

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Psykologers och psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta
med ensamkommande flyktingbarn i behandling**

Helena Sundvall och Ellen Isaksson

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
Höstterminen 2015

Handledare: Mats Eklöf

Psykologers och psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta med ensamkommande flyktingbarn i behandling

Helena Sundvall och Ellen Isaksson

Sammanfattning. I denna intervjustudie undersöktes nio psykologers och/eller psykoterapeuters erfarenheter av vad som är verksamt i terapi och vilka faktorer som försvårar det terapeutiska arbetet med ensamkommande flyktingbarn. Genom en tematisk analys identifierades fem huvudteman och 19 underteman. Respondenterna ansåg att det fanns några verksamma interventioner att använda sig av i terapirummet, så som psykoedukation och avslappningsövningar. Några av de mest framträdande svårigheterna som framkom var att avgöra huruvida traumabearbetning skulle genomföras eller inte och att förhålla sig till omständigheter runt omkring barnen. Resultatet tyder på att psykologer och psykoterapeuter som arbetar med ensamkommande flyktingbarn ställs inför stora utmaningar, vilket innebär en tung arbetssituation som kräver arbetsgivarens förståelse och stöd.

FN:s flyktingorgan UNHCR konstaterade 2014 att nästan 60 miljoner människor befann sig på flykt från krig, konflikter, förföljelse, våld eller kränkningar av mänskliga rättigheter. Mer än hälften av världens totala antal flyktingar är barn (UNHCR, 2015).

Ett ensamkommande flyktingbarn är enligt FN:s definition en person under 18 år som varken har sina föräldrar eller annan legal vårdnadshavare tillgänglig i det land som barnet kommit till (UNHCR, 1994: 121).

Under hösten 2015 har antalet ensamkommande flyktingbarn som kommer till Sverige för att söka asyl ökat mycket kraftigt. Enligt Migrationsverkets preliminära beräkningar kommer cirka 40 000 ensamkommande flyktingbarn söka asyl i Sverige i år. Året innan kom drygt 7000 ensamkommande barn (Migrationsverket, 2015a). De flesta barnen kommer idag från Afghanistan, Eritrea, Syrien och Somalia (UNHCR, 2015). Forskning visar att många av dessa barn har traumatiska erfarenheter med sig och att många av dem riskerar att utveckla psykisk ohälsa (Bean, Derluyn & Eurelings-Bontekoe, 2007).

Den största gruppen som kommer ensamma till Sverige är pojkar i åldern 16-17 år (Migrationsverket, 2015a) som kommer från olika länder, bakgrunder och socialklasser, och har olika skäl till varför de flyr. Något som förenar dem är att en majoritet av dem har varit med om flera smärtsamma och traumatiserande händelser innan och under flykten (Stretmo & Melander, 2013). I en studie av barn som kommit ensamma till Norge mättes barnens egna skattningar av svåra livshändelser. Barnen hade varit med om flera olika svåra livshändelser, varav de vanligaste händelserna som barnen rapporterade om var nära anhörigs död, att de bevittnat våld samt att de levt i krig (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015). I en annan studie, av barn som flytt ensamma till Storbritannien, var den främsta orsaken till flykten att de hade upplevt död eller förföljelse av föräldrar, syskon eller personer tillhörande den utvidgade familjen. Utöver detta nämndes att nära familjemedlemmar hade blivit arresterade, fängslade, deporterade eller försvunnit. En del av barnen hade själva förföljts, arresterats eller fängslats. Både flickor och pojkar hade utsatts för hot om att bli tvångsrekryterade som barnsoldater (Thomas, Nafees & Bhugra, 2004). Av de

ensamkommande flyktingbarn som kom till Göteborgsregionen 2008 hade 40% upplevt krig på nära håll, 11% av flickorna uppgav att de hade blivit våldtagna och drygt 20% uppgav att ett viktigt skäl till flykten var hot om tvångsgifte (Stretmo & Melander, 2008).

Gemensamt för många av barnen är att de söker en tryggare plats och hoppas kunna få utbilda sig och skapa ett bättre liv någon annanstans (Socialstyrelsen, 2013).

Omhändertagande av ensamkommande barn i Sverige

Asylprocessen för ett ensamkommande barn startar med att Socialtjänsten i kommunen som barnet befinner sig i kontaktas av Migrationsverket. Kommunen ansvarar för att barnet får ett boende, god man och skola, som det enligt Socialtjänstlagen har rätt till. Barnet har även rätt till samma hälso- och sjukvård som övriga barn bosatta i Sverige och det är Landstinget som ansvarar för att eventuella behov av vård tillgodoses. I ett utredningssamtal ställer Migrationsverket frågor kring identitet, familj med mera. I den efterföljande asylutredningen berättar barnet varför det söker asyl i Sverige. Barnet har stöd av ett offentligt biträde samt god man i denna process. Ett beslut fattas sedan kring huruvida barnet får lov att stanna i Sverige eller inte. Om barnet får avslag på sin ansökan måste det återvända till sitt hemland. Migrationsverket ansvarar för att organisera mottagandet i landet och återförening med föräldrar om detta är möjligt. Barnet har rätt att överklaga beslutet med hjälp av offentligt biträde. Det sista steget vid ett avslag är ett återvändandesamtal som Migrationsverket har tillsammans med barnet och god man, angående hemresan. I vissa fall krävs en fortsatt asylutredning med ytterligare kompletteringar, för att avgöra om barnet får stanna eller inte. Om barnet får ett besked om att få stanna, skrivs barnet ut från Migrationsverket efter en månad. Det är Migrationsverket och kommunen som ansvarar för eftersökningen av barnets föräldrar, och vid flyktingskäl eller behov av skydd kan föräldrar komma till Sverige (Migrationsverket, 2015b).

Ensamkommande barns psykiska hälsa

Ensamkommande flyktingbarn är en sårbar grupp som lider av psykisk ohälsa i större utsträckning än vad normalpopulationen gör (Huemer, Karnik, Voelkl-Kernstock, Granditsch, Dervic, Friedrich & Steiner, 2009). Kombinationen av att ha upplevt trauma i hemlandet och att vara separerad från familjen påverkar det ensamkommande barnets psykiska hälsa signifikant (Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). Om barnet får vara tillsammans med hela eller delar av sin familj kan barnet lättare hantera trauma och psykisk ohälsa. Familjen påverkar barnets välbefinnande och intar en nyckelroll i individens identitetsskapande (Rosseau, Mekki-Berrada & Moreau, 2001). Det är bra för ensamkommande barns välbefinnande om de lyckas behålla kontakten med sina föräldrar under flykten (Brunnberg, Borg & Fridström, 2011).

Det är vanligt att ensamkommande barn lider av olika stressreaktioner kopplat till trauma, reaktioner som i vissa fall utvecklas till PTSD (Bean, Derluyn & Eurelings-Bontekoe, 2007). I en större genomgång av tjugotvå studier som omfattade cirka 3000 flyktingbarn från ett 40-tal länder fann man en förekomst av PTSD på 19–54 procent och depression på 3–30 procent (Bronstein & Montgomery, 2011). Detta kan jämföras med en livstidsprevalens bland normalpopulationen på cirka 5 procent gällande PTSD och cirka 15-25 procent gällande depression (Socialstyrelsen, 2010). I

en studie av drygt 300 nyanlända ensamkommande barns psykiska hälsa i Norge och Belgien visade det sig att dessa barn hade hög förekomst av såväl ångest och depression som PTSD. Antalet traumatiska upplevelser samvarierade med graden av PTSD-symtom, det vill säga ju svårare upplevelser barnen hade med sig ju fler symtom på psykisk ohälsa uppvisade de (Vervliet, Meyer Demott, Jakobsen, Broekaert, Heir & Derluyn, 2014).

Beteendeproblem är vanligt förekommande (Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007). I skolsammanhang och av boendepersonal kan vissa av de ensamkommande ungdomarna upplevas som svårhanterliga för att de reagerar med ilska eller med ett utåtriktat och aggressivt beteende (Stretmo & Melander, 2013). Det är vanligt förekommande med anpassningsproblem, sömnstörningar och mardrömmar, problem med koncentration och uppmärksamhet, sorgereaktioner, socialt tillbakadragande och somatisering bland flyktingbarn (Bronstein & Montgomery, 2011).

Ensamkommande barns psykiska hälsa har i flera studier jämförts med hälsan hos asylsökande barn som flytt tillsammans med föräldrar. Ensamkommande löper högre risk att drabbas av emotionella och beteendemässiga problem (Bean, Derluyn & Eurelings-Bontekoe, 2007). De ensamkommande har också visat sig lida av högre grad av post-traumatiska symtom än de barn som flytt tillsammans med en eller flera vårdnadshavare (Michelson & Sclare, 2015; Hodes, Jagdev, Chandra & Cunniff, 2008).

Trauma och PTSD

Vissa beräkningar tyder på att cirka 30 procent av de flyktingar som kommer till Sverige är svårt traumatiserade. Litteraturen visar på en högre förekomst av ångest och depression, men framför allt PTSD, hos flyktingar och invandrare (Socialstyrelsen, 2015).

PTSD, posttraumatiskt stressyndrom (även kallat PTSS på svenska), är ett ångesttillstånd som uppkommer till följd av en traumatisk upplevelse som har framkallat intensiva skräckreaktioner. Ett kriterium för att få diagnosen är att personen ska ha varit med om en yttre händelse och exponerats för död eller hot om död, allvarlig skada eller sexuellt våld, antingen genom att själv ha upplevt händelsen eller bevittnat när andra har blivit utsatta (APA, 2013).

PTSD kännetecknas av *återupplevande* i form av minnen, mardrömmar och så kallade flashbacks, men också *undvikande* genom att personen inte vill tala om eller tänka på det som har skett. Ett annat symtom handlar om *negativa förändringar i kognitioner*, vilket innebär att personen kan ha svårt att minnas händelsen, upplever känslor av skuld och skam och känner sig nedstämd. Dessutom förekommer *överspändhet*, vilket kan visa sig i sömnsvårigheter, plötsliga aggressiva utbrott eller självdestruktivt beteende. Hos vissa förekommer även sänkt anspänning i form av känslomässig stumhet och upplevelsen av att känna sig tom och frånvarande. Ett kriterium är att symtomen kvarstår en månad efter händelsen. I Sverige drabbas ca 6 % av befolkningen någon gång under sin livstid (Frans, Rimmo, Aberg & Fredrikson, 2005). Personer med PTSD löper 80 % högre risk än personer utan PTSD att utveckla annan psykisk ohälsa som till exempel ångest, depression och missbruk (APA, 2013).

Barn och ungdomar som utsätts för traumatiserande händelser riskerar också att drabbas av PTSD. Upplevelser som inte nödvändigtvis traumatiserar vuxna kan vara överväldigande för barn (Gerge, 2013). Barn är mer känslomässigt beroende av

andra människor i sin närhet, vilket gör dem mer relationellt sårbara än vuxna. Ett problem gällande diagnosticering av PTSD hos barn är att flera av symtomen även ingår i de vanligaste barnpsykiatriska diagnoserna så som beteendestörning och ångest (Friberg, refererad till i Gerge, 2013). Ett annat exempel där symtomen överlappar varandra är ADHD och PTSD, vilket innebär att det kan vara svårt att avgöra vad som är vad. Rekommenderad behandling vid ADHD respektive PTSD skiljer sig åt avsevärt, varför det är av stor vikt med en noggrann diagnosticering (Husain, Allwood & Bell, 2008).

Behandling av ensamkommande flyktingbarn

Det finns få studier som handlar om ensamkommande flyktingbarn (Dittman & Jensen, 2010; Pacione, Measham & Rousseau, 2013) och det råder en stor brist på longitudinella studier och studier som undersöker behandlingsutfall (Jensen & Dittman, 2010). De studier som finns handlar till stora delar om hur flyktingbarns psykiska ohälsa ser ut eller vilka traumabehandlande metoder som verkar fungera vid behandling av till exempel PTSD. Dessa studier är inte nödvändigtvis riktade mot asylsökande barn och ungdomar, och gäller sällan specifikt de ensamkommande barnen. Kombinationen ensamkommande flyktingbarn och psykologisk behandling är därför ovanlig i forskning, vilket flertalet forskare påtalar som en stor brist eftersom behovet av verksamma behandlingsmetoder ökar i takt med att allt fler ensamkommande flyktingbarn söker asyl i Europa och västvärlden (Lambert & Alhassoon, 2015; Katsounari, 2014; Ehntholt & Yule, 2006).

Det finns mycket som pekar på att flyktingar skiljer sig från övrig population med PTSD-symtom och således har andra behov (Pacione et al., 2013). Flyktingar som söker asyl i höginkomstländer har ofta komplexa behov som utöver psykisk och fysisk hälsa handlar om asylprocessen, jobb, utbildning, bostad, samt språkliga, sociala och kulturella svårigheter. Flyktingbarn är ofta mer bekymrade över nutiden än det förflutna, vilket påverkar deras behov av behandling.

Diskussionen om flyktingars mentala hälsa och verksamma behandlingar domineras till stora delar av två olika synsätt; traumabearbetande terapi och så kallade multimodala interventioner (Nickerson, Bryant, Silove & Steel, 2011). Traumafokuserad terapi innefattar de evidensbaserade metoder som idag används vid PTSD i normalpopulationen, till exempel olika former av KBT, EMDR och narrativ exponeringsterapi (Socialstyrelsen, 2015). Multimodala interventioner handlar om individanpassade insatser som underlättar vardagen för flyktingen, det vill säga praktisk hjälp och problemlösning på individ-, familj- och samhällsnivå, vilket även kan innefatta allmänt psykologiskt stöd. Detta perspektiv har sitt ursprung i tankesättet att flyktingar exponeras för komplexa stressorer, dels genom de erfarenheter de har med sig från hemlandet, dels under själva flykten, men även genom den påfrestande verklighet de möter i det nya land där de har sökt skydd. Det har argumenterats för att ett för starkt fokus på trauma är otillräckligt för att möta deras komplexa behov, och att exponering för tidigare trauman i värsta fall riskerar att förvärra ett redan ansträngt hälsotillstånd (Herman, 2001, refererad till i Nickerson et al., 2011).

Flera forskare pekar på nödvändigheten av att tillämpa ett holistiskt och multimodalt förhållningssätt i mötet med flyktingar och ensamkommande barn (Kira & Tummala-Narra, 2015; Yule & Ehntholt, 2006). I en amerikansk studie från 2015 (Isakson, Legerski & Layne, 2015) tar forskarna fasta på begreppet *evidensbaserad*

praktik för att undersöka olika faktorer som kan vara hjälpsamma för behandlare i mötet med traumautsatta flyktingbarn. EBP definieras som en modell som tillämpar 1) bästa evidensbaserade traumabehandling, 2) tar hänsyn till barnets kultur, erfarenheter och preferenser, och 3) innefattar terapeutens yrkeskunskap och professionella erfarenhet, vilket är nödvändigt i arbetet med så komplexa problem som rör flyktingens tidigare erfarenheter, flykten och det rådande nuet.

Traumabearbetande terapi

Tyrer och Fazel (2014) har gjort en sammanställning av behandlingar som gett signifikant minskning av PTSD-symtom hos unga ensamkommande flyktingbarn. De fann nio studier som visade positiva resultat för gruppen. Fyra av studierna visade positiva resultat för KBT eller TF-KBT (traumafokuserad KBT) och tre av studierna visade positiva resultat för NET (narrative exposure therapy) eller KIDNET (NET för barn). Författarna framhåller att nästan samtliga studier som de tittat på håller en väldigt låg kvalitet beträffande metodologi. I en RCT-studie (Randomized controlled trial) som undersökte effekten av CCPT (child-centered play therapy) jämfört med TF-KBT med traumatiserade flyktingbarn i åldern 6-13, visade det sig att båda metoderna minskade barnens traumasymtom (Schottelkorb, Doumas & Garcia, 2012). Även EMDR har visat sig vara verksamt för behandling av krigsrelaterade PTSD-symtom (Ehnholt och Yule, 2006).

Nedan följer kortare beskrivningar av ett par av de vanligaste terapimetoderna som används i traumabearbetande syfte.

NET (narrative exposure therapy). Narrativ exponeringsterapi är en metod som kombinerar inslag av vittnesterapi med kognitiv beteendeterapi. Yule & Ehnholt (2006) skriver att metoden ursprungligen utvecklades som en korttidsterapi för personer som blivit utsatta för organiserat våld och som upplevt upprepade traumatiserade händelser vilket gör det problematiskt att identifiera ett enda trauma att jobba med i exponeringsterapi. Patienten konstruerar tillsammans med terapeuten ett narrativ om sig själv som innefattar hela livet, från födseln fram till nuet, och som ger en detaljerad bild av alla traumatiserande upplevelser som patienten varit med om. Detta narrativ spelas in och korrigeras efter varje session. Fokus ligger framför allt på att samla ihop patientens fragmenterade minnesbilder till en enhetlig historia (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004). Syftet med NET är minska PTSD-symtomen genom konfrontation av minnena som varit svåra att bära. Det som anses vara verksamt i metoden är dels exponeringen, att patienten upprepade gånger får berätta om sina traumatiska minnen, men också att minnena sätts i ett större sammanhang och integreras i patientens livshistoria (Nickerson et al., 2011).

KIDNET är en variant av NET som är anpassad för barn. Illustrativt material så som teckningar och teater används (Neuner, Catani, Ruf, Schauer, Schauer & Elbert, 2008).

TF-KBT (traumafokuserad kognitiv beteendeterapi). TF-KBT är den terapimetod som har bäst forskningsstöd för behandling av traumatiserade unga personer (Unterhitzberger, Eberle-Sejari, Rassenhofer, Sukale, Rosner & Goldbeck, 2015).

Cohen, Mannarino och Deblinger (2006) beskriver att den första behandlingsdelen i TF-KBT vanligtvis innehåller moment bestående av psykoedukation och föräldraträning, avslappningsövningar, arbete med känslor (genom att patienten lär sig att identifiera känslor, uttrycka känslor, skatta intensiteten

i känslor och hantera svåra och obehagliga känslor) samt arbete med dysfunktionella tankar. Efterföljande sessioner ägnas åt skriva, rita eller spela in traumanarrativet. Ungdomen berättar narrativet, som innehåller den värsta händelsen/stunden och de tankar och känslor som förknippas med den. Därefter sker den andra delen av det kognitiva arbetet, då icke hjälpsamma kognitioner ytterligare utforskas och utmanas. Skuldproblematik kan komma att belysas i denna del av behandlingen. Om det behövs så kan en eller två sessioner ägnas åt "in vivo-exponering" med triggerstimuli. Behandlingen avslutas med en eller två sessioner som går ut på att förbereda ungdomen på framtiden, med fokus på att utveckla förmågor att handskas med verkligheten och att känna trygghet (Cohen et al., 2006).

EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing). EMDR är en form av psykologisk behandling där så kallad bilateral stimulering används under tiden som traumatiska minnen processas. En stor del av behandlingen går ut på att patienten återberättar och skapar en mental bild av den traumatiska händelsen, samtidigt som terapeuten rör sina fingrar fram och tillbaka i sidled framför ögonen på patienten (Rubin & Springer, 2009). Syftet är att växelvis stimulera höger och vänster hjärnhalva, vilket har visat sig minska den emotionella kopplingen till traumatiska minnen (Shapiro, refererad till i Ehnholt & Yule, 2006).

Tidigare liknande studier

Vi har inte funnit några tidigare intervjustudier som fokuserar på psykologers och/eller psykoterapeuters erfarenheter av vad som fungerar och vad som försvårar i arbetet med ensamkommande flyktingbarn. I en dansk studie från 2012 (Mirdal, Ryding & Essendrop Sondej, 2012) fick terapeuter, vuxna traumatiserade flyktingar i åldern 31-55 år och deras tolkar svara på vad som de ansåg vara hjälpsamt respektive hindrande i den psykologiska behandlingen. Samtliga ansåg att det som var mest verksamt och det som bidrog till att behandlingen blev lyckad var relationen mellan patient, terapeut och tolk, samt utvecklandet av tillit och en god arbetsallians. Författarna menar att i de fall där traumatiserade flyktingar har upplevt mänsklig ondska och förnedring och numera lever i exil, så är det viktigaste målet i behandlingen att utveckla tillitsfulla relationer till andra människor och att det i sig är läkande. Terapeuterna upplevde att det var verksamt att hjälpa patienterna med realitetstestning, att skapa mening och att validera deras upplevelser. Samtliga tre grupper framhöll psykoedukation och rådgivning som verksamt, vilket kunde innebära information om posttraumatiska stressreaktioner, information om den danska kulturen och samhället, social färdighetsträning och stresshantering. Omständigheter utanför terapin, som till exempel en förbättrad ekonomi eller rätt medicin, kunde påverka terapin positivt, ansåg samtliga tre grupper. En annan viktig faktor för välfungerande terapier handlade om en god samverkan mellan terapeuterna och de andra professioner som arbetade på klinikerna. Hindrande faktorer var svår komorbiditet hos patienterna, patienters bristande motivation, oenighet om mål samt terapeuternas och tolkarnas över- eller underengagemang. Omständigheter utanför terapin som försvårade behandlingen var problem inom familjen, konflikter med sociala myndigheter och migrationsmyndigheter, dåliga nyheter hemifrån samt en osäkerhet kring att eventuellt skickas tillbaka till hemlandet. Terapeuter och tolkar såväl som patienter ansåg det vara nödvändigt att komplettera psykoterapin med psykosociala interventioner och socialt stöd till patienterna.

I ovan nämnda studie undersöktes terapeuters erfarenheter av att arbeta med vuxna flyktingar. Vi tror att terapeuter ställs inför andra utmaningar om flyktingen är ett barn och om det kommer ensamt till Sverige. Med tanke på den stora ström av ensamkommande flyktingbarn som i dagsläget söker sig till Sverige (Migrationsverket, 2015a) och som behöver vård av professionella som kanske ännu inte arbetat med ensamkommande flyktingbarn, anser vi det vara intressant att undersöka vilka erfarenheter som finns bland psykologer och psykoterapeuter som arbetar med behandling av patientgruppen i dagsläget.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka psykologers och psykoterapeuters kliniska erfarenheter av att arbeta med patientgruppen ensamkommande flyktingbarn.

Eftersom vi i vår litteratursökning fann få intervjustudier som berör psykologers och psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta med ensamkommande flyktingbarn, ville vi använda oss av ett induktivt förhållningssätt och hålla vår frågeställning relativt bred och öppen, vilket resulterade i följande frågeställning:

Vilka erfarenheter har psykologer och psykoterapeuter av vad som är verksamt i terapi, och vilka faktorer försvårar det terapeutiska arbetet med ensamkommande flyktingbarn?

Metod

Deltagare

Deltagarna bestod av 9 psykologer och/eller psykoterapeuter som i sitt kliniska arbete mötte ensamkommande flyktingbarn. Kontakt togs initialt med Kris- och traumamottagningen i Göteborg och ett möte kring möjliga uppslag för uppsatsen ägde rum. Därefter kontaktades psykologer samt chefer för verksamheter som arbetar med patientgruppen. Dessa personers namn erhöles genom kontakter, sökningar på Internet och genom personer som inte själva hade möjlighet att delta men som hänvisade vidare till andra personer/mottagningar. Via mail och telefonsamtal fick deltagarna information om studien och en förfrågan om deltagande. Inklusionskriterier för att delta i studien var att deltagaren var legitimerad psykolog och/eller legitimerad psykoterapeut som själv ansåg sig ha erfarenhet av terapeutiskt arbete med ensamkommande flyktingbarn, eller PTP-psykolog med cirka ett års erfarenhet av att arbeta med patientgruppen. Deltagarna kom från fem olika verksamheter i Göteborg. Verksamheterna var BUP Gamlestaden, Baggium vård & behandling, Rädda barnen, Kris- och traumamottagningen samt Gryning vård. Deltagarna hade arbetat med patientgruppen mellan ett till sju år, de arbetade utifrån olika teoretiska perspektiv och det varierade huruvida de använde sig av specifika traumametoder eller inte.

Intervjuguide

Intervjuerna var semistrukturerade och innehöll åtta frågor som ställdes vid varje intervju, samt ett antal följdfrågor. Exempel på frågor i intervjuerna är: "Hur ser de ensamkommande barnens behov ut?", "Vad är verksamt i behandling med

patientgruppen?”, “Vilka svårigheter stöter du på i ditt arbete?” (se bilaga för fullständig intervjuguide). För att fördjupa materialet ställdes följdfrågor. Frågorna diskuterades fram tillsammans med kontaktperson på Kris- och traumamottagningen samt med handledare. Intervjuguiden användes först i en provintervju med en av deltagarna för att undersöka huruvida frågorna var begripliga för deltagaren eller om någon eller några av frågorna skulle behöva omformuleras. Ingen ändring gjordes av intervjuguiden efter denna intervju, då frågorna bedömdes vara tydliga och användbara. Provintervjun inkluderades i studien.

Tillvägagångssätt

Intervjuerna genomfördes på varje deltagares respektive arbetsplats, individuellt och i enskilt rum. Deltagarna fick inledningsvis information om studiens syfte och en upprepning om garanti av anonymitet, samt en förfrågan om intervjun fick spelas in med diktafon. Intervjun inleddes med några frågor om hur länge deltagaren arbetat med patientgruppen ensamkommande flyktingbarn, om deltagaren hade med sig något teoretiskt perspektiv in i arbetet samt om hen arbetade utifrån någon specifik psykologisk metod. En deltagare på varje arbetsplats fick också frågan om hur de ensamkommande flyktingbarnen kom till terapin, det vill säga hur remissgången såg ut. Intervjuerna spelades in med diktafon. Intervjuerna var mellan 35 och 50 minuter långa.

Databearbetning och analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant i syfte att genomföra en tematisk analys enligt Braun and Clarkes (2006) modell. Därefter läste vi på varsitt håll igenom samtliga intervjuer igenom ett flertal gånger, i syfte att bekanta oss med materialet. Efter dessa initiala genomläsningar gjorde vi en första kodning på varsitt håll. För att inte låta oss påverkas av varandra skedde inga bestämmelser kring hur denna kodning skulle gå till, vilket utmynnade i två skilda sätt att ta oss an materialet. En av oss skrev koder i marginalen intill varje transkriberad intervju, sammanställde samtliga koder i ett dokument och skapade därefter teman utifrån koder som framkommit i flera intervjuer, med intervjufrågorna som rubriker. Den andre av oss gjorde en mindmap med de teman som av henne uppfattades som centrala, utan intervjufrågorna i åtanke. Därefter diskuterade vi resultaten i de båda analyserna och skrev på en whiteboard upp nya teman och underteman som vi ansåg motsvara de teman som våra båda analyser hade gemensamma. Därefter fördes teman och underteman in ett dokument och en ny genomläsning gjordes av samtliga intervjuer. Efter genomläsningen och en titt på dokumentet, beslutade vi om att göra en helt ny tematisering, då vi ansåg att de teman vi kommit fram till var för många och inte sade oss något om de mest intressanta resultaten i intervjuerna. Det fanns också en osäkerhet kring huruvida de teman som vi arbetat fram gick att finna i materialet eller om de endast representerade vår samlade förståelse av materialet. Vi klippte ut samtliga citat som vi ansåg sade något intressant om psykologers och psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta med patientgruppen, och delade in dessa citat i nya kategorier, vilka efter gemensamma diskussioner med handledaren mynnade ut i nya över- och underteman. Slutligen valdes de citat ut som bäst ansågs representera varje tema.

Vår tematiska analys inriktades främst på terapeuternas erfarenheter ur ett kliniskt perspektiv samt deras bild av barnen, och i mindre grad på deras erfarenheter ur ett fenomenologiskt perspektiv.

Resultat

I den tematiska analysen identifierades fem huvudteman och 19 underteman, varav de två första huvudteman berör kliniska moment i behandlingsrummet och de tre andra handlar om övriga komplexiteter som påverkar behandlingsarbetet.

Nedan presenteras huvudteman och underteman, följt av beskrivningar av samtliga teman.

Tabell 1

Huvudteman och underteman

<u>Huvudteman</u>	<u>Underteman</u>
1. Säkra kort i terapirummet	1.1 Psykoedukation 1.2 Hjälp med sömnen 1.3 Träna avslappning 1.4 Hantera skuld och dysfunktionella tankar 1.5 Alliansen som verktyg
2. Traumabearbetning eller inte – en svår avvägning	2.1 Ta det försiktigt 2.2 Bearbeta traumat 2.3 Asylprocessen försvårar
3. Tung roll för terapeuten	3.1 Att drabbas av barnens historier 3.2Handledning och stöd nödvändigt 3.3 Mindre tungt med samverkan
4. Med trauma kommer undvikande	4.1 Barnet undviker 4.2 Psykologen undviker 4.3 Omgivningen undviker
5. Omgivningens kunskapsbrist påverkar stödet	5.1 Barnets kapacitet överskattas 5.2 Sorg och oro psykiatriseras 5.3 Vikten av ett socialt sammanhang underskattas 5.4 Utagerande feltolkas 5.5 Hållandet brister och det saknas en förälder

1. Säkra kort i terapirummet

De flesta av dessa ensamkommande flyktingbarn söker sällan hjälp för att de mår psykiskt dåligt, utan de kommer ofta för att de inte kan sova på nätterna och är oroliga för sina familjemedlemmar, säger våra respondenter. Det de i första hand behöver är således att få ordning på sömnen och att lära sig metoder för att kunna slappna av och lugna sig själva. Samtliga våra respondenter pratar dessutom om hur viktigt det är att ungdomarna får lära sig vad som är normala reaktioner på väldigt

svåra händelser och hur det påverkar kroppen. Tankar om skuld och negativa föreställningar om världen är vanligt förekommande hos barnen och något som många gånger behöver hanteras i terapirummet. I all form av psykologisk behandling underlättar det om patient och behandlare får en god kontakt och en tillitsfull arbetsallians, och enligt våra respondenter är det kanske just det som är mest verksamt i mötet med de ensamkommande flyktingbarnen; att någon finns där, lyssnar och står ut.

1.1 Psykoedukation. Respondenterna talar alla om vikten av att ungdomarna får kunskap om varför de reagerar som de gör, och att de inte är på väg att bli galna, vilket många av dem tror. De förstår inte sina egna reaktioner, varför de plötsligt får raseriutbrott, börjar skrika eller får flashbacks och dissocierar. De flesta saknar kunskap om vad trauma är för något och vad det kan göra med en människa, men genom att få höra om hur vanliga symtom för till exempel PTSD tar sig uttryck så kan mycket ångest släppa. Barnens känslor och reaktioner normaliseras vilket leder till en stor lättnad för dem, menar respondenterna. Det är viktigt att deras symtom sätts i ett sammanhang för att rädslan för de egna känslorna ska kunna minska. En av respondenterna hade erfarenhet av gruppbehandling av flyktingbarn, i syfte att bland annat minska känslor av ensamhet och stigmatisering samt normalisera deras lidande.

“Många av de pojkarna jag träffar är väldigt oroliga över vad det är som kommer inifrån dem. De här olika tankarna som de inte kan glömma och de tycker de själva är jättekonstiga och för det mycket skam och fantasier om vad det här kan innebära.”

Många av barnen kommer från kulturer där psykisk ohälsa kan vara stigmatiserat vilket spär på deras rädsla för vad de bär på och vad det kan få för konsekvenser för dem. Genom att sakligt förklara hur kris- och traumareaktioner kan se ut och att det finns verksamma behandlingar för att lindra den ångesten, så upplever många av ungdomarna att de känner sig sedda och hjälpta.

1.2 Hjälp med sömnen. Nästan alla våra respondenter berättar att många ungdomar lider av sömnsvårigheter. De har svårt att komma till ro på kvällarna och ligger istället vakna, hänvisade till påträngande minnen och grubblerier. Vissa av dem är dessutom rädda för att somna eftersom det är på natten som mardrömmarna kommer, berättar respondenterna. Ett barn som bara sover två timmar per natt får svårt att klara skolan, fritiden och ett socialt liv, och därför är det av yttersta vikt att få ordning på sömnen, antingen med hjälp av olika sömntekniker eller genom medicinering.

“Funkar inte sömnen så funkar ingenting...alltså så... Jag är inte någon förespråkare för medicin egentligen, men just i de lägena så kan jag verkligen se att det...det är en viktig funktion, att få hjälp med det.”

1.3 Träna avslappning. Att lära sig tekniker för att kunna lugna sig själv och slappna av i ångestfyllda situationer är det flera av respondenterna som nämner som centralt. Att jobba med inre stabilisering innebär att behandlare och patient försöker hitta passande copingstrategier för att patienten ska kunna hjälpa sig själv när det blir jobbigt. Att lära ut olika andnings- och avslappningstekniker beskriver respondenterna som relativt enkelt och något som ungdomarna lätt kan ta till sig, även om det känns konstigt i början. Det bidrar dessutom till att relationen stärks. En annan fördel är också att det är något som kan göras i behandlingen även om språket inte alltid finns där, eller om det saknas tolk.

”Det jag kan göra är ju mycket avslappningsövningar, alltså lära sig att slappna av i kraftig ångest...för många av de här barnen spänner sig ju jättemycket och har jättemycket muskelvärk och så, och då är det viktigt att kunna hitta sätt och strategier att lugna ned sig själv.”

1.4 Hantera skuld och dysfunktionella tankar. Respondenterna berättar att många av de ensamkommande ungdomarna kommer med en stor överlevnadsskuld över att just de har klarat sig, eller skuld över att vissa familjemedlemmar är kvar i hemlandet. Föreställningar de har om sig själva kan ofta bli ett hinder för dem och det är därför viktigt att lyfta detta i behandlingen. Återigen nämns vikten av att normalisera dessa barns reaktioner, att det är vanligt att tänka dåliga saker om sig själv och världen när man har upplevt hemska saker.

“...typ ...”det var mitt fel” eller ”världen är farlig” eller.. ja.. ”det kommer aldrig bli bättre” eller ”jag är skadad”, det finns lite olika varianter på det, så att man också.. det är ju någonting som är viktigt att prata om och försöka processa och vrida och vända på liksom.”

Barnen har ofta höga krav på sig hemifrån, säger respondenterna. Barnens oro över familjen som är kvar i hemlandet blandas med krav på att försöka hjälpa dem, att försörja dem och att försöka få uppehållstillstånd så att resten av familjen kan komma hit genom anhöriginvandring. En del av detta är verkliga förväntningar och krav som andra har på dem, men ofta är tankarna om vad de kan åstadkomma och hur fort, orimliga och orealistiska. Respondenterna pratar om att det är viktigt att hjälpa ungdomarna att sortera i vad som är rimligt för dem att åstadkomma och vilka tankar som inte är hjälpsamma för dem. Ofta handlar det om att hjälpa ungdomarna att fokusera på sitt eget mående och sin kamp för att skapa ett bra liv för dem själva i sitt nya land, i första hand.

1.5 Alliansen som verktyg. Våra respondenter talar om vikten av att skapa en tillitsfull allians och att det kanske till och med är avgörande i mötet med de ensamkommande flyktingbarnen. Respondenterna berättar att många av dessa ungdomar är vana vid att bli svikna av samhället vilket har lett till att de bär på en misstänksamhet gentemot myndigheter och personer som de träffar inom olika instanser. Det kan vara svårt för dem att navigera bland alla olika aktörer under asylprocessens gång, men även svårt för dem att veta vad de kan säga till en psykolog, vad sekretessen innebär och att allt inte förs vidare. Det kan finnas en föreställning om att andra inte vill dem väl. En god allians skapar tillit vilket ökar möjligheterna för en lyckad behandling.

Att kunna ingjuta hopp och visa på att det finns hjälp att få, men även att vara en stabil och pålitlig person som finns där vecka efter vecka, nämner flera av dem som verksamt. Att lyssna och stå ut och erbjuda en containerfunktion, beskriver respondenterna som verksamt. Ungdomarna behöver en känsla av att någon annan är genuint nyfiken på dem och att de blir förstådda i det de berättar.

”Det har varit mycket det här att man har varit en konstant igenom det...och har stått ut att höra på allt som har dykt upp utan att liksom...själv bryta ihop...”

2. Traumabearbetning eller inte - en svår avvägning

Respondenterna tycker att det ibland är svårt att avgöra om en traumabehandling skulle få en ungdom att må och fungera bättre i vardagen eller om mer stabiliserande insatser så som psykoedukation är tillräckligt. En av respondenterna menar att en del ungdomar tycker att det är svårt att förstå sig på Sverige och hur de ska anpassa sig till de sociala koder och normer som finns här, och då kan det vara det som ungdomen behöver hjälp att förhålla sig till, snarare än att de behöver en traumabehandling.

“Som han sa till mig “jag kan stå ut med all tortyr, jag kan stå ut med att min pappa är död, men hur ska jag leva livet här?”

Ett känsligt område är, enligt våra respondenter, att avgöra om och när patienten är redo för att bearbeta själva traumat. Respondenterna ger uttryck för en viss ambivalens kring detta. Samtliga talar om det nödvändiga i att dessa barn och ungdomar får hjälp med stabiliserande insatser i första hand, men flera nämner också att de flesta ungdomar verkligen skulle behöva bearbetande traumabehandling, vilket inte alla får.

Ett annan sak att ta ställning till innan en eventuell traumabehandling inleds är var i asylprocessen barnet befinner sig, och vad det skulle innebära om barnet plötsligt fick avslag mitt i pågående behandling.

2.1 Ta det försiktigt. Flera respondenter menar att så länge ungdomarna befinner sig på institution, saknar uppehållstillstånd och har en alltför osäker och otrygg hemmiljö så kan det göra mer skada än nytta att gå in i en traumabearbetning. Att gå in i en traumabehandling gör att barnet till en början mår sämre, och därför behövs stabila vuxna runt omkring som kan vara med och stötta barnet i detta. Finns inte det stödet så får man fortsätta med stabiliserande insatser så som avslappningsövningar och sömnskola, menar de flesta. Barnet måste dessutom själv förstå vad det är behandlingen ska gå ut på och varför, och måste ha både tillräcklig självkänedom och kunskap om sina egna reaktioner och hur de ska hanteras för att en behandling ska vara genomförbar.

“Om det inte funkar på hemmaplan, då kan du inte heller dra igång en behandlingsintervention, för en behandling mot exempelvis PTSD innebär ju att personen kommer må sämre under en period och kanske eventuellt agera ut ännu mer, om de har den typen av problem, och då är det ju extremt viktigt att det funkar på hemmaplan.”

2.2 Bearbeta traumat. Det är ju traumat som gör att de mår dåligt, säger några av respondenterna, och menar att det är bättre att försöka bearbeta traumat än att inte göra det alls och lämna barnet ensam med alla sina svårigheter. Respondenterna menar att det sällan blir helt tryggt runt omkring dessa barn. Några tar även upp att det inte är psykologens roll att jobba med stabiliserande insatser i en evighet, utan att det mer kanske handlar om ett undvikande hos behandlaren mot att faktiskt gå in och möta det allra jobbigaste.

“Många har återigen den här bilden av att vi kan inte gå in och behandla några traumasymtom förrän allting är fullständigt tryggt runt omkring barnet. Då kommer du aldrig någonsin kunna behandla några ensamkommande flyktingbarn, för att det är inte tillräckligt tryggt runt de här barnen, vilket innebär att det blir en väldigt ojämlig vård i det då. Att

bara de som har det tillräckligt bra redan ska få lov att få hjälp och stöd, liksom...ehm... Eller behandling.”

2.3 Asylprocessen försvårar. En försvårande omständighet gällande traumabehandlingens vara eller icke vara är asylprocessen. Att gå in i en krävande traumabehandling med ett barn som riskerar att skickas tillbaka till sitt hemland är svårt, menar vissa respondenter. Dels för att det är komplicerat att prata om ett trauma som om det har passerat, när ungdomen samtidigt riskerar att få uppleva det igen om den skickas tillbaka. Dels för att ungdomen ofta mår sämre mitt i en traumabehandling och att ett avvisningsbeslut i det läget skulle kunna förvärra den psykiska hälsan ytterligare. Å andra sidan blir det lättare för barnet att överleva i sitt hemland om hen inte har till exempel PTSD, säger andra.

“Har man inte uppehållstillstånd så kan det ju vara så att man faktiskt tänker att man inte gör så mycket...alltså man mer stabiliserar. /.../...Är det så att man håller på med en behandling och de får avslag mitt i så är det ju liksom, du vet, det är ju värsta krisen liksom. Så att det är ju alltid något man förhåller sig till.”

3. Tung roll för terapeuten

Att jobba med svårt traumatiserade flyktingbarn i behandling påverkar behandlaren, upplever flera av våra respondenter. Ungdomarna som respondenterna möter lever i en verklighet som är oerhört tung. Själva asylprocessen, och att leva i ovisshet om huruvida de ska bli tillbakaskickade till mardrömmen de just flytt ifrån, är ett trauma i sig som är ständigt pågående och svårt för behandlaren att förhålla sig till i behandling. Ofta är det inte bara i barnets imaginära föreställningsvärld som livet är hemskt. Föreställningar och katastroftankar som ungdomarna har speglar den verklighet som de lever i, när hotet om att skickas tillbaka till mardrömmen är ett faktum. Om barnen inte fått permanent uppehållstillstånd är det svårt att i behandling arbeta utifrån att saker och ting varit hemska men att barnen nu lever i trygghet, vilket man kan göra om barnen fått uppehållstillstånd, eftersom det finns ett hot om att de kan komma att behöva uppleva det jobbiga igen. Känslor av uppgivenhet infinner sig då lätt hos både ungdom och behandlare. För att som terapeut inte dras med emotionellt är det viktigt med arbetsgivarens stöd och förståelse, men även att samverka med övriga professioner som finns i barnets närhet. En av våra respondenter nämner att det är viktigt att som terapeut ha koll på sina egna reaktioner och att kunna handskas med dessa. Någon nämner att det finns för få terapeuter som arbetar med trauma och ibland reser barnen därför långväga för att ta del av traumabehandling, vilket också är en faktor som kan skapa extra stor arbetsbelastning för enskilda psykologer.

3.1 Att drabbas av barnens historier. Ensamkommande flyktingbarn har många gånger med sig hemska upplevelser av krig, våld och tortyr, och behandlaren riskerar ofta att dras med emotionellt i allt det svarta. Respondenterna berättar om dessa barns stora ensamhet och hur lätt det är att drabbas av deras historier och känna vanmakt inför deras situation. Det träffar en rätt i magen, säger de. Det är lätt att hamna i att vilja ta hand om barnet, men börjar de då agera på sina känslor så gör de inte sitt jobb, menar de.

Engagemanget och viljan att hjälpa dessa barn är således stor, samtidigt som känslor av frustration och maktlöshet är mycket vanliga vilket riskerar att påverka terapeuten negativt.

"Alltså, någonstans är det ju det här med maktlöshet kan man ju känna att man drabbas av, och det kan vara en del i att man har träffat många som har det rent hemskt som man tänker "vad är det för en värld jag lever i?" tillslut.../.../...Det kan ju så klart påverka en i arbetet, att man känner "jag kan inte göra någonting, jag kan inte hjälpa till, jag är ingen bra terapeut."

3.2Handledning och stöd nödvändigt. För att klara av att jobba med trauma krävs det en stor medvetenhet hos arbetsgivaren om hur ett sådant arbete påverkar den anställdes psykosociala arbetsmiljö. Det kräver en förstående personalgrupp och en organisation som står upp för sina anställda och ger dem tid och utrymme. Det är inte som vilket arbete som helst, säger flera av våra respondenter. Det går till exempel inte att ha fem traumapatienter på en dag, för patienternas berättelser gör att även behandlaren fylls av känslor som måste hanteras. Arbetsgivaren måste ha en medvetenhet om detta och således tillhandahålla utrymme för personalen att kunna uttrycka sorg, ilska och frustration.

"Om min patient ska vara beredd att göra det värsta...och det som man har undvikit och ibland under flera år...eh... gå in i det värsta och känna av den känslan i hela kroppen igen, då behöver jag vara med där, och då behöver jag liksom känna det sekundärt.../.../..precis som min patient behöver extra omsorg just då så behöver jag också det... och då behöver man ha det i alla led i organisationen."

3.3 Mindre tungt med samverkan. Respondenterna pratar ofta om den här gruppens sårbarhet, och hur viktigt det är med samordning och att samverka över professionsgränserna för att kunna hjälpa de här barnen så effektivt som möjligt. Sådant tar tid, kraft och energi, men är nödvändigt, menar de. Alla berörda parter behöver veta vem som gör vad i förhållande till barnet. Annars ökar risken för att behandlaren dras med och i sin iver att hjälpa det utsatta barnet börjar blanda ihop yrkesrollerna och tar på sig mer ansvar än vad som är rimligt.

"Jag tycker det är skitviktigt det här med att samla nätverket och prata om barnets behov och liksom vem ansvarar för vad och ja, så att alla får en bild av vad som händer, så, på de olika ställena. För annars skulle man ju kunna göra hur mycket som helst liksom. Så att man vill gärna ha rätt sak på rätt plats också. För man kan ju jobba sig blå liksom."

4. Med trauma kommer undvikande

Det ligger i traumats natur att de som kommer i dess väg vill undvika det. Det gäller givetvis de ensamkommande flyktingbarnen som bara vill glömma sina upplevelser, men det gäller även omgivningen som många gånger uppvisar en osäkerhet på hur traumat ska bemötas och ofta viker undan för det som är svårt att tala om. Behandlaren som möter dessa barn riskerar också dras med i undvikandet och måste därför vara uppmärksam på detta.

4.1 Barnet undviker. Att för ett barn öppna sig för en främling och berätta om det som är allra svårast att prata om kan vara väldigt skrämmande. Det är lättare för dem att förneka att det är jobbigt och istället säga att allt är bra, berättar våra respondenter. Det finns ofta en rädsla hos barnen och en föreställning om att de hos psykologen kommer bli tvingade att berätta allt som de varit med om, vilket ju är det som de lägger all kraft och energi på att försöka glömma.

I undvikandet finns även en kulturell aspekt av att det kan vara tabu att tala om psykisk ohälsa i barnets hemland. Strategin i samhället barnet kommer ifrån är att skjuta undan sådant som är jobbigt, vilket då gör det väldigt svårt att komma hit och prata om känslor.

Att hantera barnens undvikande är en svår balansgång, menar våra respondenter.

”Som den här killen ”nej, jag har inga problem, för de problem jag har kan jag inte lösa”... Näe, that’s the shit va... Det är inte hela sanningen, det är också ett sätt för honom att sluta prata.”

4.2 Psykologen undviker. Även behandlaren kan tycka att det är jobbigt att följa barnet in i de allra värsta upplevelserna som hen har varit med om. Det är lättare att jobba med stabiliserande insatser och avslappningsövningar än att börja bearbeta traumat och ta del av barnets plågsamma upplevelser. Ett sätt att hantera sitt eget undvikande på är att ha en ordentlig metod att luta sig mot, menar flera av våra respondenter.

“Alltså det är så väldigt lätt då, också att gå på det här, ”Nä, men allt verkar bra nu”, eller att man tänker att ”Vi kör en omgång till med avslappningsövningar, det är ju gött. Vi kan börja bearbeta vid nästa tillfälle”. Man vill, alltså det är så tydligt det här motståndet”.

4.3 Omgivningen undviker. Ensamkommande flyktingbarn väcker ofta en osäkerhet hos omgivningen kring vad de har varit med om och vad som är talbart. Några av respondenterna uttrycker att det många gånger är lättare för omgivningen att ta tag i och ordna något praktiskt för dessa barn, istället för att fråga hur de egentligen mår. Det behöver förvisso inte vara fel, men för de ungdomar som vill prata om sina upplevelser kan det vara problematiskt.

“Min upplevelse är ju att de här barnen tyvärr ofta blir bemötta med att folk tycker synd om dem, eller folk är rädda för att prata med dem för man vet inte vad man får fråga om eller ska fråga om eller vad man ska göra med svaren om man ställer frågan.”

5. Omgivningens kunskapsbrist påverkar stödet

Samhället kan för lite om ensamkommande barn och trauma, säger våra respondenter. Det påverkar hur dessa barn och ungdomar blir bemötta och vad för slags stöd de får. Det kan till exempel handla om att socialtjänsten inte inser hur viktigt stödet och omsorgen kring dessa barn är, att boendepersonal misstolkar deras beteenden och att vården feldiagnostiserar dem.

Att handleda till exempel boendepersonal, socialtjänst, skola, familjehem och gode män, ser flera av respondenterna därför som en av sina viktigaste uppgifter.

5.1 Barnets kapacitet överskattas. Många instanser talar om de ensamkommande flyktingbarnen som så väldigt starka och handlingskraftiga, säger

respondenterna. Dessa barn har rest över halva jordklotet och har på många plan tvingats ta extremt mycket ansvar och bli vuxna väldigt fort, men å andra sidan är de fortfarande barn och kan ha en ojämn mognadsnivå. De kan sakna färdigheter att hantera många situationer och känslor, vilket försvårar för dem när omgivningen tenderar att överskatta dem. Respondenterna talar ofta om hur lätt det är att glömma bort att deras patienter är barn och att de inte ska behandlas som autonoma och självständiga bara för att de har lyckats ta sig hela vägen hit.

“Du vet att man har genomfört besök med bara barnet, där man säger att ”Det här hade vi aldrig gjort med ett svenskt barn”, då hade vi alltid sagt att det ska vara med en förälder, självklart ska det vara med en förälder!”

5.2 Sorg och oro psykiatiseras. Det kan vara svårt för omgivningen att veta när det är läge att uppsöka psykiatrisk vård och när det ensamkommande barnet i själva verket bara är ledset och behöver få sörja, eller visa sin helt adekvata oro för familjesituationen i hemlandet. Våra respondenter uttryckte en önskan om att till exempel boendepersonal skulle våga prata mer med ungdomarna och våga finnas där som stöd och på allvar ta rollen som tröstande vuxen när barnet behöver det. Det är något positivt om barnet vågar uttrycka sin oro inför till exempel boendepersonal på kvällen innan det ska sova.

“...det ska inte föranleda att han ska känna sig konstig, så pass konstig att han måste skickas iväg till en... den här gubben med skägg (psykolog, författarnas anmärkning)...exemplvis.”

5.3 Vikten av ett socialt sammanhang underskattas. Att ha ett fungerande liv med skola, kamrater och vuxna runt omkring som kan stötta är så mycket viktigare än vad som sker i behandlingen, menar våra respondenter. Tyvärr är det vanligt att de ensamkommande barnen drar sig undan och isolerar sig, vilket riskerar försämra deras psykiska hälsa. Det är viktigt att det finns någon i barnets närhet som ser det och som kan bryta mönstret, få med barnet i gemenskapen och på så sätt förebygga passiviteten. Beteendeaktivering är ett viktigt inslag i dessa barns vardag, säger respondenterna.

“De behöver knyta an till andra. Socialt kapital, som man pratar om, och det är centralt för rehabilitering för traumatiserade flyktingar. Att återupprätta det sociala kapitalet, att människor läker tillsammans... Och behandling också, men att hjälpa dem att länka till att bli någon med andra...”

5.4 Utagerande feltolkas. Det är vanligt att ensamkommande flyktingbarn som varit med om traumatiserande händelser agerar ut sina symtom på ett sätt som är lätt för omgivningen att misstolka, menar våra respondenter. Många av dem bär på ett tomrum som gör dem oroliga, vilket kan vara svårt för dem att kanalisera. Vissa av ungdomarna kanske upplever flashbacks eller triggas igång av påträngande minnen, blir aggressiva och våldsamma och hamnar i konflikt med till exempel skol- eller boendepersonal. Om då personalen reagerar aggressivt tillbaka istället för att hantera det med lågaffektivt bemötande, kan det göra stor skada, säger respondenterna. Det gäller att ha med sig kunskap och en förförståelse om varför dessa ungdomar kan reagera som de gör.

”Ofta på boenden handlar det ju ofta om att gränssätta och att göra tydliga... liksom markeringar och... Jag handleder ett boende för ensamkommande och där liksom resonerar man fortfarande i det här... ”Ja, fast jag har visat så många gånger att han inte... han gör ju inte det här som vi har sagt”, och då får man liksom påminna hela tiden att ”Ja, men vänta nu, vad är det, är det trots eller är det PTSD nu då?”

5.5 Hållandet brister och det saknas en förälder. De här ungdomarna behöver vara i en förutsägbar och trygg miljö tillsammans med vuxna som står ut med att de mår dåligt under en lång tid, menar respondenterna. Ungdomarna behöver bli sedda och bekräftade, och det ansvaret vilar tungt på boendepersonalen eftersom det är de som träffar barnet varje dag. Det ska inte vara så att det är psykologen eller psykoterapeuten som vet mest om barnet, säger några av respondenterna. När det närmsta hållandet i barnets omgivning inte fungerar är det svårt att gå vidare med någon djupare behandling, menar respondenterna.

“...och där får man ju hela tiden, ”Tanken är att ni ska, det är ni som träffar barnet varje dag, hela tiden, det är ni som gör det stora arbetet”, vi måste lägga tillbaka det hela tiden, liksom... ”Det är därför ni måste vara med, ni måste veta vad vi gör”... ”Ni måste hjälpa barnet...”

Det saknas helt enkelt föräldrar till de här barnen, säger respondenterna, med allt vad det innebär. Behovet av närhet är stort, och behovet av en enskild omsorgsperson som finns där, som känner dem och som bryr sig om dem. Det är påtagligt att det är något som saknas i dessa barns liv. En trygg person som bara förstår utan att man behöver säga så mycket. Några av respondenterna spekulerar i att det kanske är en av anledningarna till att vissa barn i behandling blir sämre istället för bättre, just att det saknas en förälder som värnar om barnet när det blir som jobbigast.

”...ungdomarna beskriver, ja men ”någon som klappar mig på ryggen eller någon som gör den där avslappningsövningen som de har fått i hemuppgift härifrån” eller så, så att... det är behovet, tänker jag. Någon som över huvud taget... ja men, det som en förälder skulle gjort... så... Fatta. Bara finnas.”

Diskussion

I vårt intervjumaterial fann vi fem teman, varav alla utom det första temat berörde en rad olika komplexiteter som terapeuten ställs inför i arbetet med ensamkommande flyktingbarn. Respondenterna beskrev bland annat att de måste förhålla sig till att omgivningens kunskap inte alltid är tillräcklig för att barnet ska få det stöd som det behöver i sin vardag, ett stöd vilket de flesta av respondenterna anser vara nödvändigt för att traumabearbetande behandling ska kunna genomföras. Behandlaren behöver hela tiden göra val som bygger på hur individens situation utanför terapirummet ser ut. Terapeuten måste till exempel förhålla sig till aspekter som handlar om huruvida ungdomen kommer att få stanna i Sverige eller inte och hur hemförhållanden på boendet ser ut. Att bedriva vård av ensamkommande kan anses innebära stora utmaningar just eftersom det, jämfört med arbetet med andra barn, kan finnas ytterligare komplexiteter att hantera som inte enbart rör sig om vad behandlaren och ungdomen gör innanför terapirummets gränser. Därtill behöver behandlaren, enligt våra respondenter, hantera tunga traumaberättelser som

ungdomarna ofta behöver bearbeta i terapi och detta leder ibland till att de själva tillfälligt blir sekundärt traumatiserade.

Forskning visar att en person som arbetar med traumatiserade personer kan drabbas av en rad olika psykiska problem, varav sekundärtraumatisering, eller STSD (secondary traumatic stress disorder), är en av dem. Symtomen för STSD är de samma som för PTSD, men diagnoserna skiljer sig från varandra på så sätt att PTSD är resultatet av en direkt utsatthet för traumat, medan STSD är resultatet av en indirekt exponering för traumat, genom att personen har haft en nära kontakt med offret för traumat (Rzeszutek, Partyka & Gołąb, 2015). I en studie av 80 traumaterapeuter i Polen, fann forskarna en negativ korrelation mellan upplevt socialt stöd och grad av STSD-symtom hos terapeuterna (Rzeszutek et al., 2015). Vicarious trauma (på svenska ofta kallat ställföreträdande traumatisk stress) är ett begrepp som syftar till de förändringar som kan ske i behandlarens upplevelse av sig själv, andra och världen när denne person blir mer och mer empatiskt engagerad i den traumatiserade personen och de upplevelser hen varit med om (McCann och Pearlman, refererade till i Rzeszutek et al., 2015). Symtomen som kommer av Vicarious trauma är, till skillnad från STSD-symtom, kumulativa och har förmågan att påverka nästan varje aspekt av terapeutens liv; allt från tankar, attityder och antaganden om världen till dennes beteenden (Trippany, Kress & Wilcoxon, refererade till i Rzeszutek et al., 2015).

Våra respondenter beskriver att de ibland tvivlar på sig själva som terapeuter, när allt känns hopplöst och tungt. Utbrändhet beskrivs i studier som en upplevelse av långvarig emotionell utmattning, som ibland hänger ihop med att personen tvivlar på sin egen prestation (Maslach, 2001). Med detta inte sagt att våra respondenter lider av någon form av utbrändhet, men tvivel på den egna förmågan som terapeut kan ses som ett observandum och som en av många anledningar att titta närmare på den arbetsbelastning som de utsätts för.

Förhållanden i den psykosociala arbetsmiljön har stor betydelse för människors fungerande och deras hälsa. Höga krav och små möjligheter att kontrollera sin arbetssituation kan leda till stressreaktioner och försämrat välmående hos den anställda. Grad av socialt stöd påverkar också den anställdes hälsa (Forte, 2015). Vi funderar över i vilken utsträckning den mängd komplexiteter som våra respondenter ställs inför påverkar graden av kontroll, och vad det i så fall gör med deras hälsa och stressnivåer. Respondenterna beskriver en mängd faktorer som påverkar deras arbetssituation och som de inte kan kontrollera; exempelvis andra vuxnas bemötande av ungdomarna och asylprocessen som barnen ibland befinner sig mitt uppe i. En aspekt, som respondenterna tar upp som viktig för att de ska klara av den tunga arbetsrollen, är att organisationen håller och kan erbjuda stöd på flera nivåer. Om situationen runtomkring de ensamkommande barnen leder till låg grad av kontroll hos terapeuten enligt ovan, och om arbetet med patientgruppen ställer höga krav på terapeuten genom den tunga roll de behöver axla, torde socialt stöd vara av största vikt att lägga resurser på för en arbetsgivare som månar om sina anställdas hälsa.

Några av respondenterna ser omgivningens hållande och den yttre stabiliteten som en förutsättning för traumabearbetande behandling, medan andra tänker att de ensamkommande barnen måste ges möjlighet till traumabearbetning trots att deras omgivning är instabil. I en studie av Michelson och Sclare (2015), framkommer att ensamkommande barn behandlas med traumafokuserade interventioner i lägre utsträckning än barn som kommit med vårdnadshavare, trots att ensamkommande löper högre risk att utveckla PTSD. De ensamkommande fick enligt studien också i signifikant mindre utsträckning behandling som innefattade kognitiv terapi och

ångesthantering. Att fördröja behandling tills dess att omgivningen är stabil eller till exempel till dess att barnet fått uppehållstillstånd, gör att många barn inte får det stöd som de skulle behöva. Våra respondenter berättar om hur starkt det egna undvikandet mot att traumabearbeta kan vara. Detta väcker frågan om behandlares egna undvikande är en faktor att ha i bakhuvudet när vi vill förstå varför traumabearbetande behandlingar inte alltid genomförs med de ensamkommande barnen, trots att det skulle behövas. Är det endast yttre omständigheter, så som hur stabilt ungdomarna har det runt omkring sig, som avgör om de får traumabehandling? Eller kan en ökad grad av medvetenhet kring terapeuters egna tendenser att undvika, göra att fler traumabehandlingar genomförs?

För att minska det stora trycket av nyanlända flyktingar kom regeringen under hösten 2015 bland annat med ett förslag om att inskränka barns möjligheter att söka asyl i Sverige. Regeringen föreslog tillfälliga uppehållstillstånd för barnfamiljer och ensamkommande flyktingbarn samt försämrade möjligheter till anhöriginvandring. Som en reaktion på dessa förslag publicerades ett upprop i Svenska Dagbladet den 27 november som undertecknades av drygt 1000 psykologer och psykologstuderande i Sverige (Boson, Malešević, Gušić & Wahlberg, SvD, 27/11-2015). Budskapet var att dessa förslag till försämringar av asylrätten är ett stort svek mot alla de barn och unga som flytt krig, våld och förtryck och som som sökt sig hit för att få skydd. Psykologerna bakom uppropet menade att eftersom första steget i all traumabehandling är att skapa stabilitet och trygga ramar, skulle införandet av tillfälliga uppehållstillstånd kraftigt försämra dessa barns möjligheter till god vård och även bidra till en allmän ökning av den psykiska ohälsan bland asylsökande familjer. Många av respondenterna i vår studie talar om bristerna i hållandet av de ensamkommande flyktingbarnen och nödvändigheten av att dessa barn har det tillräckligt tryggt runt omkring sig för att kunna gå in i en traumabehandling. Mycket pekar på att flyktingar med tillfälliga uppehållstillstånd har sämre psykisk hälsa än de med permanent uppehållstillstånd (Momartin, Steel, Coello, Aroche, Silove & Brooks, 2006), och Eide och Broch (refererade till i Socialstyrelsen, 2013) menar att ensamkommande barn som fått uppehållstillstånd ofta känner sig tryggare än barn och ungdomar som fått avslag. Det här väcker frågor om hur mycket resurser som, om regeringens förslag går igenom, kommer att läggas på dessa ungdomars psykiska hälsa om det samtidigt står klart att de bara får stanna här en begränsad tid. Med regeringens förslag om tillfälliga uppehållstillstånd är det möjligt att antalet asylsökande minskar, men samtidigt riskerar vi att få se en ökad psykisk ohälsa bland de som redan tagit sig hit. Våra respondenter menar att de är försiktiga med att påbörja traumabearbetande behandlingar med ensamkommande barn och särskilt försiktiga menar de att de behöver vara med de barn som inte fått permanent uppehållstillstånd eftersom det kan vara riskabelt att gå in i en traumabehandling som kan komma att behöva avslutas mitt i. Vi tänker oss att en ökad mängd tillfälliga uppehållstillstånd skulle kunna leda till att färre traumabearbetande behandlingar genomförs med de ensamkommande flyktingbarnen.

En respondent nämnde att de på deras mottagning utvecklat en gruppbehandling för flyktingbarn, bland annat i syfte att minska stigmatiseringen av psykisk ohälsa bland barnen och att normalisera deras lidande. Gruppformatet kunde göra att ensamkommande barn kände sig mindre ensamma med sina svårigheter, menade de. Flera respondenter pratade också om vikten av sociala sammanhang och att läka tillsammans med andra. En studie av sudanesiska ensamkommande ungdomar, visade att det var svårt att arbeta med individuellt stöd på grund av ett starkt kulturellt motstånd mot att prata om den psykiska ohälsan i det formatet, medan

gruppbaseade program och skolbaseade stödgrupper gav mer verksamma resultat (Luster, Saltarelli, Rana, Baird, Oin, Bates & Burdick, refererade till i Brunberg et al., 2011). Med tanke på den rådande flyktingsituationen, med fler ensamkommande asylsökande barn än någonsin (Migrationsverket, 2015a), väcks frågan om det behövs nya sätt att arbeta på för att fler ska få den hjälp de har rätt till. Vi funderar över om behandling i gruppformat inte bara kan leda till minskade känslor av ensamhet hos barnen, utan om det också skulle kunna innebära ökade möjligheter att ta emot fler barn som behöver behandling.

Respondenterna framhåller att boendepersonal, behandlare och andra som arbetar med de ensamkommande ibland bortser från att barnen är just barn som behöver vård och omsorg på lika villkor som andra barn. Respondenterna menar att det ibland glöms bort att barnen till exempel behöver någon som tar föräldrarollen och som är med i behandling. McAdam (refererad till i Brunberg et al., 2011) menar att ett barn först och främst är ett barn och i andra hand en flykting. Broekaert & Derluyn (2008) ser det som problematiskt att ensamkommande flyktingbarn i första hand ses som flyktingar och i andra hand barn, då det leder till att de inte får den hjälp och stöd de behöver. Respondenternas svar, liksom ovan nämnda forskning, pekar på vikten av att asylsökande barns rättigheter bör beaktas utifrån Barnkonventionen, såväl som Flyktingkonventionen.

Omgivningens kunskapsbrist är något som våra respondenter anser att de måste förhålla sig till. Respondenterna understryker hur viktigt det är att de ensamkommande flyktingbarnen får ett adekvat stöd av sin omgivning. De poängterar att de bara träffar barnen en timme i veckan och att andra måste ta ansvaret att se till att ungdomarna exempelvis är delaktiga i sociala sammanhang som skulle underlätta deras tillfrisknande. Författarna av en norsk studie framhåller vikten av att främja och skapa förutsättningar för de ensamkommandes deltagande i mångkulturella kompisnätverk, liksom att organisera aktiviteter för dem att delta i. Dessa interventioner kan ha en positiv påverkan på ensamkommande barns psykiska hälsa. Forskarnas slutsats är att ovanstående interventioner är bra komplement till vad de ensamkommande får för stöd i övrig psykisk hälsovård (Oppedal & Idsoe, 2015). Traumamedveten omsorg, TMO, är ett förhållningssätt utvecklat för de personer som arbetar med barn som varit med om trauma, så som skolpersonal, sjuksköterskor och boendepersonal (Bath, 2008). Våra respondenter menar att omgivningens kunskaper gällande trauma, det vill säga kunskap om hur symtomen kan uttryckas och hur de på bästa sätt bemöts, ofta är bristfälliga. Då respondenterna gång på gång framhåller vikten av att saker och ting måste fungera på hemmaplan för att deras behandlingar med ungdomarna ska vara verksamma och då de berättar att de till exempel ibland behöver handskas med boendepersonal som bemöter ungdomarnas traumasymtom på icke-hjälpsamma sätt, funderar vi över psykologers och psykoterapeuters arbetsroll och om den behöver utvidgas till att i större grad innefatta stöd gentemot de andra vuxna som arbetar med barnen i barnens vardagsliv. Några av våra respondenter arbetar med handledning gentemot till exempel boendepersonal och familjehem. Vi funderar över genom vilka fler vägar som psykologers och psykoterapeuters kunskaper skulle kunna spridas och om det finns fler sätt att påverka ungdomarnas vardag på ett bredare plan.

Delar av resultatet i föreliggande studie liknar resultatet i den danska studie av Mirdal et al. (2012) som bland annat undersökte terapeuters uppfattningar av vad som är verksamt och vad som är hindrande i terapi med vuxna flyktingar. I båda studierna betonas vikten av en god tillitsfull allians. Andra resultat gemensamma för de båda studierna är att terapeuterna framhåller vikten av psykoedukation och samverkan

mellan de olika professioner som arbetar med respektive patientgrupp. Omständigheter utanför terapin som i båda studierna beskrivs som försvårande eller hindrande i behandlingen är till exempel osäkerhet kring om patienten ska skickas tillbaka till sitt hemland. I övrigt går det inte att dra några direkta paralleller mellan de två studierna. Vi kan anta att detta beror på att terapeuter som möter ensamkommande flyktingbarn står inför andra utmaningar än terapeuter som arbetar med vuxna flyktingar, men urvalet i de båda studierna är för litet för att några sådana slutsatser kan dras. Dessutom skiljer sig de båda studierna åt avseende metodologi.

Studiens begränsningar

En brist i vår studie är att urvalet är så begränsat vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser om vad psykologer och/eller psykoterapeuter upplever som verksamt och vad som försvårar i samtalsbehandling med ensamkommande flyktingbarn. I vår studie har vi pratat med psykologer och psykoterapeuter som möter barn och ungdomar som ofta mår väldigt dåligt, vilket gör att det inte har lagts så stor vikt vid de ensamkommande barn som tvärtom visar på styrka och motståndskraft och som klarar sig bra i samhället. Det finns mycket som talar för att det här är en grupp som det trots stora belastningar går relativt bra för (Hessle, 2009), men av förklarliga skäl var det något som våra respondenter inte la så stort fokus på.

Vår studie är dessutom en i raden som talar om de ensamma flyktingbarnen istället för att låta dem själva få komma till tals och på egen hand beskriva vad som är hjälpsamt i behandling. Framtida forskning borde fokusera mer på vad dessa barn och ungdomar själva har för åsikter och låta dem vara delaktiga i forskning som rör dem. Ytterligare en begränsning gäller den induktiva metoden som ger utrymme åt det som respondenterna tar upp men som i och med det även riskerar att missa sådant som trots frånvaron är relevant för ämnet. I vår studie fann vi väldigt lite material som till exempel berörde kulturella svårigheter eller utmaningar med att använda tolk i samtalsbehandlingen, vilket inte betyder att det inte är en svårighet som psykologer tvingas ta hänsyn till i sitt arbete.

Det kan vara intressant att fundera över vilka aspekter av det som respondenterna tar upp som representerar det unika för arbetet med ensamkommande flyktingbarn. Vi tänker oss att några underteman, som till exempel Hållandet brister och det saknas en förälder samt Barnens kapacitet överskattas, med största sannolikhet representerar arbetet med just ensamkommande flyktingbarn. Andra teman som exempelvis Säkra kort i terapirummet, skulle kunna gälla för arbetet med de allra flesta flyktingbarn eller barn som varit utsatta för trauma.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth, 17*, 17-21.
- Bean, T.M., Derluyn, I., & Eurelings-Bontekoe, E. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee

- minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 288–297.
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64, 1204-1215.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.010
- Boson, K., Malešević, A., Gušić, S., Wahlberg, A. (2015, november 27). Psykologer: Regeringen kränker barns rättigheter. *Svenska Dagbladet*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44-56.
doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0
- Brunnberg, E., Borg, R. & Fridström, C. (2011). *Ensamkommande barn: en forskningsöversikt*. (1. uppl.) Malmö: Studentlitteratur.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents [Elektronisk resurs]*. New York: The Guilford Press.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 319-330.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.06.006
- Dittman, I., & Jensen, T.K. (2010). Enslige minderårige flyktingers psykiske helse: En litteraturstudie. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 812-817.
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1197-1210.
doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01638.x
- Frans, O., Rimmo, P-A., Aberg, L., Fredrikson, M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005: 111: 291–299.
- Gerge, A. (red). (2013). *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga. Förekomst, diagnostik och behandling*. Insidan förlag, Vaxholm.
- Hessle, M. *Ensamkommande men inte ensamma: tioårsuppföljning av ensamkommande asylsökande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet; 2009.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress among unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49: 723–732.
- Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3
doi:http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-3-13
- Husain, S. A., Allwood, M. A., & Bell, D. J. (2008). The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the bosnian war. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 52-62.
doi:http://dx.doi.org/10.1177/1063426607310847
- Isakson, B. L., Legerski, J., & Layne, C. M. (2015). Adapting and implementing evidence-based interventions for trauma-exposed refugee youth and families.

- Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 245-253.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10879-015-9304-5>
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, 106-116.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1359104513499356>
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E., M.Bj, & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems—A follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8.
doi:<http://search.proquest.com/docview/1668011187?accountid=11162>
- Katsounari, I. (2014). Integrating psychodynamic treatment and trauma focused intervention in the case of an unaccompanied minor with PTSD. *Clinical Case Studies*, 13, 352-367. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1534650113512021>
- Kira, I. A., & Tummala-Narra, P. (2015). Psychotherapy with refugees: Emerging paradigm. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 449-467.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2014.949145>
- Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 28-37.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000048>
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*, 16, 607– 611.
<http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405530>
- Michelson, D., & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 273-296.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1359104508100889>
- Migrationsverket (2015a). *Aktuellt om... ensamkommande barn & ungdomar*. Hämtad 13 december, 2015 från
<http://www.migrationsverket.se/download/18.23e76fe91505855cf76382e/1449040556462/Aktuellt+om+ensamkommande+barn+december+2015.pdf>
- Migrationsverket (2015b). *Asylprocessen*. Hämtad 15 december, 2015 från
<http://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Gode-man/Asylprocessen.html>
- Mirdal, G. M., Ryding, E., & Sondej, M. E. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 436-455. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02036>
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M. J., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. T. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185, 357-361.
Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/42433431?accountid=11162>
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): From neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 641-664.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2008.03.001>
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.

- doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.579>
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review, 31*, 399-417.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015) The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology 56*: 203-211.
doi: 10.1111/sjop.12194
- Pacione, L., Measham, T., & Rousseau, C. (2013). Refugee children: mental health and effective interventions. *Current Psychiatry Reports, 15*.
doi:10.1007/s11920-012-0341-4
- Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro [Elektronisk resurs]*. (2015).
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
- Rousseau, C., Mekki-Berrada, A., & Moreau, S. (2001). Trauma and extended separation from family among latin american and african refugees in montreal. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 64*, 40-59.
doi:<http://dx.doi.org/10.1521/psyc.64.1.40.18238>
- Rubin, A. & Springer, D.W. (red.) (2009). *Treatment of traumatized adults and children*. Hämtad från
[http://reader.eblib.com.ezproxy.ub.gu.se/\(S\(145mhrplc4vksyepd5rw43ok\)\)/Reader.aspx?p=456018&o=117&u=G9itUET2FSqbtoKkQSjoTA%3d%3d&t=1450124854&h=4B8889D8D3890DE5C85519FD44C56722068D5A48&s=40722975&ut=267&pg=1&r=img&c=-1&pat=n&cms=-1&sd=2](http://reader.eblib.com.ezproxy.ub.gu.se/(S(145mhrplc4vksyepd5rw43ok))/Reader.aspx?p=456018&o=117&u=G9itUET2FSqbtoKkQSjoTA%3d%3d&t=1450124854&h=4B8889D8D3890DE5C85519FD44C56722068D5A48&s=40722975&ut=267&pg=1&r=img&c=-1&pat=n&cms=-1&sd=2)
- Rzeszutek, M., Partyka, M., & Gołąb, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*, 213-220.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*, 57-73. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0027430>
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Artikelnr 2010-3-4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning*. Artikelnr 2013-11-37. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Artikelnr 2015-1-19. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stretmo, L., & Melander, C. (2013). *Får jag vara med? Erfarenheter från ensamkommande barn och ungdomar i Göteborgsregionen och arbetet med denna grupp*. Göteborg: FoU i Väst.
- Thomas, S., Nafees, B., & Bhugra, D. (2004). 'I was running away from death'- the pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK. *Child: Care, Health and Development, 30*, 113-122.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2003.00404.x>
- Tyrer, R. A., & Fazel, M. (2014). School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: A systematic review. *PLoS ONE, 9* (2)
doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089359>
- UNHCR (2015). *Global trends 2014*. Geneve: United Nations High Commissioner for Refugees.

- UNHCR (1994). *Refugee Children: Guidelines on Protection and Care*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry, 15* Hämtad från <http://search.proquest.com/docview/1732320747?accountid=11162>.
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 33-37. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12094>

Bilaga

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Hur länge har du jobbat med ensamkommande?
- Vad har du med dig för teoretiskt perspektiv?
- Jobbar du utifrån någon specifik metod?
- Hur hamnar ungdomarna hos dig? Vilka har de haft kontakt med innan de kommer till dig?

- Hur ser deras behov ut?
- Vad vill de ha hjälp med, vad säger de själva?
- Hur ser din bild av deras problem ut?
- Vad bidrar du som psykolog med som inga andra professioner i barnets närhet gör?
- Vilka svårigheter stöter du på? Dels i terapirummet men även annat.
- Hur hanterar du/ni dessa svårigheter?
- Om du tänker tillbaka på ett tillfälle där terapin fick ungdomen att må bättre, kan du i generella termer berätta vad det var som gjorde att det blev bra?
- Vad är verksamt?