

Flyktningbarns psykiska hälsa

Judith Ljungberg-Miklos

Marianne Cederblad

Asylsökande barn från Libanon, Etiopien, Turkiet, Bangladesh och Iran studerades avseende traumatiska händelser som har föregått flykten samt psykisk hälsa vid ankomsten till Sverige. Barnens symtom och beteende jämfördes med svenska barn. Flyktningbarnen har en hög symtombelastning. De mest framträdande symtomen är hyperaktivitet, aggressivitet, blyghet, föräldraberöende och sömnstörningar, samt dålig koncentrationsförmåga och känslighet.

Barnen har varit utsatta för svåra traumatiska händelser i form av våld, krigshändelser, förföljelse och separationer. De barn som pga krig eller förföljelse varit berövade skola, lekkamrater har högre symtombelastning än de som samtidigt med svåra yttre händelser hade tillgång till viss kompensation i form av barnliv.

Författaren Judith Ljungberg-Miklos, överläkare vid Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Landskrona har vid tiden för undersökningen vikarierat på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund.

Undersökningens resultat används som vägledning för ett förebyggande program för gruppen som helhet.

Handledare för projektet har varit professor Marianne Cederblad, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri i Lund.

Redan i början av 80-talet uppmärksammades det från flera håll bla från Rädda Barnen, att man inte vägrade in barnen i bedömningen av familjernas ansökan om uppehållstillstånd.

1984 fattade Riksdagen ett beslut enligt en proposition från 1983–84 där det bla stod följande:

"I utredningen om uppehållstillstånd skall självfallet omständigheter av humanitär natur som hänför sig

till barnen ur hälsosynpunkt och övrigt tas med. Social utredning bör göras i alla fall och läkarundersökningar om så är påkallat av omständigheterna i ärendet" (10).

Sedan 1985 finns en utredningsföreläggning för flyktningar förlagd till Landskrona. Den innehåller flyktingskola och en mindre förskola. Under förberedelsestiden gavs det möjlighet för barnläkare och barnpsykiater att påverka planeringen.

Hälsoundersökningarna av de asylsökande barnen sker i Landskrona genom undersökning av barnläkare och dessa gör även summarisk bedömning av barnens traumata och deras psykiska tillstånd. Barnläkare remitterar sedan i sin tur till barnpsykiatriska mottagningen om behov finns. Skol- och förskolepersonal som är knuten till anläggningen kan även initiera inremittering till barnpsykiatriska mottagningen.

Idén till denna undersökning har vuxit fram ur det praktiska samarbetet som har funnits ända sedan föreläggningens start i december 1985.

Tidigare studier

Svenska studier angående barns psykiska hälsa (Kälvesten-Johnsson 1954–55, Burman och Nylander 1968, Jorming 1978–79) visade i 6–25% avvikelser i sådan grad att barnet kunde betraktas som stört.

Cederblad och Höök gjorde en stor befolkningsundersökning 1981–82 i Östergötland (3, 4). Undersökningen omfattade såväl föräldraintervjuer samt lärarintervjuer angående 345 barn. Enligt denna undersökning hade 17% symtampoäng som låg över gränsen för stort beteende. Det vanligaste symtomet var ångslan, som förekom hos mer än 30% av barnen. Nästan lika vanligt var känslighet. Sömnrubbningar och nervösa magbesvär fanns hos knappt 20% i alla åldersgrupper.

Det föreligger endast få kvantitativa beskrivningar om flyktingbarn i Sverige. 1987 studerade Gustavsson, Lindquist, Nordenstam och Nordström i Lycksele (6) flyktingbarns psykiska och fysiska hälsa. Undersökningen omfattade 30 barn och bestod av en strukturerad intervju angående barnets traumatiska upplevelser samt föräldraintervju enligt Rutters schema (15) skolbarn samt Richmans schema (14) för förskolebarn. Barnintervjuer och barnobservationer ingick i bedömningen av barnens psykiska tillstånd. 80% av barnen hade sömnstörningar, de näst vanligaste symtomen var enligt denna undersökning rädsla, aggressivitet, matproblem, överaktivitet samt överdrivet föräldraberoende.

I samband med en enkät till kommuner, BVC, BUP och skola, visade Angel (6) hur man uppfattar flyktingbarnens symbombild utifrån olika utgångspunkter. Enligt skolan är det utagerande, enligt barnpsykiatrien är det utagerande, enligt barnmottagningarna är det psykosomatiska besvär som dominerar.

Esbjörnsson (5) har 1986 i sitt arbete som barnombudsman, gett en deskriptiv rapport om flyktingbarn- och -familjers situation.

Esbjörnsson, Jönsson och Hjern (5, 10, 8) påpekar att det är sällsynt att barnens upplevelser ingår i polisutredningar och ännu mera sällsynt att läkar- och psykologutredningar begärs av myndigheter. Det intyg som förekommer tillkommer oftast på initiativ av de asylsökande själva eller deras juridiska ombud.

Det föreligger en rapport angående latinamerikanska barns olika anpassningsstrategier från 1985 av Bustos och Ramos-Ruggiero (2) skrivit utifrån erfarenheter med analytiskorienterad gruppterapi med latinamerikanska tonåringar.

Jorup (9) beskriver erfarenheter med gruppterapi med latinamerikanska föräldrar i syfte att undvika sekundär traumatisering av barnen genom sk andra generations-skador (skador som tidigare beskrivits angående barn till överlevande offer från koncentrationsläger).

Syfte

Undersökningens huvudsyfte har varit att synliggöra de asylsökande barnen, deras psykiska tillstånd och upplevelser. Undersökningens delmål är följande:

Undersökningens huvudsyfte har varit att synliggöra de asylsökande barnen och deras psykiska tillstånd och upplevelser.

- 1) Att kartlägga de asylsökande barnens psykiska tillstånd och de traumata de har genomgått i sitt hemland och i samband med flykten.
- 2) Att studera eventuell korrelation mellan olika sorts traumata samt traumats duration och samtidigt föreliggande skyddsfaktorer å ena sidan och barnens beteende och symtom å andra sidan.
- 3) Att genom en kvantitativ beskrivning av barnens beteende och symtom göra en jämförelse med svenska befolkningsundersökningar möjlig och genom detta få en möjlighet att se eventuella skillnader i barnens psykiska hälsa.
- 4) Att genom den erhållna bilden av barnens psykiska tillstånd lägga grunden till ett program som underlättar en naturlig krisbearbetning och förebygger sekundär traumatisering.

Material

Undersökningen har gjorts under tiden 1986-09-01 – 1987-07-01 på flyktingförläggningen i Landskrona. Flyktingförläggningen hade från starten till årsskiftet 1986/87 152 sängplatser belägna i 42 st 3-rumslägenheter. Från årsskiftet 1986/87 172 lägenheter med 330 platser. I regel utgörs flyktinggruppen av 100 ensamstående, resten barnfamiljer. Förskola med 215 platser finns på förläggningen samt provisorisk flyktingsskola. Genomströmningen av flyktingar är relativt låg pga långa utredningstider.

Den undersökta gruppen består av nyanlända familjer från utomeuropeiska katastrofområden med minderåriga barn.

De två största grupperna kommer från Etiopien (15 barn i fyra familjer), respektive Libanon (18 barn i fyra familjer). De övriga tre länderna representeras av en familj från vart land (Turkiet, Bangladesh och Iran).

Metod

Föräldrar till 44 barn i 11 familjer intervjuades av barnpsykiater med tolk. Intervjun inleddes med att

man förklarade syftet med undersökningen och försäkrade om sekretess samtidigt som man upplyste familjen om att vi inte hade möjlighet att påverka asylansökan genom intervjun.

Intervju

Första delen av intervjun består av familjens egen berättelse om upplevelserna i hemlandet samt av flykten. Ursprungligen planerades även en intervju med alla barn över 7 år men då många av familjerna lever i den uppfattningen att barnen endast i begränsad omfattning känner till de traumatiska händelserna har genomlevt, ansågs av etiska skäl det vara lämpligare att intervjua barn och föräldrar samtidigt.

Man försöker sedan i form av en halvstrukturerad intervju (Hjern 1986) kartlägga de olika traumatiska händelserna barnen har varit med om. Frågorna berör direkt våld mot barnen, våld och hot mot anhöriga eller andra i barnens närvaro samt krigshändelser och deras inverkan på skola, lek, upplevda separationer, förluster, eventuellt ökat ansvarstagande för barnen. Långvarigt hot mot familjerna, arrestering eller tortyr av anhöriga är andra frågor.

Symtomintervju

Barnens beteende och symtom kartlägges med ett intervjuformulär utarbetat av Jonsson och Kälvesten bearbetat av Cederblad, Höök (3, 4). Formuläret består av 50 beteenden, operationellt definierade från normal till olika svårighetsgrader i avvikelser. Symtomen kan delas in i somatisering, internalisering, externalisering.

Formuläret valdes då detta har använts i en aktuell befolkningsundersökning i Sverige (3, 4). Det finns även erfarenheter av denna intervju i andra kulturer (Sudan, Nigeria, Etiopien). Kulturella skillnader ansågs ej vara ett störande moment.

Lärare respektive förskollärare fyllde i Rutters (15) skattningsformulär för skolbarn och Richmans-McGuire (14) skattningsformulär för förskolebarn. (Resultat från dessa redovisas ej).

Bortfall

Ingen av de tillfrågade familjerna avböjde intervjun, det saknas dock symtomintervju på två av de 44 barnen då dessa barn var under 1 år. Intervjun är

.....
Det har varit svårt att kvantifiera lidandet, ändå var det nödvändigt att få en uppfattning av arten, durationen av våld, förlust eller exploatering.
.....

utarbetad för åldersgruppen 3–15 år.

RESULTAT

Gruppens sammansättning

52% var pojkar och 48% var flickor.

36 av de 44 barnen tillhör åldersgruppen 3–15 år, vilket gör jämförelse med Östgötastudien berättigad. (Tabell 1)

Tabell 1. Fördelning efter åldrar

Åldersgrupp	Antal	%
1–3 år	4	9
3–5 år	9	20,5
5–9	10	23
9–12	9	20,5
12–15	8	18
15–16	2	4,5
16–19	2	4,5

Traumatiska upplevelser

Barn och familjer intervjuades angående genomgången traumata. Det har varit svårt att kvantifiera lidandet, ändå var det nödvändigt att få en uppfattning om arten, durationen av våld, förluster, exploatering och inte minst bristande möjligheter till vanligt barnliv i form av lekskola och kamrater.

Följande fallbeskrivning illustrerar barnens upplevelser.

Familj 1, Libanon

Familjen består av mor och far och tre barn, 12-årig flicka och två pojkar, 11 och 6 år.

Familjen kommer från Beirut. Barnen har varit kontinuerligt separerad från fadern som har haft arresteringshot över sig i 5 års tid. Han bodde på annat ställe än familjen, levde på falsk legitimation men träffade familjen 2–3 ggr i veckan. Det var alltid familjen som besökte honom då han själv inte hade möjlighet att besöka dem utan risk att bli avslöjad. Föräldrarna i denna familj anser att barnen inte riktigt vet

vad dom har varit med om. Det mesta tror föräldrarna är obekant för barnen. När jag intervjuar barnen i föräldrarnas närvaro berättar dessa om alla de skrämmande upplevelser som de har varit med om. De två äldsta barnen berättar i detalj hur det var när beväpnade män kom in i huset och sökte efter fadern. De trakasserade modern, hotade att kidnappa barnen, de slog sönder lägenheten. Familjen levde i ständig osäkerhet om hur det skulle bli med fadern.

Modern har haft ensamt ansvar för barnen. Hennes föräldrar var i ett annat land, ej heller dessa kunde stötta henne i hennes föräldragärning. Yngste pojken har i stort sett vuxit upp utan fadern. Den 12-åriga flickan har fått vara moderns hjälpreda och delvis fått bära ett vuxenansvar. Hon har åtskilliga gånger haft en avbruten skolgång pga bombningar. Även lillebror har haft avbruten skolgång. Äldsta flickan berättar om hur rädd hon har varit om sin skola. Den 11-åriga pojken berättar om hur tomt det kändes att fadern var borta, hur rädd han varit vid strider och hur rädd han varit när beväpnade män kom in i huset. Båda de äldsta barnen uttrycker att de är rädda även nu att uniformerade män kan komma och skada dem. Barnen har gjort många förluster redan i hemlandet. Farfadern dog, kamrater har åkt iväg, grannfamilj som man varit mycket god vän med är emigrerad.

Tabell 2. Trauma och förluster hos asylsökande barn

Kvarstående kroppsskada	0%
Långvarigt hot mot familjen	95%
Våld mot andra i barnets närvaro	70%
Hot mot närstående i barnets närvaro	71%
Sökt skydd för bomber lång tid	50%
Sökt skydd för bomber enstaka gånger	27%
Direkt våld mot barnet	47%
Tortyrerfarenheter i familjen	18%
Fängelsevistelser i familjen	45%
Separation från förälder i hemlandet	93%
Förlust av kamrater	66%
Förlust av skolgång	57%
Förlust av lekmöjligheter	70%
Hem förstört innan flykten	45%
Viktig person kvar i hemlandet	84%
Död hos annan viktig person	39%
Död hos förälder	9%
Aktivt deltagande i underjordiskt motståndsarbete	0%
Ökat deltagande i familjens försörjning	16%
Ökat ansvarstagande i familjen	27%
Övrigt våld	5%
Familjen definierar barnpsyks behov	27%
Koppling mellan trauma och symtom i familjen	55%
Pratar man med barnet om det inträffade	55%
Reaktioner inför uniformerade personer	48%

Omkring hälften har upplevt våld direkt riktat mot sig. Vart femte barn har förälder som varit utsatt för tortyr.

Levnadshistorier som denna är vanliga, de andra familjernas liv har präglats av liknande erfarenheter.

De flesta har upplevt långvarigt hot mot familjen, varit separerade från åtminstone en förälder (oftast fadern) samt lämnat viktiga personer i hemlandet. (Tabell 2). 70% hade förlust av lekmöjligheter, kamrater och skola (pga krig, isolering, underjordisk tillvaro). Omkring hälften har upplevt våld direkt riktat mot sig, ofta i samband med husundersökningar där man sökt efter fadern. Hälften av barnen har fått söka skydd för bomber längre tid. Nära hälften har fått sina hem förstörda innan flykten. Många barn har fängelseupplevelser i familjen och vart femte barn har förälder som varit utsatt för tortyr.

Det är enbart vart fjärde barn som haft möjlighet att förbereda sig inför flykten.

Exploatering i form av ökat ansvar för familjen har 43% av barnen upplevt. Barnen från Libanon har i större utsträckning än barnen från Etiopien, Iran och Bangladesh varit utsatta för förlust av lekkamrater, skola pga krigshändelserna. Barnen från den turkiskdiska familjen har levt ett extremt isolerat och våldspräglat liv med mycket vuxenansvar och helt utan möjligheter till barnlek.

Familjerna handskas olika med traumat. Det är något över hälften av familjerna där man pratar med barnen om det skedda och det är i stort sett dessa familjer där man gör koppling mellan trauma och symtom. De 12 barn (27%) vars föräldrar definierar dem vara i behov av barnpsykiatrisk hjälp är fördelade i fyra familjer av de elva.

Flyktningbarnens symtombild

De mest framträdande symtomen är hyperaktivitet, aggressivitet, blyghet och föräldrabeloende, åtföljt av sömnstörningar (ofta mardrömmar och uppvaknande), dålig koncentrationsförmåga, känslighet, ängslan, trotsighet och enures (oftast sekundär långt upp i åldrarna).

Tabell 3. Flyktningbarnens symtombild jämfört med östgötabarnen

	Normal- grupp %	Flykting- barn %
Rädsla för eld	3	0
Eldsanläggelse	6	7
Överförsiktighet	4	5
Förstörelselusta	8	5
Stöld, snatteri	3	2
Lögnaktighet, fabulering	14	7
Vagabondering, rymning	3	2
Skolskolk	1	0
Fobier	12	10
Ängslan	36	0
Kallblodighet	3	12
Känslighet	29	38
Okänslighet	17	21
Tillbakadragenhet	2	26
Osektiv, distanslös kontakt	8	7
Föräldrberoende	12	43
Aggressivt oberoende	0	2
Depressivitet	1	19
Labilitet, hypomani	3	17
Rigid, svårömsställbar	2	7
Dålig koncentrationsförmåga	10	38
Dålig kamratkontakt, avvaktande	5	21
Dålig kamratkontakt, påflugan	1	21
Överdriven självkänsla	3	26
Blyghet	1	57
Önskan att vara i centrum	10	17
Lust att plågas	2	5
Lust att plåga	3	10
Aggressionshämning	7	19
Aggressivitet	21	43
Dålig självhåvdelse	3	26
Trotsighet	22	38
Talrubbingar	4	0
Tumsugning	23	14
Nagelbitning	28	17
Vanerörelser, tics	13	0
Underaktivitet	3	19
Hyperaktivitet	10	48
Enkopres	3	2
Enures	13	36
Astma och allergier	23	5
Nervös huvudvärk	17	17
Nervösa magbesvär	19	21
Matvägran	13	24
Hetshunger	1	2
Sömnrubbingar	17	38

Det är även betydligt större förekomst av dessa symtom jämfört med Östgötabarnen — med undantag för ängslan (36%) i båda grupperna. (Tabell 3)

Men skillnaderna är stora även vad gäller en mängd andra symtom exempelvis depressivitet, tillbakadragenhet, matvägran. Förekomst av dålig självkänsla, astma, allergier, tumsugning, nagelbitning, lögnaktighet och skolk är större hos de svenska barnen.

Medelvärden på flyktningbarnens totala symtombelastning är 353,5. I Östgöta-undersökningen har barn med poäng över 300 definierats som psykiskt störda (3, 4).

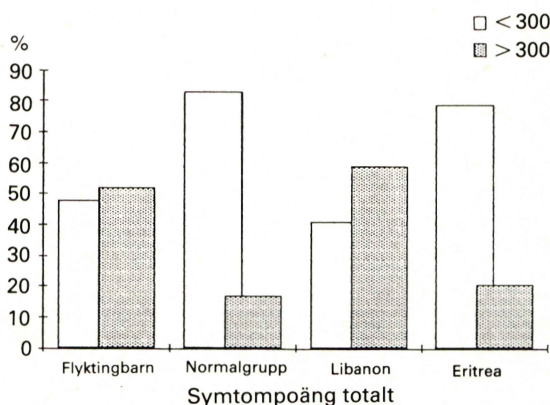
Jämförelse mellan totalsymtombelastningsmedelvärden

Barnen i Östgötastudien har 181.7, flyktningbarnen 352.5, barnpsykiatriska klinikfall har 509.3 i medelvärden för total symtombelastning. Flyktningbarnen har en medelhög symtombelastning men nära 2 gånger så högt jämfört med Östgötabarnen. 15 barn, 35.7% ligger mellan 300–500 poäng dvs mellan gränsen störning och under den kliniska gruppens medelvärde.

52% av flyktninggruppen som helhet, 58% av barnen från Libanon, 20% av barnen från Etiopien har poäng över 300 mot 17% bland Östgöta-barnen. (Figur 1)

I likhet med Östgöta-undersökningen har man definierat ett antal symtom som externaliserings-, inter-

Figur 1. Jämförelse i totalsymtompoäng mellan flyktninggrupp — normalgrupp respektive Libanon—Eritrea



.....
Tortyrerfarenheter hos föräldrar tycks hos barnen återspeglas i aggressionshämning, dålig självkänsla, koncentrationsstörning och känslighet.
.....

naliserings- samt somatiseringsfaktor (3, 4). Jämförelse mellan medeltal för symtompöäng i dessa tre olika symtomgrupper ger betydande skillnader angående i första hand internalisering, i andra hand externalisering och endast en liten skillnad vad gäller somatisering.

Samband mellan traumata och symtom

Ett visst samband tycks finnas mellan vissa typer av traumata och vissa symtom. Barn som har varit utsatta för förlust av lekkamrater och skola är kraftigt överrepresenterade i gruppen som visar symtom som föräldraberoende, känslighet, ängslan. Samma grupp är överrepresenterad även i gruppen med hög tendens till internalisering.

Tortyrerfarenheter hos föräldrar tycks hos barnen återspeglas i aggressionshämning, dålig självkänsla, koncentrationsstörning och känslighet.

DISKUSSION

Påtaglig skillnad finns mellan barnen från Libanon och Etiopien i symtombelastning och arten av traumata. Även när man studerar barnens symtom familjevis framskymtar en tendens att de barn som åtminstone delvis haft tillgång till en någorlunda vanlig barntillvaro är mindre symtombelastade, trots upplevelser av separationer och även av våld och hot. När det gäller dessa barn har de traumatiska upplevelserna i regel utspelats över mera begränsad tid, lek och umgänge med kamrater har tydligen fungerat kompensatoriskt.

Barngruppen som helhet är präglad av sina upplevelser och visar stor andel av symtomavvikelser. De mest påtagliga skillnaderna i jämförelse med Östgötabarnen är föräldraberoende, dålig koncentrationsförmåga, blyghet, aggressivitet samt hyperaktivitet.

Vid jämförelse med flyktningbarnen i Lycksele (6) finns det här sömnrubbingar, rädsla, matproblem hos mindre antal barn, aggressivitet hos samma antal,

medan föräldraberoende och dålig koncentration hos många fler. Skillnaderna kan bero på olikheter i åldersgrupper (Lyckselebarnen är yngre) eller i skillnaden mellan nyanlända och barn i en senare fas av sin anpassningsprocess.

Såväl tidigare kunskap (9, 2) som undersökningens fynd visar att det finns ett samband mellan vissa symtom och föräldrarnas tortyrerfarenheter samt att symtomen återspeglar både barnens egna reaktioner på sina upplevelser och barnens reaktioner på vuxnas svårigheter att fungera som stöd.

Ett viktigt fynd är att nära hälften av familjerna ej talar med barnen om det upplevda, vissa familjer väljer förnekandet som överlevnadsstrategi. I samband med utformandet av stödprogram för nyanlända flyktningfamiljer och barn är det av vikt att man på olika sätt hjälper barnen att såväl inom som utom familjen beröra sina upplevelser för att underlätta en naturlig krisbearbetningsprocess.

Barnens symtom ger viss vägledning för förebyggande program för gruppen som helhet.

Under utredningstiden är det viktigt att beakta att dessa föräldraberoende barn ej i onödan skiljes från föräldrarna, och ej heller utsättes för förflyttningar mellan olika förläggningar eller kommuner. Separationsängsliga barn reagerar ofta med symtom även på förändring av yttre miljö ej enbart på separation ifrån personer.

Då barnen är koncentrationsstörda, hyperaktiva samt samtidigt ängsliga är det av vikt att även under utredningstiden ha tillgång till strukturerad skola och lek. Undersökningens fynd att lek och skola tycks fungera som kompenserande faktor vid yttre traumata talar även om vikten för ett sådant program. Nödvändigheten av organiserad lek för barn utsatta för massiv traumatisering har tidigare undersökningar pekat på (6, 7).

Under första tiden i Sverige efter beviljad asyl är det åter i första hand barnens separationskänslighet som är viktigast att beakta i samband med olika åtgär-

.....
I nära hälften av familjerna talar man ej med barnen om det upplevda.
.....

der kring barnen. Inskolning till barntillsyn bör ske på ett varsamt, successivt sätt och med en noggrann uppföljning av barnens och föräldrarnas reaktioner.

Då många av barnen är hyperaktiva, aggressiva, koncentrationsstörda men samtidigt även blyga och tillbakadragna i kamratkontakten bör speciella pedagogiska program utformas av skola och förskola exempelvis genom att barnen åtminstone en del av sin tid vistas i smågrupper. Stödet till barnen bör i första hand gå genom föräldrarna. BVC-personal kan stödja föräldrarna med rådgivning exempelvis i samband med barnens matvägran, sömnsvårigheter men även i samband med övriga beteenderubbningar. Såväl BVC-personal som barnomsorgspersonal, även lärare, skolpsykolog, skolkurator kan stötta föräldrarna i att våga tala med barnen om det dessa har upplevt.

Endast en mindre del av barnen, 16% har symptompoäng över 500 (symtom motsvarande den kliniska gruppen). Dessa barn bör kunna få professionell hjälp genom barnpsykiatriens resurser. Gruppen med poäng mellan 300–500 kan i första hand betraktas som barn med krisreaktioner och en del av dessa kan beräknas bli återställda även utan barnpsykiatrisk hjälp genom att de kommer till en säkrare tillvaro och genom att det ovan nämnda profylaktiska programmet följes.

Barnpsykiatrin bör dock vara beredd på att även ge hjälp åt en del av dessa där den naturliga krisbearbetningen av olika skäl ej blir tillräcklig.

Författaren planerar en undersökning av en större grupp asylsökande barn, främst med hänsyn till sambandet mellan olika sorts traumata och symtom. Det aktuella materialet är otillräckligt för säkrare analys av dessa samband. För att belysa sambandet mellan föräldrarnas egna upplevelser och eventuella symtom och barnens psykiska hälsa ämnar man i vidarestudien även kartlägga föräldrarnas psykiska tillstånd.

En uppföljning av de asylsökande barnens psykiska hälsa ämnar även belysa en eventuell ökning eller övergång av symtomen i senare faser av den traumatiska krisen och immigrationsprocessen.

REFERENSER

1. *Angel, B:* Enkät beträffande flyktningbarns behov av psykologisk rådgivning, behandling. Rädda Barnen, Stockholm 1986 (stencil)
 3. *Cederblad, M, Höök, B:* Epidemiologisk studie i Östergötland: Vart sjätte barn har psykiska störningar. Läkartidningen nr 11, 1986
 5. *Esbjörnsson, U:* Flyktningbarn i folkhemmet. Rädda Barnen, Stockholm 1986
 7. *Gustavsson, L, Jacobsson, H, Holmberg, M, Lindquist, A:* Children i Lebanon. Report Child Victims of armed conflicts. Rädda barnen NGO Forum, Rome April 28, 1984
- Fullständig referenslista kan fås från författaren.

Ett varmt tack till Rädda Barnen för ekonomisk hjälp och ett varmt tack till forskarassistent Kjell Hansson för hjälp med bearbetning av materialet samt stöd och uppmuntran.