

## Barn med posttraumatisk stress

– utvärdering av en gruppintervention för ensamkommande flyktingbarn med symptom på posttraumatisk stress

I den här skriften presenteras forskning i Sverige om en gruppintervention för barn med posttraumatisk stress, Teaching Recovery Techniques (TRT). Metoden utvecklades under 1990-talet i kölvattnet av Balkankriget, då en grupp traumapsykologer insåg att inte tillräckligt många barn och ungdomar fick god behandling för sina posttraumatiska stresssymtom, samt att de insatser som gavs till och med kunde vara direkt skadliga. Med stöd av stiftelsen Children and War Foundation, med säte i Storbritannien och Norge, tog man därför fram manualen till det som skulle bli Teaching Recovery Techniques. Metoden är egentligen utvecklad för låginkomstländer i syfte att få snabb spridning vid traumatiska händelser som drabbar många barn och unga. Utbildningen till TRT-utövare ges idag av BRIS och tar tre dagar. Arbeta med TRT kräver ingen tidigare terapeutisk erfarenhet vilket gör metoden intressant att ge utanför specialistvården: nära barnens och ungdomarnas vardag.

Barn och ungdomar är alltid de största förlorarna i krig. Deras hjärnor är fortfarande under utveckling och traumatiska händelser, som krig och flykt, sätter spår i deras nerv- och stresshormonsystem på sätt som vi ännu inte fullt ut förstår. Samtidigt är barn och unga anpassningsbara och har en fantastisk förmåga till återhämtning – givet rätt förutsättningar. För att stärka den psykiska hälsan hos barn som flytt måste samhällets insatser därför fokusera på såväl risk- som på skyddsfaktorer. Viktiga skyddsfaktorer är stabilitet i form av uppehållstillstånd och stadigt boende, tillgång till familj/viktiga vuxna och

skolgång samt så småningom arbete. Riskerna är betydande när det gäller psykisk ohälsa där symptom på posttraumatisk stress (PTS) är vanligt.

### Post-traumatisk stress

Symtom på posttraumatisk stress (PTS) är vanligt förekommande hos barn och unga som har kommit till Sverige som ensamkommande minderåriga. Dessa symtom innefattar påträngande svåra minnen och mardrömmar, en känsla av att vara upp i varv samt försök att undvika att tänka på eller bli påmind om det som har hänt.

## Huvudsakliga symtom av post-traumatisk stress (PTS)

- Återupplevelse av händelsen (intrusion)
  - Flashbacks, mardrömmar
- Överaktivering (arousal)
  - Hjärtklappning, sömnproblem, värk, irritabilitet
- Undvikande (avoidance)
  - Undvikande av tankar om händelsen
  - Undvikande av situationer som påminner om händelsen

PTSD, posttraumatisk stressyndrom ("stress disorder" på engelska) är den fullt utvecklade formen och är en psykiatrisk diagnos. De skattningsskalor som används i studier är inte diagnostiska utan avser att identifiera individer som med stor sannolikhet har diagnosen PTSD. Samtidigt ska screeningsskalor hellre "fälla än fria" för att inte missa personer med diagnosen. Således kan siffror från screeningsundersökningar (PTS symtom) inte tolkas som korrekta siffror på förekomst av PTSD utan att ge en indikation av symtombördan av posttraumatisk stress i den undersökta gruppen.

I en studie från 2016 fann vi att 76 procent av de 208 ensamkommande ungdomar som vi undersökte i samband med deras besök på en mottagning för asylhälsa visade höga nivåer av PTS symtom. Screeningsskalan som användes var CRIES-8, Children's Revised Impact of Events Scale, som fokuserar på symtom på återupplevelse och undvikande. Longitudinella studier från Norge och Belgien, som följt flyktingungdomar under längre tid, har konstaterat att

PTS inte är övergående utan fortsätter att drabba hälften av de ensamkommande ungdomarna över tid.<sup>1,2</sup>

*"De saker som har hänt oss, det glömmar man ju aldrig. De andra har inte våra problem. Andra människor, de är ju mer fria". Ensamkommande pojke, 15 år*

PTS hos flyktingbarn kan således betraktas som ett folkhälsoproblem i den grupp som kräver ett omhändertagande med utgångspunkt i ett förebyggande arbetssätt. Förebyggande insatser kan delas in i tre olika nivåer: universella, riktade och indikerade insatser. Man talar om indikerade insatser när en person uppvisar risk för sjukdom utan att ännu ha fått en diagnos. I det här fallet innebär en poängsumma över 17 på skalan CRIES i samband med screening en ökad risk för att få diagnosen PTSD, posttraumatiskt stressyndrom. Individer som uppvisar en sådan risk bör alltid erbjudas indikerade förebyggande insatser alternativt full utredning inom psykiatrin om symtomen förhindrar individens fungerande i vardagen. En indikerad preventiv insats vid posttraumatisk stress är Teaching Recovery Techniques.

## Teaching Recovery Techniques

Teaching Recovery Techniques (TRT) är en manualbaserad gruppintervention som har utvecklats för att minska symtom på posttraumatisk stress hos barn och unga. Programmet bygger på traumafokuserad kognitiv beteendeterapi som är den vedertagna interventionen för barn och unga som lider av posttraumatisk stress.

Till skillnad från traditionell terapi ges TRT i grupp, har betydligt färre träffar och fokuserar på symtom snarare än berättelsen om och bearbetningen av traumat. En annan viktig skillnad är att TRT kan ges av personal utan tidigare terapeutisk erfarenhet och det finns inga formella krav på utbildning. Det är dock en fördel om utövaren antingen

har vana att arbeta med barn och ungdomar alternativt flyktingar. TRT omfattar enligt manualen fem grupptillfällen och innehåller strategier för att möta var och en av de tre huvudsymtomen av PTS: de påträngande minnena, stresskänslan i kroppen och undvikandet. Det finns dock stor flexibilitet i programmet och man kan lägga till en träff i början för att lära känna gruppen och en avslutningsträff för summering och socialt umgänge. Fokus ligger på att få en förståelse för tillståndet PTS, både inom hjärnan och i kroppens stresssystem, och på strategier att hantera symtomen.

## Studien om Teaching Recovery Techniques

### Syfte

Syftet med studien var att utvärdera effekterna av TRT på symptom på posttraumatisk stress och depression i en skandinavisk kontext på målgruppen ensamkommande ungdomar utanför specialistvården och undersöka deltagarnas upplevelser av programmet utifrån teorier om viktiga faktorer för anpassning efter traumatiska händelser.

### Metod

I studien ingick 10 grupper med 55 ensamkommande ungdomar: före- och eftermätningar fanns på 46 av dem (endast tre av dessa var flickor). Ungdomarna var 13–18 år gamla (16 år i snitt) och samtliga hade screenat positivt på CRIES-8 formuläret. Dessutom hade 48 procent av deltagarna uppgett självmordstankar och 84 procent hade måttliga eller svåra depressionssymtom vid start. De flesta (80 procent) deltog på minst fyra eller alla fem sessionerna av gruppinterventionen. Utfall mättes på symptom på posttraumatisk stress och depression. Vi gjorde även kvalitativa intervjuer med 22 ungdomar 3 månader efter avslutad grupp för att se hur de mådde och hur de såg på interventionen i efterhand. Intervjuerna analysera-

des dels med hjälp av innehållsanalys,<sup>3</sup> där man vill upptäcka nya mönster utifrån materialet, och dels med hjälp av förutbestämda kategorier - så kallad deduktiv analys - baserade på Antonovskys teori om känslan av sammanhang<sup>4</sup> dvs. att en god hälsa är avhängig av om individen känner sig delaktig i ett sammanhang som är begripligt, hanterbart och meningsfullt.

Gruppsamtalen genomfördes under 2016 och 2017 på HVB-hem, en asylmottagningsamt på öppenvårdskliniken för barn som upplåtit sina lokaler till Uppsala universitet. Varje gruppleddare fick utbildning i ett säkerhetsprotokoll med instruktioner vid positiv screening för självmordstankar. För varje ungdom fanns en namngiven vårdnadshavare (god man) som kunde kontaktas vid behov. Etikillstånd erhöles för studien och det fanns en konsulterande barnpsykiater att tillfråga vid behov.

### Resultat och slutsatser

I våra analyser fann vi en signifikant minskning av såväl symptom på PTS som på depression. Förutom en statistisk signifikant minskning på gruppnivå beräknade vi hur många ungdomar som blev helt återställda efter interventionen. För PTS symptom var andelen 22 procent och för depressionssymtom 33 procent som blev helt besvärslösa. Det innebär att majoriteten blev något bättre, men hade kvarstående besvär, troligen i behov av vidare åtgärd. Detta är inte alls konstigt med tanke på att TRT är en indikerad preventiv insats, genomförd av personer utan terapeututbildning. Det är snarare förvånande att vi alls såg effekter och att en tredjedel blev helt bra från sina depressionssymtom.

I regressionsanalyser kunde vi se att ju högre poäng på PTS symptomskalan initialt, desto större sannolikhet för förbättring. Störst sannolikhet för förbättring av depressionssymtom hade ungdomar som angav självmordstankar i början vilket är viktigt att beakta när man funderar på suicidpreventiva insatser för ensamkommande ungdomar.

Eftersom vår studie inte var randomiserat kontrollerad, genomförde vi ett antal analyser för att undersöka om våra resultat kunde antas ha berott på slumpen. Vi jämförde våra resultat med studier som följt ensamkommande ungdomar med PTS och depression över tid. Även om vi antog att dubbelt så många förbättrades spontant som i tidigare studier under motsvarande uppföljningstid (6 veckor) så var de observerade effekterna fortsatt signifikanta och stora. Beräkningarna av vilka som blev symptomfria var också en slags kontroll av slumpen: här ställde vi absoluta och kliniskt relevanta krav på förbättring, det räckte inte med statistiskt signifikanta förändringar.

När det gäller de kvalitativa intervjuerna framträdde sex teman: normalisering, socialt stöd, värdefulla verktyg, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Det var tydligt att gruppformatet hade fördelen att deltagarna fick uppleva att PTS är något som ofta drabbar barn och unga som varit med om krig och flykt.

*”Man trodde att man var ensam om de här tankarna, men sen när man kom in i gruppen och såg de andra, då kände man, ja men nu känns det lite lättare för att jag är inte ensam i det här problemet”*

Gruppens medlemmar och ledarna fungerade som viktiga källor till socialt stöd –en faktor som har visat sig viktig för hur det går på sikt för ensamkommande ungdomar.

*”Vi var så bekväma i gruppen, vi kunde prata med varandra som en vän, som en bror. Det var jättetrevligt i den här gruppen, vi har varit med och det var rätt.”*

Verktygen som lärdes ut under TRT uppskattades verkligen av deltagarna och redovisades under temat Värdefulla verktyg. Avslappningsövningarna och övningen ”En trygg inre plats” var särskilt uppskattade inslag. Eftersom

samtliga deltagare fortfarande var asylsökande under genomförandet av studien var den största stressen för många hur utfallet av deras ansökan på Migrationsverket skulle bli och *inte* deras tidigare upplevelser. Därför var det viktigt att få konkreta tips för att kunna slappna av och sova bättre. Vissa kunde till och med sluta med sömntabletter efter mötet med gruppen.

*”De här teknikerna vi har lärt oss har varit bra. Lugnet man fick efter att man gjort de här övningarna, det var fantastiskt, att kunna känna det här lugnet.”*

Programmets fokus på symptom tycktes vara ett framgångsrikt sätt att hjälpa deltagarna även med sina symptom på PTS. Under temat Hanterbarhet återfanns berättelser om hur deltagare upplevde att de återfick en känsla av kontroll trots sin ofta svåra situation med pågående negativa livshändelser, som uppbrott från skola och boende, dödsbesked från hemlandet eller avslag på kamraters asylansökan.

*”Allt jag har varit med om har påverkat mig väldigt mycket och det var det som styrde mig. Så att gruppen hjälpte mig att få kontroll över mig själv.”*

Att skapa begriplighet och meningsfullhet i en mycket svår situation vet vi sedan Antonovskys studier är centrala för hur man klarar av att leva vidare. I ungdomarnas utsagor kunde man se hur de kämpade för att förstå och skapa mening i det som hände dem.

*”Det absolut svåraste man kan vara med om är att lämna sin familj och flytta någon annanstans och inte kunna träffa dem. Vi har lämnat det här bakom oss så jag tror vi kan klara av vad som än händer.”*

Slutligen så reflekterade några deltagare över hur de, i senare svåra situationer, kunde ha nytta av det som de lärt sig. Detta är en viktig aspekt som kallas för generalisering och som man ofta har som mål i olika interventioner med kognitiv beteendeterapi som grund.

*”Just då när jag gick i gruppen, behövde jag kanske inte använda alla metoder jag fick lära mig, men efteråt när jag fick en svårare situation, hjälpte det som jag har lärt mig här, jag blev hjälpt.”*

Det framgick även av de kvalitativa intervjuerna att alla inte blev hjälpta av interventionen.

Flera beskrev att de inte fick hjälp att sova bättre eller att de fortfarande hade svårt att tygla sin ilska. Men även de som inte mådde bättre beskrev att de var glada att ha varit med och deltagit.

*”Det var bra i gruppen. Det var bra ungdomar. Vi träffade er, vi hade roligt, men att det inte hjälpte mig, men det var ändå roligt.”*

## Relevans för policy

**Symtom på posttraumatisk stress hos flyktingbarn är att betrakta som ett folkhälsoproblem** vilket kräver ett omhändertagande med utgångspunkt i ett förebyggande arbetssätt. Det är inte alla med PTS symtom som behöver specialistinsatser eller långvarig behandling. Det är också vanligt att ensamkommande ungdomar är tveksamma till att söka hjälp hos psykolog på grund av stigmatisering av psykisk ohälsa. **Därför är det viktigt att det finns en lättillgänglig indikerad förebyggande insats fri från stigmatisering nära ungdomars vardag.**

TRT bör ses som ett mellansteg i ett strukturerat omhändertagande av PTS hos flyktingbarn.

**Det är således viktigt att det finns insatser mot PTS hos flyktingbarn på flera nivåer.**

1. All personal som arbetar med barn som flytt bör ha kännedom om PTS och dess påverkan på lärande och sociala aktiviteter – riktat förebyggande arbete för hela gruppen flyktingbarn, exempelvis Traumamedveten Omsorg
2. Det ska finnas effektiva, icke-stigmatiserande metoder på första linjen som indikerad förebyggande insats, som exempelvis Teaching Recovery Techniques
3. Flyktingbarn- och ungdomar som behöver det ska få tillgång till evidensbaserade insatser på specialistnivå – behandlingar som rekommenderas av SBU i en nyligen sammanställd kunskapsöversikt
4. **Samverkan mellan insatser som ges på första linjen och specialistnivån måste bli bättre.** Barn och unga som är i behov av bedömning eller inte har blivit hjälpta av insatser på första linjen måste få en snabb väg in till specialistnivån.

Initialt under flyktingkrisen tog frivilligsektorn ett stort ansvar för att hjälpa människor. Extratillskott till kommunerna, HVB-hem och asylmottagningar har gjort det möjligt att tillhandahålla insatser för flyktingbarn med PTS. **Nu behöver vi hitta ett hållbart sätt att ta hand om dessa barn på första linjen inom befintliga strukturer:** PTS försvinner inte av sig självt, tiden läker inte alla sår. Skolan, som träffar alla barn och där det ska skapas förutsättningar för lärande, är härvidlag en viktig aktör. Det finns goda exempel på samarbete mellan skola och frivilligsektor. Ett exempel på detta är när BRIS står för utbildning av TRT-utövare och tillhandahåller ett nätverk och

vidareutbildning för gruppleddare medan skolan står för exempelvis elevhälsans personalkostnader i samband med utbildning och gruppleddning.

I utbildningen till TRT-utövare ingår ett säkerhetsprotokoll som går att ta till vid risk för självskada eller självmord hos deltagarna. **Det är viktigt att risken för självmord hos ensamkommande alltid beaktas** och utövare som arbetar med interventioner i första linjen har beredskap och en plan att ta till om man upptäcker att en ungdom är i riskzonen.

Vi vet från ett antal longitudinella studier att förhållanden efter flykten ofta har större betydelse för flyktingbarns anpassning än det upplevda traumat. Avgörande för barn och unga som flytt är att ha stabilitet i form av uppehållstillstånd och ett stadigt boende, ett gott socialt stöd och möjlighet till skolgång och så småningom arbete. **Förmågan att ha nytta av dessa skyddsfaktorer hänger samman med möjligheten att hantera symtom på psykisk ohälsa, ofta i form av posttraumatisk stress.** Det är

samhällets ansvar att tippa vågskålen så att skyddsfaktorerna tar överhanden och riskfaktorerna minimeras.

1. Opedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol.* 2015;56(2):203-11.
2. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry.* 2014;23(5):337-46.
3. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12.
4. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People manage Stress and Stay Well.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

Denna policy brief har tagits fram som ett samarbete mellan Delmi och Vetenskapsrådet i syfte att synliggöra forskning som beviljats medel från Vetenskapsrådet. Vetenskapsrådet driver på uppdrag av regeringen ett 10-årigt nationellt forskningsprogram inom migration och integration. Syftet med programmet är att stärka forskningen inom området och främja tillgängliggörande och spridning av forskning, för att därmed skapa goda förutsättningar för forskningens medverkan till att möta samhällsutmaningar avseende migration och integration. För mer information, se <https://www.vr.se/nfpmigint>



**Anna Sarkadi**

Professor i socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap Uppsala universitet  
**Barn med posttraumatisk stress – utvärdering av en gruppintervention för ensamkommande flyktingbarn med symtom på posttraumatisk stress**  
 Delmi Policy Brief 2019:8



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

Delegationen för  
Migrationsstudier  
Ju 2013:17