

Psykososialt arbeid med barn og familier som er asylsøkere og flyktninger i Norge

Ragnhild Dybdahl , Helen Johnsen Christie og Jarle Eid

Psykososialt arbeid med barn og familier som er asylsøkere og flyktninger i Norge

Som psykolog kan man ikke vente med å hjelpe flyktninger til rammebetingelsene er på plass. Man kan heller ikke behandle uten å ta del i rammearbeidet. Tverretatlig samarbeid og samfunnsmessige og politiske forhold kan ikke holdes atskilt fra det terapeutiske arbeidet.

Takk til Anne Andersen, Pushpa Kanagaratnam og Nora Sveaass for nyttige kommentarer på tidligere versjoner av denne artikkelen.

Mange barn og unge som er asylsøkere eller flyktninger i Norge, har opplevd ekstreme påkjenninger og tap. Tradisjonelt er det foreldrene og storfamilien som beskytter og hjelper barna i slike situasjoner. Når barn blir flyktninger, mister de mye av sitt naturlige sosiale nettverk og får dermed reduserte muligheter til støtte og omsorg. Barn kommer ofte til Norge med bare en av foreldrene, og enda mer sårbare er de barna som kommer uten foreldre. På grunn av egne psykiske eller fysiske problemer, språk- og kulturforskjeller vil en del foreldre ha vanskeligheter med å dekke barnas behov for støtte og trygghet, ikke minst når ventetiden i asylmottak går over flere år eller familien har fått avslag på søknaden om å få bli i Norge.

Krig og flukt har store konsekvenser for menneskers liv og helse, og det finnes etter hvert mye kunnskap om flyktningbarns situasjon og behov. Likevel er det mange, også i Norge, som ikke får den hjelpen de trenger, og det er stor variasjon mellom de ulike kommunene med hensyn til hvilke tilbud som finnes. Utlendingsdirektoratet understreket derfor senest i 2005 og 2006 at barn i utlendingssaker er en spesielt sårbar gruppe, som skal prioriteres i alle ledd i utlendingsforvaltningen.

Utgangspunktet for denne artikkelen er at

- et helhetlig helsebegrep er viktig, og
- alle barn i Norge har lik rett til helsetjenester.

Dette betyr at også barn som er flyktninger og asylsøkere, har rett til nødvendige og adekvate helsetjenester, og at både psykiske, fysiske og sosiale aspekter ved helse vektlegges. Psykososialt arbeid med barn og familier som er flyktninger og asylsøkere, må inngå i en større helsemessig, sosial, kulturell, økonomisk og politisk kontekst. I denne artikkelen diskuterer vi problemstillinger knyttet til psykososialt arbeid med flyktninger, både i forhold til den konteksten hjelperen befinner seg i, og forhold som er viktige for å forstå flyktnings situasjon og behov. Hvilke implikasjoner har det for psykologer og annet helsepersonell at alle barn har lik rett til helsetjenester? Hvordan skal en

forholde seg til flyktningers og asylsøkeres helhetlige livssituasjon, hvor psykisk helse bare er én del, og hvor rammebetingelsene ofte er langt fra optimale for å drive terapi? Vi vil også drøfte nytten av et internasjonalt perspektiv og internasjonale erfaringer i arbeid med flyktninger i Norge.

Flyktningers situasjon

Den viktigste årsaken til at mennesker drives på flukt, er krig og konflikt. Bare i år 2000 var det minst førti aktive kriger ulike steder i verden. Om lag en firedel av flyktningene befinner seg i Europa. De fleste flyktninger befinner seg i fattige land. Ved utgangen av 2004 var 19,2 millioner flyktninger registrert «of concern» av FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR, 2005), derav ni millioner barn. I tillegg kommer flyktninger som ikke er registrert av UNHCR, for eksempel fordi mottakerlandet ikke anerkjenner at personene har noen gyldig grunn til å flykte fra hjemlandet. I de siste årene har det antatte antallet flyktninger i verden sunket. UNHCR mener dette kan skyldes den økte innsatsen for å få til trygg hjemvending til hjemland.

Frankrike, USA og Storbritannia er de landene som mottar flest asylsøkere. I forhold til innbyggertall er Norge den tredje største mottaker av asylsøkere med 15 per 100 000 innbyggere (UNCHR, 2005). I Norge var det en nedgang på 50 % i antall asylsøknader fra 2003 til 2004, sammenlignet med 21 % færre asylsøkere til Europa som helhet, det laveste tallet siden 1997.

Innen utgangen av september hadde 3968 personer søkt asyl så langt i 2005, og 3658 personer hadde blitt bosatt i kommunene. I tillegg ble det gitt ca. 9500 tillatelser til familiegjenforening. De største gruppene asylsøkere kom i 2005 fra Irak, Somalia, Serbia og Montenegro, Afghanistan og Russland. Blant asylsøkerne i Norge i 2004 ble det registrert ca. 90 språk, og 23 til 30 % var analfabeter (UDI, 2005).

Barn som er asylsøkere

Utlendingsdirektoratet (UDI) rapporterte at det ved utgangen av 2005 bodde 2450 barn i norske asylmottak, enten sammen med foresatte, etterlatte eller som enslige mindreårige (UDI, 2006). Fra 1995 til 2003 var det en stor økning i antall barn som kom alene til Norge som asylsøkere, deretter har dette tallet sunket. Barn som er skilt fra sine nærmeste, kalles gjerne enslige mindreårige asylsøkere på norsk. FNs anbefalte begrep er «separated minors», fordi dette reflekterer den økte internasjonale innsatsen med oppsporing og gjenforening med familie og slektninger. FN legger imidlertid vekt på at familiegjenforening skal skje bare når det er til barnets beste.

I første halvdel av 2005 kom det klart færre enslige mindreårige asylsøkere til Norge. UDI oppgir at nedgangen skyldes både den generelle nedgangen i asylsøknader i Europa samt innføringen av frivillig aldersundersøkelse. Nærmere 80 % av alle asylsøkere som oppga å være enslige mindreårige, ble aldersundersøkt. Av de 190 sakene med mindreårige asylsøkere som UDI realitetsbehandlet i første halvår 2005, fikk 9 % innvilget asyl, 50 % fikk opphold på humanitært eller annet grunnlag, og 39 % fikk avslag. Høsten 2005 fantes det to mottak for mindreårige flyktninger som er atskilt fra sine nærmeste. De fleste enslige mindreårige kommer fra Afghanistan, Irak og Somalia (UDI, 2005).

Barn som er atskilt fra sine nærmeste, er spesielt sårbare i katastrofer, konfliktsituasjoner, på flukt og i eksil. De risikerer misbruk og utnyttelse og får ofte ikke oppfylt grunnleggende behov for utdanning, trygghet og helse. Ungdoms behov blir ofte oversett, og de kan i mange tilfeller få stort ansvar som familieoverhode og miste muligheter til utdanning og læring av ferdigheter som er viktige for arbeid og livet som voksen.

Flyktningers psykisk helse

Det finnes en rekke aktuelle oversiktsartikler om flyktningers psykiske helse (Barenbaum, Ruchin & Schwab-Stone, 2004; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Fox et al., 1994; Lie, 2004; Lustig et al., 2004). Ettersom et helhetlig teoretisk perspektiv ofte har manglet, har kronologiske faser i flyktningers erfaringer – før flukt, på flukt og i eksil – gjerne blitt brukt for å organisere kunnskap om dette feltet. Hver fase kan beskrives i forhold til påkjenninger, reaksjoner, mestringsstrategier og intervensjoner. I nyere oversiktsartikler legges det mer vekt på empirisk forskning om patologi, resiliens og mestring enn tidligere.

Prevalensen av psykiske lidelser, spesielt PTSD og depresjon, blant flyktninger varierer mye. Store undersøkelser med strengere forskningsdesign har funnet lavere forekomst (ca. 3 til 10 %) enn mindre undersøkelser (opptil 86 % forekomst av PTSD) (se Fazel et al., 2005 for en gjennomgang). En undersøkelse fra Rwanda i 1996, presentert i Graca Machel's UNICEF-rapport (2001), viste at 96 % av barna som ble intervjuet, hadde vært vitne til ekstrem vold, 80 % hadde mistet familiemedlemmer, og 70 % hadde sett noen bli drept eller såret. Machel sier: «Disse opplevelsene kan ødelegge et barns verden og gi følelsesmessige arr som varer livet ut» (s. 80, vår oversettelse).

Psykiske langtidsvirkninger etter ekstreme belastninger er godt dokumentert, både hos voksne og barn (Mollica et al., 2004). En longitudinell studie av 376 bosniske flyktninger

(Mollica et al., 2001) viste hvor alvorlige og gjennomgripende langtidskonsekvensene av massiv vold kan være. Denne studien indikerte bl.a. at 45 % av deltakerne hadde alvorlig depresjon, posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) eller begge deler flere år etter at de hadde vært eksponert for krigshandlinger. I en oversiktsartikkel over mer enn 300 ulike studier av traumer hos barn og unge peker Masinda og Muhesi (2005) på at flertallet av studier av afrikanske barn var gjort i engelsktalende land, og at man savner studier fra fransktalende land. Flertallet av studiene hadde sett på psykiske traumer hos barn etter krig og politisk uro, mens det var relativt få studier av effektene av naturkatastrofer, opphold i flyktningleirer, massive interne folkeforflytninger, seksuelle overgrep og massakrer.

Hos barn i Sverige fant Angel, Hjern og Ingleby (2001) at 35 til 50 % hadde dårlig psykisk helse, noe som er vesentlig høyere enn i barnefolkningen generelt. En eldre australsk studie (Krupinski & Burrows, 1986) fant imidlertid at flyktninger fra Sørøst-Asia hadde bedre psykisk helse enn ikke-flyktninger.

I tråd med traumeforskningen for øvrig er det blitt påpekt at flertallet av flyktninger ikke får varige psykiske skader av sine traumatiske opplevelser, men at det er en mindre andel flyktninger med alvorlige psykiske problemer som vil ha behov for spesialisert oppfølging (Petevi, 1996). Dette betyr ikke at vi skal overse den ekstreme traumatiseringen mange flyktninger har vært offer for, og at det er mange, kanskje opp mot fem millioner, flyktninger med psykiske lidelser rundt omkring i verden. I tillegg er det stor grunn til å tro at barn som er asylsøkere og flyktninger i Norge, får for lite oppfølging, støtte og hjelp heller enn for mye. I lys av de mange risikofaktorene i disse barnas liv bør vi i Norge ha en oppfølging i alle kommuner som tilrettelegger for mestring og forebygger videre traumatisering. I tillegg må vi ha et tilstrekkelig robust psykososialt opplegg for å fange opp og hjelpe særlig utsatte barn og familier.

Traumatisering før og under flukt utgjør selvsagt bare en del av flyktnings liv. Vi får stadig mer kunnskap om betydningen av både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer før og etter flukt. I tillegg til tap av foreldre og annen nær familie har indirekte konsekvenser av krig, flukt og eksil i forhold til økonomi, skole og helsetilbud stor betydning (se Cairns, 1996). I en interessant studie av flyktningbarn i Sverige fant man at nåværende livssituasjon i vertslandet spilte like stor rolle som eller større rolle enn eksponering for krigshandlinger (Almquist & Broberg, 1999).

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Ettersom de fleste ikke får langvarige alvorlige psykiske lidelser selv etter eksponering for ekstreme påkjenninger, har kunnskap om resiliens blitt stadig viktigere. Forskning om faktorer som fører til at mennesker klarer seg bra til tross for at de har vært utsatt for store påkjenninger, har en lang tradisjon og omfatter mange ulike risikopåvirkninger. Den tidlige forskningen på barn ble rettet mot personlige egenskaper ved «resiliente barn», som selvtillit og autonomi. Etter hvert ble man mer opptatt av eksterne faktorer som aspekter ved familiene og karakteristikker ved det ytre sosiale miljøet. Oppmerksomheten har i større grad flyttet seg fra beskyttelsesfaktorer til de underliggende beskyttende prosessene, og med større vekt på utviklingsperspektivet (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Det finnes nå mye litteratur om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer (se for eksempel Bonnano, 2004; Trang & Lau, 2005) som fokuserer på ulike typer resiliens, behovet for longitudinelle studier, viktigheten av ikke å begrense forskning til symptom mål, og forskjeller mellom resiliens hos barn og voksne.

Spesifikke risiko- og beskyttelsesfaktorer varierer med barns utvikling. For eksempel vil familien spille en viktigere rolle for små barn enn større barn, og jevnaldrende vil spille en større rolle for ungdom enn for små barn. Jenter ser også ut til å være mer utsatt enn gutter for å opprettholde posttraumatiske stress-symptomer over tid etter å ha blitt utsatt for krigstraumer (Stein, Comer, Gardner, & Kelleher, 1999). Psykososialt arbeid med barn og familier bør utformes slik at det reduserer risikofaktorer og styrker beskyttelsesfaktorer.

Det ordinære helsetilbudet skal gjelde for alle

Norge har en modell for helsetjenester hvor det i liten grad finnes spesialtjenester for flyktninger eller mennesker med annen kulturell og språklig bakgrunn enn den norske. Det vanlige helsevesenet skal organiseres slik at det finnes tilstrekkelig kompetanse til at også disse gruppene får de tilbudene de trenger. Helsearbeidere skal kunne tilby like god behandling til alle grupper.

Et psykologisk tilbud til flyktninger

I roller som behandlere, rådgivere eller veiledere arbeider psykologer og andre yrkesgrupper for å fremme flyktningers og asylsøkeres psykiske helse. I utgangspunktet stilles samme krav til faglig kvalitet som i annen klinisk virksomhet, krav til kunnskaper om psykisk helse, diagnostikk og behandling. En god arbeidsrelasjon forutsetter respekt for klientens problemforståelse, informert

samtynke og viktigheten av å se klientens helhetlige situasjon. Flyktnings bakgrunn og aktuelle situasjon vil imidlertid ofte stille psykologen og annet helsepersonell overfor særlige utfordringer. Språk- og kulturforskjeller, vold, tortur og overgrep vil kunne representere barrierer mellom klient og terapeut. Problemstillinger knyttet til klientens familiesituasjon, familietradisjoner, økonomiske forhold eller uavklarte forhold rundt asylstatus kan komme til å komplisere bildet ytterligere. Et aktuelt eksempel er validiteten av ulike diagnoser og hva som vil være akseptabel behandling på tvers av kulturer. Etter hvert finnes det imidlertid mer tilgjengelig erfaring og kunnskap om dette både i Norge og internasjonalt. Et godt eksempel er en veiviser om psykososialt arbeid med flyktningbarn som bygger på mange års erfaring med dette arbeidet i Norge og beskriver en rekke ulike arbeidsformer og temaer (Neumayer et al., 2005). Det er også viktig at alle møtes som individer med sine spesifikke behov, slik at de ikke reduseres til representanter for en kulturell gruppe. Våre forsøk på kultursensitivitet må ikke bli en jakt på det eksotiske, og våre forestillinger må ikke bli til stereotyper om hva det vil si å være flyktning som blir til hinder for å oppdage individets historie, behov og erfaring (Whittaker, Hardy, Lewis & Buchan, 2005).

Vanlige lover og retningslinjer gjelder

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen. Lover og retningslinjer for helsearbeidere gjelder også for arbeid med flyktnings og asylsøkere. I utgangspunktet har alle, inkludert asylsøkere, lik rett til helsetjenester. Imidlertid er det også slik at det primært er folk med fast oppholdssted i Norge som har rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvilke tilbud som gis asylsøkere, spesielt de som har fått avslag på søknad om asyl, varierer mye rundt om i landet. Helsetjenestepersonell skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, og bidra til å sikre at tjenestetilbudet er likeverdig, tilpasset og tilgjengelig for pasientene. De skal yte øyeblikkelig helsehjelp til enhver når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.

Et tilfredsstillende tilbud om helsetjenester har vist seg å være vanskelig å gjennomføre overfor asylsøkere og flyktnings i Norge. Helsetilsynets tilsyn med helsetjenesten i 2004 påpekte mangler i mange kommuner i forhold til asylsøkere med alvorlige psykiske problemer, koordinering av tilbud, kompetanseutvikling for helsepersonell og ikke minst informasjon om og tilgang til helsetjenestetilbudet snarest mulig etter bosetting. Sosial- og helsedepartementet har presentert en statusrapport omkring en interdepartemental tiltaksplan med en rekke tiltak for asylsøkere i mottak (Major, 2005). Dette dreier seg om vurdering av behov for å føre tilsyn med asylsøkere og

flyktninger for forsvarlig tjenestetilbud fra psykisk helsevern og retningslinjer for behandling av flyktninger. Helseforetakene er nå bedt om å prioritere styrking av behandlingstilbudet til volds- og traumerammede (Major, 2005).

Mange av FNs erklæringer og konvensjoner har artikler som er relevante i arbeidet med å fremme flyktnings helse og rettigheter. Dette gjelder menneskerettighetserklæringen, internasjonale konvensjoner knyttet til sosiale og sivile rettigheter, konvensjoner mot diskriminering og tortur, samt konvensjonen om flyktnings stilling. Alle artiklene i FNs barnekonvensjon fra 1989 er relevante for arbeidet med barn og unge som er flyktninger. Artikkel 22 omhandler flyktningbarn direkte og sier at staten skal gi beskyttelse og humanitær hjelp til flyktningbarn og barn som søker beskyttelse. Barn har rett til hjelp til å bli gjenforent med foreldre eller andre familiemedlemmer. Andre svært aktuelle artikler omhandler retten til ikke-diskriminering, til å bli hørt og ha deltakelse, til barnets beste, respekten for foreldrenes hovedansvar og retten til bevaring av identitet, til ikke å skilles fra foreldrene, retten til helse, rehabilitering og integrering, til utdanning, til å praktisere sitt språk og sin religion og beskyttelse mot misbruk og overgrep.

Norske lover, internasjonale konvensjoner og fagetiske retningslinjer underbygger at asylsøkere og flyktninger har rett til hjelp, og at helsepersonell har plikt til å hjelpe, også i forhold til å fremme psykisk helse. Dette gjelder også mennesker som har en usikker juridisk status, eller som med all sannsynlighet ikke kommer til å få bli i Norge. Psykologer har viktig fagkunnskap i dette arbeidet, og den juridiske og øvrige konteksten blir vesentlig i vurderingen av hvilke typer tiltak som vil være mest tjenlig.

Psykososiale behov og tiltak i kontekst

Psykisk helse er nær knyttet til et helhetlig fysisk og sosialt helsebegrep. Psykiske og sosiale konsekvenser av krig og andre påkjenninger flyktninger er utsatt for, henger nøye sammen, og tiltakene beskrives derfor ofte som psykososiale. Når vi bruker begrepet psykososial her, er det for å understreke psykologiske og sosiale perspektiver som viktig for mental og helhetlig helse i tillegg til, og integrert med, medisinske og biologiske aspekter, ikke for å markere avstand til det biopsykiatriske feltet, som noen ganger har vært hensikten med begrepet psykososial (se van Ommeren, Saxena & Saraceno, 2005).

I terapeutisk arbeid med flyktninger i Norge blir vi konfrontert med utfordringer rundt kulturforskjeller som gjør at det kan være vanskelig for terapeuten å forstå klientens aktuelle plager, ressurser, bakgrunn og holdning til behandling og hjelpere. Et eksempel er en nyere studie av unge somaliske kvinner (Whittaker et al., 2005) hvor det ble vist at det kan oppfattes som viktig å bevare hemmeligheter, distansere seg og skjule plagene sine, samtidig som sosial støtte fra religion og hjelpeapparat oppfattes som betydningsfullt. Likeledes blir åndebesettelse diskutert i forhold til psykisk helse, og hvordan det kan være vanskelig for den vestlige behandler å se hvordan dette kan oppfattes som å gi beskyttelse, og hvilke implikasjoner det har for behandling. Et annet eksempel er mangel på felles språk og utfordringer knyttet til samarbeid med tolk, som har lenge vært et viktig tema i klinisk arbeid med flyktninger, og hvor det nå finnes mye erfaring og kompetanse.

Psykologiske intervensjoner: Eksempler fra Norge

Problemer knyttet til dagliglivets utfordringer er sentrale samtaletemaer i terapi med asylsøkere og flyktninger: boligsituasjon, forholdet til og savn av familiemedlemmer, skolesituasjon, opplæring i norsk, mangel på arbeid og annen aktivitet og forholdet til andre mennesker. Rammebetingelsene har stor betydning, noe vi vil illustrere ved å trekke ut noen få opplysninger om tre av våre klienter fra klinisk praksis. Klientene har sagt seg villige til at deres historier skal kunne offentliggjøres, fordi de håpet at det kunne bidra til at andre flyktninger skal få bedre hjelp og forståelse i Norge.

«Amina»

Amina var 24 år og fra et land i Afrika. Etter fangenskap og en dramatisk flukt kom hun som UNHCR-kvoteflyktning til Norge. Hun hadde mann og ett barn på to år i hjemlandet og ventet på gjennforening. Hun hadde noe utdanning og kom fra en relativt velstående familie. Amina ble henvist til psykolog gjennom helsestasjon og fastlege for søvnproblemer, depresjon og andre psykiske og somatiske plager. Dette kunne komme til uttrykk som hodepine og ryggsmertes, særlig i vått og kaldt vær. Hun var bekymret for mannen, barnet og øvrige familie, og lengtet intenst etter dem. Amina kjente seg ofte tung og trist, sov dårlig, hadde mareritt, var skvetten, prøvde å unngå å bli minnet om det som hadde skjedd, men hadde ofte påtrengende tanker og følelser. Hun hadde en engasjert lokal advokat som arbeidet for hennes gjennforeningssak. Amina kunne diagnostiseres med PTSD, depresjon og traumatisk sorg. Hennes somatiske plager var i stor grad uten organiske funn selv om de antakelig var knyttet til fysisk mishandling. Hun var svært motivert for kontakt med psykolog, men ønsket, spesielt den første tiden, i liten grad å snakke om sine psykiske plager og tidligere opplevelser. Hun var opptatt av familiegjennforening, bekymring for dem hjemme, sin fysiske helse og daglige situasjon

knyttet til utdanning. I løpet av terapien ble samarbeidet med advokat, fastlege, helsestasjon og skolen viktig, og i mange av terapitimene var disse til stede, eller vi snakket med en av dem i telefonen eller direkte med UDI om hennes sak. Til tross for at hennes gjenforeningssak burde vært relativt enkel, tok saksbehandlingen lang tid, og sønnen døde før han kom til Norge. Mannen kom derimot til slutt til Norge.

«Mira»

I motsetning til Aminas historie illustrerer Miras historie hvor mye som kan oppnås dersom rammebetingelsene kommer på plass i tide. Mira var fire år da hun kom fra Iran til Norge sammen med mor, som var gravid. Mor og datter hadde klart å flykte, men far var fortsatt igjen i Iran. Mira hadde en hjernesvulst og trengte en omfattende operasjon. Mor var engstelig for mannens skjebne, for datterens forestående operasjon og utfallet av denne, og for graviditet og fødsel i et nytt land hvor hun ikke kjente noen og ikke forsto verken språk eller formelle prosedyrer. Hun mistet kontrollen og begynte å slå Mira. Dette hadde aldri skjedd før, og mor var selv fortvilet over dette. Mira ble henvist til psykisk helsevern fordi hun var urolig, sint og ikke fikk sove. Både mottakspersonalet, barnevernet og sykehuset hvor hun skulle opereres, var bekymret for familiens situasjon. Etter drøftinger i ansvarsgruppe opprettet rundt familien fant man at alt avhang av at man bidro til at familien hadde et tryggere fundament før man som kurative instanser, både somatikken og psykisk helsevern, kunne utrette noe. Mirakuløst klarte det somatiske sykehuset sammen med UDI, ved å beskrive datterens svært risikofylte operative inngrep, å bidra til at far kom til Norge før fødselen, og før Miras operasjon. Både fødselen og operasjonen gikk bra, men Miras angst trengte en terapeutisk intervensjon; hun hadde trodd hun skulle dø, at det at mor slo henne, betydde at mor heller ville ha det nye barnet enn henne. Familien trengte støtte i en kortere periode etter operasjonen sammen med individualterapi for Mira, men familiens resiliens var stor, og den lille familien tilpasset seg det nye livet i Norge.

Poenget i disse vignettene er å understreke at man som terapeuter aldri må stille seg i en enten–eller-osisjon; man kan ikke sette flyktningfamilier på vent for hjelp fra psykisk helsevern inntil rammebetingelsene er på plass, men man kan heller ikke behandle uten også å ta del i dette rammearbeidet.

«Ahmed»

Ahmed var 25 år og fra Afrikas horn. Han kom til Norge etter først å ha søkt asyl i Sverige. Da han hadde fått avslag der, rømte han til Norge og søkte asyl på nytt. Han ble henvist til psykolog

fordi han var deprimert, sa han ønsket å ta livet sitt, hadde hørt stemmer, hadde smerter i kroppen og var sterkt plaget av mareritt og angst. Han hadde fått avslag på asylsøknaden fordi han allerede hadde søkt i Sverige, dvs. et annet EØS-land (Sverige) og skulle derfor sendes tilbake dit i henhold til Dublinkonvensjonen, hvor han allerede hadde fått avslag på søknad om asyl. Han fortalte om ekstreme belastninger og store tap i hjemlandet, både som barn, soldat, sivil og gjennom tortur. I denne situasjonen var det vanskelig å vite hva slags behandling som burde startes. Til tross for midlertidigheten i hans situasjon ble det valgt å tilby somatisk og psykologisk utredning og støttende terapi, og denne varte i nesten ett år. I løpet av denne tiden ble han også i perioder innlagt på en avdeling i psykisk helsevern. Psykologen samarbeidet med tannlege, lege, fysioterapeut og ergoterapeut. I tillegg til samarbeid om en grundig utredning med en medisinsk ekspert på torturskader og gjennomgang av medisiner bestod psykologarbeidet i samarbeid med advokat og myndigheter, terapeutiske intervensjoner med mål å gi Ahmed større innsikt og mestringsstrategier i forhold til symptomene. Etter hvert ble også forberedelse på utsendelse et viktig tema, med opprettelse av kontakt med behandler i Sverige. Psykologen valgte til slutt å følge Ahmed til Sverige sammen med politiet fordi han selv uttrykte at han ønsket dette, og fordi det ga større muligheter til å opprette kontakt med behandler i Sverige. Dette bidrog antakelig til at utsendelsen foregikk på en rolig og relativt verdig måte, samtidig som det reiste store etiske dilemmaer.

Alle disse tre eksemplene viser behovet for helhetlig tenkning, både i forhold til et helhetlig helsebegrep, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og samfunnsmessige og politiske forhold som ikke kan holdes atskilt fra det terapeutiske arbeidet. Eksemplene understreker at det er viktig å kunne nyansere tiltak og tilnærminger til unike individuelle situasjoner, og samtidig iverksette systemrettede tiltak slik vi tidligere har vært inne på. Intervensjoner må sikte mot ulike nivåer og former for tiltak.

Internasjonale erfaringer i arbeid med flyktninger

Psykiske konsekvenser av krig, flukt og eksil har i større grad enn tidligere blitt del av internasjonalt hjelpearbeid. Det er behov for hurtige, forebyggende, populasjonsbaserte intervensjoner som vektlegger «myndiggjøring» av flyktningene gjennom familiegjenforening, autonomi i strukturering av dagliglivet, skole, meningsfulle aktiviteter og rekonstruksjon av nettverk (Petevi, 1995).

Det finnes nå mye erfaring fra internasjonalt katastrofearbeid som kan være relevant også for psykososialt arbeid i Norge. Dette gjelder ikke minst behovet for å utforme en helhetlig politikk

for å ivareta flyktnings og asylsøkeres somatiske og psykiske helse. WHO understreker behovet for retningslinjer for å hindre at tiltak blir fragmenterte, ineffektive, dyre og utilgjengelige. Ofte må flere ulike sektorer (utdanning, sosialtjenester, helse) være involvert. Det finnes flere modeller og retningslinjer for internasjonalt arbeid med psykisk helse i katastrofer (for eksempel Ager, 2002; de Jong, 2001; Mollica et al., 2004; WHO, 2003). Anbefalinger fra UNHCR (2002) vektlegger en helhetlig tilnærming til asylsøkere og flyktnings situasjon, inkludert behovene for å ivareta fysisk helse, psykososial støtte, ernæring, skole, familiegjenforening, repatriering, personlig frihet og sikkerhet. Sosial kontekst, spesielt betydningen av at familier holdes samlet både ved å unngå atskillelse og fremme gjenforeninger, er vektlagt av UNICEF og i Barnekonvensjonen.

Intervensjonsnivåer

Ettersom de færreste flyktninger utvikler alvorlig patologi, bør programmer for beskyttelse og assistanse skape premisser for å gjenskape et normalt liv. I likhet med (Petevi, 1996) vil vi legge vekt på at en helhetlig tilnærming, både i den akutte og i senere faser i forløpet etter en omfattende traumatisk hendelse. Raske, proaktive og forebyggende tiltak rettet mot utsatte grupper og populasjoner gjennom primærhelsetjenesten vil være en aktuell tilnærming til arbeid med barn og familier. I tråd med våre egne erfaringer fra psykososialt arbeid etter kritiske hendelser og ulykker i formelle organisasjoner er det nødvendig å akseptere at man både sikter mot intervensjoner rettet mot enkeltindivider og sosiale systemer (Eid, Johnsen, Løvstad & Michelsen, 2005).

Agers (1997) modell gir en struktur for intervensjonsnivåer i form av faser, hvor ett nivå ikke ekskluderer et annet, men hvor første fase skal prøves før neste, og hvor de spesialiserte intervensjonene (fase 4) vil gjelde de færreste (se tabell 1).

Tabell 1. En modell for intervensjonsnivåer i form av faser (Ager, 1997). Ett nivå ekskluderer ikke et annet, men første fase skal prøves før neste

Fase 1. Støtte eksisterende beskyttende krefter. Stimulere og tilrettelegge for at disse kan opprettholdes i nye og ukjente omgivelser. Et eksempel er hvordan foreldre naturlig fortolker hendelser for barna og trøster dem. Asylmottak bør ideelt sett organiseres og drives slik at naturlige beskyttende psykososiale prosesser stimuleres og forsterkes.

Fase 2. Gjenopprette beskyttelsesfaktorer. Stimulere til gjennomføring av prososiale kulturelle ritualer, gjenforene familier, sørge for at barn får skolegang eller på andre måter fremme resiliens og sosial samhandling gjennom lek og sport (Waaktaar & Christie, 2000).

Fase 3. *Tilrettelegge for kompensatorisk støtte.* Skape nye strukturer, for eksempel ved at eldre barn får i ansvar å hjelpe yngre barn ved å lære dem sanger eller gjennom programmer som styrker de voksnes evne til kommunikasjon og empati.

Fase 4. Måltrettet terapeutisk intervensjon. Et eksempel er skolebasert kognitiv atferdsterapi i grupper (Dyregrov, Gupta, Gjestad & Mukanoheli, 2000; Ehntholt, Smith & Yule, 2005) eller individualterapi for barn med alvorlige psykiske lidelser (Hodes & Tolmac, 2005).

I tillegg er kunnskap om forebygging og faktorer som øker mestring, viktig for å styrke familier og fellesskap og for å skape et så trygt, normalt og forutsigbart miljø som mulig. Det er viktig å ha tiltak både på populasjonsnivå (for eksempel forebyggende tiltak i asylmottak) og på individnivå (for eksempel psykoterapi). En systemorientert tilnærming til psykososialt arbeid med barn og familier som både vektlegger individuelle forskjeller og tilrettelegger for tiltak overfor utsatte grupper har i lengre tid stått sentralt i internasjonalt flyktningarbeid.

Fra enkelte hold har det blitt påpekt at man gjennom et ensidig fokus på PTSD og traumebehandling kan komme til å individualisere og tilsløre de politiske og samfunnsmessige konsekvenser av menneskerettighetsbrudd og kollektiv traumatisering (Summerfield, 2004). Det er likevel fullt mulig å tenke at på samme måte som intervensjonsnivåene kan være både på individplan og fellesskapsplan, må forståelsen av traumatisering og behov inkludere både individet og kollektivet. Både traumatisering og heling er sosiale og samfunnsmessige fenomener (Herman, 1992).

I den opphetede debatten i de senere årene omkring begreper, verdier og validitet ved psykiske helsetiltak i fattige krigsherjede land har PTSD-begrepet og traumefokuserte intervensjoner vært sentralt (for eksempel Bracken, Giller & Summerfield, 1995; de Vries, 1998; Dyregrov et al., 2002; Mezey & Robbins, 2001; Silove, Ekblad & Mollica, 2000; Summerfield, 1999; Wessely, 2003). En lærdom å trekke av dette er å unngå at valget (tilsynelatende) står mellom spesialiserte traumeintervensjoner eller å overse psykisk helse fullstendig. På samme måte som Van Emmeren et al. (2005) argumenterer for at både sosiale intervensjoner og traumefokuserte tiltak bør integreres i det generelle psykiske helsevernet etter katastrofer og krigshandlinger i fattige land, bør disse prinsippene også legges til grunn for psykososiale tiltak rettet mot barn og familier til asylsøkere og flyktninger i Norge.

Eksempler fra internasjonalt arbeid med flyktningbarn

Ved å ta utgangspunkt i internasjonale erfaringer og virksomme programmer rettet mot barn og familier, kan vi også få verdifulle impulser til å se flyktningssituasjonen i Norge i sammenheng med den globale flyktningssituasjonen, både når det gjelder problemer og løsninger. Gjennom systematiske studier av de metoder og programmer som anvendes overfor barn og familier i Norge, kan dette i sin tur bidra til å det internasjonale arbeidet med flyktninger.

UNICEFs ungdomsprogram i Guatemala

Ti år etter militærets langvarige brent jord-taktikk, drap og brutale overgrep i høylandet i Guatemala var de negative psykososiale konsekvensene fremdeles store. UNICEF startet et prosjekt som ble ledet

av lokalsamfunnet og nådde 12 000 barn og unge i 64 landsbyer (Reichenberg & Friedman, 1996). Ungdommer mellom 12 og 17 år fikk opplæring som «Community Youth Promoters». De brukte sine egne erfaringer og ressurser til å skape forandringer for barn og jevnaldrende, gjennom lek, aktiviteter som ga bedre betingelser for utdanning og arbeid og styrket selvfølelse. Resultatene var positive både for foreldre, lokalsamfunnet, barna og ungdommene som deltok i prosjektet. Ett viktig resultat var at andelen unge som gikk på skole, steg fra 0 til 40 % (Reichenberg & Friedman, 1996). Til tross for at dette ikke var en kontrollert studie, er erfaringene fra programmet interessante fordi de viser at tiltak av stort omfang er mulig å gjennomføre; innholdet kan være relativt enkelt og ressursorientert, og innebære liten bruk av eksperter utenfra, men likevel bidra til store positive endringer.

Et psykososialt intervensjonsprogram i Bosnia

Under krigen i det tidligere Jugoslavia ble det i større grad enn i andre kriger rettet sterk oppmerksomhet mot voldtekt, psykisk traumatisering, tap, flukt og overgrep mot sivilbefolkningen. Dette førte til implementering av mange psykososiale programmer, bl.a. et evalueringsprosjekt (Dybdahl, 2001a). Målet med programmet var å bidra til å bedre barns helse og psykososiale fungering gjennom å anvende kunnskaper fra utviklingspsykologi og traumepsykologi. I alt deltok 87 mor–barn-dyader (48 jenter og 39 gutter med gjennomsnittsalder 5.5 år, $SD = 0.7$) i prosjektet.

Designen som ble valgt, var en pre–post-test med kontrollgruppe. Mødrene ble tilfeldig fordelt i enten: *Gruppe 1*) Ukentlig psykososial støtte og månedlig medisinsk tilsyn, eller *Gruppe 2*) kun medisinsk tilsyn. Intervensjonen besto av ukentlige gruppemøter for mødre i fem måneder ledet av en spesielt opplært gruppeleder. Erfaringer fra lokale terapigrupper for kvinner og sentrale elementer fra International Child Development Programme (ICDP: Hundeide, 2001, 2003) var viktige i programmet. Målet var å fremme samspill og kommunikasjon, og styrke og sensitivisere mødre ved å bygge på deres sterke sider. Temaer som ble tatt opp i gruppesamlingene var 1) barns utvikling og behov, 2) samspill og kommunikasjon, 3) traumer og tap og 4) mestringsstrategier (se Dybdahl, 2001b).

Effektene av programmet ble vurdert gjennom intervju med mor, intervju med barn, psykologs observasjon, ulike psykologiske tester og en somatisk undersøkelse. Intervensjonsgruppen viste en større bedring enn kontrollgruppen på 23 av 27 indikatorer på helse og psykososial fungering, blant annet en reduksjon i mødre og barns traumereaksjoner, vektøkning hos barna, og at mødrenes vurdering av barna ble mer positive (Dybdahl, 2001a).

Denne studien indikerte at selv et relativt enkelt og rimelig psykososialt program som gjennomføres under vanskelige forhold, kan gi positive helseeffekter. En erfaring fra prosjektet var at samarbeid med lokale fagfolk og andre som kjenner lokale forhold, er vesentlig. Internasjonale erfaringer fra ulike psykososiale programmer har tilsvarende vist at en helhetlig tilnærming til flyktingenes og barnas situasjon er viktig for å nå frem med virksomme tiltak. I fortsettelsen vil vi se nærmere på noen konsekvenser dette kan ha for psykososialt arbeid med barn og familier i Norge.

Retningslinjer og etikk

De fleste av retningslinjene på dette området vektlegger kulturell sensitivitet og validitet selv om det finnes få vitenskapelige studier av kulturelt sensitive psykisk helsetiltak i slike situasjoner. I FNs barnekonvensjon plasseres barnet i sentrum, og barnet beste deklarerer som den primære oppgaven. Samtidig kan barnets identitet eller barnets heling ikke skilles fra familien og samfunnet. Respekten for tradisjoner og kultur blir ansett å bidra til beskyttelse og resiliens og til å fremme et godt utviklingsforløp. Dette betyr ikke at alle skikker eller tradisjoner nødvendigvis alltid er gode eller sunne (se Dyregrov, Gupta, Gjestad & Raundalen, 2002). Imidlertid vil man ofte med hell kunne inkorporere kulturelle elementer som dans, sang og spesielle måltider eller ritualer for overganger, død eller renselse og andre symbolhandlinger for å fremme sosial identitet, myndiggjøring og tro på egne krefter (Reichenberg & Friedman, 1996).

Mange av hjelpetiltakene ligger på organisasjonsnivå eller kollektivt nivå, for eksempel skoler, familieforeninger og meningsfulle aktiviteter knyttet til dagliglivets ulike oppgaver. I tillegg er elementer som struktur, kontinuitet, forutsigbarhet, organisert lek, samvær med jevnaldrende og voksenstøtte viktige for barn. Mange programmer har også som mål å bidra til at bevisstheten om traumatisering og menneskerettighetsbrudd høynes, og å hindre fornektning av de psykiske traumene. For å fremme psykisk helse vektlegges informasjon, forebygging av videre traumatisering, styrking av nettverk, styrking av sterke sider og mestring, arbeid i grupper og psykoedukasjon, ofte med utgangspunkt i hjem, skole eller helsesentre.

Kanskje er kjærlighet og normalitet det viktigste for traumatiserte flyktningsbarn. Det er en av mange grunner til å støtte foreldrene og familien i å hjelpe barna og fremme (re)integrering i fellesskapet. Intervensjoner for å fremme flyktningsbarns helse bør skje på en slik måte at omsorgsgiverne klarer å utføre sine oppgaver med å møte sine barns behov. Ved å bidra til å fremme

foreldres helse, tilføre dem ny og relevant kunnskap og tilrettelegge for arbeid og sosial støtte til de voksne vil dette også være et effektivt middel for å hjelpe barna. Når barns behov kun kan dekkes gjennom barnefokuserte aktiviteter, bør disse utføres i nært samarbeid med familiene og gruppen. Vi vet også at fokus på venner og jevnaldrende kan være viktig (Angel et al., 2001).

Tiltak bør rettes mot sårbare grupper, ikke minst barn atskilt fra familien, ha tilstrekkelig varighet, iverksettes til rett tid og være relevante og kulturelt passende. Målsettingene bør være tydelig definert og henge sammen med tiltakene. Tiltak bør styrke både fysisk og psykisk helse og fremme et bredt spekter av ferdigheter og utviklingsaspekter, og resultatene bør måles på flere områder. Tiltakene må være testbare eller evaluerbare. Evaluering er ikke en luksus, men nødvendig og bør ikke utelukkende bestå av brukerfornøydhets eller selvrapportering av symptomer.

Psykologiske intervensjoner skal ikke påføre klienten skade eller krenke dennes frihet og autonomi. Mentale helsetiltak kan være skadelige og innebære risiko, for eksempel fordi deltakere i gruppeterapi har bidratt med informasjon som kan sette dem i fare, eller fordi det å fortelle om traumatiske erfaringer åpner opp smertefulle minner. Det er fortsatt et stort behov for solid forskning om hva som er «best practice» i arbeidet med barn og familier som er flyktninger og asylsøker i Norge.

Psykologiske tiltak og forskning er basert på informert samtykke, også i arbeid med flyktninger. I en situasjon med store kulturelle forskjeller, ulik maktfordeling og dårlig fungerende beskyttelsessystemer (som familie, nettverk eller talsmannordning) kan det være vanskelig å sikre et reelt informert samtykke. Dette krever mye av den som arbeider med å fremme mental helse.

Når beslutninger skal tas, enten det gjelder en nyankommen asylsøker med store psykiske problemer, men dårlige muligheter til å få asyl, eller i et forskningsprosjekt rettet mot bosatte flyktninger, står vi overfor etiske dilemmaer knyttet til maktforskjeller, rettferdighet og likeverdighet.

Ved å medikalisere symptomer på menneskerettighetsbrudd kan det oppleves som at vi er med på å godta slike brudd. Våre etiske retningslinjer sier eksplisitt at vi også har plikt til å si fra om urett og forhold som skaper uhelse, og til å bidra til å forebygge at dette skjer. Plikten til å si fra – og gå ut av terapirommet – var for eksempel åpenbar i forhold til myndighetenes håndtering av «Aminas» sak.

Alle har lik rett til hjelp. Alle skal ha mulighet til å påvirke og bli hørt, og deltakelse i forskning skal komme dem selv eller deres eget samfunn til nytte. Maktforskjellene mellom hjelpere og klienter er ofte så store at idéene om brukermedvirkning og likverdige partnere blir tomme ord.

Avslutning

Vår erfaring har vært at det har vært nyttig å arbeide med disse spørsmålene og mulige intervensjoner både hjemme i Norge og internasjonalt for å lære hvordan andre organisasjoner og hjelpere arbeider, men også for å se helheten og bevare ydmykhet og håp. Førstehånds informasjon og erfaring fra større internasjonale flyktningssituasjoner kan bidra til å forstå flyktingers situasjon bedre og noe av det mange har vært igjennom før de kom til Norge. Gjennom aktiv deltakelse i internasjonalt arbeid kan en også se de utfordringer en står overfor i hjelpearbeidet, også når psykososiale forebyggende og helende tiltak integreres allerede i de første stadiene etter en akutt krise. På samme måte har vi opplevd at det har vært nyttig å delta i internasjonalt arbeid også i senere og mindre akutte faser.

Psykologisk arbeid med flyktninger finner alltid sted i en kontekst og er del av en helhet. En del av denne konteksten er at Norge er et rikt og oversiktlig land med gode samarbeidsrelasjoner med FN og ulike institusjoner og organisasjoner for forskning og hjelpearbeid. Vi burde derfor være i en ideell situasjon i forhold til at vårt arbeid for flyktninger i Norge blir godt og effektivt, samtidig som det bidrar til det internasjonale arbeidet som kommer flyktninger til gode også i resten av verden. Vi har i denne artikkelen også argumentert for et helhetssyn på helse og behandling, og nødvendigheten av å være fleksible og ikke nødvendigvis vente til rammebetingelsene er tilfredsstillende før vi kan gjøre psykologisk arbeid.

Vi har argumentert for at kunnskap om flyktningssituasjonen internasjonalt er viktig for dem som arbeider med flyktninger i Norge. Det finnes mye erfaringsbasert kunnskap og beskrivelser av psykososialt arbeid med flyktningbarn i Norge, men lite solid forskning på hvilke tiltak som er effektive, eventuelt skadelige. Systematiske erfaringer og forskning fra psykososiale tiltak for flyktninger i andre land, ikke minst anbefalinger og retningslinjer fra FN, kan være viktige også i Norge.

Ragnhild Dybdahl

R.BUP Øst og Sør, PB 23 Tåsen 0801 Oslo

Tlf 22 02 89 00

E-post ragnhild.dybdahl@r-bup.no

Referanser

- Ager, A. (1997). Balancing skills' transmission and understandings: A conceptual framework for planning support for trauma recovery. I D. Ajdukovic (Ed.), *Trauma recovery training. Lessons learned* (ss. 73–82). Zagreb: Society for Psychological Assistance.
- Ager, A. (2002). Psychosocial needs in complex emergencies. *Lancet*, *360*, 43–44.
- Almqvist, K. & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect*, *21*, 351–366.
- Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, *71*, 4–15.
- Barenbaum, J., Ruchin, V. & Schwab-Stone, M. (2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 41–62.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*, 20–28.
- Bracken, P. J., Giller, J. E. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, *40*, 1073–1082.
- Cairns, E. (1996). *Children and political violence*. Oxford: Blackwell.
- De Jong, J. (2001). (Ed.). *Trauma, war, and violence. Public mental health in socio-cultural context*. Kluwer: Amsterdam.
- De Vries, F. (1998). To make a drama out of trauma is fully justified. *Lancet*, *351*, 1579–1580.
- Dybdahl, R. (2001a). A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *6*, 425–436.
- Dybdahl, R. (2001b). Children and mothers in war: An outcome study of a psychosocial intervention programme. *Child Development*, *72*, 1214–1230.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestead, R. & Mukanoheli, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 3–21.

- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology*, 8 (3), 3–10.
- Eid, J., Johnsen, B. H., Løvstad, T. & Michelsen, L. T. (2005). Kriseintervensjon i operative organisasjoner: Erfaringer fra Sjøforsvarets Støttelag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 319–326.
- Ehnholt, K. A., Smith, P. A. & Yule, W. (2005). School-based cognitive-behavioural therapy group intervention for refugee children who experienced war-related trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 235–250.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 465, 1309–1314.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. London: Pandora.
- Hodes, M. & Tolmac, J. (2005). Severely impaired young refugees. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 251–261.
- Hundeide, K. (2001). *Ledet samspill, fra spebarn til skolealder (2 utg.)*. Oslo: Vett & Viten.
- Hundeide, K. (2003). *Barns livsverden*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Krupinski, J. & Burrows, G. (1986). *The price of freedom: Young Indochinese refugees in Australia*. New York: Pergamon Press.
- Lie, B. (2004). The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: A longitudinal, comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 179–187.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, D. J., Kane, T. & Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 42–36.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidance for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Machel, G. (2001). *The impact of war on children*. UNICEF: London
- Major, E. (2005). Interdepartemental tiltaksplan for psykisk helse i asylmottak – status. *Psykisk helse i mottak*, Bergen, 23.06.05
- Masinda, M. T. & Muhesi, M. (2005). Trauma in children/adolescents: A special focus on Third World countries. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 16, 69–76.
- Mezey, G. & Robbins, I. (2001). Usefulness and validity of post-traumatic stress disorder as a psychiatric category. *British Journal of Medicine*, 323, 561–563.

- Mollica, R. F., Lopes Cardozo, B., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A. & Salama, B. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364, 2058–2067.
- Mollica, R. F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Sarajlic Vukovic, I. & Massagli, M. P. (2001). Mortality and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*, 286, 546–554.
- Neumayer, S., Skreslett, A., Borchgrevink, M. C. et al. (2005). *Psykososialt arbeid med flyktningbarn – introduksjon og fagveileder*. NKVTS, Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge og Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge, Oslo.
- Reichenberg, D. & Friedman, S. (1996). Traumatized children: Healing the invisible wounds of children in war: A rights approach – The contribution of UNICEF. I Y. Danieli, N. S. Rodley & L. Weisæth (Eds.), *International responses to traumatic stress* (ss. 307–326). New York: Combany.
- Silove, D., Ekblad, S. & Mollica, R. (2000). The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 355, 1548–1549.
- Stein, B., Comer, D., Gardner, W. & Kelleher, K. (1999). Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 464–469.
- Summerfield, D. (1999). Bosnia and Herzegovina and Croatia: The medicalization of the experience of war. *Lancet*, 354, 771.
- Summerfield, D. (2004). Cross-cultural perspectives on the medicalization of human suffering. I G. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (ss. 233–245). Chichester: Wiley.
- Sveaass, N. & Christie, H. (1995) (red.). Psykologi i en verden i forandring. Temanummer av Tidsskrift for Norsk Psykologforening: Psykologi i en verden i forandring. Psykologisk arbeid med flyktninger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 32, 674–682.
- Toole, M. J. & Waldman R. J. (1997). The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Annual Review of Public Health*, 18, 283–312.
- Trang, T. & Lau, W. (2005). *Psychological well-being of child and adolescent refugee and asylum seekers: Overview of major research finding of the past ten years*. http://www.humanrights.gov.au/human_rights/children_detention/psy_review... Nedlastet 13.7.05
- UDI (2005). *Statistikk*. <http://www.udi.no/templates/Statistikk.aspx?id=5906>. Nedlastet 19.12.05.
- UNCHR (2005). *Refugees by number*. <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/taxis/vtx/basics/opendoc.htm?tbl=BASICS&id=3...> Nedlastet 10.10.05

- UNHCR (2006). *UNHCR's 5 priorities for boys and girls of concern to UNHCR*. <http://www.unhcr.ch/cgiin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&i....> Nedlastet 03.01.06.
- Van Ommeren, M., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 71–76.
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider: håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Wessely, S. (2003). War and the mind: psychopathology or suffering? *Palestine-Israel Journal of Politics, Economics and Culture*, 10, 6–16.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR, 6–12 September.
- WHO (2003). *Mental health in emergencies: Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence. WHO, Geneva.