



FAGLIG VEJLEDNING

Psykologisk udredning

af børn og unge

med flygtningebaggrund



Denne vejledning er udarbejdet af Dansk Psykolog Forenings Arbejdsprogramudvalg for Børns Udvikling i samarbejde med sekretariatet i Dansk Psykolog Forening.

Fra arbejdsprogramudvalget: psykologerne Eva Malthe, Jane Maul, Mette Borch, Christina Halberg, Tinna Wisborg Bach og stud.psych. Zainab Al-Sayegh samt udvalgsformand og medlem af bestyrelsen i DP psykolog Dea Seidenfaden.

Fra sekretariatet: psykolog og ph.d. Line N. Larsen og psykolog og ph.d. Silja E.K. Henderson.

Vejledningen har desuden været til eksternt gennemsyn og kommentering hos psykolog og ph.d. Ditte Shapiro, psykolog, ph.d. og DMSc Edith Montgomery samt hos Netværk for Yngre psykologer.

Dansk Psykolog Forening 2017

Copyright





Indhold

Forord	6
1. Indledning	7
2. Baggrund	9
2.1 Definitioner	9
2.2 Nøgletal	9
2.3 Øget risiko for psykisk lidelse og mistrivsel	10
2.4 Særlige risikogrupper	10
2.5 Diagnoser – når barnet er primært traumatiseret	11
2.6 Sekundær traumatisering – når barnet vokser op med traumatiserede forældre	12
2.7 Flygtningebørns kontakt med systemet	13
2.7.1. Hvor og hvordan foregår udredningen af nyankomne flygtningebørn?	13
2.7.2 Udfordringer i forhold til modtagelsen	14
2.7.3 Udredning og behandling i specialiserede behandlingscentre for flygtninge med traumer ..	14
2.7.4 Asyl- og flygtningebørns kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien	15
2.7.5 PPR – den psykologiske udredning af flygtningebørn i kommunerne	16
2.8 En nuanceret forståelse af flygtningebørn og unges mentale helbred og trivsel	17
2.8.1 Implikationer for praksis	19
2.9 Risiko- og beskyttende faktorer for flygtningebørn	20
2.9.1 Udredning af traumer – særlige opmærksomhedspunkter	20
3. Psykologisk Udredning	23
3.1 Om psykologisk udredning af børn med flygtningebaggrund	23
3.1.1 Etik	23
3.1.2 Forbehold ved testning	23
3.1.3 Timing af testning	24
3.1.4 Utryghed ved testsituationen	24
3.2 Mødet med forældrene	24
3.3 God skik vedr. tolkning	25
3.4 Betydningen af kultur i forbindelse med udredning	26
3.5 Henvisningsgrundlag	27
3.6 Psykologisk udredning	28
3.6.1 Optag af anamnese	28
3.6.2 Klinisk vurdering	29
3.6.3 Alan Carrs caseformuleringsmodel	30
3.6.4 Anvendelse af diverse spørgeskemaer og screeningsredskaber	32
3.6.5 Tilbage melding til barnet/den unge og forældrene mundtligt såvel som skriftligt	32
4. Opsummering af vejledningens hovedpointer	35
7. Henvisninger	37
5. Referenceliste	39
6. Bilag	43
Bilag 1: Diagnostiske kriterier for traumer	43
Bilag 2: Anamneseskema fra Dansk Røde Kors	48



Forord

Mange psykologer møder i deres arbejde børn og unge, som enten selv, eller hvis forældre, er flygtet fra krig, vold og overgreb for at søge tryghed i Danmark. Disse børn er naturligvis først og fremmest børn, med de samme udfordringer, behov og udviklingsopgaver, som alle andre børn, og man kan derfor som psykolog i arbejdet med disse børn bruge al den almene viden, man har om børns udvikling. Men samtidig har deres liv ofte været præget af oplevelser og forhold, som de fleste andre børn er foruden. De kan derfor have en større udsathed, som man som psykolog skal være opmærksom på. Derfor er denne faglige vejledning så vigtig.

Faglig vejledning til psykologisk udredning af børn og unge med flygtningebaggrund er skrevet for at inspirere og hjælpe psykologer, der til daglig arbejder med børn og unge, som bl.a. har en baggrund som flygtninge. Den er skrevet af en række psykologer med stor klinisk erfaring med udredning af flygtningebørn i forskellige regi i samarbejde med psykologer med forskningsbaggrund. Vejledningen er oversigtsgivende og vejledende, snarere end tilbunds gående. Den består af rimelig kortfattede, konkrete og anvendelige forslag, og retter sig både imod psykologer, som ikke har den store erfaring med målgruppen og mod mere erfarne psykologer, der har brug for en rimelig kort og systematisk beskrivelse/gennemgang af kliniske og evidensbaserede udredningsmetoder. Den består dels af en kort oversigt over baggrundsforskning og teori om bl.a. ætiologi, prævalens, risiko- og beskyttende faktorer, og dels af en udredningsnær del, hvor teksten er konkret og kommer med beskrivelser og anbefalinger. Det er hensigten, at vejledningen skal følges op af et kursus i Dansk Psykolog Forening i både udredning og behandling.

Udviklings- og adfærdsproblemer hos børn og unge med flygtningebaggrund, kan have sine årsager i mange andre forhold, end det at de er flygtninge. Barnet eller den unge indgår i en lang række livskontekster, som har indflydelse på deres helbred

og funktion. Blandt disse livskontekster er familien nok den vigtigste. En psykologisk udredning må derfor altid også omfatte en undersøgelse af barnets familiesituation. Dette gælder naturligvis for alle børn, men når det drejer sig om børn og unge med flygtningebaggrund, er der nogle særlige forhold, man som psykolog skal være opmærksom på, fx om forældrene har været i fængsel, i krig eller udsat for tortur. Desuden kan en familie, der er flygtet, være præget af tab af og separationer fra betydningsfulde omsorgspersoner, og en afdækning heraf er essentiel for forståelse af barnets eller den unges problemer. Ligeledes vil en afdækning af konkrete livsforhold som undertrykkelse, marginalisering, diskrimination og dårlige sociale forhold være væsentlig. På alle disse områder kan vejledningen være til stor hjælp.

Et forhold, man som psykolog kan være usikker på er, hvordan barnets eller den unges kulturelle baggrund spiller ind. Også dette emne behandler vejledningen. En god og omfattende udredning af barnets eller den unges problemområder i relation til dets aktuelle og tidligere livskontekst er en forudsætning for iværksættelse af den rette form for hjælp.

Derfor gives *Faglig vejledning til udredning af børn og unge med flygtningebaggrund* mine bedste anbefalinger.

Edith Montgomery

Aut. psykolog, ph.d., dr.med.



1. Indledning

Børn og unge med flygtningebaggrund mistrives i højere grad end danske børn og unge. Dette gælder både nyttilkomne flygtninge og efterkommere, der har været i Danmark i det meste af deres liv, eller som er født her. Som psykologer spiller vi en væsentlig rolle i forhold til at modvirke de kendte mekanismer omkring ulighed i sundhed for disse børn. Psykologer har ofte en kerneposition, når børnenes vanskeligheder skal opdages og beskrives, således at de kan tilbydes den rette udredning og intervention.

Hvis børnenes udfordringer overses eller mistolkes, risikerer vi at medvirke til, at symptomer, tilstande eller problemstillinger udvikler sig, eller at føreksisterende lidelser forværres og kronificeres. Herved forværres forudsætningerne for børn/unge/familier med flygtningebaggrunds trivsel og deltagelse i det danske samfund. Ligesom øvrigt fagpersonale er psykologer også udfordrede i forhold til at forstå og beskrive kompleksiteten af symptomer og tilstande hos det enkelte barn, ung eller familie – at skelne mellem traumer, familiære problematikker, tilknytningsforstyrrelser, eksilrelaterede belastninger, sproglige/kulturrelaterede faktorer og kognitive udfordringer. En kvalificeret udredning er dog essentiel for at opnå forståelse af det enkelte barn/ung/families situation og for at give et kvalificeret grundlag for at afklare behovet for og typen af intervention.

På denne baggrund bestemte Dansk Psykolog Forenings bestyrelse efter Generalforsamlingen 2016, at Arbejdsprogramudvalg for Børns Udvikling, skulle arbejde for, at flere børn med flygtningebaggrund får en bedre start på livet gennem adgang til psykologisk indsats ved behov¹. Nærværende vejledning fungerer som hovedprodukt af udvalgets arbejde, og planlægges suppleret med et kursus i DP-regi for psykologer i både udredning og intervention til børn og unge med flygtningebaggrund. Kurset planlægges afholdt ultimo 2017.

Flygtningeområdet og udredningsområdet er hver for sig store komplekse områder med forskellig

tilgrundliggende forskning og kliniske traditioner. Det er hverken praktisk muligt eller tilrådeligt at lave en uddybende fremstilling af alle relevante emner og temaer inden for disse traditioner, da det ønskes, at vejledningen som produkt skal være relativt kortfattet, tilgængelig og anvendelig i praksis, også for psykologer med mindre erfaring på området. Vejledningen fokuserer derfor på at give et overordnet indblik i mange af de komplekse forhold, som er relevante for en psykolog, der skal arbejde med udredning, og vejledningen vil løbende igennem teksten henvise til relevante eksterne kilder, som uddyber emnet.

Målgruppen for vejledningen er alle psykologer, der i deres arbejde kommer i berøring med børn og unge med flygtningebaggrund. Vi håber, at nyuddannede psykologer vil kunne bruge vejledningen som en praktisk, forskningsbaseret indføring i dette komplekse og spændende felt, og at erfarne psykologer vil genkende vore overvejelser og lade sig inspirere til at fortsætte det vigtige arbejde med børn og unge med flygtningebaggrund.

Dea Seidenfaden

Aut. psykolog, udvalgsformand og bestyrelsesmedlem i Dansk Psykolog Forening



2. Baggrund

2.1 Definitioner

Ifølge FN's Flygtningekonvention af 1951 defineres en **flygtning** som et menneske, der *"som følge af velbegrunnet frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser befinder sig uden for det land, i hvilket han har statsborgerret, og som ikke er i stand til – eller på grund af sådan frygt ikke ønsker – at søge dette lands beskyttelse, eller som ikke har nogen statsborgerret, og på grund af sådanne begivenheder befinder sig uden for det land, hvor han tidligere havde fast bopæl, og ikke er i stand til – eller på grund af en sådan frygt ikke ønsker – at vende tilbage dertil"*².

En **asylansøger** defineres som en person, som har forladt sit hjemland og søger om ret til at opholde sig i et andet land som flygtning og blive beskyttet af dette land. Hvis ansøgningen afvises, skal vedkommende forlade det land, han eller hun har søgt asyl i.

En **kvoteflygtning** er en person, der er registreret som flygtning hos UNHCR, og som af de danske myndigheder udvælges til genbosættelse i Danmark. Disse personer modtages i Danmark med opholdstilladelse på min. 6 måneder og går således udenom asylsystemet og direkte ud i den modtagende kommune.

I praksis anvendes ordet flygtning i Danmark om en person, hvis ansøgning om asyl er imødekommet, og som dermed har fået opholdstilladelse som flygtning.

I nærværende vejledning anvendes begrebet 'børn med flygtningebaggrund' bredt, med mindre andet er angivet, og vejledningen vedrører således både børn og unge i asylfasen, børn og unge, som har opnået opholdstilladelse og børn og unge, som er familiesammenført til familier, hvor et medlem har flygtningebaggrund.

Gruppen af børn og unge med flygtningebaggrund kan ikke betragtes som en homogen gruppe. Den består af både ledsagede og uledsagede asylansøgere, kvoteflygtninge, familiesammenførte til flygtninge og efterkommere af flygtninge. Børnene

har forskellige aldre, forskellig opvækst og forskellig kulturel, religiøs, social og økonomisk baggrund, og ikke mindst forskellige oplevelser med sig i bagagen.

2.2 Nøgletal

Det estimerede antal børn med flygtningebaggrund under 18 år på verdensplan er i øjeblikket omtrent 10 millioner³. Det er det højeste niveau i et årti. Medtages også asylansøgende børn og internt fordrevne børn, er tallet endnu højere. I forlængelse af konflikten i Syrien lever mere end 2 millioner børn med flygtningebaggrund fx i de sydlige regioner af Syrien og antallet af børn, som lever under meget svære omstændigheder i Syrien, er næsten tre gange så højt⁴.

Ifølge Dansk Flygtningehjælp findes der ingen præcis opgørelse over, hvor mange flygtninge, der i alt er kommet til Danmark. Siden Ungarn-krisen i 1956 og frem til udgangen af 2015 har ca. 155.000 mennesker fået asyl i Danmark. Af disse har ca. 500 personer årligt siden 1989 været kvoteflygtninge.

Ud af denne gruppe er nogle rejst hjem igen, andre er blevet danske statsborgere, og endelig er nogle døde. I perioden 1990-2015 har flygtninge fået ca. 53.000 familiemedlemmer hertil via familiesammenføring (ægtefæller og børn).

Ifølge Danmarks Statistiks opgørelser har i alt 60.000 siden 2006 fået asyl eller er blevet familiesammenført med flygtninge i Danmark, heraf er ca. 24.000 børn og unge (til og med 19 år, da de kom hertil).

I perioden fra 2014-2016 kom der særligt mange flygtninge til Danmark. 39.000 fik i perioden asyl eller blev familiesammenført med flygtninge i Danmark, heraf ca. 17.000 børn og unge (til og med 19 år, da de kom hertil)⁵. Denne stigning lader dog til at være stagneret i 2017.

Pr. 1. januar 2015 udgjorde indvandrere 8,9 % af befolkningen i Danmark. Der findes ikke en særskilt opgørelse over flygtningeandelen i 2015, men blandt de indvandrede i 2014 er ca. hver femte familiesammenført eller flygtning. Til sammenligning udgjorde



flygtninge og familiesammenførte halvdelen af de indvandrede i årene 1997-2001.

I 2011 stammede 99 % af alle flygtninge fra Afrika, Asien eller europæiske lande uden for EU og Norden. Kun omkring 600 flygtninge havde oprindelse i vestlige lande, flest fra Rumænien og Polen. Danmark har modtaget flygtninge fra mere end 70 lande i verden. De største flygtningegrupper er kommet fra Irak, det tidligere Jugoslavien, Afghanistan, Iran, Somalia, Libanon (statsløse palæstinensere), Vietnam, Sri Lanka og Syrien. Af det samlede antal opholdstilladelser til flygtninge i 2015 blev hovedparten (ca. 93 %) givet til flygtninge fra Syrien, Eritrea, statsløse og Congo. Syriske flygtninge alene udgjorde ca. 55 % af det samlede antal⁶.

2.3 Øget risiko for psykisk lidelse og mistrivsel

Både internationale og nationale undersøgelser dokumenterer, at erfaringer med krig, organiseret vold, flugt samt belastninger forbundet med ankomst og ophold i værtsland er forbundet med en øget risiko for psykiske lidelser hos børn og unge samt en øget sårbarhed over for at udvikle psykisk og fysisk sygdom senere i livet⁷. Dette er i tråd med international forskning, der viser, at alvorlige barndomsbelastninger generelt set øger risikoen for at udvikle psykiske lidelser som voksen⁸.

Det vurderes, at op til 40 % af unge flygtninge lever med en psykisk lidelse, hovedsageligt posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), depression og angstlidelse⁹. I en undersøgelse af nyankomne asylansøgere i Danmark fandt man, at 34 % af asylansøgerne opfyldte kriterierne for PTSD¹⁰. Internationale undersøgelser tyder dog på, at tallene muligvis er endnu højere, helt op i mod 50 %¹¹. Et hollandsk studie fra 2014 fandt, at 16,3 % af flygtninge i Holland fra Afghanistan, Somalia og Iran havde PTSD på undersøgelsestidspunktet. Halvdelen af disse havde udviklet PTSD flere år efter

ankomsten til Holland – såkaldt 'late-onset PTSD'. Studier af Afghanske flygtninge, bosat i højindkomstlande, har fundet, at 25-50 % har PTSD, mens studier af syriske flygtninge i Libanon og Tyrkiet har vist en prævalens på 36-76 %. Et studie af irakiske asylansøgere i Holland fandt en livstidsprævalens for PTSD på 36,7 %¹². I et review fra 2009 vurderes udbredelsen af PTSD blandt flygtningebørn at ligge mellem 20-70 % og omfanget af depression vurderes at variere mellem 15-47 %¹³. De store variationer mellem undersøgelser skyldes formentlig dels store variationer i prævalens blandt forskellige grupper og dels forskelle/udfordringer i den anvendte undersøgelsesmetodologi.

Psykolog Nina Thorup Dalgaard forsvarede i 2016 sin ph.d., hvor hun bl.a. undersøgte, hvordan børn, som ikke selv har oplevet traumatiske begivenheder, påvirkes af at vokse op med flygtningeforældre, som lider af PTSD. Børnene blev undersøgt ved anvendelse af spørgeskemaer, forældreinterview samt et struktureret legeinterview, og Dalgaard fandt, at 2 ud af 3 herboende flygtningebørn viste tegn på psykosocial mistrivsel og utryk tilknytning, herunder symptomer på angst og depression samt opmærksomheds- og adfærdsvanskeligheder. Studiet viste endvidere, at børn af traumatiserede flygtningeforældre gennemsnitligt har et lavere psykosocialt funktionsniveau end både etnisk danske børn og etniske minoritetsbørn i Danmark¹⁴.

2.4 Særlige risikogrupper

Der er meget stor forskel i sværhedsgraden af børn og unge med flygtningebaggrunds psykiske vanskeligheder på tværs af forskellige undersøgelser. Forskning peger dog på tilstedeværelsen af nogle særlige risikogrupper inden for gruppen af flygtningebørn: de børn, der flygter fra konfliktområder og de børn der ankommer som uledsagede flygtninge¹⁵.

Et studie af alle børne- og ungeindlæggelser i Malmø (hvor man ikke længere har de samme problemer med underrepræsentering af flygtningebørn

i psykiatrien, som man har i Danmark jfr. afsnit 2.7.4) viser, at netop de uledsagede flygtningebørn og -unge er stærkt overrepræsenterede i forhold til børnepsykiatriske indlæggelser¹⁶. 86 % af gruppen af børn og unge i studiet (der hovedsageligt var unge drenge fra Afghanistan), var i 2011 registreret med stærke stresssymptomer i forbindelse med behandlingen af deres asylsag, og mange af dem var selvmordstruede. Knap 77 % blev behandlet for neurotisk, stressrelateret belastning. Til sammenligning var tallet kun ca. 30 % for de øvrige psykiatriske indlagte børn og unge, som ikke havde flygtningebaggrund.

Et andet studie af uledsagede børn med flygtningebaggrund viste, at næsten 70 % af børnene har mistet en nær person (ofte forældre), og omkring halvdelen er blevet adskilt fra familien mod deres vilje¹⁷. Knap 62 % har oplevet vold på egen krop, og 61 % har oplevet krig, mens knap 40 % har oplevet katastrofer. Omkring 17 % af pigerne i studiet havde været udsat for seksuelt misbrug, mens det samme gjaldt for næsten 10 % af drengene. Flere end hver tredje pige og knap hver fjerde dreng havde haft en livstruende sygdom. Undersøgelsen viste yderligere, at over halvdelen af alle børnene i studiet levede op til den kliniske grænse for PTSD, 30 % led af angst og 20 % havde depressionssymptomer.


Forskning peger endvidere på, at gruppen af uledsagede børn har langvarige eller kroniske stressreaktioner og manglende bedring i symptomniveau over tid. I et opfølgende studie fra 2014¹⁸ viser det sig, at børnene generelt ikke er i bedring for hverken PTSD, depression, angst eller adfærdsproblemer næsten 2 år efter ankomst til modtagerlandet. Derudover er 11 % alarmerende selvmordstruede. Ifølge Montgomerys forskning med opfølgning på flygtningebørns trivsel over adskillige år fordeler billedet sig sådan, at 50 % af flygtningebørnene ikke har psykiske problemer efter 9 år, 25 % lider stadig af forskellige problemer og de 25 %, som klarer sig bedst, er dem, som har færrest eksilrelaterede problemer¹⁹.

Det er således vist gentagne gange i både danske og internationale undersøgelser, at uledsagede flygtningebørn og børn i flygtningefamilier er langt mere individuelt og psykosocialt belastede samt har mange flere symptomer på generel mistrivsel end både etnisk danske børn og etniske minoritetsbørn i Danmark.

2.5 Diagnoser - når barnet er primært traumatiseret

I Danmark benytter vi os af det internationale sygdomsklassifikationssystem ICD 10. I USA og andre lande benytter de et lignende system, DSM V. Begge systemer kategoriserer psykisk lidelse i forhold til symptomer og er generelt ikke optaget af ætologi. Dog er der en undtagelse i forhold til traume- og belastningsreaktionerne, hvoraf den mest benyttede er PTSD ('Post Traumatic Stress Disorder'). Kriterierne for diagnosen indebærer, at vedkommende/patienten har oplevelser af katastrofelignende karakter og herefter udvikler følgende symptomer: genoplevelse af elementer af den traumatiske begivenhed /og eller hel eller delvis amnesi, høj arousal og undgåelsesadfærd. Se nærmere beskrivelse nedenfor.

Traumatisering (ved PTSD) hos børn kan vise sig i form af øgede symptomer på stress, der kan komme til udtryk gennem søvn- og koncentrationsproblemer, genoplevelsessymptomer (gentagende belastende erindringer om det skete gennem billeder, tanker eller drømme) og undgåelsesadfærd (der fx resulterer i forsøg på at undgå tanker, følelser eller drømme, forbundet med traumet eller en oplevelse af følelsesmæssig afstand over for andre)²⁰. PTSD symptomer kan dog også vise sig i form af disorganiseret og urolig adfærd og/eller tvangspræget eller monotont og repetativt leg, hvor temaer eller aspekter af den traumatiske oplevelse er udtrykt (traumatisk leg). Barnet kan også have reduceret interesse i aktiviteter, som barnet normalt glædeligt engagerede sig i, reduceret tillid til sig selv og andre samt følelsen af en stærkt



begrænset fremtid. I mange tilfælde vil barnet desuden have store søvnvanskeligheder og mareridt uden et genkendeligt indhold samt traumespecifik frygt, der udtrykkes på sensitive tidspunkter, fx når barnet skal sove. Der kan også ses tab af allerede opnåede udviklingsmæssige kompetencer, fx renlighed og sprog hos små børn²¹. Et dansk studie af nyankomne asylansøgende børn fandt somatiske klager (uden at det tyder på somatisk sygdom), enuresis og affektreguleringsvanskeligheder – herunder aggressiv adfærd hos ca. 50 % af børnene²².

Nogen forskning tyder på, at der kan være en tendens til, at de børn, som formulerer traumerne verbalt, ofte gør det med fokus på det følelsesmæssige tab og stress forbundet med migration, lej- og eksilsituationen, snarere end med fokus på en eller flere voldsomme/unormale oplevelser. Dette kan øge risikoen for, at barnets symptomer på PTSD overses²³, idet symptomerne ikke nødvendigvis fremstår som klassiske PTSD-symptomer (som fx undgåelsesadfærd). Dette kan dog også skyldes, at børnene reelt oplever deres aktuelle livsvilkår som mest belastende og at traumatisering kan forstås som et komplekst samspil mellem tidligere og aktuelle voldsomme hændelser og afsavn/belastninger. Se også afsnit 2.8.

Der synes at være forskel på traumereaktionen hos børn i forskellige aldre. Førskolebørn er særligt sensitive over for traumatiske begivenheder pga. hjernens udviklingsstadium og deraf følgende evner til at håndtere og bearbejde oplevelserne. De vil ofte reagere med regressive symptomer, klynge sig til forældrene, protestere, hvis de lades alene, have søvnproblemer, mareridt og være angst for fremmede²⁴. Skolebørn har flere kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige muligheder for at håndtere traumer og vil oftere reagere med koncentrationsvanskeligheder, generelt øget alarmberedskab, angst for fremtiden og psykosomatiske reaktioner. Pubertetsbørn har større forståelse af begivenhederne, hvilke kan gøre dem mere udsatte end skolebørnene. Konsekvenserne for

dem kan være identitetsforvirring, forceret indtræden i en voksenrolle, selvdestruktiv adfærd som afledning og pessimisme samt forventning om nye katastrofer²⁵.

Flygtningebørn er dog ikke blot påvirkede af tidligere oplevelser/hændelser af traumatisk art, men er i lige så høj grad påvirket af den lange række udfordringer, der møder dem i det nye værtsland. Der skelnes i mange tilfælde mellem traume- og eksilrelaterede vanskeligheder – og disse forskellige vanskeligheder lader til at forstærke hinanden. Derudover viser nyere dansk forskning, at ganske mange voksne med flygtningebaggrund også er påvirket af dybe udviklingsmæssige traumer og forstyrrelser i barndommen²⁶ (se afsnit 2.8).

I en anerkendelse af, at børns oplevelser af traumer, selv meget tidligt i livet, kan have store udviklingsmæssige konsekvenser, har DSM-V introduceret en subtype af PTSD for førskolebørn (6 år og yngre) i den nyeste opdatering af diagnoseklassifikationen (se bilag 1). Denne opdatering af diagnoseklassifikationen ligger i forlængelse af forskning, der peger på en sammenhæng mellem alvorligheden af traumatiske oplevelser i barndommen og en række risikofaktorer for øget dødelighed hos voksne. Der er dog fortsat en alvorlig mangel på validerede screeningsredskaber til denne gruppe²⁷.

2.6 Sekundær traumatisering - når barnet vokser op med traumatiserede forældre

Primær traumatisering henviser til børnenes egen oplevelse af voldsomme begivenheder, såsom vold, krig, flugt og separation fra forældre. Begrebet sekundær traumatisering, er oprindeligt udviklet til at beskrive en påvirkning af professionelle, der arbejder med traumatiserede personer. Flere undersøgelser har vist, at professionelle, der arbejder med fx traumatiserede børn, selv er i risiko for at udvikle symptomer, der minder om PTSD-symptomer²⁸. Begrebet benyttes

dog også nogen steder til at beskrive symptomerne hos børn, der angiveligt ikke selv har været direkte udsat for traumatiske oplevelser, men som er vokset op i familier, hvor en eller begge omsorgspersoner er traumatiserede og diagnosticeret med PTSD. Børnene hører måske om forældrenes voldsomme oplevelser og påvirkes af forældrenes kronisk øgede alarmberedskab (stress) og måde at anskue verden på samt andre symptomer og reaktioner, fx hjælpeløshed, desorganisering, frustration og voldelig adfærd²⁹.

Dalgaard's forskning viser som nævnt, at to ud af tre børn af traumatiserede flygtninge (ud af de 30 hun undersøgte), viser tegn på dårlig psykosocial trivsel, også selvom børnene er født i Danmark og angiveligt aldrig selv har oplevet voldsomme traumatiserende begivenheder³⁰. Studiet peger på, at børnenes psykiske mistrivsel i høj grad kan tilskrives forældrenes manglende forældre- og omsorgsevne og indbyrdes konflikter. Flertallet af børnene i det pågældende studie udviste en utryk tilknytningsstil, og havde sværere ved at danne relationer til andre børn og voksne samt havde mindre tillid til, at de kan få den hjælp, omsorg og trøst hos deres forældre, som de har brug for. Det konkluderes i studiet, at børn med traumatiserede forældre ofte mistrives af præcis de samme grunde, som fører til mistrivsel hos andre børn, og at det er kvaliteten af relationen til forældrene, forældreomsorgen og familiens samlede funktionsniveau, der er mest afgørende for børnenes psykiske trivsel (herunder forældrenes indbyrdes konfliktniveau, om det er begge forældre, der er traumatiserede, og om barnet bliver omsorgspersonen) (se også afsnit 2.8).

På baggrund af ovenstående, forekommer det mere relevant at beskrive børnenes problematikker med en anden terminologi end *sekundær traumatisering*.


Bessel van der Kolk et al. foreslår diagnosen *developmental trauma disorder*, som indfanger kompleksiteten af problemstillinger for børn i traumatiserede flygtningefamilier. Begrebet/diagnosen blev ikke indar-

bejdet som officiel diagnose i DSM-V, men bidrager med en vigtig forståelse. Se bilag 1 for angivelser af relevante diagnostiske kriterier for traumer, herunder ICD-10, ICD-11 og DSM-V samt van Der Kolk's forslag til diagnostiske kriterier for *developmental trauma disorder*. Mere information om belastningsreaktioner, traumesymptomer og diagnoser kan fx findes i følgende værker³¹.

2.7 Flygtningebørns kontakt med systemet

2.7.1. Hvor og hvordan foregår udredningen af nyankomne flygtningebørn?

De børn, der ankommer til Danmark som asylansøgere, bor først på et modtagecenter, hvor de gennemgår en modtageprocedure, identificeres hos myndighederne og indbydes til en sundhedssamtale hos centrets sygeplejerske (for mere detaljeret information om faserne i asylproceduren i Danmark, se Dansk Flygtningehjælps hjemmeside³².) I perioden 2009-2012 var det obligatorisk, at alle asylansøgerbørn skulle screenes psykologisk i forhold til tidligt at få identificeret psykiske symptomer hos børnene, men efter 2012 er det ikke længere alle børn, der tilbydes den psykologiske screening. Hvis personalet, der er tilknyttet asylcentret, får mistanke om psykiatriske tilstande eller andre psykologiske problemstillinger, kan de henvise til en psykologisk undersøgelse af en psykolog, der er tilknyttet centret, eller i særlige tilfælde til det ordinære sundhedsvæsen (jf. paragraf 15 i Integrationsloven nedenfor). Al undersøgelse og intervention foregår på konkret bevilling fra Udlændingestyrelsen. Mens asylsagen behandles, sendes barnet/familien til et opholdscenter. Barnet/den unge kan herefter henvises til udredning på foranledning af pædagoger, lærere, læge eller andre professionelle på opholdscentret. Udredningen foregår i nogle tilfælde af psykologer, tilknyttet centret (i de centre, der drives



af Røde Kors) eller af privatpraktiserende eller kommunalt ansatte psykologer.

Oftest vil barnet, trods sværere adfærdsforstyrrelser, ikke være diagnosticeret i hjemlandet. Dette kan bl.a. skyldes, at der ikke har været adgang til skolegang og/eller psykolog, at bekymringen ikke har været tydelig, at man har en anden opfattelse af psykiske vanskeligheder end i Danmark, eller at man i krigsberørte samfund, hvor institutioner og strukturer bryder sammen, først og fremmest har fokuseret på overlevelse. I de senere undersøgelser af børnene i asyl landet vil det i mange tilfælde være en udfordring, at psykologen ikke har adgang til de journaler og overvejelser, der har været fra anden fagpersonale, på samme måde som man har hos danske børn, hvor sundhedsplejerske eller pædagogisk tilbud har ført observationer og overvejelser om barnets trivsel.

Ved ankomst til opholdskommune efter opholdstilladelse er opnået, skal flygtningen tilbydes en helbreds mæssig vurdering iflg. integrationsloven. I Integrationsloven §15, efter lovændring i 2016 står der: *“Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en flygtning, som visiteres til kommunen, jf. § 10, en helbreds mæssig vurdering, hvis der efter en konkret vurdering skønnes at være behov for en nærmere afdækning af den pågældendes fysiske og psykiske helbredsforhold. Ved vurdering af behovet for tilbuddet skal kommunalbestyrelsen inddrage allerede foreliggende helbreds mæssige oplysninger om flygtningen”*.

Helbredsundersøgelsen i kommunerne foregår typisk hos den praktiserende læge, der skal danne sig et overblik over barnets eller den unges helbred så tidligt som muligt. Denne helbredsundersøgelse danner grundlag for yderligere undersøgelse og behandling samt integrationsplanlægning i kommunen. Der er meget store forskelle i kommunernes forvaltning af denne forpligtigelse. LG Insight har i 2017 lavet en opfølgning på deres traumeundersøgelse fra 2013, som indikerer, at indsatsen for at opspore flygtninge

med traumer er mangelfuld. 43 % af de adspurgte 66 kommuner vurderer, at deres kommune ikke gør nok for at afdække traumer hos flygtninge, og 46 % svarer, at deres kommune ikke tilbyder nyankomne flygtninge en helbredsundersøgelse, på trods af, at kommunerne ifølge integrationsloven er forpligtet til det, hvis der vurderes et behov herfor. Meget få kommuner har retningslinjer eller anvender screeningsværktøjer vedr. traumer.

2.7.2 Udfordringer i forhold til modtagelsen

Et igangværende ph.d.-studie af børnelivet for flygtninge i Danmark v. Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Københavns Universitet³⁴ peger på, at der ifm. modtagelsen af børnene ligger et stort potentiale for at forbedre samarbejdet og koordinationen mellem asylcenter og kommune samt mellem skole, sundhedsplejerske og familie på en måde, der kan imødekomme flygtningebørnenes behov bedre. Studiet adresserer problemstillingen omkring den såkaldte 'honeymoon fase' - at børnenes problemstillinger i mange tilfælde først vil vise sig et stykke tid efter modtagelsestidspunktet, og at der dermed ligger en fare for, at det sundhedsfaglige personale i både kommune og modtagercenter kan overse vigtige forhold. Der peges også på udfordringen i, at man hermed i mange tilfælde ikke ved, hvad der sker med børnene, når de har været her i længere tid.

2.7.3 Udredning og behandling i specialiserede behandlingscentre for flygtninge med traumer

Psykologisk udredning og behandling kan også foregå på de specialiserede behandlingscentre for flygtninge med traumer, som hører under Sundhedsloven (Dignity, Oasis, RCT Jylland). Behandlingstilbuddet er gratis, men kræver, at professionelle omkring familien er opmærksomme på denne mulighed. Den formelle henvisning sker gennem egen læge. Centrene behandler både voksne, børn og familier, alt efter behov.

2.7.4 Asyl- og flygtningebørns kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien

Trods den omfattende forskningsmæssige dokumentation af, at børn med flygtningebaggrund har flere symptomer på belastninger og psykiske lidelser end børn uden flygtningebaggrund, har de mindre kontakt med psykiatrien. Seniorforsker Finn Breinholt Larsen ved Defactum, en enhed under Region Midtjylland, som bl.a. gennemfører omfattende folkesundhedsundersøgelser, har bl.a. dokumenteret, at personer med anden etnisk herkomst end dansk har en langt højere forekomst af psykiske lidelser end den danskfødte befolkning. Dette skyldes bl.a., at de generelt lever under meget mere belastede livsomstændigheder³⁵. Det kan derfor ikke antages, at børnenes mindre kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien skyldes, at de fungerer bedre og har færre symptomer, som kunne give anledning til en udredning end danskfødte børn.

2.7.4.1 Forældrenes forståelse af psykiske vanskeligheder/psykologhjælp:

Flere faktorer spiller formentlig ind i forhold til underrepræsentationen af flygtningebørn i psykiatrien. Der er flere barrierer i forhold til flygtningefamiliers kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien end for danskfødte børn og familier. Når et flygtningebarns forældre også selv er belastede af flugten, og det, der ledte op til flugten, og endvidere kan have psykiske problemer og traumer i bagagen, så kan det være vanskeligere at få øje på børnenes problemer og/eller vide, hvad man skal stille op i forhold til dem.

I et dansk studie af Montgomery, der sammenligner unge flygtninge fra Mellemøstens selvrapporterede psykiske helbred med forældrenes rapportering af den unges helbred, fandt man, at forskellen mellem selv- og forælderreportering bl.a. afhang af forældrenes helbredssituation og var forskellig for forældre med henholdsvis psykiske og fysiske problemer. Forældre med psykiske problemer havde en tendens til at overvurdere barnets psykiske problemer, mens for-

ældre med fysiske problemer havde en tendens til at undervurdere barnets problemer³⁶. Det konkluderes i forlængelse heraf, at man derfor bør inkludere en undersøgelse af forældrenes helbredssituation, når man undersøger børnene.

Psykisk sygdom er i nogle kulturer endvidere tabubelagt, ligesom der findes andre forståelser og tilgange hertil end den vestlige, hvilket kan bevirke, at forældrene er mindre opsøgende (dvs. de underrapporterer) eller har andre forklaringsmodeller end den børnepsykiatriske (fx er mere fokuserede på konkrete somatiske smerter og klager). Således attribueres forskellige betydninger ind i forskellige symptombilleder. Forældrene kan grundet manglende kendskab til sundhedssystemet i nogle tilfælde (fx asylfasen) endvidere være bange for, at myndighederne vil fjerne deres børn, hvis det bliver tydeligt, at der er vanskeligheder i familien, eller at børnene mistrives eller udviser egentlig bekymrende adfærd. Det manglende kendskab til sundhedssystemet, manglende socio-økonomiske ressourcer og socialt netværk kan også i sig selv være barrierer for at opsøge hjælp.

I arbejdet med børn og unge, der er ankommet med deres forældre til Danmark, er det derfor også vigtigt at være meget opmærksom på forældrenes funktionsniveau, da det i flere tilfælde kan være en vedligeholdende eller (med)udløsende faktor for børnenes symptomatologi. Mange forældre kan være stressbelastede, fordi de har set sig nødsaget til at flygte af forskellige årsager, men stressbelastningen kan også være forårsaget af selve flugten og en asylperiode af ukendt varighed med minimal indflydelse på eget liv – i nogle tilfælde i et land, hvor man ikke føler sig velkommen. Diskrimination, fattigdom, sprogbarrierer og manglende social støtte påvirker også familiens funktion og tillid til omverdenen negativt, og dette kan i sig selv hindre en god samarbejdsrelation med professionelle i kommune eller sundhedssystemet.



2.7.5 PPR – den psykologiske udredning af flygtningebørn i kommunerne

Overordnet skal det siges, at landets kommuner har forskellige måder at håndtere udredning af nyttilkomne børn med flygtningebaggrund eller familiesammenførte børn på. I nogle kommuner vil det fx være den pågældende PPR-psykolog, der udreder barnet, mens andre kommuner har et team af forskellige fagprofessionelle omkring barnet. Psykologisk udredning af nyttilkomne børn med flygtningebaggrund eller familiesammenførte børn i PPR-regi vil som oftest foregå, når man er i tvivl om daginstitution- eller skoleplacering, i forbindelse med manglende trivsel og udvikling i daginstitution/skole eller i forbindelse med videre henvisning til børne- og ungepsykiatrien. Der kan således være tale om udredninger af primært pædagogisk-psykologisk, neuropsykologisk eller klinisk psykologisk karakter.

Udredningen kan have forskellige formål, men generelt set er formålet med udredningen at belyse baggrunden for et barns begrænsede trivsel og udvikling bedst muligt med henblik på at tilbyde barnet den rette specialpædagogiske intervention. Ved udredningen ønsker man typisk at få undersøgt sproglige vanskeligheder, knyttet til barnets tosproglighed og/eller til egentlige specifikke sproglige vanskeligheder og/eller traumer og tilpasningsstress eller mangelfulde kognitive forudsætninger (begavelse). Derudover er hyppigt forekomne problemstillinger, man ved udredningen ønsker at få belyst: koncentrations- og/eller adfærdsvanskeligheder med baggrund i traumer og tilpasningsstress og/eller egentlige opmærksomhedsforstyrrelser, indlæringsvanskeligheder/faglige vanskeligheder med baggrund i kognitive vanskeligheder (generelle eller specifikke) og/eller begrænset skolegang og/eller begrænset stimulation og/eller traumer og tilpasningsstress. Endelig er der også fokus på trivselsvanskeligheder/vanskeligheder i socialt samspil med baggrund i socialt kognitive vanskeligheder og/eller traumer og tilpasningsstress.

Hvis nyttilkomne flygtningebørn i forbindelse med start i almindelig daginstitution eller dagpleje udviser bekymrende adfærd og/eller andre tegn på store specialpædagogiske behov, vil disse børn typisk blive udredt af den småbørnspsykolog fra PPR, der er tilknyttet den aktuelle daginstitution eller dagpleje med henblik på at tilbyde barnet den rette specialpædagogiske intervention og eventuel henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Ligeledes vil flygtningebørn i skolealderen, der ved ankomsten til Danmark vurderes at have et specialpædagogisk behov, der overstiger dets behov for at lære dansk i en af kommunens modtageklasser, typisk blive placeret i et af kommunens specialpædagogiske tilbud (specialklasser eller specialskoler). Nogle af disse børn vil typisk have meget dårlig begavelse og/eller svære motoriske handicaps/syndromer, og/eller svære børnepsykiatriske problematikker, som allerede er diagnosticeret i hjemlandet, hvorved deres specialpædagogiske behov og baggrunden for dem er åbenlyse og fremtrædende. En del af disse børn har tidligere været kvoteflygtninge, der tidligere blev udvalgt netop pga. særlige behov. Denne praksis har de seneste år været pauseret, og man har i stedet udvalgt kvoteflygtninge efter deres 'tilpasningspotentiale. Andre er børn, der er beskrevet med store vanskeligheder fra asylcentre, og videre er der tale om børn, der i forbindelse med ankomsten af familien beskrives som udvisende bekymrende adfærd eller mistrivsel. I disse sager vil den tilknyttede PPR-psykolog ofte lave en psykologisk udredning, evt. i form af supplement til allerede eksisterende udredninger fra asylcentre eller hjemlande, med henblik på at indstille til et specialpædagogisk tilbud og/eller videre henvisning til børnepsykiatrien.

Jf. lovgivningen om racisme og særbehandling må børn op til 13 år (modtagelsesklasse 0, A og B) højst gå i modtagelsesklasse (dvs. modtage positiv særbehandling) i 2 år. Hvis man efter 1½ år er i tvivl om, hvorvidt et barn kan udsluses til almen klasse eller har behov for specialklasse/specialskole, laver

den tilknyttede PPR-psykolog typisk en udredning med henblik på at belyse dette nærmere.

Der eksisterer en særlig udfordring med de uledsagede flygtningebørn/-unge, som ofte er meget komplekst belastede, og som i nogle kommuner (som fx Århus) placeres i bofællesskaber under Integrationsnet, hvor der er tilknyttede psykologer, og som skoleplaceres i kommunens forskellige modtagelsesklasser på C og D-niveau, der betjenes af PPR-psykologer.

Som tidligere nævnt er flygtningebørn underrepræsenterede i psykiatrien. Et nyligt dansk registerstudie med data fra 25.000 flygtningebørn og 150.000 danske børn viser, at kun 3,5 % af flygtningebørnene har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen. Det er halvt så mange kontakter, som de danske børn har haft (7,7 % til sammenligning) - og dette på trods af, at det er veldokumenteret, at mange børn med flygtningebaggrund har et dårligt psykisk helbred³⁷.

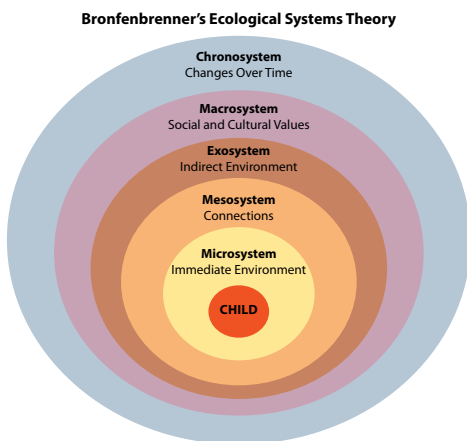
Ifølge forskerne skyldes denne ulighed, at familiernes "kontakter" i systemet, herunder læger, pædagoger og lærere, ikke er opsøgende nok over for flygtningebørnene. Børnenes adgang til sundhedssystemet er afhængig af, om voksne uden for familien lægger mærke til, at børnene mistrives og iværksætter hjælp. Forældrene har ofte ikke selv overskud til at se børnenes trivselsproblemer og kender heller ikke mulighederne i sundhedsvæsenet. Børnenes vanskeligheder tolkes ofte som kulturelt betingede eller fx udtryk for dårlig opdragelse eller dårlig begavelse af de professionelle, og relevant intervention forsinkes eller udebliver³⁸.

2.8 En nuanceret forståelse af flygtningebørn og unges mentale helbred og trivsel

Udredning af (mis)trivsel hos børn med flygtningebaggrund er yderst komplekst. Børnenes og de unges trivsel afhænger af et kompliceret dynamisk samspil mellem en lang række faktorer inkluderende bl.a. vold-

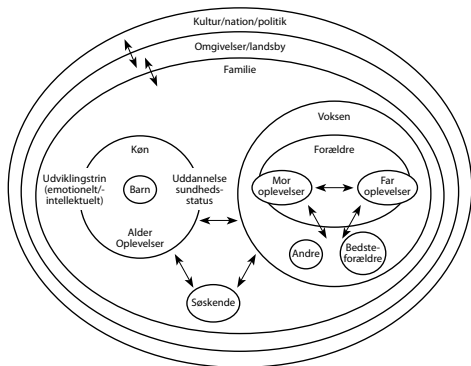
some hændelser før og efter flugten, eksilerelaterede belastninger, familær funktion og social støtte. Det er en forsimpning alene at tænke på mentale lidelser hos børn og unge med flygtningebaggrund som tilstedeværelsen af PTSD eller ej.

Figur 1 nedenfor gengiver Bronfenbrenners økologiske model (1979 og 1994³⁹). Modellen var et opgør med den traditionelle individorienterede måde at tænke udviklingspsykologi på, til fordel for en mere kompleks forståelse af individet som indlejret i en række kontekster og sociale samspil med andre mennesker.



Figur 1

I sin bog *Flygtningebørn – traume, udvikling, intervention*⁴⁰ anvender Montgomery Bronfenbrenners model (se Figur 2 nedenfor) til at illustrere og begribe de systemer, som et (flygtninge)barn/ung deltager i og er påvirket af, og hvordan disse kan indvirke på barnets trivsel og udvikling. I familiesystemet kan eksempler på sådan påvirkning være, at barnet har mistet hele eller dele af sin familie, at forældrene har været udsat for tortur og derfor har ændret adfærd, eller har nedsat forældreevne som følge af psykisk lidelse, fx PTSD. I barnets eget system kan der være



Figur 2

En grundlæggende pointe er altså, at det ikke giver mening at se på et barn eller et ungt menneske (mis)trivsel, snævert ud fra fx et enkeltstående traume, et isoleret fænomen, som man mener, kommer til udtryk fx som behandlingskrævende (krigsrelateret) PTSD. I stedet må man betragte barnets trivsel som noget dynamisk, som påvirkes af en række forskellige livssituationer, som hver især kan udgøre beskyttende- eller risikofaktorer⁴¹.

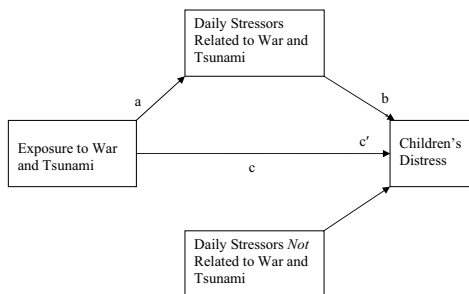
En ny dansk ph.d., som undersøger tilknytning og

traumekompleksitet hos 43 flygtninge, fandt fx, at krigs- og flugtrelaterede traumer kun udgjorde en brøkdel af flygtningenes traumbillede og psykologiske følger. Derimod viste det sig, at 63 % af de undersøgte flygtninge havde et eller flere tilknytningstraumer i form af oplevelser af fysiske eller følelsesmæssige overgreb eller omsorgssvigt. De traumatiske oplevelser, forbundet med forfølgelse, fængslinger, tortur, bombninger, og andre krigsrelaterede oplevelser, kan siges at løbe parallelt med de familiemæssige traumer igennem flygtningenes liv⁴².

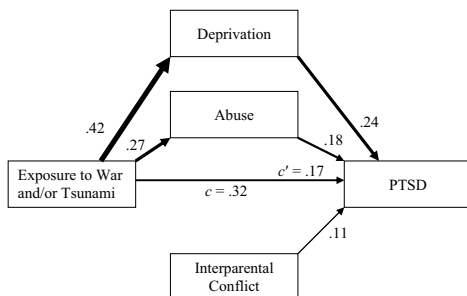
Et andet dansk ph.d.-studie bekræfter også, som tidligere nævnt, betydningen af forældres PTSD-symptomer og forældreevne for børns trivsel og tilknytning og konstaterer, at hvis forældre udsættes for traumer både før og efter barnets fødsel, vil det ofte påvirke deres evne til at tilbyde adækvat forældrestøtte. Studiet finder også en sammenhæng mellem barnets trivsel og typen af traumekomunikation i familien⁴³.

Den internationale forskning har også i stigende grad beskæftiget sig med de komplekse sammenhænge mellem mental sundhed og traumer hos flygtninge og oplevelsen af henholdsvis krigsrelaterede traumatiske hændelser og daglige eksilrelaterede stressorer efter flugten⁴⁴. Miller & Rasmussen (2010) har fremført det argument, at den snævre traumefokuserede tilgang (som fokuserer på PTSD og traumatiske hændelser) overvurderer betydningen af traumet og undervurderer betydningen af stressfulde materielle og sociale vilkår såsom fattigdom, fejllærning, ødelæggelse af sociale netværk, udstødelse etc., mens en snæver psykosocial tilgang undervurderer den indvirkning, som udsættelse for væbnet konflikt kan have på psykisk sundhed og psykosocial funktion, og risikerer at overse behovet for mere specialiseret behandling af vedvarende traumer og depression.

I deres artikel fra 2010 diskuterer Miller & Rasmussen vigtigheden af daglige stressorer; de stressfulde sociale og materielle vilkår i hverdagen, som er almindelige ved bl.a. krig og organiseret vold; manglende adgang



Figur 3: Model for assessing mediation in the relation between disaster exposure, daily stressors, and children's distress



Figur 4: Daily stressors as mediators of the relation between exposure to war and/or tsunami and posttraumatic stress disorder

til mad, vand og medicin, usikre og overfyldte flygtningelejre, social isolation grundet ødelæggelse af traditionelle støttenetværk, vold i familien (som synes at øges under væbnet konflikt), manglende indkomst (som resulterer i fattigdom samt skam og frustration over ikke at være i stand til at sørge for sin familie) samt social marginalisering af sårbare grupper. For børn er manglende adgang til skolegang og manglende legemuligheder også væsentligt forbundet med psykiske problemer senere hen⁴⁵.

Ifølge Miller & Rasmussen peger forskningen om daglige stressorer på, at den kumulative effekt af disse faktisk kan have en større påvirkning på helbredet end alvorlige (traumatiske) livsbegivenheder i sig selv.

De argumenterer dog for en kompleks model, hvor:

1. traumatisk stress relateret til fx krig og flugt i sig selv kan påvirke mental sundhed,
2. daglige krigs og ikke-krigsrelaterede stressorer i sig selv kan påvirke mental sundhed og
3. hvor nuværende/daglige stressorer kan mediere effekten af traumer.

Dvs. der er både separate og medierede effekter. Figur 3 og 4 gengivet nedenfor fra en artikel af bl.a. Miller 2010⁴⁶ er en brugbar illustration af, hvordan katastrofe-


og krigsrelaterede oplevelser samt daglige stressorer påvirker den psykosociale funktion hos unge i Sri Lanka (figur 3), og hvordan forskellige daglige stressorer, både relaterede, og ikke-relaterede til krig og/eller katastrofe, kan udløse traumatisk stress hos børnene.

Med andre ord skyldes en del af den oplevede belastning og lidelse, som ses hos krigspåvirkede populationer, ikke alene udsættelsen for (politisk) vold/traumer *per se*, men dennes fortsatte indvirkning på en hel række områder i befolkningernes tilværelse. Familiær vold er et eksempel på en stressor, som er relateret til både oplevelsen af krigstraumer i sig selv (som udløsende faktor) på den ene side og PTSD på den anden side (se Figur 4).

Dvs., at et barns PTSD symptomer (og generelle funktionsniveau) ikke kun kan forstås snævert som relateret til oplevelsen af traumatiske begivenheder (krig og flugt), men også til, at barnet måske til stadighed befinder sig i et miljø med andre stressorer (materielt/socialt/emotionelt afsavn, forældre-konflikter eller decideret overgreb/misbrug).

2.8.1 Implikationer for praksis

Konsekvensen af denne komplekse forståelse, som fremhæver vigtigheden af både traumatiske og daglige/samtidige stressfaktorer og ikke mindst samspillet



mellem disse er, at der er et stort behov for at den udredning og intervention, som igangsættes, er sensitiv over for samspillet mellem disse komplekse faktorer og ikke kigger snævert på, om et barn fx har PTSD grundet i et enkeltstående traume. Sundhedspolitik og interventioner, som kan reducere de daglige stressfaktorer, som er relevante for flygtningebørn i Danmark, er også af stor betydning. Her peger forskningen på, at der med fordel kan tænkes på at screene børn af udsatte/traumatiserede forældre, at støtte og styrke familie/forældrefunktionen, at mindske stressfaktorer såsom hyppige skoleflytninger, at understøtte sociale kompetencer og netværksdannelse samt at forebygge mobning og udsættelse for diskrimination (se evt. afsnittet 'risiko- og beskyttende faktorer for børn og unge med flygtningebaggrund nedenfor).

2.9 Risiko - og beskyttende faktorer for flygtningebørn

Forskning viser, at generelle risikofaktorer for børn og unge med flygtningebaggrund, der har betydning ved ankomsten til værtslandet, er: graden af barnets traumeeksposering i hjemlandet, hvordan forældrene håndterer situationen, adskillelse fra omsorgspersoner, omsorgspersoners traumeeksposering samt barnets alder og udviklingsniveau. Risikofaktorer, der er afgørende på længere sigt, er: forældrenes uddannelsesniveau og integration, oplevet marginalisering og diskrimination, asylprocedure, livsomstændigheder og sociale betingelser, herunder etablering af stabilitet, kontinuitet, relationer til jævnaldrende og det professionelle netværk⁴⁷. Tab af eller separation fra forældre, eller forstyrrelser i forældrenes opmærksomhed og forældreevne, kan resultere i væsentlig sekundær stress, sammen med tilstedeværelsen af kronisk belastende livsomstændigheder.

Omvendt er centrale beskyttende faktorer ved ankomsten tryk tilknytningsstil hos barn og omsorgspersoner, et stabilt og støttende opvækstmiljø,

forældrenes omsorgsevne og symptomniveau og det forhold, at børnene er yngre. På længere sigt har man fundet, at de centrale beskyttende faktorer er danskundskaber, at have meningsfuld beskæftigelse (skole/arbejde), at have danske venner, veluddannede forældre og endelig en stabil livssituation (fx få flytninger, økonomi m.m.).

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at risikofaktorer, som dårlige og traumatiske livsvilkår ikke nødvendigvis har en dyb eller langvarig effekt på et menneskes adfærd, livskvalitet eller psykiske sundhed. Sund tilpasning efter specifikke, afgrænsede traumatiske oplevelser har vist sig at være afhængig af kognitiv kompetence, selvtillid, aktive mestringsstrategier, et stabilt emotionelt forhold til en forælder eller omsorgsperson og adgang til støtte fra denne samt adgang til et bredt socialt støttesystem uden for familien⁴⁸. Generelt kan man sige, at psykiske problemer opstår, når modstanden er stor og de beskyttende faktorer få.

2.9.1 Udredning af traumer - særlige opmærksomhedspunkter

Generelt kan man sige, at de børn, man især skal bekymre sig om, er børn, der udviser tegn på mistrivsel i form af emotionelle vanskeligheder (angst, depression, PTSD), opmærksomheds/hyperaktivitetsproblemer, social kompetencemæssige vanskeligheder eller adfærdsproblemer. Man bør også være opmærksom på børn, der udviser tegn på utryk tilknytning (genem leg eller adfærd mere generelt), og børn, hvis forældre har en ufiltreret/indirekte/ikke-intentionel kommunikationsstil, virker emotionelt tilbagetrukket eller udviser andre tegn på en kompromitteret omsorgsevne. Også børn i familier, hvor der forekommer en rolleforvirring/rolleombytning, hvor barnet fremstår 'forældreagtig' i sin adfærd, bør man være opmærksom på. Man bør holde øje med børn i familier, kendetegnet ved en lav grad af sammenhold og fleksibilitet, hvor der forekommer ægteskabelige

problemer, hvor forældrenes coping-stil synes præget af håbløshed/hjælpeløshed og børn i familier, hvor begge forældre er traumatiserede. Endelig bør man

være opmærksom på børn i familier, som oplever massive sociale og økonomiske vanskeligheder⁴⁹ (dette oplever de fleste familier desværre).

Tabel 1: Opsummering af risiko- og beskyttelsesfaktorer tilpasset fra Ehnholt & Yule (2006)

	RISIKOFAKTORER	BESKYTTENDE FAKTORER
Traume-relaterede	<p><i>Eksponering til krigsrelaterede begivenheder</i></p> <p>Multiple traumatiske begivenheder</p> <p>Alvorlighed af traumat</p> <p>Graden af oplevet trussel</p> <p>Graden af personlig involvering/nærhed</p> <p><i>Savnede familiemedlemmer med ukendt skæbne</i></p>	
Individuelle karakteristika	<p><i>Forudgående sårbarhed</i></p> <p>Adfærdsproblemer forud for flugten</p> <p>Tilstedeværelsen af præeksisterende kronisk sygdom</p>	<p><i>Egenskaber</i></p> <p>Godt temperament</p> <p>Positivt selvværd</p> <p>Evne til at tilpasse sig til nye situationer</p> <p><i>Holdninger/trossystemer</i></p> <p>Ideologisk tilknytning til den position/side man selv kæmper for (for soldater og kombattanter)</p> <p>Stærke trossystemer</p>
Familie	<p><i>Dårligt mentalt helbred hos forældre</i></p> <p>Psykisk sygdom/lidelse hos mor</p> <p>Politisk forfølgelse og fængsling af far</p> <p>Uledsaget af familiemedlemmer</p>	<p><i>Godt mentalt helbred hos min. én forælder</i></p>
Eksilrelaterede	<p><i>Lave niveauer af social støtte</i></p> <p><i>Eksilrelaterede stressorer</i></p> <p>Asylsøgningsprocessen i sig selv</p> <p>Forhandlinger med udlændingemyndigheder</p> <p>Uafklaret asylstatus</p> <p>Finansielle problemer</p> <p>Arbejdsløshed</p> <p>Dårlig eller manglende bolig</p> <p>Hjppige flytninger</p> <p>Sprogbarrierer</p> <p>Social isolation</p> <p>Diskrimination</p> <p>Belastning ved tilpasning til en ny kultur med andre kulturelle skikke og normer</p>	<p><i>Høje niveauer af social støtte</i></p>



3. Psykologisk Udredning

3.1 Om psykologisk udredning af børn med flygtningebaggrund

Det overordnede formål med psykologisk udredning af flygtningebørn er at forstå barnet og dets handlinger og adfærd og herigennem at identificere de børn, som enten allerede har udviklet psykiske vanskeligheder eller er i fare for at gøre det, eller som måtte have andre særlige behov. Psykologisk udredning giver endvidere grundlag for at vurdere behovet for og typen af en evt. intervention.

Et nyt systematisk review af validerede screeningsinstrumenter til at undersøge flygtningebørn- og unges mentale helbred og traumer fra 2017 viste ifølge forfatterne⁵⁰, at der er en alvorlig mangel på validerede assessment-redskaber til denne population – og endda et fuldstændigt fravær af validerede instrumenter til børn under 6 år. Et tidligere review kom til en lignende konklusion⁵¹. Da der ikke p.t. er et stærkt forskningsmæssigt grundlag for at anbefale bestemte metoder og tilgange frem for andre, baserer nærværende vejledning for psykologisk udredning sig på en kombination af klinisk erfaring og forskningsbaseret viden.

Som ved udredning af ethvert barn eller ung gælder det, at det semi-strukturerede kliniske interview kan betragtes som centralt ift. at opnå en god kontakt, engagere barnet og/eller familien og indsamle information. Strukturerede kliniske interview, egentlig psykologisk testning og børne- og ungdomspsykiatrisk udredning kan også ind imellem være nødvendige for at vurdere, om et barn opfylder de diagnostiske kriterier for en specifik tilstand⁵¹. Der er dog mange forbehold for testning ift. flygtningepopulationen, og under alle omstændigheder må testmaterialet altid kun anvendes som supplement til den samlede vurdering. Nedenfor opridses nogle af de relevante forbehold ved udredning og testning, og det diskuteres, hvordan de kan håndteres.

3.1.1 Etik

Psykologen, der udfører udredning af børn eller unge med flygtningebaggrund, er naturligvis underlagt de til enhver tid gældende etiske principper. Autoriserede psykologer, der udfører psykologisk udredning, er desuden under gængs tilsyn af Psykolognævnet.

Psykologer, der udfører psykologisk udredning af børn og unge med flygtningebaggrund, henvises til de generelle etiske retningslinjer for psykologer:

Etiske Principper for Nordiske Psykologer. Regelsæt af 2012-2014. Nordiske Psykologforeninger⁵².

Derudover kan der henvises til:

- European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) Meta-Code of Ethics (July 2005).
- Psykolognævnets love og regler om psykologers virke. Psykolognævnet, Socialministeriet.

3.1.2 Forbehold ved testning

Psykologisk testning kan være brugbar og informativ til at sige noget om barnets udvikling og trivsel inden for konkrete områder, også i forhold til, hvad der forventes af danske børn. Psykologisk testning bør i alle tilfælde betragtes som et øjebliksbillede, og testresultater bør altid fortolkes i en større sammenhæng med de øvrige informationer, der indgår i undersøgelsen, som fx kan opnås igennem samtale med barnets forældre, netværk og observation af barnet i dets nærmiljø. Psykologen kan i testningen fx opnå et supplerende indblik i barnets kognitive niveau ved både at se på arbejdsstrategier, hastighed, udholdenhed, koncentration og andet observerbart under testningen, sammenholdt med de standardscores, barnet opnår.

Hovedparten af de psykologiske test, som er tilgængelige i Danmark, har dansk eller nordisk (evt. europæisk) normmateriale. De fleste børn med flygtningebaggrund kommer fra en anden sproglig, kulturel og erfaringsmæssig baggrund, hvilket betyder, at testenes normdata ikke er ligeså valide. Alligevel er det stærkt



nødvendigt at kunne tilbyde børn i mistrivsel eller med store specialpædagogiske behov, fx på baggrund af mental retardering eller psykiatriske vanskeligheder, den rette intervention. Testene bør derfor anvendes til udredning af børn med flygtningebaggrund med stor etisk hensyntagen, forsigtighed og forbehold ift. vurderingen af testresultaterne. Psykologen, der udreder barnet, bør altid være bevidst om, at test sjældent er kultursensitive og være opmærksom på faldgruberne i den forbindelse.

3.1.3 Timing af testning

Alle flygtningebørn og -familier vil være præget af belastninger i et eller andet omfang ved ankomsten til Danmark. Egentlig psykologisk testning af barnets kognitive, emotionelle og sociale funktion vil ofte være behæftet med megen usikkerhed i den tidligste og for barnet meget utrygge fase efter ankomsten til landet. Det anbefales derfor, at man først igangsætter en psykologisk udredning af børnene, når de og deres familier er faldet til ro og er begyndt at få et vist fodfæste i deres nye land, idet det vil øge undersøgelsesresultatets validitet. I praksis kan dette fx være, når barnet går i skole eller ungdomstilbud/klub.

I nogle tilfælde vil det dog ikke være muligt at afvente, fx fordi barnet er i svær mistrivsel, eller det vurderes, at det har så store specialpædagogiske behov, at det har brug for en specialdaginstitution eller et specialklasse-/specialskoletilbud umiddelbart ved ankomsten til landet. Psykologen må da forsøge at vurdere barnets funktionsniveau ud fra metoder, der vurderes bedst egnede i den givne situation. Det drejer sig især om strukturerede interview eller test med forældre og anden familie om barnets opvækstvilkår og aktuelle livssituation, med personale i asylcentre eller i daginstitutioner og skoler, og med barnet selv, og om observationer af barnet i samspil med forældre, andre voksne og andre børn og observationer af barnets leg og daglige funktion.

3.1.4 Utryghed ved testsituationen

Nogle forældre/familier kan være usikre i forhold til at lade deres barn undersøge af en psykolog, måske fordi de ikke ved, hvad en psykolog laver, fordi de frygter, at psykologen mener, at deres barn har en sindslidelse, eller fordi de selv har dårlige erfaringer med psykologer. I nogle lande findes der ikke skolepsykologer/pædagogisk psykologi, men alene psykologer, tilknyttet hospitaler eller privat praksis. Det er ikke alle forældre, som er informeret om forskellen på psykologer og psykiatere, og nogle kan derfor tro, at psykologer også kan/vil medicinere deres barn.

Som tidligere nævnt er mange forældre selv påvirket af traumer og stress i forbindelse med flugten og tabet af hjemland. Det kan være svært for disse forældre at rumme, at deres barn måske også er påvirket af disse forhold, og at børnenes opvækstvilkår kan have påvirket deres trivsel samt kognitive, sociale og følelsesmæssige udvikling.

I de tilfælde, hvor formålet med undersøgelsen er en viderehenvielse til børnepsykiatrien, er det ekstra vigtigt at tage hånd om forældrenes evt. skepsis og bekymring i forhold til situationen, og bruge den nødvendige tid på at informere og skabe tryghed. Forældrene kan også på et oplyst grundlag fortsat udtrykke skepsis mod en udredningssituation, og en manglende forældre-accept bør i så fald respekteres, medmindre det vurderes at være imod barnets tarv.

3.2 Mødet med forældrene

Som udefrakommende kan det være vanskeligt at forstå det danske velfærdssystem og måderne, hvorpå det fungerer, og i samtaler med familier med flygtningebaggrund er det derfor vigtigt at italesætte, hvordan systemet fungerer, og at spørge ind til, hvordan det adskiller sig fra det, klienterne kommer fra og sammenligner med.

Generelt er det vigtigt at have øje for, at forældrene kan være mistænksomme eller uforstående over for

psykologens motiver, idet de ikke har det samme kendskab til det danske skole- og sociale system og den danske kultur og samfundsstruktur. Fx har man på arabisk ikke et ord for en psykolog, hvorfor det ofte bliver oversat til doktor, hvilket kan bibringe nogle misforståelser omkring, hvorfor psykologen er interesseret i deres barn og hvad der er af mulige konsekvenser, hvis de indgår i et samarbejde. Det er derfor essentielt at indlede sit samarbejde med familien med at beskrive sin funktion og det danske system, fx i forbindelse med udredning med henblik på skoleplacering. Samtidig er det vigtigt løbende at konfirmere med forældrene, at man har samme forståelse af situationen ved fx at spørge ind til, hvad forældrene selv har af overvejelser.

3.3 God skik vedr. tolkning

Klinisk erfaring i forbindelse med brug af tolk ved udredninger peger på en række problemstillinger i forhold til at finde og samarbejde med professionelle tolke. Dette fører i nogle tilfælde til, at man benytter barnet/den unge som tolk ved afholdelse af møder med forældre. Dette er ikke tilrådeligt.

Praksis viser, at der kan opstå udfordringer ifm. brug af tolk ved udredninger:

Tilgængelighed af tolke:

- Det kan i praksis være vanskeligt selv at få lov til at vælge tolk. Dette gælder både i forhold til at opfylde psykologens og/eller familiens eventuelle ønske om – eller fravalg af – en bestemt tolk
- Udfordringer i forhold til at få samme tolk gennem et helt forløb
- Udfordringer i forhold til at rekruttere tolke i yderområder samt til "små" sprog eller særlige dialekter
- Udfordringer i forhold til tolkes overholdelse af aftaler

Kvalitet af tolkning:

- Udfordringer i forhold til tolkningens korrekthed og kvalitet
- Udfordringer i forhold til oplevelser af, at tolken ikke oversætter direkte, men "fortolker" det sagte
- Udfordringer i forhold til oplevelser af, at tolken glemmer sin rolle som formidler af sproglige budskaber med fagligt indhold og i stedet involverer sig i udredningen eller laver kulturformidlinger, der ikke er forhånds aftalt
- Udfordringer i forhold til oplevelser af, at tolken ikke er professionel, neutral og kender til almindelig tolkeetik
- Udfordringer i forhold til enkelte tolkes forvaltning af deres tavshedspligt
- Udfordringer i forhold til, at tolken utilsigtet kommer til at hjælpe i testningen med sin oversættelse
- Udfordringer i forhold til tolkens manglende forståelse og kendskab til specifik terminologi og korrekt oversættelse af fagtermer

Psykologens viden om og erfaring med anvendelse af tolk ved udredninger:

- Flere psykologer mangler viden om "best practice" i forhold til tolkning
- Flere psykologer udtrykker usikkerhed i forhold til anvendelse af tolk, især i områder, hvor erfaringen er begrænset



Anbefalinger vedr. tolkning:

- Det anbefales, at der anvendes professionelle og veluddannede tolke ved udredninger. Det er en fordel, hvis tolken er uddannet til/har viden om at tolke ved samtaler om opvækstvilkår og aktuel livssituation, udfyldelse af spørgeskemaer og screeningsredskaber samt kognitiv testning i forbindelse med psykologisk udredning.
- Det anbefales, at man anvender den samme tolk gennem hele forløbet
- Det anbefales, at der i videst muligt omfang tages hensyn til familiens ønsker til tolk, fx en tolk af et bestemt køn, eller decideret fravalg af en bestemt tolk, familien er utryg ved
- Det anbefales, at der etableres kurser for tolke, dels i forhold til "best practise", dels om tolkning generelt, og endelig om tolkning ved psykologiske undersøgelser
- Det anbefales, at der etableres kurser for psykologer i forhold til "best practise" ved anvendelse af tolk
- I forhold til de nævnte problemer med at rekruttere kvalificerede tolke i yderområder samt til "små" sprog og særlige dialekter, anbefales det at anvende fjerntolkning/video- eller telefontolkning

3.4 Betydningen af kultur i forbindelse med udredning

I forbindelse med udredning af flygtningebørn udtrykker professionelle både i sundhedssystemet og det kommunale system ofte et ønske om at vide noget om barnets/familiens kulturelle baggrund, ligesom der kan være usikkerhed i forhold til, hvordan kulturforskelle eventuelt vil kunne påvirke/være bias i en egentlig psykologisk udredning. Kulturelle temaer kan være

forskelle mellem et individualistisk og et kollektivistisk livssyn, forskelle i værdier og opdragelsesstile, eksplicite og implicite normer og praksisser i forhold til adfærd og socialt samspil mellem børn og voksne, og forskelle i køns- og autoritetsopfattelser.

Det er vigtigt at have en opmærksomhed omkring, at forskellige faktorer, relateret til kulturel baggrund, kan påvirke både udredningssituationen og udkommet heraf, og det er naturligvis relevant at kende til menneskers kulturelle baggrund, når man i forbindelse med en udredning skal forstå meningen med et barns adfærd.

Forskning inden for den 'sociale og transkulturelle psykiatri', især repræsenteret ved Laurence J. Kirmayer⁵³ og kollegaer, har påpeget relevansen af at medtænke betydningerne af kultur i sundhedsinterventioner for at opnå indsigt i og forstå multiple betydninger af mental sundhed, sygdom og trivsel i dag i forskellige kontekster og kulturer. Fokus ligger her især på at forstå psykiske sundhedsproblemer i deres sociale og kulturelle kontekster og med udgangspunkt heri at kunne intervenere på en målrettet og respektfuld måde. Kirmayer har i forlængelse heraf også peget på betydningen af at medtænke kulturelle perspektiver på og variationer i sygdomsoplevelse og -udtryk samt at være opmærksom på, at der kan være forskellige kulturelle begreber for mental sundhed og trivsel.

En for ensidig fokusering på kultur(forskelle) kan imidlertid også i nogle tilfælde få en utilsigtet stigmatiserende, snarere end hjælpsom funktion, hvis det fx bruges som en bagvedliggende forklaringsmodel for problemstillinger typer af adfærd og alle observerede handlinger og udsagn. En sådan generaliserende og årsagsforklarende brug af kulturbegrebet kan let komme til at fungere adskillende og ekskluderende og være med til at fremme fordomme og en uheldig opfattelse af et "dem" og "os".

Et klinisk eksempel kunne være at opfatte vold i familien som et udtryk for kulturforskel i børneopdragelsesværdier, når det i stedet kunne skyldes, at en

traumatiseret PTSD-ramt forælder pga. begrænsede ressourcer ikke er i stand til at handle adækvat i presede situationer.

Opsummerende kan det anbefales, at psykologer - og andre professionelle, som møder flygtningebørn og familier - kender til diskurserne om kultur, såvel etisk, psykologisk og samfundsmæssigt. Dog fremhæver forskere og klinikere inden for feltet imidlertid nødvendigheden af først og fremmest at tænke om og møde flygtningebørn som *børn*. Dvs. primært have fokus på det almene ved barnets liv, familie og omstændigheder, snarere end det særlige ved barnet som flygtning eller det særlige ved barnets kultur⁵⁴. Fokus bør være at skabe en god kontakt og relation til barnet og dets familie og møde barnet og familien med nysgerrighed i forhold til deres unikke livssituation og tidligere erfaringer, både som almene livserfaringer, livsomstændigheder og som traumatiske begivenheder og oplevede belastninger i krig samt belastninger fra livet i eksil. Det kan derfor anbefales, at man som professionel først og fremmest opnår viden om den kulturelle baggrund gennem familierne selv og medtænker den information, de selv vurderer væsentlig.

For en mere udførlig beskrivelse og konkrete retningslinjer i forhold til vurdering af kulturelle faktors betydning ifm. udredning og diagnosticering henvises til 'det kulturelle interview'/'The Cultural Formulation Interview'⁵⁵. Det kulturelle interview indgår i DSM-5 og er et redskab udviklet til at hjælpe sundhedsprofessionelle til at indsamle, organisere og integrere kulturelt relevant klinisk information og herigennem skabe en større forståelse af den enkelte patient og dermed en bredere og mere nuanceret platform for udredning, diagnosticering og behandling. Interviewet består af 12 forskellige moduler: Funktionsniveau, socialt netværk, psykosociale stressorer, spiritualitet, religion og moralske traditioner, kulturel identitet, coping og hjælpsøgen, relationen mellem patient og behandler, børn i skolealderen og unge, ældre voksne,

immigranter og flygtninge samt omsorgspersoner. 'The McGill-JGH Cultural Consultation Service' har udviklet to udvidede versioner af interviewet baseret på DSM-IV outline⁵⁶.

Interessen for at inkludere kulturelle aspekter i den kliniske praksis introduceret i DSM-IV's 'Cultural Formulation' har også givet anledning til en række nationale udgaver af kulturelle interview (se i denne forbindelse de danske 'Kliniske retningslinjer for transkulturel psykiatri'⁵⁷ og den kulturelle spørgeguide, der er udarbejdet i forlængelse heraf⁵⁸).

3.5 Henvisningsgrundlag

Henvisningsgrundlaget (beskrivelsen af barnet) er oftest langt mere begrænset, end det man ser i forbindelse med henvisninger af andre børn, og det giver nogle særlige udfordringer.

Især i forbindelse med kvoteflygtninge og en del af de familiesammenførte børn og unge kan den viden, man får til rådighed om barnets funktion, være meget begrænset, og mulighederne for indledende hypotesedannelse derfor tilsvarende begrænset. Derfor vil man indledningsvis ofte alene kunne bygge på forældrenes og barnets/den unges egne beskrivelser.

Nogle asylansøgere har været omkring asylcentre, hvor der vil ligge beskrivelser fra centrenes børnehaver og/eller skoler, og i nogle tilfælde, hvor børnene er vurderet stærkt udviklingsforsinkede, eller deres adfærd er meget bekymrende, vil børnene allerede være forsøgt psykologisk undersøgt af asylcentrenes psykologer.

Når børnene er startet i daginstitutioner eller modtagelsesklasser, inden de henvises, kan der opnås viden gennem det pædagogiske personales beskrivelser af barnets funktion. Desværre er der begrænset samarbejde mellem kommuner og asylcentre, hvorfor informationen ofte ikke følger med, når barnet flytter.



3.6 Psykologisk udredning

Den børnepsykologiske udredning bør være bygget op på følgende måde:

- A. Anamnese: En grundig beskrivelse og vurdering af barnets opvækst og psykosociale udvikling samt livsforløb, herunder levestandard i hjemlandet, flugthistorie og nuværende livsomstændigheder.
- B. En klinisk vurdering af barnet.
- C. Selve testdelen med diagnostiske interview, suppleret med selvmonitoreringskemaer og eventuelt neuropsykologiske test.
- D. En sammenligning af de opstillede hypoteser, de kliniske iagttagelser og testresultaterne til en samlet vurdering af barnets trivsel, funktion, prognose og interventionsbehov.

3.6.1 Optag af anamnese

Det anamnesticke interview omkring flygtningebørn adskiller sig fra det typiske anamneseoptag ved at inddrage hele familiens historik/anamnese med henblik på at få den bedst mulige forståelse af både barnets udvikling og forældrenes erfaringer, psykiske tilstand under barnets opvækst samt mulige stressorer, som ikke nødvendigvis bliver betonet andet steds. Hvor man gennem kliniske observationer, beskrivelser og i testsituationen får et indblik i barnets ressourcer og udfordringer på det pågældende tidspunkt, kan den anamnesticke del bidrage til at øge forståelsen for barnets opvækst- og udviklingsbetingelser.

Anamnesen er en god mulighed for at etablere en tillidsfuld relation til forældrene ved at vise interesse for, hvordan deres liv så ud, før de blev flygtninge. For nogle forældre vil det måske være første gang i Danmark, at de føler, at der er blevet udvist interesse for deres person og identitet.

I det anamnesticke interview med flygtningebørn anbefales det at have særlig opmærksomhed på, hvorledes forældrene (og barnet) har oplevet og håndteret potentielt traumatiserende begivenheder med henblik på at vurdere, hvorvidt forældrenes om-

sorgsrolle er påvirket af deres tidligere og nuværende livsomstændigheder. Dette er særligt vigtigt, hvis den ene eller begge forældre har været udsat for tortur.

Anamnesen omkring et (flygtninge)barn vil have flere elementer:

- Etablering af arbejdsalliance/relation til forældrene og udfolde forældrenes liv, inden de fik børn (før evt. krig, flygtningelejr, har de levet et trygt og ubekymret liv, uddannelse, arbejde m.m.).
- Forældrenes situation: familieforhold (har de evt. mistet nogle familiemedlemmer), støtte og netværk, hvad de ser af udfordringer og styrker.
- Forældrenes traumehistorie og evt. fængsling og tortur, også inden barnets fødsel, idet dette prædikerer senere psykisk sygdom hos barnet, samt forældrenes nuværende fysiske og psykiske helbredstilstand, idet dette påvirker forældrenes vurdering af barnet (jf. afsnit 2.7.4.1 og Montgomery⁵⁹).
- Barnets tidlige fysiske og motoriske udvikling: graviditetsforløb, fødsel, kravle, gå og lignende.
- Barnets sociale udvikling: søge kontakt, tidlig legeudvikling, nuværende sociale omgangsformer, tætte venskaber (evt. tab)
- Barnets psykiske og emotionelle udvikling: forældrenes beskrivelse af barnet (i bilag 2 kan ses et eksempel på et anamneseskema fra Røde Kors).

3.6.1.1 Samtaler med forældre om opvækstvilkår og aktuel livssituation

Det er meget væsentligt - især i meget belastede familier - at være meget konkret i måden, man spørger ind til den tidlige udvikling og opvækstvilkår, og at tage udgangspunkt i forældrenes helt praksisnære relationer til barnet op gennem opvæksten. Det er ligeledes ofte godt at spørge til sammenligninger med andre børn i familien, nabobørn i hjemlandet etc.

Her kan et vist kendskab til familiens baggrund og livsbetingelser i hjemlandet være meget nyttigt. Dels kan det virke trygheds- og tillidsskabende hos familien, og dels kan det skærpe ens opmærksom-

hed i forhold til, hvad det er væsentligt at spørge nærmere ind til.

Det er væsentligt at spørge ind til årsag til migration, traumer og/eller udviklingstraumer hos barnet/den unge eller andre i familien, karakteren af bruddet i hjemlandet, karakteren af flugten, aktuelle familierelationer/socialt netværk (her og i andre lande/hjemlandet), skolegang/uddannelse, modersmålet, familiens værdier, sundhedsopfattelse samt livsplaner og ønsker/håb for fremtiden (fx ønske om repatriering, hvis muligt). Andre vigtige emner er: perioder, hvor barnet ikke har kunnet lege med andre børn pga. fx krig, perioder med manglende skolegang og perioder med dårlig ernæring.

Spørgsmålene skal naturligvis stilles i det omfang, det vurderes at kunne være af betydning for den psykologiske undersøgelse af barnet.

Skal man tale med forældrene om eventuel traumatisering af barnet/den unge – eller dem selv, anbefales det at rammesætte spørgsmålene tydeligt, fx: "Jeg har brug for at stille nogle spørgsmål om jeres fortid, og nogle af de voldsomme oplevelser, I har haft. I må sige til, hvis vi skal holde en pause, eller hvis der er noget, I ikke bryder jer om at tale om" samt benytte en psykoedukativ tilgang. Man kan fx stille et spørgsmål som: "Man ved, at børn, der oplever krig eller andre voldsomme ting, ofte vil kunne reagere med søvnløshed, angst for mørke, en klyngende adfærd, vagtsomhed, ængstelighed, kropslig uro etc., ser I/du det hos jeres barn?", fremfor blot at stille åbne spørgsmål.

3.6.1.2 Samtaler med barnet/den unge

I forbindelse med samtaler med barnet/den unge er det vigtigt at opnå et vist kendskab til barnets baggrund og hjemland, som man kan spørge kvalificeret ind til. Det kan være en god idé at benytte sig af et "fælles tredje" som at lade barnet tegne sin familie, noget rart fra hjemlandet eller Danmark (a la et "sikert sted"), en drøm, et håb samt fælles fremstilling af livliner/livsforløb og genogrammer.

I det omfang, barnet/den unge vurderes at have overskud og ressourcer til det, kan man naturligvis også spørge til de samme ting, som man spørger forældrene om vedrørende hjemlandet, flugt, håb og drømme til fremtiden. Også her kan en psykoedukativ tilgang til traumer være en god vej, evt. med udgangspunkt i små pjecer, børnebøger om emnet eller lignende. Se fx Karen Glistrups lille bog "Snak om det... med alle børn"⁶⁰.

3.6.2 Klinisk vurdering

I forhold til denne målgruppe, hvor henvisningsgrundlaget som nævnt ofte vil være mangelfuldt, er den kliniske vurdering en meget vigtig del af det samlede udredningsgrundlag.

Det er vigtigt, at det kliniske indtryk baseres på information fra en række forskellige kontekster, og at man ved observation fx observerer barnet både i testrummet og i daginstitutionen/klassen og/eller hjemmet.

Følgende områder er vigtige at undersøge:

- Den basale kontaktevne: mimik, gestik, intonation, blikkontakt.
- Det relationelle/barnets måde at møde den voksne på: Tillidsfuld, efterrettelig, ønsker at leve op til krav/forventninger. Er han/hun venlig, påpasselig, forbeholden, garderet, tør op undervejs, m.m.
- Interaktionsevne/gensidig sociale kontakt: dialog/monolog, svarer kun på opfordringer, interesseret i, undersøger, afbryder, presser den voksne.
- Emotionalitet: Angst, glad, smilende, ængstelig, præstationsangst ved nye opgaver, neutral, usikker, glad, m.m.
- Arbejdsstil: tempo, reflekterende, problemløsende, sjusket, overfladisk, forsøg-fejl-præget, opdager egne fejl, m.m.
- Sprog: forstår, hvad der siges, sætningskompleksitet, grammatik, særlige udtryk og vendinger, intonation, artikulation.

- Tænkning: konkret, abstrakt, sammenhængende, associerende, forestillingsfattig, rigid m.m.
- Aktivitetsniveau i forhold til alder og køn.
- Orientering i egne data.
- Andre symptomer: tics, motorisk aktivitetsniveau, piller i alt omkring sig, m.m. Her skal man være særlig opmærksom på eventuel gentagende og ikke udviklende leg, som ses hos traumatiserede børn.

3.6.2.1 Fokus på den sproglige funktion

I forhold til den sproglige funktion er det særligt vanskeligt at vurdere, hvorvidt et flygtningebarn, der evt. endnu kun taler sit eget modersmål og en smule dansk, har eventuelle specifikke sproglige vanskeligheder.

Hvis man får denne mistanke, kan det være væsentligt ikke blot at støtte sig til forældrenes vurdering og beskrivelse af den sproglige udvikling og funktion, men også at lade barnet undersøge af en tale-hørekonsulent på modersmålet. Nogle tolke kan også medvirke til at vurdere, hvorvidt barnets modersmål er nogenlunde alderssvarende.

3.6.3 Alan Carrs caseformuleringsmodel

Når psykologen får til opgave at udrede et barn med flygtningebaggrund, kan det være udfordrende at få overblik over al den tilgængelige information og beskrive barnet på en nuanceret, om end tydelig måde, der indeholder alle de faktorer, der indvirker på barnets trivsel, udvikling, selvopretholdelse og fremtidige udvikling. Et nyttigt redskab til at sammenfatte kompleksiteten i udredningen af flygtningebørn, er Alan Carrs dynamiske caseformuleringsmodel⁶¹. Denne model kan dels anvendes som redskab til at sikre, at psykologen er bevidst om alle de faktorer, der har og har haft indflydelse på barnets trivsel og udvikling samt give et samlet overblik i analysens afsluttende fase og i videreformidlingen af den psykologiske vurdering til relevante parter.

Det særlige ved Alan Carrs dynamiske model er, at den har fokus på barnet i et udviklingsmæssigt

perspektiv og således anskuer børns vanskeligheder som værende resultat af et samspil mellem mange forskellige faktorer; i barnet, omsorgsmiljøet, sociale relationer. Modellen indbefatter dermed den viden, psykologen indsamler i undersøgelsesfasen, både gennem anamneseoptag, kognitive og personligheds-mæssige testresultater, information fra tilgængelige sagsakter og klinisk indtryk af både barn, familie og miljø. Nedenfor ses modellen, gengivet fra Trillingsgaard (2007) med eksempler på hhv. sårbarhedsfaktorer, kontekstuelle risikofaktorer, beskyttende faktorer i personen og konteksten, fremskyndende faktorer samt vedligeholdende faktorer i hhv. personen og konteksten. Alle disse forhold tilsammen giver så det billede på psykopatologi, som fremstår.

Modellen kan anvendes som en dynamisk skabelon for udredningsdelen og skal tilpasses det enkelte barn. Eksempelvis kan forældre-delen være unyttig i forhold til et uledsaget flygtningebarn, og "familiesystemet" skal i samme case tilpasses et asylcenter, opholdssted eller plejefamilie. Ligeledes kan det være vanskeligt at indhente oplysninger omkring den tidlige forældre-barn-relation, men psykologens kliniske hypoteser og information fra andre steder kan indsættes i stedet.

Det vigtigste er, at modellen kan tilbyde et overblik og samtidig tydeliggøre kompleksiteten i udredning af børn og unge med flygtningebaggrund.

PRÆDISPONERENDE FAKTORER

Sårbarhedsfaktorer

Biologiske
 Genetisk sårbarhed
 Præ- og perinatale komplikationer
 Tidlig skade af centralnervesystemet
 eller sygdom

Psykologiske
 Lav intelligens
 Vanskeligt temperament
 Lavt selvværd
 Ydre "locus of control"

Kontekstuelle risiko-faktorer

Tidligere forældre-barn-forhold
 Tilknytningsforstyrrelse
 Manglende stimulation
 Omsorgssvigt
 Brutal eller inkonsekvent forældrestil

Familiære problemer
 Forældres psykologiske problemer
 Forældres alkohol misbrug
 Forældre kriminalitet
 Ægteskabelig sisharmoni og vold
 Disorganiseret familie
 Handikappede søskende el. lign.

Stress i de tidlige år
 Tabsoplevelse
 Separation
 Børnemishandling
 Fattigdom – social elendighed
 Institutionel opvækst

Beskyttende faktorer i personen

Biologiske
 Godt fysisk helbred

Psykologiske
 Høj IQ
 Let temperament
 Høj "self-esteem"
 Indre "locus of control"
 Høj "self-efficacy"
 Optimistisk "attributional style"
 Modne forsvarsmekanismer
 Funktionelle copingstrategier

Beskyttende faktorer i konteksten

Behandlingssystemet
 Familien accepterer der er et problem
 Familien er indstillet på at løse problemerne
 Familien har "coped" med tilsvarende
 problemer før
 Familien accepterer formulering og
 behandlingsplanen
 God koordination blandt de involverede
 professionelle

Familiesystemet
 Sikker forældre-barn tilknytning
 Forældre tager ansvar for opdragelsen
 Klar kommunikation i familien
 Fleksibel familieorganisation
 Far der er involveret
 Høj grad af ægteskabelig tilfredshed

Forældrene
 Forældrene er veltillpassede
 Har alderssvarende forventninger til barnet
 Forældre har indre "locus of control"
 Høj forældre self-esteem
 Forældre har høj "self-efficacy"
 Sikker indre arbejdsmodel for relationer
 Optimistisk "attributional style"
 Modne forsvarsmekanismer
 Funktionelle coping strategier

Det sociale netværk
 God social i netværket
 Lavt familært stressniveau
 Hensigtsmæssig skoleplacering
 Støttende kammeratgruppe
 Høj socio-økonomisk status

FREMSKYNDEDE FAKTORER

Belastningsfaktorer
 akut stress
 sygdom
 børnemishandling
 mobning
 skoleskift
 "lifecycle transitions"
 tab af venskab
 separation eller skilsmisse
 forældres arbejdsløshed

PSYKOPATOLOGI

Vedligeholdende faktorer i personen

Biologiske
 Dysregulering af diverse psykologiske systemer

Psykologiske
 Lav "self-efficacy"
 Dysfunktionel "attributional style"
 Negative kognitive forstyrrelser
 Umodne forsvarsmekanismer
 Dysfunktionelle copingstrategier

Vedligeholdende faktorer i konteksten

Behandlingsystemet
 Familien benægter problemerne
 Familien er ambivalent mht. at løse problemerne
 Familien har aldrig "coped" med tilsvarende problemer før
 Familien afviser formuleringen og behandlingsplanen
 Mangel på koordination blandt de involverede
 professionelle

Familiesystemet
 U hensigtsmæssig RF af problemadfærden
 Usikker forældre-barn tilknytning
 "Coercive" interaktion og autoritær forældrestil
 Uoverensværet interaktion og permisiv
 forældreholdning
 Disengageret interaktion og negligerende
 forældreholdning

Forældrene
 Forældrene har tilsvarende problemer
 Psykologiske problemer eller kriminalitet hos forældrene
 Ikke alderssvarende forventninger til barnet
 Usikker indre arbejdsmodel for relationer
 Lav forældre self-esteem
 Forældre har ydre "locus of control"
 Forældre har lav "self-efficacy"
 Depressiv eller negativ "attributional style"
 Kognitive forstyrrelser
 Umodne forsvarsmekanismer
 Dysfunktionelle coping strategier

Det sociale netværk
 Rings social støtte i netværket
 Højt familært stressniveau
 U hensigtsmæssig skoleplacering
 Medlem af afvigende kammeratgruppe
 Socialt underprivilegeret
 Høj kriminalitetsfrekvens
 Få beskæftigelsesmuligheder
 Medievold



3.6.4 Anvendelse af diverse spørgeskemaer og screeningsredskaber

Generelt er det væsentligt, at man ved anvendelsen af spørgeskemaer i forhold til nytilkomne flygtningeforældre og børn/unge så vidt muligt sikrer, at de forstår, hvad de svarer på. Her drejer det sig ikke kun om egentlig oversættelse/tolkning af de enkelte spørgsmål, men også om, at de forstår, hvad meningen og hensigten med spørgsmålene er.

Flere psykologer oplever, at skemaerne kan være vanskelige at oversætte, og at det især for forældre, der har en begrænset skolegang/uddannelse og/eller kommer fra steder i verden, hvor livsbetingelserne er meget anderledes end her, kan være meget svært at forstå meningen med spørgsmålene og dermed at svare relevant på dem.

Det vil derfor ofte være nødvendigt, at psykologen udfylder skemaerne med forældre og barnet/den unge sammen med en tolk, hvis de skal have en tilstrækkelig validitet. Svarmulighederne kan også illustreres visuelt ved at tegne en linje, lave smileys med forskellige ansigter etc.

I forhold til alle intelligenstag må validiteten vurderes i sammenhæng med den øvrige beskrivelse, man kan få af barnets kognitive funktion gennem forældre, andre voksne omkring barnet, ens egen kontakt med barnet og observationer af barnet.

Det er endvidere vigtigt at være opmærksom på, at alle spørgeskemaer kan indeholde spørgsmål, der fx er irrelevante, hvis barnet ikke har gået i skole før ankomst til Danmark, har mistet kontakten til forældre eller lignende. Den undersøgende psykolog må i hvert enkelt tilfælde vurdere relevansen af hvert skema på denne baggrund.

Som nævnt tidligere er den overordnede evidens vedr. testinstrumenter til gruppen af børn og unge med flygtningebaggrund stadig meget svag, idet der kun findes ganske få studier, som har forsøgt at validere testinstrumenter til denne population⁶². Det er således ikke muligt at rangere og anbefale

enkelte måleredskaber frem for andre. I praksis må psykologen derfor anvende de redskaber, som han/hun ellers er i besiddelse af til udredning af børn- og unge uden flygtningebaggrund, men tilrette testning og konklusioner til det enkelte barns forudsætninger og omstændigheder.

Af undersøgelsesmetoder, der kan assistere ved udredning af kognitiv funktion hos børn og unge med flygtningebaggrund, og som ikke forudsætter danskundskaber, kan nævnes Leiter 3⁶³ og SON-R⁶⁴. Af undersøgelsesmetoder, som kan anvendes til at teste PTSD symptomer hos børn og unge (+6 år), kan bl.a. nævnes IES Scale⁶⁵ og PTSS-C⁶⁶ og ved testning af følelsesmæssig lidelse og utilpasset adfærd kan fx nævnes HCSSL-37A⁶⁷. For et nyt systematisk review af validerede instrumenter til assessment af børn og unge med flygtningebaggrund, se Gadeberg et al (2017). Videnscenter for Psykotraumatologi ved SDU har desuden udviklet og valideret en række måleredskaber til udredning af traumer hos mindre børn (bl.a. Thomas-Testen, et tegneseriebaseret screeningsredskab til at vurdere traumatisering hos børn). Videnscentret har ligeledes for nyligt udgivet den danske version af Odense Child Trauma Screening (OCTS) administrationsmanual. OCTS er et story stem-screeningsredskab, som kan anvendes til at vurdere, om børn i alderen 4-8 år udviser tegn på traumatisering. Læs mere på Videnscentrets hjemmeside, hvor du også kan rekvirere materiale.

Desuden kan der for danske retningslinjer om udredning af traumer hos voksne henvises til Elklit og Jensens Retningslinjer for psykotraumatologiske undersøgelser (2007).

3.6.5 Tilbage melding til barnet/den unge og forældrene, mundtligt såvel som skriftligt

Som i alle andre sager er det meget væsentligt, at tilbageleveringen efter udredningen gøres grundigt til såvel barn/ung som forældre. I forhold til denne målgruppe er det imidlertid ekstra vigtigt, at man

sikrer sig, at familien forstår eventuelle fagudtryk og får mulighed til at spørge ind til noget, de bliver i tvivl om. Desuden bør man igen sikre sig, at forældre og barn forstår formålet med undersøgelsen, og man bør explicitere, hvad de næste skridt er. Mange forældre har brug for at få gentaget, at der er tale om et øjebliksbillede af barnets styrker og vanskeligheder, og at der ikke er indgribende planer som fx indlæggelse eller tvangsfjernelse. Sendes rapporten til andre instanser, eller indkaldes forældrene til opfølgende undersøgelse i psykiatrien, bør dette tydeliggøres ved afrapporteringen.

Det mest optimale vil selvfølgelig være, at forældrene får udleveret rapporten på modersmålet. Dette er dog sjældent muligt, og det anbefales derfor, at man altid gennemgår og oversætter skriftligt materiale eller rapporter sammen med familien med en tolk. Herefter udleveres rapporten på dansk, og familien instrueres i at henvende sig igen, hvis de har spørgsmål til proces, konklusioner eller arbejdsgange.



4. Opsummering af vejledningens hovedpointer

- Både internationale og nationale undersøgelser dokumenterer, at erfaringer med krig, organiseret vold, flugt samt belastninger forbundet med ankomst og ophold i værtsland, er forbundet med en øget risiko for psykiske lidelser hos børn og unge samt en øget sårbarhed over for at udvikle psykisk og fysisk sygdom senere i livet.
- Der er meget stor forskel i sværhedsgraden af børn og unge med flygtningebaggrunds psykiske vanskeligheder på tværs af forskellige undersøgelser. Forskning peger dog på tilstedeværelsen af nogle særlige risikogrupper inden for gruppen af flygtningebørn: de børn, der flygter fra konfliktområder og de børn, der ankommer som uledsagede flygtninge.
- Trods den større udsathed for psykiske vanskeligheder er børn og unge med flygtningebaggrund stærkt underrepræsenteret i psykiatrien i Danmark.
- Helbredet hos børn og unge med flygtningebaggrund afhænger af en lang række komplicerede forhold, som virker dynamisk sammen, herunder barnets egne evt. traumatiske oplevelser, forældrenes helbred, traumeoplevelser og forældrevene, eksilrelaterede belastninger (såsom fattigdom, diskrimination og skoleskift) og risiko/beskyttende faktorer såsom social støtte/netværk.
- Det overordnede formål med psykologisk udredning af flygtningebørn er at forstå barnet og dets handlinger og adfærd og herigennem at identificere de børn, som enten allerede har udviklet psykiske vanskeligheder eller er i fare for at gøre det, eller som måtte have andre særlige behov. Psykologisk udredning giver endvidere grundlag for at vurdere behovet for og typen af en evt. intervention.
- Som ved udredning af ethvert barn eller ung gælder det, at det semi-strukturerede kliniske interview kan betragtes som centralt ift. at opnå en god kontakt, engagere barnet og/eller familien og indsamle information.
- Psykologisk testning kan være brugbar og informativ til at sige noget om barnets udvikling og trivsel inden for konkrete områder, også i forhold til, hvad der forventes af danske børn. Psykologisk testning bør dog i alle tilfælde betragtes som et øjeblikksbillede, og testresultater bør altid fortolkes i en større sammenhæng med de øvrige informationer, der indgår i undersøgelsen, som fx kan opnås igennem samtale med barnets forældre, netværk og observation af barnet i dets nærmiljø.
- Hovedparten af de psykologiske test, som er tilgængelige i Danmark, har dansk eller nordisk (evt. europæisk) normmateriale. De fleste børn med flygtningebaggrund kommer fra en anden sproglig, kulturel og erfaringsmæssig baggrund, hvilket betyder, at testenes normdata ikke er ligeså valide. Psykologen, der anvender test, skal være bevidst om dette og alene anvende testene til udredning af børn med flygtningebaggrund med stor etisk hensyntagen, forsigtighed og forbehold ift. vurderingen af testresultaterne.
- Det anbefales altid at anvende professionelle tolke og så vidt muligt at udgå, at børn eller unge får rolle som tolk for deres forældre.
- I mødet med barnet/den unge/familien bør psykologen bestrebe grundigt at forklare formålet med undersøgelsen, funktionen af det danske sundhedssystem og evt. konsekvenser af undersøgelsen.

- Det er vigtigt at have en opmærksomhed omkring, at forskellige faktorer, relateret til kulturel baggrund, kan påvirke både udredningssituationen og udkommet heraf, og det er naturligvis relevant at kende til menneskers kulturelle baggrund, når man i forbindelse med en udredning skal forstå meningen med et barns adfærd.
- En for ensidig fokusering på kultur(forskelle) kan dog også i nogle tilfælde få en utilsigtet stigmatiserende, snarere end hjælpsom funktion, hvis det fx bruges som en bagvedliggende forklaringsmodel for problemstillinger/typer af adfærd og alle observerede handlinger og udsagn.
- **Børn og unge med flygtningebaggrund bør først og fremmest mødes som netop børn/unge, dvs. med fokus på det almene, snarere end det særlige ved barnet som flygtning eller ved barnets kultur, og psykologen må derefter være undersøgende ift. at afdække, hvad der påvirker netop dette barn/unge/families helbreds-situation.**
- Hjælpe midler for psykologen for at få et grundigt indtryk af den enkelte kan udover samtaler, test og observationer være; det transkulturelle interview, en grundig anamnese samt Alan Carrs caseformuleringsmetode.
- Det er altid væsentligt, at tilbageleveringen efter en psykologisk udredning gøres grundigt til såvel barn/ung som forældre. I forhold til denne målgruppe er det imidlertid ekstra vigtigt, at man sikrer sig, at familien forstår eventuelle fagudtryk og får mulighed til at spørge ind til noget, de bliver i tvivl om. Desuden bør man atter sikre sig, at forældre og barn forstår formålet med undersøgelsen, og endvidere explicitere, hvad de næste skridt er.

Henvisninger

1. Se kommissoriet for Børns Udvikling, jf. arbejdsprogram 2016-18, Dansk Psykolog Forening; <http://www.dp.dk/wp-content/uploads/arbejdsprogram2016-18-web.pdf>
2. Flygtningekonventionen af 1951 (2005)
3. Gadeberg, Montgomery, Frederiksen & Norredam (2017)
4. Gadeberg et al. (2017)
5. Danmarks statistik. Tabel: VAN66KA, VAN66
6. Dansk Flygtningehjælp (2016)
7. Heptinstall et al. (2004) i: Shapiro, Christiansen & Nielsen (2010)
8. Ramel, Tæljemark, Lindgren & Johansson (2015)
9. Hodes (2000)
10. Amnesty Internationals Danske Lægegruppe i samarbejde med Dansk Røde Kors (2008)
11. Dansk Flygtningehjælp (2011)
12. Dansk Flygtningehjælp Notat (2016)
13. Crowley (2009)
14. Dalgaard (2016)
15. Barghadouch, Carlsson & Norredam (2016)
16. Ramel, Tæljemark, Lindgren & Johansson (2015)
17. Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen (2013)
18. Jensen, Skårdsalmo & Fjermestad (2014)
19. Montgomery & Linnet (2012)
20. Dansk Flygtningehjælp og Center for udsatte flygtninge (2011)
21. Montgomery & Linnet (2012)
22. Montgomery & Linnet (2012)
23. Bolea et al. i: Dansk Flygtningehjælp (2011)
24. Pynoos et al. i: Montgomery (2000)
25. Eth og Pynoos, Macksoud et al. i: Montgomery (2000)
26. Riber (2015)
27. Gadeberg et al. (2017)
28. <http://www.nctsn.org/resources/topics/secondary-traumatic-stress>
29. Van der Kolk i: Dansk Flygtningehjælp og Center for udsatte flygtninge (2011)
30. Dalgaard (2016)
31. Andersen (2010); Hart (2011); Chu (2011); Traumelekliniken Modum Bad (2015) og Hertz (2008)
32. <https://flygting.dk/danmark/asyl/asyl-og-sagsbehandling/asylproceduren-i-danmark>
33. LG Insight (2017)
34. Amina Barghadouch Slides fra konferencen 'Gode børneliv for flygtninge i Danmark' (2017)
35. <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE9029507/trods-krig-og-flygtningelejre-flygtningeboern-har-kun-halvt-saa-mange-kontakter-med-psykiatrien-som-danske-boern/>
36. Montgomery (2008)
37. Barghadouch, Kristiansen, Jervelund, Smith, Hjern, Montgomery & Nørredam (2016)
38. <http://sund.ku.dk/nyheder/nyheder-2016/flygtningeboern-har-markant-darligere-kontakt-til-psykiatrien-end-danskfoedte-boern/>
39. Bronfenbrenner (1979)
40. Bronfenbrenner (1994)
41. Dansk Flygtningehjælp og Center for udsatte flygtninge (2011) og Montgomery (2000)
42. Riber (2015)
43. Dalgaard (2016)
44. Miller & Rasmussen (2010)
45. Montgomery (2000)
46. Fernando, Miller & Berger (2010)
47. http://www.centerforboerneliv.dk/images/Konference_jyll_17/Nina-Thorup-Dalgaard-slides.pdf
48. Garbarino et al. i: Montgomery (2000)
49. Dalgaard (2016)
50. Gadeberg et al. (2017)
51. Ehnholt & Yule (2006)
52. <http://www.dp.dk/wp-content/uploads/etiske-principper-for-nordiske-psykologer.pdf>
53. Se fx Kirmayer & Ban (2013), Kirmayer & Valaskakis (2009) og Kirmayer (2007).
54. Montgomery & Linnet (2012) og Shapiro (2017)
55. <http://www.health.org/uploads/2/3/7/5/23750643/culturalformulationinterview1.pdf>
56. Se <http://www.mcqill.ca/culturalconsultation/handbook/assessment>
57. https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/transkulturel-psykiatri/Transcultural-Psychiatry/Documents/Knowledge%20Centre%20for%20Transcultural%20Psychiatry%202001-12/kliniske_retningslinjer_2.pdf
58. https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/transkulturel-psykiatri/Transcultural-Psychiatry/Documents/Knowledge%20Centre%20for%20Transcultural%20Psychiatry%202001-12/kulturel_spoergguide_januar_2011_2-udgave_000.pdf
59. Montgomery (2008)
60. Gilstrup (2010)
61. Carr (2006); Trillingsgaard (2007)
62. Gadeberg et al. (2017)
63. <http://dpf.dk/produkt/test/leiter-3-0>
64. <https://www.hogrefe.dk/shop/snijders-oomen-nonverbal-intelligence-test-24411.html>
65. <http://www.statisticssolutions.com/impact-of-event-scale-ies/>
66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubs/articles/11202104/>
67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17536475>
68. http://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/institut Psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi/nyheder/thomas+testen+nu+valideret
69. http://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/institut Psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi/maaleredskaer+til+udredning+af+boern
70. <http://www.dp.dk/wp-content/uploads/retningslinjer-for-psykotraumatologiske-undersogelser.pdf>



5. Referenceliste

Amnesty Internationals Danske Lægegruppe i samarbejde med Dansk Røde Kors (2008). http://www.traume.dk/sites/default/files/AmnestyRK_rapport_asylhelbred_publicationer.pdf

Andersen, H.S. (2010) PTSD og andre traumeudløste lidelser (kap 22) i: *Grundbog i Psykiatri*. Hans Reitzels forlag.

Barghadouch A., Carlsson J., Norredam M. (2016) Psychiatric Disorders and Predictors Hereof Among Refugee Children in Early Adulthood: A Register-Based Cohort Study. *J Nerv Ment Dis*. 01.08.2016, s. 1-8.

Barghadouch, Amina; Kristiansen, Maria; Jervelund, Signe Smith; Hjern, Anders; Montgomery, Edith; Nørredam, Marie Louise. (2016) Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 51, Nr. 8, 08.2016, s. 1125-1136.

Barghadouch A Slides (2017) Information fra slides til "Gode Børneliv for Flygtninge i Danmark" Konference, Center for Børneliv København. http://www.centerforboerneliv.dk/images/Konference_Kbh_17/1.-Amina-Barghadouch-Flygtninge-brn-fr-ikke-tilstrkkelig-hjlp.pdf

Bolea et al i: Dansk Flygtningehjælp og Center for Udsatte Flygtninge (2011): *Flygtningebørn – virkningsfulde indsatser. Forskningsregistrant om psykosociale interventioner for børn og unge med flygtningebaggrund*. <https://flygtning.dk/media/1902236/forskningsregistrant-om-flygtningeboern.pdf>

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in: Gauvain, M. & Cole, M. (Eds.), *Readings on the development of children*, 2nd Ed. (1993, pp. 37-43). NY: Freeman.

Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.

Chu, J.A (2011) *Rebuilding Shattered Lives*. Wiley.

Crowley, C. (2009). The mental health needs of refugee children: a review of literature and implications for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(6), 322-331.

Dalgaard, N.T. (2016) Ph.d. afhandling: *The Transgenerational Transmission of Refugee Trauma*, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Dansk Flygtningehjælp og Center for Udsatte Flygtninge (2011): *Flygtningebørn – virkningsfulde indsatser. Forskningsregistrant om psykosociale interventioner for børn og unge med flygtningebaggrund*. <https://flygtning.dk/media/1902236/forskningsregistrant-om-flygtningeboern.pdf>



Dansk Flygtningehjælp Notat (2016) *Flygtninges mentale sundhed*. Baseret på studie af Ikram & Stronks (2016): Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A literature Review for the Health Council of the Netherlands, Health Council of the Netherlands, 2016. Online: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijk_e_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf (besøgt d. 4. oktober 2016).
https://flygtning.dk/media/2815714/flygtninges-mentale-sundhed_litteraturstudie.pdf

Dansk Flygtningehjælp (2016): 25 spørgsmål og svar om flygtninge.
https://flygtning.dk/media/2946401/25_spoergsmaal_og_svar_om_flygtninge_2016.pdf
https://www.flygtninge.dk/?gclid=CjwKEAjw7J3KBRCxv93Q3KSukXQSJADzFzV SXOBthslmoZ57aWdNtnAVswAnW0BZ0aFNz9sJH Zj_RoCX5vw_wcB

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(12), 1197-1210.

Eth et al i: Montgomery, M. (2000) *Flygtningebørn*. Dansk Psykologisk Forlag.

Fernando, Kenneth E Miller & Dale E. Berger: Growing Pains: The Impact of Disaster-Related and Daily Stressors on the Psychological and Psychosocial Functioning of Youth in Sri Lanka. *Child Development* 81(4):1192-210 · July 2010

Flygtningekonventionen af 1951, *Article 1A*. UNHCR 2005, s. 5. <https://da.wikipedia.org/wiki/Flygtning>

Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, Norredam M. (2017) Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. *Eur J Public Health*. 2017 Jun 1;27(3):439-446.

Glistrup, K. (2010) *Snak om det... med alle børn*. PsykInfo Midt: http://www.snak-om-det.dk/files/4413/6916/7565/snakomdet2_uddrag150_2.pdf

Hart, S (2011) *Dissociationsfænomener*. Hans Reitzels forlag.

Heptinstall, E, Sethna, V. & Taylor, E. (2004) i: Shapiro, D.K., Christiansen, K.L. & Nielsen, M., V. (2010) Børn i risikozonen: psykologisk screening i Dansk Røde Kors Afdeling. Dansk Røde Kors' Asylafdeling.

Hertz, S. (2008) Posttraumatisk belastningsreaktion (kap. 32) i: *Børne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanede muligheder*.

Hodes, M. (2000). Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(2), 57-68.

Jensen, Tine K., Envor M. Skårdalsmo Bjørgo, Krister W. Fjermestad (2014): "Development of mental health problems. A follow-up study of unaccompanied refugee minors." *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8:29

Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen (2013) Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol 20, Issue 1, 2015.

- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257.
- Kirmayer, L. J., & Ban, L. (2013). Cultural psychiatry: *research strategies and future directions*. Epub, Advances in psychosomatic medicine.
- Kirmayer, L. J., & Valaskakis, G. G. (Eds.). (2009). *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*. UBC press.
- LG Insight (2017) Kommunens indsats i forhold til flygtninge og familiesammenførte med traumer. Avisen Kommunen, 2017. <https://flygtning.dk/media/3321287/kommunal-traumeindsats-2017.pdf>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social science & medicine*, 70(1), 7-16.
- Montgomery, M. (2000) *Flygtningebørn*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Montgomery, E. (2008). Self-and parent assessment of mental health: Disagreement on externalizing and internalizing behaviour in young refugees from the Middle East. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 49-63.
- Montgomery, M. & Linnet, S. (2012) *Børn og unge med flygtningebaggrund – anbefalinger til professionelle*. København: Hans Reitzels Forlag
- Pynoos et al, i: Montgomery, M. (2000) *Flygtningebørn*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A. & Johansson, B. A. (2015) Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus* 2015 4:131
- Riber, K. (2015). Ph.d. afhandling: *Attachment, Complex Trauma, and Psycho-therapy: A Clinical study of the Significance of Attachment in Adult Arabic-speaking refugees*, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.
- Shapiro, D. (2017). Ph.d. afhandling: *Familieliv på flugt - brud og genskabelse af hverdagsliv i et subjekt perspektiv*, Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet.
- Trillingsgaard, A (2007): Diagnosticering og case, *Psykolog Nyt* nr. 17. Dansk Psykolog Forening. <http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/14949.pdf>
- Traumeklinikken Modum Bad (2015) Tilbage til nåtid. Modum bad www.modum-bad.no
- Van der Kolk i: Dansk Flygtningehjælp og Center for Udsatte Flygtninge (2011): *Flygtningebørn – virksomhedsfulde indsatser. Forskningsregistrant om psykosociale interventioner for børn og unge med flygtningebaggrund*. <https://flygtning.dk/media/1902236/forskningsregistrant-om-flygtningeboern.pdf>



6. Bilag

BILAG 1: Diagnostiske kriterier for traumer

I det følgende gengives de diagnostiske kriterier for PTSD i hhv. ICD-10 og DSM-V. Disse gælder dog ikke mere komplekse barndomstraumer, og derfor gengives også Bessel van der Kolk et al's forslag til diagnosen Developmental Trauma Disorder. Diagnosen blev ikke optaget i DSM-V, der afløste DSM-IV i 2013, men den giver et godt indtryk af symptombilledet. Da vi i Danmark bruger ICD-10 (fra 1992), som efter planen afløses af ICD-11 i 2017, vil også denne fremgå nedenfor. Som det ses, har den ingen angivelser for børns traumesymptomer.

ICD-10 F43.1 Post-traumatic stress disorder

(Geneva, World Health Organization, 1992)

- A. Exposure to a stressful event or situation (either short or longlasting) of exceptionally threatening or catastrophic nature, which is likely to cause pervasive distress in almost everyone.
- B. Persistent remembering or "reliving" the stressor by intrusive flash backs, vivid memories, recurring dreams, or by experiencing distress when exposed to circumstances resembling or associated with the stressor.
- C. Actual or preferred avoidance of circumstances resembling or associated with the stressor.
- D. Either (1) or (2):
 - 1. Inability to recall, either partially or completely, some important aspects of the period of exposure to the stressor.
 - 2. Persistent symptoms of increased psychological sensitivity and arousal (not present before exposure to the stressor) shown by any two of the following:
 - a. Difficulty in falling or staying asleep;
 - b. Irritability or outbursts of anger;
 - c. Difficulty in concentrating;
 - d. Hypervigilance;
 - e. Exaggerated startle response;

E. Criteria B, C (For some purposes, onset delayed more than six months may be included but this should be clearly specified separately.)

På dansk:

Diagnostiske kriterier for PTSD ifølge ICD-10:

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofe karakter)
- B.
 - 1. tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt
 - 2. stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt, der minder om traumet
- D.
 - 1. delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse
 - 2. vedvarende symptomer på fysisk overfølsomhed eller alarmberedskab med mindst 2 af følgende symptomer:
 - ind- eller gennemsovningsbesvær
 - irritabilitet eller vredesudbrud
 - koncentrationsbesvær
 - hypervigilant
 - tilbøjelighed til sammenfaren
- E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse.



Nedenfor fremgår den amerikanske DSM-V (i formel oversættelse) fra maj 2013. Som det fremgår, er også børn og unge omfattet af kriterierne.

Kriterier for Posttraumatisk Belastnings-reaktion (DSM-V, American Psychiatric Association 2013)

De følgende kriterier gælder for voksne, unge, og børn over 6 år. Der er separate kriterier for børn på 6 år eller yngre.

A. Udsættelse for faktisk eller truende død, alvorlig ulykke eller seksuel vold på en (eller flere) af følgende måder:

1. At have oplevet den traumatiske begivenhed selv
2. At have været til stede ved og vidne til en traumatisk begivenhed, der skete for andre
3. At have erfaret, at en traumatisk begivenhed er sket for et nært familiemedlem eller en nær ven. I tilfælde af familiemedlems eller vens faktiske eller truende død skal begivenheden have været voldelig eller utilsigtet
4. At have oplevet gentagen eller ekstrem udsættelse for ubehagelige detaljer om en traumatisk begivenhed (Gælder IKKE for ubehagelige detaljer gennem elektroniske medier, TV, film eller billeder, med mindre det er arbejdsrelateret)

B. Tilstedeværelsen af et/flere af følgende påtrængende symptomer relateret til den traumatiske begivenhed, der er debuteret efter den traumatiske begivenhed.

1. Tilbagevendende, ufrivillige og påtrængende ubehagelige erindringer om den traumatiske begivenhed (Bemærk: Hos børn over 6 år kan der ses gentagelseslege, hvor temaer eller aspekter fra den traumatiske begivenhed udspilles)
2. Tilbagevendende mareridt, hvor det konkrete

og/eller følelsesmæssige indhold af drømmen er relateret til den traumatiske begivenhed (Bemærk: Hos børn kan der være skræmmende drømme uden genkendeligt indhold)

3. Dissociative reaktioner (fx flashbacks), hvor personen genoplever den traumatiske begivenhed følelsesmæssigt eller i handling. (Bemærk: Hos børn kan traumespecifik genoplevelse ske gennem leg)
4. Intenst og langvarigt psykisk ubehag ved udsættelse for indre eller ydre påvirkninger, som symboliserer eller ligner et aspekt ved den traumatiske begivenhed.
5. Betydelige fysiologiske reaktioner ved indre eller ydre påmindelser, som symboliserer eller ligner et aspekt ved den traumatiske begivenhed.

C. Vedvarende undgåelse af stimuli, der er relateret til den traumatiske begivenhed, med debut efter begivenheden, hvilket ses ved en eller begge af følgende:

1. Undgåelse af eller forsøg på at undgå ubehagelige minder, tanker eller følelser om eller relateret til den traumatiske begivenhed
2. Undgåelse eller forsøg på at undgå ydre påmindelser (mennesker, steder, samtaler, aktiviteter, ting, situationer), som vækker ubehagelige minder, tanker, eller følelser om eller relateret til den traumatiske begivenhed

D. Negative ændringer af tanker og følelser relateret til den traumatiske begivenhed, med debut eller forværring efter den traumatiske begivenhed, hvilket ses ved 2/flere af følgende:

1. Manglende evne til at huske et vigtigt aspekt af den traumatiske begivenhed (typisk forårsaget af dissociativ amnesi og ikke andre faktorer såsom hovedtraume, alkohol eller andre rusmidler)

2. Vedvarende og overdrevent negative tanker om eller forventninger til sig selv, andre eller verden
3. Vedvarende forvrængede tanker om årsagen til eller konsekvenserne af den traumatiske begivenhed, der får personen til at bebrejde sig selv eller andre
4. Vedvarende negative sindsstemninger (fx frygt, skræk, vrede, skyld eller skam)
5. Betydelig nedsat interesse for eller deltagelse i væsentlige aktiviteter
6. Følelser af at være afskåret fra eller fremmedgjort over for andre
7. Vedvarende manglende evne til at have positive emotioner (fx manglende evne til at opleve glæde, tilfredshed eller kærlige følelser)

E. Betydelige ændringer i arousal niveau eller reaktivitet, relateret til den traumatiske begivenhed, med debut eller forværring efter den traumatiske begivenhed, hvilket ses ved 2 (eller flere) af følgende:

1. Irritabel adfærd og vredesudbrud (ved mindre eller ingen provokation), typisk udtrykt som verbal eller fysisk aggression mod mennesker eller ting
2. Skødesløs eller destruktiv adfærd
3. Hypervigilitet
4. Overdreven tendens til at fare sammen
5. Koncentrationsbesvær
6. Søvnproblemer (fx problemer med indsovning, at sove igennem eller urolig søvn)

- F. Tilstandens varighed er mere end en måned
- G. Tilstanden forårsager klinisk signifikant lidelse eller funktionsnedsættelse i sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige sammenhænge
- H. Tilstanden kan ikke tilskrives de fysiologiske effekter af et stof (fx medicin, alkohol) eller anden medicinsk lidelse

Diagnostiske undertyper:

1. Med dissociative symptomer:
 - a) Depersonalisation: Vedvarende eller tilbagevendende følelse af at være adskilt fra og som om man er en udenforstående observatør af sine egne mentale processer eller egen krop.
 - b) Derealisation: Vedvarende eller tilbagevendende oplevelse af, at omgivelserne er uvirkelige.
2. Med forsinket debut:

Hvis de fulde diagnostiske kriterier først er til stede 6 måneder eller mere efter begivenheden (selvom debut og tilstedeværelse af nogle symptomer kan være øjeblikkelige).

Kriterier for Post Traumatisk Belastningsreaktion for Børn på 6 år eller yngre, der:

Har været udsat for faktisk eller truende død, alvorlig ulykke eller seksuel vold:

- A** - Ingen ændringer
- B** - Ingen ændringer (1 symptom skal være til stede)
- C & D** - Kun et symptom fra enten C eller D skal opfyldes
- Kriterium C - Ingen ændring (2 undgåelses-symptomer)

Kriterium D - Kun de 4 sidste af de 7 voksen-symptomer er med (D4 - D7)


(Symptomerne vedrørende manglende evne til at huske et væsentligt aspekt, vedvarende negative tanker om sig selv, andre eller verden, og vedvarende forvrængede tanker om årsagen til eller konsekvenserne af den traumatiske begivenhed, der får personen til at bebrejde sig selv eller andre, er således udeladt)

- E** - Ingen ændringer bortset fra, at kriteriet om skødesløs eller selvdestruktiv adfærd er udeladt. (2 symptomer skal være til stede)

F, G og H - Ingen ændringer

Dissociativ undertype - Ingen ændringer

Forsinket debut - Ingen ændringer



Risikofaktorer for Udvikling af Posttraumatisk Belastningsreaktion -prætraumatiske:

- **Køn** – Kvinder er dobbelt så udsatte som mænd
- **Alder** – voksne under 25 år er mere udsatte end ældre voksne
- **Uddannelse** – personer med mindre end gymnasieuddannelse har større risiko
- **Børne traumer** – Overgreb (inkl. seksuelle overgreb), voldtægt, krig og trafikulykker kan øge risikoen
- **Belastende livsbegivenheder** – skilsmisse, miste sit arbejde, nederlag skolemæssigt, økonomiske problemer, dårligt fysisk helbred kan øge risikoen
- **Psykiatriske lidelser** – som barn diagnosticeret med adfærdsforstyrrelse (fx ADHD), eller med en forudgående psykiatrisk lidelse såvel som personer med personlighedspatologi.
- **Genetisk** – familieanamnese med psykiatriske lidelser eller mulige genetiske forskelle i hjernens kognitive og emotionelle evne til at bearbejde traumatisk information

Risikofaktorer for Udvikling af Posttraumatisk Belastningsreaktion - traumatiske:

- **Traumets omfang og voldsomhed** – jo større, jo mere sandsynlighed for PTSD
- **Traumets karakter** – interpersonel vold (fx voldtægt, fysiske overfald, tortur, krigszone, traume, hvor det er et menneske, der udøver volden, fremfor fx en naturkatastrofe, øger sandsynligheden for PTSD
- **Forræderi** – når en forælder eller omsorgsperson, som offeret er helt afhængig af, udøver interpersonlig vold, som fx i seksuelle overgreb i barndommen, er der større sandsynlighed for at udvikle PTSD, end hvis overgrebspersonen er en fremmed
- **Peritraumatisk Dissociation** – dette symptom ses ofte ved akut belastningsreaktion (ASD). Det forudsiger med større sandsynlighed senere udvikling af PTSD, hvis de dissociative symptomer

varer ved udover den akutte traumatiske oplevelse

- **Deltagelse i massakrer** – at være enten gerningsmand eller vidne til grusomheder har vist sig at være en risikofaktor for Vietnam- og andre militærveteraner

Risikofaktorer for Udvikling af Posttraumatisk Belastningsreaktion. Post-Traumatiske:

- **Manglende social støtte** – efter at have været udsat for en traumatisk oplevelse er manglende social støtte en risikofaktor for PTSD. Modsat beskytter stærk social støtte mod udvikling af PTSD
- **Udvikling af Akut Belastningsreaktion (ASD)** – ASD er en stærk indikation på alvor og omfang af posttraumatiske symptomer og forudsiger senere udvikling af PTSD for 80 % af ramte personer
- **Adgang til Akut, Post-Traumatisk Klinisk Intervention** – rettidig behandling af ASD kan forhindre senere udvikling af PTSD (Friedman, 2015)

Her gengives Professor Bessel van der Kolk's forslag til ny diagnose efter "Developmental Trauma Disorder":

Developmental Trauma Disorder / Udviklingsmæssig traumeforstyrrelse

A. Exposure

- Multiple or chronic exposure to one or more forms of developmentally adverse interpersonal trauma (abandonment, betrayal, physical assaults, sexual assaults, threats to bodily integrity, coercive practices, emotional abuse, witnessing violence and death).
- Subjective experience (rage, betrayal, fear, resignation, defeat, shame).

B. Triggered pattern of repeated dysregulation in response to trauma cues

Dysregulation (high or low) in presence of cues. Changes persist and do not return to baseline; not

reduced in intensity by conscious awareness.

- Affective
- Somatic (physiological, motoric, medical)
- Behavioural (e.g. re-enactment, cutting)
- Cognitive (thinking that it is happening again, confusion, dissociation, depersonalization)
- Relational (clinging, oppositional, distrustful, compliant)
- Self-attribution (self-hate, blame)

C. Persistently Altered Attributions and Expectancies

- Negative self-attribution
- Distrust of protective caretaker
- Loss of expectancy of protection by others
- Loss of trust in social agencies to protect
- Lack of recourse to social justice / retribution
- Inevitability of future victimization

D. Functional impairment

- Educational
- Familial
- Peer
- Legal
- Vocational



BILAG 2: Anamneseskema fra Dansk Røde Kors

Disclaimer: Dette dokument er udfærdiget med det formål at dokumentere og optimere intervention og trivsel i forbindelse med en Psykologisk Undersøgelse i Asylafdeling, Røde Kors. Der tages forbehold for at navne, steds- og tidsangivelser etc. kan være fejlciteret.

Dato og sted

Anamneseskema til brug i forbindelse med Børne Psykologisk Undersøgelse af:

Barnets navn, id. Nr.

Forældrenes navne, id. Nr.

Adresse

Oprindelsesland

Sprog

Institution

1. Svangerskab, fødsels- og neonatalperiode

Hvordan forløb svangerskabsperioden (sygdom):

Medicinindtag under svangerskab – (samt alkohol og/eller stoffer):

Hvordan forløb fødslen (præmatur, evt. apgar-score, iltmangel, hospitalsindlæggelse, vægt, mv.):

Spædbarnskontakt/tilknytning (mors psykiske velbefindende mv.):

Barnets psykiske trivsel og udvikling

Spædbarnsalderen:

- Sovevaner
- Fødeindtag
- Kolik?
- Øjenkontakt
- Temperament (rolig/urolig mv.)
- Evt. første smil og første fælles opmærksomhed

Småbarnsalderen (markant forskel?):

Børnehavealderen (markant forskel?):

Skolealderen (markant forskel?):

2. Hvilke symptomer ser forældrene hos barnet aktuelt:

Hvordan sover barnet (indsøvning, mareridt, opvågning, tisse i sengen, sengetider generelt):

Hvordan er barnets appetit (nedsat?, vægt, m.m.):

Har barnet angstsymptomer (separationsangst, høje lyde, fremmede):

Problemer med enuresis eller encoprese:

Oplevede ændringer (klyngende, grædende, udadreagerende):

3. Hvordan opfatter forældrene barnet generelt:

- Humør
- Leg
- Nysgerrighed
- Opmærksomhed
- Usikkerhed
- Kompetencer
- Interesser
- Selvtillid
- Svingende funktioner?

4. Fritid

Interesser:

Forhold til jævnaldrende:



5. Barnets somatiske udvikling

Sidde	Kravle	Pege på	Pludre	Gå	Renlig

Sygdomme (allergi, astma, epilepsi mm. evt. medicinering):

Hospitalsindlæggelser:

Hovedtraumer:

Mavesmerter/hovedpine:

6. Familiær disposition

Forekomst af alvorlige somatiske sygdomme i familien (epilepsi, migræne mv.):

Psykiske sygdomme i familien (depression, misbrug, angst mv.):

Udviklingsforstyrrelser i familien (indlæringsvanskeligheder, kontaktforstyrrelser mv.):

7. Familieforhold

Hvor længe har familien ophold sig i Danmark:

- Hvor mange steder har de boet:
- Socialt netværk i Danmark:
- Familiens indbyrdes relationer under de forhold:

Hvor boede de i deres hjemland:

- Hvordan var deres levestandard (forældres uddannelse m.m.):
- Hvordan kan det være, at de flygtede:

- Hvilke voldsomme oplevelser har de haft. Har barnet været vidne til det?
- Tab (mistet kontakt til familie, venner, dødsfald)

Flugten (voldsomme oplevelser, varighed, rute (fx med båd)

Hvordan trives familiens enkelte medlemmer nu samt hvad de laver til hverdag:

- Mor:
- Far:
- Søskende:

Familiens aktuelle asylstatus:



Dansk Psykolog Forening

Stockholmegade 27, 2100 København Ø

Tlf. 35 26 99 55

www.dp.dk • e-mail: dp@dp.dk

Layout og tryk: Jørn Thomsen Elbo A/S