs:** hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BILAGA B: INTERVJUGUIDE

TEMAN

VILKA – KLIENDEL

VAD – PROBLEMATIK

- **Trauma**
 - Uttryck
 - Ursprung
 - Utsatt
 - Utvisningshotad
- **Risk-/Friskfaktorer**
 - Sociala
 - Individuella
 - Föräldrar
 - Kulturell kontext
- **Utveckling**
 - Anknytning
 - Identitet
 - Ålder
 - Mognad
- **Familjesystemet**
 - Struktur
 - Relationer
 - Kvalitet
- **Anpassningsstrategier**

HUR – TEKNIK/STRATEGI

- **Terapeutisk allians**
 - Främjande faktorer
 - Hinder
 - Kulturkompetens/kollision (behandlare)
 - Språk
- **Process/Struktur**
 - Hinder
 - Drivkraft
 - Tidsfaktor
 - Rutin/variation
- **Tillvägagångssätt**

MÅL – FRAMTID

- **Förändring hos patienten**
- **Terapeutens drivkraft**
- **Brister**

EXEMPEL PÅ FRÅGOR

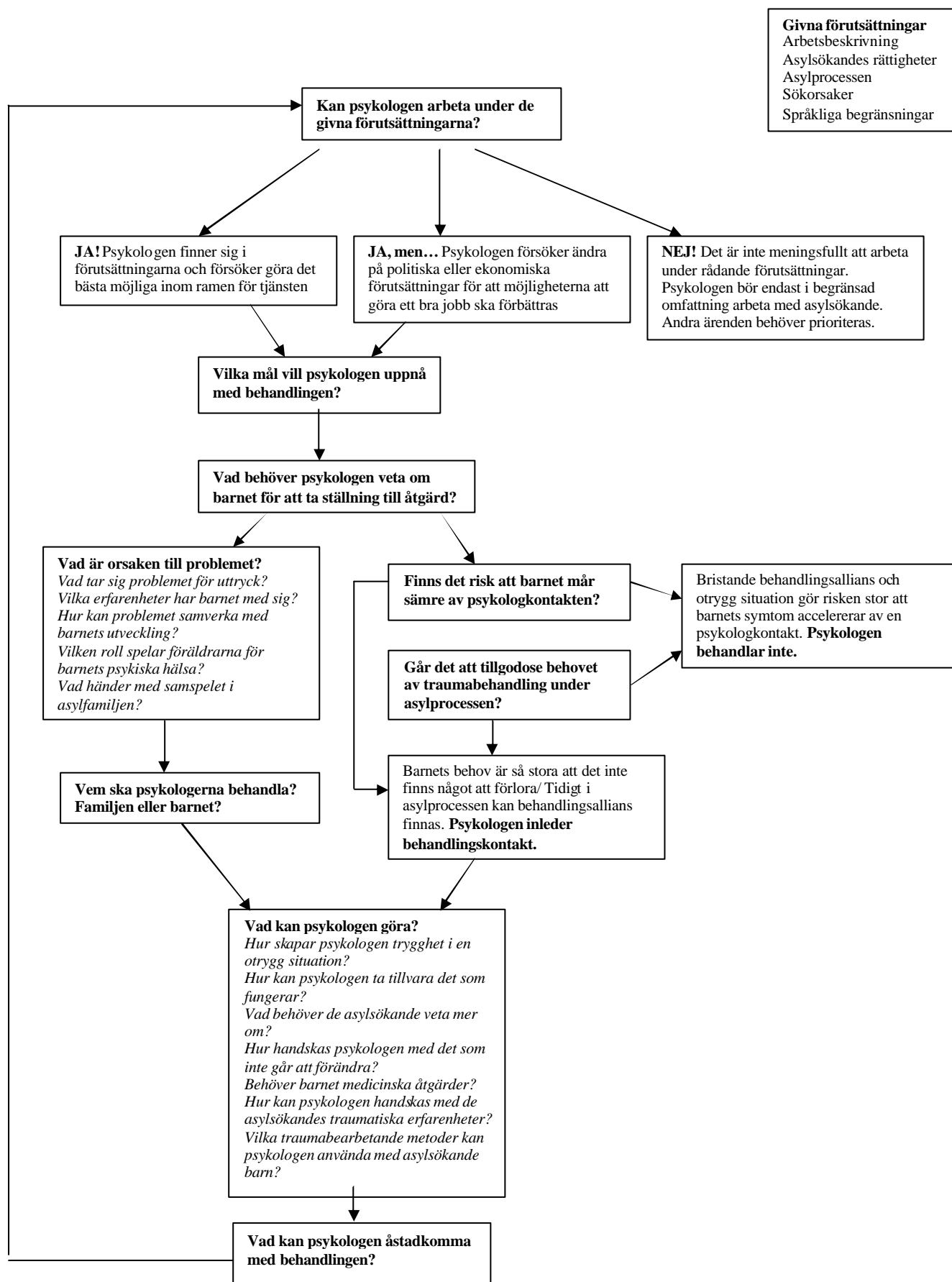
Vilka patienter träffar du?
Hur kommer de i kontakt med dig?

Hur ser problemen ut?
Kan du berätta lite om patienternas problem?
Hur yttrar sig problemen?
Vad är vanligt förekommande?
Vad är mer ovanligt?
Vad ledde fram till dessa problem?
Vad söker de för?
Vad önskar patienterna få hjälp med?
Vad anser du är problemet?
Vad bidrar till problemet?
Vad underlättar problemet?
Vad försvårar problemet?

Vad försöker du åstadkomma?
Hur gör du?
Hur arbetar du med de här barnen?
Vilka svårigheter stöter du på?
Kan du utifrån något fall beskriva hur en behandlingskontakt går till?
Hur påverkar faktumet att de inte har uppehållstillstånd ditt arbete?
Finns det några särskilda färdigheter du tycker att du har användning för?

Vad kan du åstadkomma?
Vad ser du för möjligheter?
Hur långt når du med dessa barn?
Vad får familjerna ut av kontakten?

BILAGA C: FLÖDESSCHEMA FÖR BEHANDLINGSKONTAKT



BILAGA D: FN:S ALLMÄNNA FÖRKLARING OM DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA, ARTIKEL 14

Artikel 14

1. Envar har rätt till att i andra länder söka och åtnjuta fristad från förföljelse.
2. Denna rätt må icke åberopas vid laga åtgärder, reellt grundade på icke-politiska brott eller på handlingar, som strider mot Förenta Nationernas ändamål och grundsatser.

BILAGA E: FN:S KONVENTION OM BARNS RÄTTIGHETER, ARTIKEL 2, 3, 12, 22, 39

Artikel 2: Icke-diskriminering

1. Konventionsstaterna skall respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets, eller föräldrarnas eller vårdnadshavarens ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, handikapp, börd eller ställning i övrigt.
2. Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavarens, eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

Artikel 3: Barnets bästa

1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.
2. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet, och skall för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder.
3. Konventionsstaterna skall säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för vård eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal, och lämplighet samt behörig tillsyn.

Artikel 12: Åsiktsfrihet och rätten till att bli hörd

1. Konventionsstaterna skall tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
2. För detta ändamål skall barnet särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med

den nationella lagstiftningens procedurregler, i alla domstols- och administrativa förfaranden som rör barnet.

Artikel 22: Flyktingbarn

1. Konventionsstaterna skall vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att ett barn söker flyktingstatus eller anses som flykting i enlighet med tillämplig internationell rätt och tillämpliga förfaranden och oberoende av om det kommer ensamt eller är åtföljt av sina föräldrar eller någon annan person, erhåller lämpligt skydd och humanitärt bistånd vid åtnjutande av de tillämpliga rättigheter som anses i denna konvention och i andra internationella instrument rörande mänskliga rättigheter eller humanitär rätt, som nämnda stater tillträtt.
2. För detta ändamål skall konventionsstaterna, på sätt de finner lämpligt, samarbeta i varje ansträngning som görs av Förenta nationerna och andra behöriga mellanstatliga organisationer eller icke-statliga organisationer, som samarbetar med Förenta nationerna, för att skydda och bistå ett sådant barn och för att spåra föräldrarna eller andra familjemedlemmar till ett flyktingbarn i syfte att erhålla den information som är nödvändig för att barnet skall kunna återförenas med sin familj. I så fall då föräldrarna eller andra familjemedlemmar inte kan påträffas, skall barnet ges samma skydd som varje annat barn som varaktigt eller tillfälligt berövats sin familjemiljö av något skäl, i enlighet med denna konvention.

Artikel 39: Rehabilitering

Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter. Sådan rehabilitering och sådan återanpassning skall äga rum i en miljö som befrämjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet.