

# Korttidsbehandling av traumatiserade flyktingbarn - en offensiv strategi

Marie Hessle

Lilian Levin

Artikeln beskriver behandlingserfarenheter av krigstraumatiserade barn från olika tidpunkter i migrationsprocessen. Korttidsbehandlingens strategier lyfts fram och teoriförankras. Författarna pläderar för tidiga behandlingsinsatser, vilket förutsätter förändrade samverkansformer från BUPs och PBUs sida.

Marie Hessle är leg psykolog, doktorand vid Pedagogiska institutionen vid Stockholms universitet och projektledare för Flyktingprojektet, Skärholmens PBU och barnpsykologkonsult vid Flyktinghälsovården, Carlslund. Lilian Levin är leg psykolog, leg psykoterapeut vid enheten för flyktingbarn BUP i Umeå och verksam inom forskningsprojektet "Riskfaktorer för framtida psykisk ohälsa och copingstrategier hos flyktingbarn - en prospektiv studie" vid barn- och ungdoms-psykiatriska och epidemiologiska institutionerna vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

## Introduktion

Sverige har under de senaste åren tagit emot den största gruppen flyktingar sedan andra världskriget. En stor majoritet kommer från Bosnien men länder som Somalia, Irak och Kurdistan finns också representerade. Många av barnen bär på svåra krigsupplevelser som gett pågående symtom.

Hur kan man förhålla sig till flyktingbarns symtom? Vilka barn "självläker"? Vilka barn kommer att pågas av sina traumatiserande minnen så att de direkt stör barnets anpassning i det nya landet?

Syftet med denna artikel är att beskriva behandlingserfarenheter från olika tidpunkter i flyktingfamiljens migrationsprocess. Behandlingsinsatser på ett tidigt stadium efter ankomsten ger betydligt bättre förutsättningar för ett korttidsinriktat traumaarbete. Vi kommer därför att argumentera för tidiga behandlingsinsatser för barn med krigsrelaterade traumaupplevelser.

## Frontpsykiatri utan genomslagskraft i Sverige

Idén om en frontpsykiatri, där den barn- och ungdomspsykiatriska expertisen står i första ledet vid behandlingen av traumatiserade flyktingbarn lanserades tidigt i Sverige av bl a barnpsykiatern Erling Skoglund och barnläkaren Lars H Gustafsson. Hittills har den dock inte haft någon genomslagskraft. När barnen anländer med sina öppna psykiska sår och ofta har ett trängande behov av att få möta härbärgerande vuxna som orkar ta emot deras skrämmande upplevelser saknas dessa resurser. Barnpsykolog en dag i veckan på flyktingsslussen Carlslund talar sitt tydliga språk om hur experthjälp till barnen inte prioriteras.

Den psykodynamiskt orienterade barnpsykoterapeutiska traditionen, som sedan decennier med framgång tillämpats vid våra barn- och ungdomspsykiatriska institutioner för behandling av svårt neurotiserade eller tidigt störda barn, har slentrianmässigt fått fungera som tankemodell också när det gäller behandling av krigstraumatiserade barn i kris. En av de bärande principerna i denna är ju, att det är till skada för det "tidigt störda" barnets framtida tillit om den terapeutiska processen avbryts på grund av yttre omständigheter som flyttning. Därför har man menat att det också för krigsdrabbade barn är bättre att avvakta med behandling tills den yttre miljön stabiliserats i form av ett kommunplacering.

## En behandlingsmodell

När det gäller behandlingsinriktning av barn med krigs-

---

*Den psykodynamiskt orienterade barnpsykoterapeutiska traditionen har slentrianmässigt fått fungera som tankemodell också när det gäller behandling av krigstraumatiserade barn i kris*

---

trauma har vi inspirerats från framförallt två håll, Invandrar och flyktingteamet vid Nic Waals Institut i Oslo (1) och den norske psykologen Magne Raundalens arbetssätt med traumatiserade flyktingbarn i bl a Mozambique, det forna Jugoslavien och Rwanda (2).

Från Raundalen har vi förstärkt i ansvaret att våga fråga om "det allra värsta" som barnet varit med om. När barn märker att vuxna är införstådda med arten av deras skrämmande upplevelser vågar de berätta. Raundalen har också bidragit med sinnrika, fungerande uppslag till "mestringsstrategier", dvs hur man kan hjälpa barnet att återupprätta jaget som självständig agent. Han betonar även betydelsen av ett eller ett par möten med en hårbärgerande vuxen framför inget ansvarfullt möte alls. Specialpsykolog Helen Johnsen Christie (1) vid Nic Waals Institut har vidareutvecklat modeller för såväl traumaförståelse som för konsekvenserna av denna vid terapeutisk intervention.

### Posttraumatiskt stressyndrom

Många av våra krigstraumatiserade flyktingbarn i Sverige har en hög grad av stressbelastning eller ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

PTSD är ju numera erkänt som en egen diagnostisk kategori inom DSM III:s diagnossystem. Förutom att den yttre påfrestningen måste vara av sådan art, att den anses påfrestande för nästan vem som helst måste tre huvudgrupper av symtom vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas: *upprepat återupplevande* av det traumatiska innehållet, beteende för att *undvika* stimuli associerade till traumat eller *generell känslomässig avtrubning* och bestående tecken på *överspändhet*.

Men, som Christie (1) påpekar, blir dynamiken bakom dessa symtom oförklarlig om man inte också ger ett psykologiskt perspektiv på vad som sker vid traumatisering. Själv hämtar hon sin förståelse från såväl social inlärningsteori som psykoanalytisk och kognitiv teori. För alla dessa teorier tycks begreppet *dissociation* centralt men de försöker, på litet olika sätt, förklara varför det traumatiska innehållet återvänder i en avspjälkad och fragmenterad form, som i mardrömmar och flashbacks. Social inlärningsteori ger förklaring till varför nya och bättre erfarenheter sällan av sig själva lyckas korrigera de reaktioner och handlingsmönster som betingats av traumasituationen ("state-dependent-learning"). Psykoanalytisk teori klarlägger hur yttre faktorer smälter samman med inre fantasier om rädsla och aggression. Objektsrelationsteorin lägger vikt vid räds-

lan för total hjälplöshet, avsaknad av hårbärgering och sammanbrott i individens symboliseringsförmåga.

Den kognitiva teorin lägger framförallt vikt vid hur normal bearbetning av information bryter samman inför den obegripliga och alltför intensiva traumatiska händelsen, som förlorat i mening. Men den poängterar också betydelsen av olika copingstrategier, ett begrepp med släktskap till psykoanalysens försvarsmekanismer men som i högre grad betonar intentionen att också försöka upphäva rädsla och hjälplöshet.

### En tillämpning av Christies behandlingsmodell

Christie (1) presenterar också en användbar modell för traumabearbetning, som innehåller fyra huvudelement - verklighet, autonomi, affekt och tänkande. Se *figur 1*.

Hon framhåller att en traumarekonstruktion måste vara mer än en rekonstruktion för att inte återigen upplevas som skrämmande och överväldigande. Den måste leda till ny erfarenhet. Den här gången måste den kunna delas, förstås och kontrolleras.

Modellen har visat sig tillämpbar också vid terapeutisk intervention i korttidsterapi. Låt oss ge några konkreta exempel på hur vi försöker hålla dessa fyra hörstenar levande i behandlingen:

1) Genom att bli vittne till barnets iscensättande av den traumatiska upplevelsen kan terapeuten hjälpa barnet att upphäva känslan av överklighet.

Men ibland behöver barnet också hjälp för att våga sig på själva iscensättandet, mer så om lång tid förflutit sedan den traumatiska upplevelsen. Det är också viktigt att terapeuten håller kvar berättelsen genom att fånga upp detaljer. Barn som varit utsatta för extremt starka sinnenstryck måste få möjlighet att förmedla dessa. "Vad såg du, hur luktade det, hur högt hördes ljudet?"

"Nu vet jag att det har hänt på riktigt", utbrister många barn spontant. "Förut var det bara som en lång mardröm som aldrig tog slut." Känslan av överklighet tycks m a o upphävas när det dissociativa materialet börjar att integreras.

2) Genom att hjälpa barnet att ta kontroll över de plågsamma upplevelserna kan det få hjälp med att vända sin offeridentitet till en upplevelse av sig själv som subjekt. Ofta intar barnet spontant rollen som angripare i

---

*Genom att bli vittne till barnets iscensättande av den traumatiska upplevelsen kan terapeuten hjälpa barnet att upphäva känslan av överklighet*

---

Figur 1. Traumabearbetning

| Vad är trauma                                 | Traumareaktioner                         | Terapeutisk intervention                                          | Terapeutisk effekt                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1.<br>Yttre händelser                         | Dissociation                             | <i>Verklighet</i><br>Vara vittne                                  | Upphäva känslan av överklighet                        |
| Brott                                         | Känsla av överklighet                    |                                                                   |                                                       |
| 2.<br>Plötslig, oväntad utanför egen kontroll | Upplevelse av maktlöshet, offeridentitet | <i>Autonomi</i><br>Fokus på handling och coping                   | Återupprättande av autonomi och sig själv som subjekt |
| 3.<br>Intensiv smärta fruktan, chock          | Överväldigad av känslor                  | <i>Affekt</i><br>Dela, härbergöra                                 | Vidga affekttoleransen                                |
| 4.<br>Obegriplig, meningslös, kaotisk         | Sammanbrott i tänkandet                  | <i>Kognition</i><br>Arbeta med förståelse förmågan "att tänka om" | Återupprättande av                                    |

Ur Johnsen Christie: "Traumaförståelse - konsekvenser för en terapeutisk intervention" i Interkulturell Behandling, sid 110.

den symboliska leken för att på så sätt återerövra den autonomi och kontroll som traumaupplevelsen berövat dem.

Azra, en elvaårig flicka från Bosnien, vars mormor dödades i sitt vardagsrum av en missil när hon läste sagor för barnbarnen, berättar att hon plågas av samma återkommande mardröm. Hon står själv på hustaket och kommer inte undan de kryllande häxorna nere på marken som skjuter på henne. Azra synliggör mardrömmen i en bild, tar sedan leksakspistolen och skjuter intensivt mot häxorna. Vid nästa behandlingstillfälle är mardrömmen borta. Terapeuten ser tydligen överraskad ut så Azra förklarar att hon ju sköt ihjäl häxorna förra timmen.

Många barn har på ett par gånger fått hjälp att bemästra sina skrämmande flashbacks med en "osynlig fjärrkontroll", som stänger av "filmen i pannan" när den blir för påträngande. Istället för att själv behärskas av den traumatiska upplevelsen lär sig barnet att behärska denna.

3) Genom att dela och härbergöra barnets smärtsamma upplevelser kan det få hjälp till ökad affekttolerans så att alla svåra känslor kan rymmas.

Exempelvis sjuåriga Armin från Bosnien, ett leende charm-troll som alltid visar sig stor och stark. Han ber själv om hjälp för sina flashbacks (via BFM, se sid 393) men det dröjer några månader innan föräldrarna går med på detta. I repetitiva teckningar av traumatiska upplevelser finns han själv alltid med som räddaren. Texten är det han som berättar för pappan att kyrkan brinner och att huset omringats av "chetniks". I sandlådan pågår ett intensivt krig där alla dör. Terapeuten ingriper efter ett par omgångar av denna outvecklande lek med att köra in ambulansen och plåstra om en av de sårade soldaterna, som på detta sätt överlever. Leken tar nu en ny vändning. Armin börjar måna om soldaten, som också kvider av smärta och tårar. Själv blir han mer dämpad i rummet. Han börjar "kinka"

och vill bli omplåstrad för skrapår. Hans flashbacks avtar men ett intensifierat samarbete med föräldrarna blir nödvändigt på grund av deras föräldrasvikt.

Vi träffar många pojkar i latensåldern, som på grund av det skrämmande våld de upplevt, inte vågar närma sig sin egen kraft och aggressivitet. De uppvisar mer av en generaliserad än en specifik rädsla; de vågar inte leka "herre på täppan" i skolan, somna i egen säng eller vinna i spel och ter sig håglösa och depressiva. Här blir det terapeutens uppgift att lyfta fram deras positiva kraft och med humor få barnen att prova på nya utmaningar - att peppa dem i spel och i boxningsmatcher och låta dem prova leksakspistolen så att den inre aggressivitet, som sammanblandats med den yttre, åter blir tillåten.

Ermin 7 år "presenterar sig" som ett sjunkande skepp i sandlådan. Efter tre terapitimmars fyllda av håglöshet, rädsla och tystnad kommer hans glädje och kraft loss igen. I sin iver ställer han sig upp när vi spelar Sagospelet, sjunger fram sina repliker, hoppar glädjeskutt när terapeuten låter honom vinna och dansar ut ur rummet. Vid nästa terapitillfälle är spöket vid sängändan, som varit hans ständiga följeslagare sedan kriget, försvunnet.

4) Genom att dela tankar och frågor som barnet ställer kan det få hjälp att försöka förstå och "tänka om". Detta moment förutsätter givetvis att barnet uppnått en sådan kognitiv mognad att det förmår "tänka om".

Adis, en 9-årig pojke från Bosnien, plågas svårt av skuld-känslor för hur han, som 6-åring, själv skjutit med ett riktigt gevär på kyrkogården. Han tvingades dit av en full kroat. Han var osäker på ifall de skrämmande skott, som han avfyrat, träffat någon levande människa. Adis rekapitulerar händelsen om och om igen. När han till slut inser att ingen människa kommit till skada, att den fulla kroaten tvingat honom med sig och att

hans pappa också sanktionerat detta, av rädsla för repressalier mot pojken, kan Adis börja släppa det plågsamma minnet.

## Möten med krigsskadade flyktningbarn

Vår kliniska erfarenhet av flyktningbarn består i, att vi sammantaget mött dessa vid tre olika organisatoriska tidpunkter i deras migrationsprocess och inom olika strukturer: 1) Direkt efter ankomsten till Sverige på Flyktinghälsovården vid Carlsunds flyktingsluss. 2) Vid en speciell barnflyktningmottagning för alla kommunplacerade barnfamiljer i Umeå. 3) Vid en uppsökande verksamhet vid Flyktningprojektet vid Skärholmens PBU. Vi har dessutom erfarenhet av flyktningbarn, som efter årtal i kommunen, remitteras till BUP eller PBU.

## Att möta flyktningbarn på Flyktinghälsovården, Asylcenter Nord

På Asylcenter Nord, f d Carlslund flyktingsluss, finns Flyktinghälsovården, landstingets "vårdcentral" för asylsökande flyktningar. Alla nyanlända flyktningar erbjuds en hälsoundersökning kort efter ankomsten till Carlslund. I denna ingår bl a intervju av en sjuksköterska. Vid detta samtal uppmärksammas också varje barn för en snabb bedömning av barnets akuta behov. Vissa barn går vidare för läkarbedömning medan andra barn remitteras till barnpsykolog av läkare eller sjuksköterska. De ensamkommande minderåriga barnen, som tas om hand på ett särskilt gruppem, kan också remitteras till barnpsykolog av personalen där.

Psykologiska bedömningar, remisser samt korttidsbehandling av svårt traumatiserade barn är f n det huvudsakliga innehållet i psykologarbetet. Hjälpbehoven och behandlingsmotivationen är stora hos många barnfamiljer med traumaerfarenheter. Med begränsade resurser tvingas personalen till smärtsamma prioriteringar till förmån för dem som synes vara i mest akut behov av hjälp. Familjen R från Bosnien fick hjälp. Här följer en kortfattad fallredogörelse.

Barnen Edin 8 år och Amina 2 år ankom till Carlslund en mörk höstdag. De kom med sina föräldrar. Mor- och farföräldrar och alla andra släktingar fanns vid denna tidpunkt kvar i Bosnien. De hade åkt buss i stort sett raka spåret från sin hemstad, tagit båten till Ystad och därefter "skickats" vidare mot Carlslund.

Båda barnen plågades av mardrömmar. De ville inte lägga sig på kvällen. De sov tillsammans med föräldrarna. Edin följde modern vart hon gick, t o m in på toaletten. Föräldrarna kände sig maktlösa. Självva plågade av svåra minnen förmådde de ej "trösta eller ge trygghet" som de uttryckte det. Båda barnen kissade på sig både dag och natt. Båda barnen plågades av flashbacks på dagarna. Båda barnen kände sig rädda hela tiden. Vad hade barnen upplevt av kriget?

Granatattacker som pågick under ca tre månader avlöstes av återupprepade skyddsrumsvistelser med skrämmande upplevelser. Edin hade sett en människa sprängas "i tusen bitar" av en granat. Båda hade sett döda människor på gatan utanför huset där de bodde. Barnen berättade vidare om återupprepade, hotfulla besök av s k chetniks i familjens hus.

## Barnfokuserad korttidsbehandling

Behandlingen pågår under sju veckor. Varje behandlingstillfälle är en timme. Vid första tillfället talar föräldrarna oavbrutet. Barnen ges inget utrymme. Behandlaren konstaterar detta tillsammans med föräldrarna och barnen erbjuds låna material, papper och färger för att måla "hemma" inför nästa möte. Vid detta andra tillfälle tar barnen plats med tre målningar var. Barnen berättar till sina bilder som visar "det svåra" som plågar dem dag och natt, det de upplevt och sett i kriget. Barnen gråter och föräldrarna försöker trösta. På detta sätt fortsätter arbetet i denna familj, dvs barnen målar "hemma" och berättar om sina bilder en gång/vecka på Flyktinghälsovården. De lämnar bilderna kvar som låses in i ett skåp av behandlaren.

Vid femte tillfället har bilderna fått ett positivt innehåll. Bilden från det "normala" livet före kriget har tagit plats i rummet. Skrattet finns närvarande. Vid sjunde och sista behandlingstillfället har barnen målat sig själva i Sverige. Edins bild föreställer honom själv i skidbacken, "det är jag när jag åker skidor". Aminas bild föreställer en människa, "det är en flicka som ser glad ut".

Ett avslutande samtal med föräldrarna talar om att barnens symtom klingat av. Inför flyttning till förläggning skrivs remisser för föräldrarna till vuxenpsykiatrisk mottagning. Båda två har svåra upplevelser från kriget och uttrycker behov av att få tala med någon om det.

## Kreativ debriefing

Kreativ debriefing (3) är ett annat begrepp för denna form av tidig behandlingsinsats. Barnen befinner sig fortfarande mitt i de smärtsamma upplevelserna. De traumatiska händelserna finns dag och natt "framför ögonen". Under behandlingen lägger barnen ut dessa plågsamma minnen i teckningar. Då kan de se dem, förhålla sig till dem och ta kontroll över dem. Det skedda blir verkligt. De lämnar bilderna i rummet och symboliskt tas de om hand av behandlaren som låser in dem i ett skåp. Det "normala" livet får sedan plats i minnena och blir en positiv kraft inför den fortsatta väntan på uppehållstillstånd vid någon flyktningförläggning i Sverige.

Det viktigaste är dock att föräldrarna förmår ta emot, lyssna och härbärgera sina barns upplevelser. Under

---

*Det viktigaste är att föräldrarna förmår ta emot, lyssna och härbärgera sina barns upplevelser*

---

behandlingen stöttar man föräldrarna genom att på olika sätt visa att man som behandlare orkar lyssna på "det värsta".

Det finns alltid risk att barns symtom på krigstrauma återkommer vid en senare tidpunkt. I detta fall finns föräldrarna som garantier för en öppen dialog om "det svåra".

### **Barnflyktningmottagningen i Umeå - behandlingsarbete ur ett småstads- perspektiv**

I Umeå finns sedan 1991 en särskild Barnflyktningmottagning (BFM), ett samarbete inom befintliga resurser mellan Barnkliniken, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) och kommunens invandrarbyrå. Den är förlagd till Barnkliniken. Flyktningsekreterarna, som får kontakt med *alla* kommunplacerade barnfamiljer, informerar och anmäler dessa. BFM, som är en screeningverksamhet, erbjuder på så sätt alla flyktningbarn i Umeå en halv dags "hälsokontroll för kropp och själ" (4).

Flyktningsekreteraren deltar i familjeintervjun tillsammans med barnpsykolog/psykiater för att senare, vid behov, fortsätta det planerade psykosociala behandlingsarbetet.

### **Familjeintervjun**

Familjeintervjun sätter barnets traumahistoria i fokus men samtalet inramas av familjens "normala" tillvaro före kriget och dess framtidsförhoppningar i Sverige. På så vis får familjen hjälp att se sin nuvarande situation utifrån en förståelse av hur krigsupplevelser påverkar hela familjens psykosociala anpassning (5). Men barnens traumatiska upplevelser kommer inte alltid fram i familjeintervjun. Därför intervjuar vi också alla barn över sju år enskilt. Flera forskare och kliniker har påvisat hur familjemedlemmarna, via en ömsesidig tystnad kring sina svåraste upplevelser, försöker skydda varandra från ytterligare belastning. Att få tala i enrum blir då nödvändigt.

### **Barnintervjun**

I det enskilda samtalet möter vi många barn som berättar om svåra traumatiska upplevelser som de inte velat belasta sina föräldrar med. Vi fokuserar såväl på "det svåraste av allt" som på vilka strategier barnet använt sig av för att hantera detta. De barn som har återkommande mardrömmar och flashbacks erbjuder vi kort-

---

### *Den viktiga tilliten till behandlaren är redan etablerad och ger behandlingen mening*

---

tidsbehandling. Barnen blir nästan alltid förvånade när de får höra att man kan bli av med dessa påträngande minnesbilder. Men först måste vi få barnets tillåtelse att tillsammans berätta för föräldrarna om hur de har det. Det brukar alltid gå bra.

En del barn berättar om plågsamma minnen men också om hur de själva klarar av att "mota bort" dessa när de upplevs som för påträngande. De tycker sig inte behöva någon professionell hjälp. Dem önskar vi lycka till!

Flera av de barn som vi möter på Barnflyktningmottagningen är emellertid så stressbelastade, att vi bedömer att de skulle behöva behandling. Men ibland är det inte möjligt att förankra idén om korttidsbehandling hos föräldrarna trots att barnet självt är hjälpsökande. Ofta är det, naturligt nog, de mest traumatiserade föräldrarna som inte står ut med tanken på att också deras barn blivit skadat av kriget. Men inte sällan återkommer dessa föräldrar efter en tid och ber själva om behandling för sitt barn. De har fått erfara, att de faktiskt orkar ta till sig sitt barns svåra upplevelser.

### **BUP visar ett ansikte**

Den kanske största poängen med Barnflyktningmottagningen är, att BUP, via den "neutrala" barnläkarens intresse för barnets fysiska hälsa, får chansen att visa upp ett ansikte för en känd riskgrupp. När kontakten med familjen väl är etablerad är steget till Barn- och ungdomspsykiatri inte svår att ta.

När barnet och föräldern/rarna kommer till BUP är de redan motiverade för behandling och väl medvetna om dennas syfte. Den viktiga tilliten till behandlaren är redan etablerad och ger behandlingen mening.

I den traumafokuserade terapin, enligt Christies modell, jobbar terapeuten enskilt med barnet. Behandlingstillfällena varierar mellan 5-12 ggr. Föräldern bjuds ofta in av barnet för att se vad det målat, byggt, lekt. Terapeuten avsätter också tid i anslutning till terapitillfället för att tala med föräldern, ibland ensam, ibland tillsammans med barnet. När föräldern ser att barnet faktiskt får hjälp och blir av med sina plågsamma symtom är det inte ovanligt att han/hon också ber om hjälp för egen del med remiss till vuxenpsyki.

## **Flyktingprojektet vid Skärholmens PBU - behandlingsarbete ur ett storstads- perspektiv**

Stockholms län har under de senaste åren tagit emot ca 6000 bosnier. Ca 2000 är barn, många med svåra krigs-erfarenheter. I Stockholm med grannkommuner finns ingen övergripande organisation för att fånga upp de barnfamiljer som behöver behandling för sina krigs-trauman.

Flyktingprojektet vid Skärholmens PBU, som startade 1 mars 1994, arbetar bl a med korttidsbehandling för krigstraumatiserade barn och deras familjer. För att försöka "fånga upp" de barnfamiljer som behöver PBU:s insatser har projektet utvecklat samarbete med personer och organisationer som möter barnfamiljerna i samband med inflyttning till kommunen. I Stockholm är det bl a flyktingsekreterarna, flyktingdaghemmen, skolan samt frivilligorganisationerna Caritas, Sociala Missionen, KFUM-KFUK samt Brännkyrka församling. Ingen familj har hittills kommit till projektet av egen kraft. Projektet har alltså intagit en aktivt uppsökande hållning för att så tidigt som möjligt efter flyttning till kommun försöka fånga upp familjer med plågsamma traumasymtom i behov av behandlingsinsatser.

Caritas efterfrågade ett närmare samarbete då man erfor svårigheter att uppmärksamma barnens behov och att bedöma vilka insatser som var adekvata. Samtliga 24 familjer som Caritas ansvarade för intervjuades under 1 timme av flyktingsekreteraren tillsammans med någon ur det barnpsykiatriska teamet från Flyktingprojektet. Vid bedömt behov av behandling remitterades familjen vidare till aktuell PBU-mottagning eller fortsatte kontakten med Flyktingprojektet (6).

Den vanliga PBU-verksamheten inom Stockholms län ligger på alltför stort organisatoriskt avstånd från flyktingfamiljerna. Man kan inte vänta in dessa familjer. De måste sökas upp. När PBU kommer in har i allmänhet onödigt lång tid förflutit. Familjerna har varit med om en rad händelser som ligger "emellan" upplevelserna från kriget och den aktuella situationen. Engagemang och viljan att hjälpa har gjort att alltför många personer varit involverade. Allt detta sammantaget gör det komplicerat att tillsammans med familj och barn finna en konstruktiv ingång till grundproblematiken. Tiden har verkat mot möjligheterna för korta behandlingsinsatser.

## **Diskussion**

Förutsätter korta och avgränsade behandlingsstrategier

---

*Almqvist anser att massiva traumaupplevelser drabbar kärnsjälvet hos barnet och därmed ger psykiska skador som hindrar psykologisk utveckling*

---

att de traumatiska erfarenheterna är enstaka upplevelser?

I litteraturen görs ofta åtskillnad mellan hur massiva trauman och enstaka traumatiserande händelser drabbar barn. Terr (7) menar, att de senare etsar sig fast i barnets minne med stor detaljrikedom medan barn med massiva traumaupplevelser i högre grad drabbas av psykisk avskärmning, förnekande och att händelserna "kamoufleras" i en slöja av överklighetsupplevelse.

Almqvist (8) anser att massiva traumaupplevelser drabbar kärnsjälvet hos barnet och därmed ger psykiska skador som hindrar psykologisk utveckling. En oförmåga eller ovilja att tala kan bli konsekvensen. Men Almqvist menar också, att denna "tystnadens strategi" kan vara en fungerande copingstrategi som stärker flyktingens fungerande icke-traumatiserade själv så att de traumatiska minnena inte tar överhanden i upplevelsen av den egna personligheten. Det är emellertid vår erfarenhet, att denna tystnad inte är lika vanlig hos barn som hos vuxna. I de fall, där vi ändå stött på en nära nog panisk rädsla hos barnet att berätta om "det svåraste" har det rört barn som fångats upp efter lång vistelsetid i Sverige och vars föräldrar varit så drabbade av kriget, att barnet förlorat allt hopp om en här-bärgande förälder.

Att försöka skilja posttraumatiska skador från psykiska skador som härrör från barnets tidigare liv är en angelägen differentialdiagnostisk uppgift i arbetet med dessa barn. Det kan också vara svårt att diagnostiskt skilja på huruvida ett barn p g a massivt trauma faktiskt drabbats i sitt "kärnsjäl" eller om föräldrarna brister i här-bärgeringsförmåga. Bedömningarna har givetvis betydelse för den senare behandlingsinriktningen.

Vi har ovan lyft fram föräldrarnas här-bärgeringsförmåga som betydelsefull för det traumatiserade barnets psykiska utveckling. Just därför torde det vara av stor vikt att söka terapeutiska förhållningssätt som verkar mot tystnadens krafter.

Våra erfarenheter visar, att "tystnadens strategi" inte är vanligt i mötet med familjer direkt efter ankomsten till Sverige, då deras traumatiska minnen är som öppna sår. Sannolikt torde därför tidpunkten för samtal om svåra upplevelser ha stor betydelse. Föräldrars här-bär-

geringsförmåga synes tillfälligt nedsatt i familjer där tystnadens strategi blivit föräldrarnas sätt att hantera situationen. Kanske kan ett tidigt behandlingsarbete stärka öppenheten och hoppet inom familjen så att tystnadens strategi inte blir nödvändig?

Vilka barn "självläker"? Terr (9), som studerat traumatiska erfarenheters långtidseffekter på barn visar, att traumaskador hos barn inte självläker. Vi tror dock, att det i detta sammanhang finns fog för den socialkonstruktivistiska teori, som också tar fasta på barns förmåga att skapa sin egen verklighet och att utveckla hållbara copingstrategier för sin psykologiska överlevnad. Kunskaper om barns sätt att ta kontroll över plågsamma minnesbilder förutsätter ett nära, öppet och lyssnande förhållningssätt. De barn som ej utvecklar konstruktiva copingstrategier och som ej heller nås av professionell hjälp kommer sannolikt att fortsätta plågas.

Självklart är det BUP:s och PBU:s uppgift att arbeta med krigstraumatiserade barn. Men vi menar att flexibla, offensiva arbetsformer måste utvecklas så att krigstraumatiserade barn "fångas upp" så tidigt som möjligt. Då blir korttidsbehandling möjlig, vilket förmodligen kommer att motverka framtida psykiatrisering för dessa barn.

## REFERENSER

1. *Johnsen Christie H* (1994): Traumeförståelse - en dröftelse av teoretiska modeller og konsekvenser for terapeutisk intervensjon. Interkulturell behandling, Nic Waals Institutt, Oslo.
2. *Raundalen M, Dyregrov A* (1993): Barn och familjer i krig. Rädda Barnen, Stockholm.
3. *Eriksson N-G* (1994): Årsrapport. Bosnienprojektet, PTSD-enheten, Karolinska sjukhuset.
4. *Goldin S, Levin L* (1993): Barnflyktningmottagningen i Umeå. Rapport från 7:e nordiska konferensen om psykoterapi för flyktingar utsatta för organiserat våld, Karlstad.
5. *McCallin M* (1990): Att intervjua flyktningbarn - ett flyktning-forskningsperspektiv. Allmänna Barnhuset.
6. *Petrini B, Tengblad M* (1995): Samverkansprojekt Caritas, Stockholm - Flyktningprojektet PBU Skärholmen.
7. *Terr L* (1991): Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, vol 148:10-20.
8. *Almqvist K* (1995): Tvånget att tåga. *Psykologtidningen* nr 2;4-7.
9. *Terr L* (1983): Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*; 140:1543-50.

## Human factors:

*styrning av  
människor i  
komplexa  
system*

### Backgården - Stusshyttan

Stusshyttan 40  
774 92 AVESTA  
Telefon: 0226-211 75  
Fax: 0226-211 79

På **Backgården - Stusshyttan** ger vi utbildning (även Psykoterapi steg 1) för personal på öppna och slutna institutioner inom missbruksvården.

Vi utvecklar program för skolning och social träning av ungdomar.

*Kontakta oss!*