

Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse – en litteraturstudie

Ingeborg Dittmann og Tine K. Jensen

Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse – en litteraturstudie

Enslige mindreårige er den gruppen flyktninger som økte mest i fjor. På tross av dette vet vi lite om hvilke psykiske plager de har og hva slags hjelp de trenger.

FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) uttalte i 1997 at enslige mindreårige flyktninger er den gruppen av flyktninger som har høyest risiko for sosiokulturell mistilpasning og psykiske problemer. I denne litteraturgjennomgangen ønsker vi primært å fremskaffe en kunnskapsoversikt over enslige mindreårige asylsøkere under 15 år og deres psykiske helse. Det er flere grunner til det. For det første kan de aller yngste enslige asylsøkerne fremdeles ansees å være avhengig av stabile voksne omsorgspersoner for å utvikle seg. For det andre er dette en gruppe som i dag tas hånd om av barnevernet etter at omsorgsansvaret for enslige mindreårige asylsøkere under 15 år i 2007 ble overført fra Utlendingsdirektoratet til det statlige barnevernet. De fleste av barna blir tatt hånd om ved et av barnevernets seks omsorgssentre, mens noen plasseres i private tiltak. Gjennomsnittlig botid i omsorgsboligene er ett år. Muligheten til å tilby psykologisk hjelp mens de er i omsorgsboliger, er bedre enn før, da de var plassert i store asylmottak, og mange psykologer og helsepersonell vil få ansvar for disse barna. Det er derfor nyttig med en samlet oversikt over hva som finnes av studier som kartlegger den psykiske helsen til enslige mindreårige asylsøkere som er under 15 år.

Vår litteraturgjennomgang dokumenterer at kunnskapen om den psykiske helsen til nyankomne enslige asylsøkere under 15 år er mangelfull

Studier har vist at en stor andel flyktninger har opplevd forfølgelse, tortur, seksuelle krenkelser, krig, vold og tap av foreldre eller andre nære familiemedlemmer (Oppedal, Seglem & Jensen, 2009; Sourander, 1998; Thomas, Thomas, Nafees & Bhugra, 2003). Fem vanlige oppgitte grunner til flukt er (1) drap av foreldre, søsken eller annen familie; (2) forfølgelse på grunn av etnisitet, religion eller seksuell legning; (3) tvungen rekruttering til militære barnestyrker; (4) krig i hjemlandet og (5) menneskehandel (Thomas et al., 2003). I tillegg til vanskelige opplevelser før flukten har mange hatt en lang og vanskelig fluktperiode. Barn og ungdom som er på flukt uten omsorgspersoner til å passe på seg, er i økt risiko for å bli utsatt for vold, overgrep og andre kriminelle handlinger. Studier har rapportert om fluktperioder hvor barn har vært adskilt fra foreldrene sine i over ett år før ankomst til Norge (Oppedal, Jensen & Seglem, 2009; Sourander, 1998).

Flere livsbelastninger fører til større risiko for psykiske plager (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009). En rekke internasjonale studier har dokumentert at unge som har opplevd traumatiske

hendelser som krig, vold og drap, løper en betydelig risiko for å utvikle alvorlige helseplager (Paramjit & O'Donnell, 2003; Shaw, 2003). Siden flere undersøkelser viser at god foreldrestøtte modererer utviklingen av psykiske vansker etter traumatiske opplevelser (Cohen & Mannarino, 1996; Scheeringa, Wright, Hunt & Zeanah, 2006), kan vi anta at barn som flykter uten omsorgspersoner, hører til en risikogruppe for utvikling av psykiske lidelser.

Denne artikkelen vil gi en oversikt over nasjonale og internasjonale studier av enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger og deres psykiske helse. Betegnelsen enslige mindreårige asylsøkere brukes om barn og ungdom under 18 år som kommer til Norge for å søke asyl uten foreldre eller andre omsorgspersoner. I 2009 ankom det 2500 enslige mindreårige asylsøkere til Norge. Av disse oppgav 317 at de var under 15 år. De aller fleste er gutter, og den største andelen kommer fra Afghanistan (ca. 70 %). Andre høyt representerte land er Somalia, Eritrea, Etiopia og Irak (Utlendingsdirektoratet, 2010). Hvilke land enslige mindreårige asylsøkere kommer fra, endrer seg etter som verdensbildet endrer seg.

Metode

Oversikten er basert på litteratursøk fra PsycINFO, Medline og PubMed. Søkeord var: unaccompanied refugee minors, unaccompanied minors, refugee minors, unaccompanied asylum seekers. Kun studier som omhandlet barnas psykiske helse, er tatt med, og søket begrenset seg til studier publisert mellom 1990 og 2010. Som nevnt ønsket vi å se på studier som har undersøkt barn under 15 år som er i asylsøkerfasen. De fleste nasjonale og internasjonale studier har imidlertid undersøkt enslige mindreårige som har fått oppholdstillatelse og som har blitt bosatt. Søket ble derfor utvidet til også å omfatte flyktninger. Vi var heller ikke i stand til å finne noen internasjonale studier som kun fokuserte på barn under 15 år. I studiene som omhandlet barn under 18 år og deres psykiske helse, var det i de fleste studiene ikke oppgitt nok data til at det var mulig å skille ut de under 15 år. Vi ønsket også å vite mer om hva slags behandlingsmetoder som har vist seg nyttige overfor denne gruppen barn, men vi fant ingen publiserte studier om dette. Artikkelen omhandler derfor forskning på unge enslige mindreårige asylsøkere eller flyktninger under 18 år og deres psykiske helse. Søket resulterte i 20 studier. Kun en av studiene er fra Norge (Oppedal, Jensen & Seglem, 2008; Oppedal et al., 2009).

Enslige mindreårige er mer utsatt

De aller fleste studiene konkluderer med at enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere er i økt risiko for å utvikle alvorlige psykiske plager. I en finsk studie av 46 enslige mindreårige asylsøkere mellom 6 og 17 år ble det funnet at 48 % skåret innenfor klinisk grense på Child Behavior Checklist (CBCL) (Sourander, 1998). De vanligste symptomene var knyttet til posttraumatisk stress, angst og depresjon. CBCL ble i denne studien utfylt av mottaksansatte. En studie har vist at mottaksansatte ofte underrapporterer hvor mange av de enslige mindreårige som strever med psykiske vansker (Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2006), så antallet som strever med psykiske vansker, kan derfor ha vært høyere. For å få mer utfyllende informasjon gjennomførte Sourander også intervjuer med barna og ungdommene. Under intervjuene fortalte barna og ungdommene at de bekymret seg mye for hvordan det gikk med familien hjemme, spesielt foreldrene. De var også bekymret for hvor lang tid det ville gå før de fikk tillatelse til å bli i landet. Mange rapporterte somatiske plager som vondt i magen og hodet, samt søvnproblemer. Flere hadde en svært forstyrret døgnrytme. En liten gruppe sa at de hadde suicidale tanker. Under intervjuene kom det også fram at barna og ungdommene forstod lite av asylprosessen. Flere sa de skulle ønske de kunne diskutere sin situasjon og sine problemer med en voksenperson som de stolte på. De fleste opplevde det som svært negativt å bo på et asylmottak.

Geltman et al. (2005) studerte 304 enslige mindreårige flyktninger fra Sudan. Fra denne studien ble det rapportert at 20 % tilfredsstilte kriteriene for posttraumatisk stressyndrom (PTSD) ett år etter at de hadde ankommet til USA. Det å være sosialt isolert og å ha en historie hvor de hadde opplevd å bli fysisk skadet, var de faktorene som ble funnet å være høyest assosiert med PTSD. Jeppsson og Hjern (2005) intervjuet 147 enslige mindreårige sudanske gutter om deres bakgrunn og om hvordan de opplevde sin situasjon på intervjuetidspunktet. Intervjuene ble gjennomført mens barna bodde i flyktningleirer i Kenya. Målet med denne studien var å undersøke psykiske helse og bruk av mestringsstrategier. Under intervjuene fortalte guttene om ekstremt vanskelige livshendelser som drap av nære familiemedlemmer, voldtekt og tortur, angrep fra ville dyr, å være vitne til mennesker som drukner, sult og sykdom. Mærtekkene om disse hendelsene ble rapportert av 20 % av barna, og 16 % var sterkt plaget av minner om dagen. Imidlertid sa bare 5 % at hendelsene plaget dem så mye at det hindret dem fra å leke eller gjøre skolearbeid.

*Asylsøkende jenter ser ut til å være mer sårbare for å utvikle psykiske vansker enn
asylsøkende gutter*

Derlyun og Broekaert (2007) utredet 128 enslige mindreårige flyktninger mellom 12 og 18 år. De fant at mellom 37 % og 47 % hadde alvorlig eller veldig alvorlig grad av symptomer på angst, depresjon og PTSD. Antallet stressende livshendelser de hadde opplevd, var den viktigste prediktoren for psykiske vansker. Oppedal et al. (2008) intervjuet 142 ungdommer som hadde kommet til Norge som enslige mindreårige asylsøkere. I denne studien skåret over 50 % over klinisk grenseverdi på depresjon. En stor andel (75 %) rapporterte at de hadde opplevd krig på nært hold, og 45 % sa at de fremdeles var plaget av minner fra krigen. I likhet med Sourander (1996) fant Oppedal et al. at over 70 % av de enslige mindreårige hadde bekymringer knyttet til situasjonen i hjemlandet og hvordan det gikk med foreldre, søsken og andre nære familiemedlemmer. De enslige mindreårige som bekymret seg mye for foreldrenes og søsknenes situasjon, hadde mer psykiske plager enn de som ikke bekymret seg så mye. Hele 75 % oppga at de slet med ensomhetsfølelse, og det ble funnet en sammenheng mellom rapportert ensomhet og symptomer på depresjon. Et interessant funn i denne studien var at det ble avdekket store forskjeller mellom de enslige mindreårige avhengig av hvilket land de var fra. Enslige mindreårige fra Somalia rapporterte betydelig mindre depressive plager enn enslige mindreårige fra Afghanistan, Sri Lanka og Irak. Denne forskjellen ble også funnet i en tilsvarende studie hvor en undersøkte flyktningsungdommer som hadde ankommet sammen med foreldrene sine (Oppedal, Røysamb & Heyerdahl, 2005).

Er de yngste barna mest utsatt?

Som nevnt har svært få studert de yngste enslige mindreårige. Sourander (1998) fant imidlertid at barn i aldersgruppen 6 til 14 år hadde signifikant mer alvorlige problemer enn aldersgruppen 15 til 17 år. De yngre barna så ut til å være mer sårbare for stress enn eldre barn. Dette kan ha sammenheng med at eldre barn har bedre utviklede ressurser til å takle tap, separasjoner og andre erfaringer knyttet til det å være på flukt. Forskningen er imidlertid ikke entydig når det gjelder effekten av alder. Oppedal et al. (2009) fant at de yngste barna hadde lavest symptomnivå, og at symptomnivået stiger med økende alder. Dette samsvarer med undersøkelsen til Hodes et al. (2008), hvor høyere alder var relatert til høyere nivåer av posttraumatisk stressreaksjoner. Bean et al. (2007) fant også at eldre enslige mindreårige hadde mer emosjonelle- og atferdsvansker og mer posttraumatiske stressreaksjoner enn de yngre. Sammenhengen var svakere, men fremdeles signifikant etter å ha kontrollert for antall opplevde alvorlige livshendelser. I begge de sist nevnte studiene ble det

funnet interessante interaksjonseffekter mellom alder og det å flykte med eller uten foreldre. For de som reiste med foreldre var det de yngste barna som opplevde største vansker. Forskjellen i disse resultatene kan skyldes at Sourander (1998) studerte enslige mindreårige helt ned til 6 år, mens de andre studerte barn over 11 år. Hodes et al. (2008) argumenterer imidlertid med at forhold ved bosituasjonen til de eldre barna kan ha betydning for deres symptomutvikling. De påpeker også at de som ikke har fått innvilget asyl kan oppleve økt symptomtrykk når de nærmer seg 18 år og deres asylstatus skal vurderes.

Er det verre å flykte uten foreldre?

Bean et al. (2007) sammenlignet enslige mindreårige flyktninger. De hadde to kontrollgrupper: flyktningungdom ankommet med foreldre, og ungdom som var født og oppvokst i Nederland. I denne studien rapporterte de enslige mindreårige om signifikant høyere nivåer av internaliserende vansker og posttraumatisk stress-symptomer enn begge kontrollgruppene. De enslige mindreårige rapporterte også dobbelt så mange vanskelige livshendelser som de to andre gruppene.

I studien til Hodes et al. (2008) ble 78 enslige mindreårige flyktninger sammenlignet med 35 barn som flyktet med sine foreldre. Gjennomsnittsalder i begge grupper var 17 år. De enslige mindreårige flyktningene hadde opplevd flere traumatiske hendelser og skåret også høyere på posttraumatiske stressreaksjoner enn de som flyktet med sine foreldre. Det var imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på depresjonskårer.

Det er faktisk usikkert om lavere alder er en beskyttelsesfaktor eller en risikofaktor hos enslige mindreårige i asylsøkerfasen

Wiese og Burhorst (2007) gjennomførte en tilsvarende sammenligning, men med et klinisk utvalg. De sammenlignet også barn og ungdom som flyktet med foreldre (n=70), og enslige mindreårige flyktninger (n=59). De enslige mindreårige rapporterte om signifikant flere traumatiske hendelser enn flyktninger ankommet med foreldre. Enslige mindreårige hadde også signifikant høyere frekvens av symptomer og psykiatiske diagnoser, men i begge gruppene var det svært høy forekomst av PTSD (84 %). De enslige mindreårige hadde oftere reguleringsvansker, somatiske plager, depresjon og psykotiske symptomer. Når det gjaldt diagnoser, fikk de enslige mindreårige oftere diagnosene depressiv lidelse, borderline personlighetsforstyrrelse og psykose enn den andre gruppen.

Felsman, Leong, Johnson og Felsman (1990) sammenlignet 351 vietnamesiske ungdommer (13–17 år) ankommet med familie og 113 enslige mindreårige flyktninger (13–18 år). I denne studien ble det ikke rapportert om store forskjeller mellom flyktingungdom ankommet med og uten foreldre når det gjaldt angst og depresjon. På målingene som omfattet generell helse, var forskjellene noe større; 37 % av de enslige mindreårige skåret over klinisk grense, mot 25 % av ungdommene som kom med foreldrene sine. Michelson & Sclare (2009) sammenlignet også enslige mindreårige (n=49) med flyktingungdom ankommet med foreldre (n=29). De fleste enslige mindreårige var fra afrikanske land, mens ungdommene ankommet med foreldre hovedsakelig kom fra Kosovo. I denne studien ble det funnet tilnærmet lik forekomst av psykiske vansker i begge grupper. Som i studien til Wiese og Burhorst (2007) rapporterte imidlertid de enslige mindreårige å ha opplevd flere potensielt traumatiserende hendelser og hadde høyere sannsynlighet for å ha PTSD-symptomer. Loughry og Floury (2001) sammenlignet 238 enslige mindreårige flyktninger med 217 barn som aldri forlot foreldrene og hjemlandet, og fant at det ikke eksisterte forskjeller mellom gruppene når det gjaldt atferdsproblemer og emosjonelle problemer. Utvalget av enslige mindreårige i denne studien skiller seg fra de andre studiene ved at de enslige mindreårige ble undersøkt 3–4 år etter flyktingoppholdet og etter at de hadde vendt tilbake til hjemlandet og foreldrene sine.

Selv om det fra de foreliggende studiene kan se ut som at de barna og ungdommene som flykter uten foreldrene sine, rapporterer om flere psykiske vansker enn de som flykter med foreldrene sine, gir studiene samlet sett et noe sprikende bilde. Det kan se ut til at de enslige mindreårige flyktingene i gjennomsnitt har vært utsatt for flere traumatiserende hendelser enn de som ankommer med foreldrene sine, og at de derfor rapporterer om flere posttraumatisk stress-reaksjoner, men det er behov for flere studier.

Er jenter mer utsatt enn gutter?

Tre studier har sett på kjønnsforskjeller når det gjelder psykisk helse. I Bean et al.s studie (2007) skåret jentene signifikant høyere på internaliserende vansker (angst og depresjon), traumatiske stressreaksjoner, påtrengende tanker og overaktivering (hyperarousal). Guttene rapporterte på den andre siden høyere grad av eksternaliserende vansker. Jentene rapporterte å ha blitt utsatt for flere stressende livshendelser enn guttene. Hele 39 % av jentene sa de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep, mens dette gjaldt 12 % av guttene. Derlyun og Broekaert (2007) utredet 128 enslige

mindreårige flyktninger, hovedsakelig fra Afrika og Asia, og fant at jentene hadde høyere skårer på nesten alle subskalaene som målte internaliserende vansker som angst, depresjon, påtrengende tanker og tilbaketrekning. I Hodes et al.s studie (2008), fant de at enslige mindreårige jenter oftere hadde PTSD-symptomer og alvorlige depressive symptomer enn gutter.

Dette samsvarer godt med andre studier av barn som har erfart andre typer traumatiske hendelser (Fletcher, 2003). Hvorfor jenter skårer generelt høyere enn gutter på posttraumatiske vansker etter traumatiske hendelser, er usikkert. En forklaring kan være at jenter har opplevd flere traumatiske hendelser enn gutter, noe studien til Bean et al. (2007) indikerer. En annen forklaring kan være at jenter er flinkere til å verbalisere sine vansker enn gutter.

Underforbruk av psykiske helsetjenester?

Et annet viktig spørsmål er hvordan denne gruppen forholder seg til psykologiske helsetjenester i bosettingslandet. Michelson & Sclare (2009) sammenlignet *behov* for psykologisk hjelp, *mønstre i bruk* av psykologisk helsehjelp, og *mønstre i tilbud* om hjelp fra psykologisk spesialisthelsetjeneste blant enslige mindreårige flyktninger og flyktninger ankommet sammen med foreldre. Til tross for høyere forekomst av PTSD i denne gruppen var det færre enslige mindreårige som hadde mottatt behandling enn flyktninger ankommet med foreldre. De hadde også mottatt mindre praktisk assistanse i forhold til grunnleggende sosiale behov. Enslige mindreårige møtte også til færre timer og hadde totalt sett flere avlysninger. Oppedal et al. (2009) fant at kun 30 % av enslige mindreårige som hadde posttraumatiske plager, hadde vært hos lege eller psykolog på grunn av dette. Dette kan tyde på at mange enslige mindreårige ikke får den hjelpen de trenger til å håndtere vanskelige følelser og minner.

Bean et al. (2006) studerte også behov for hjelp blant enslige mindreårige sammenlignet med et representativt utvalg nederlandsk ungdom. Informasjon om generell velvære (well-being), behov for psykologisk behandling, og bruk av psykiske helsetjenester ble samlet fra tre ulike informanter: de enslige mindreårige selv, deres omsorgsgivere på mottaket og deres lærere. De enslige mindreårige som rapporterte om behov for psykologisk behandling (57,8 %), rapporterte høyere nivåer av emosjonelt stress enn nederlandske ungdommer som rapporterte behov for behandling. Det var med andre ord en høyere terskel for å rapportere et ønske om hjelp blant de enslige mindreårige. Det ble også funnet at de enslige mindreåriges omsorgsgivere og lærere underrapporterte hvor mange som

strevde med psykiske problemer, sammenlignet med hva de enslige mindreårige selv rapporterte. En stor gruppe hadde psykiske problemer uten at deres omsorgsgivere og lærere hadde lagt merke til det. Henvisning til psykiske helsetjenester ble funnet å være styrt ut fra hva omsorgsgiverne rapporterte, ikke hva de enslige mindreårige rapporterte. Forskerne konkluderte med at 48,7 % av de enslige mindreårige ikke hadde fått dekket sitt behov for psykisk helsehjelp.

Hvordan går det med barna på sikt?

Kun tre studier har undersøkt enslige mindreåriges psykiske helse over et lengre tidsrom. I en studie av Bean et al. (2007) rapporterte de unge om alvorlige psykologiske vansker som vedvarte ett år etter første måling. Vanskene ble bekreftet fra omsorgspersoner og lærere. De barna som hadde opplevd flest vanskelige livshendelser, hadde også de største psykiske vanskene. Psykiske vansker ved første måling var den sterkeste prediktor for psykiske problemer ved andre måling. Graden av stabilitet i psykiske vansker som ble funnet i denne undersøkelsen, viser at for mange går ikke vanskene over av seg selv, og at det er stort behov for at denne gruppen får tilbud om psykologisk behandling. En longitudinell studie av enslige mindreårige i Sverige fant at tre år etter ankomst til Sverige fortalte flere at de hadde lav selvfølelse, at de følte at ingen trengte dem, og at de kjente seg deprimerte og isolerte. Dette ble særlig knyttet til at de ikke hadde noen jobb. Flere oppfattet at de var en byrde for samfunnet, og skammet seg over dette. Noen kjente press fra familien i hjemlandet om å gi økonomisk assistanse. Mange rapporterte magesmerter, depresjon, trøtthet og stor grad av engstelse og lengsel etter familien i hjemlandet (Johansson et al., 1997, sitert i Wallin & Ahlström, 2005). I en oppfølgingsundersøkelse av den samme gruppen 11 år etter flukten fra hjemlandet uttrykte imidlertid de fleste at de var godt fornøyd med livet sitt. Dette ble særlig knyttet til at de hadde giftet seg, hadde gode venner og hadde fått jobb (Wallin & Ahlström, 2005). Noen få sa at de følte seg ensomme og deprimerte. Dette var hovedsakelig personer som bodde alene og som hadde liten sosial støtte. En sa at han fremdeles hadde symptomer på posttraumatisk stresslidelse. Det er et stort behov for flere longitudinelle studier slik at vi kan få mer kunnskap om hvordan enslige mindreårige klarer seg over tid.

Utfordringer i forskningen

Det er flere metodiske utfordringer knyttet til å studere enslige mindreåriges psykiske helse. Noen av dem er knyttet til selve datainnsamlingen. Huemer et al. (2009) påpeker at forskningsinstrumentene som benyttes for å kartlegge psykisk helse, ofte ikke er godt nok tilpasset til det kulturelle og etniske mangfoldet som denne gruppen representerer. På den annen side har flere instrumenter blitt validert for bruk på enslige mindreårige fra ulike kulturer, og disse ser ut til å fange godt opp de barna som er i behov for hjelp (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2006; Tammy Bean, Ilse Derluyn, Elisabeth Eurelings-Bontekoe, Eric Broekaert & Philip Spinhoven, 2007; Bean, Mooijaart, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007). Det er likevel behov for mer kunnskap om ulike kultursensitive kartleggingsmetoder.

Ved innsamling av informasjon om de enslige mindreåriges bakgrunn er det også et problem at det kan være vanskelig å få nøyaktige rapporteringer. Eide og Brock (2010) hevder at mange enslige mindreårige forteller konstruerte historier og har doble identiteter. Det kan også være et problem at enslige mindreårige gir inkonsistente opplysninger om hva de har opplevd, uten at dette nødvendigvis skyldes manglende troverdighet (Spinhoven, Bean & Eurelings-Bontekoe, 2006). Men psykisk helse og psykiske symptomer kan kartlegges uten å spørre barna om oppvekst og grunner til flukt.

En annen metodisk problemstilling er hvordan de enslige mindreårige rekrutteres til forskning. Det kan være at det er de mest resurssterke barna og ungdommene som lar seg intervju, og at utvalget i studiene derfor er skjevt (Eide & Broch, 2010). Det er også flere etiske problemstillinger knyttet til å forske på enslige mindreårige. Dette gjelder for enslige mindreårige i asylsøkerfasen som fremdeles ikke vet om de får bli i landet. Noen vil kunne tro at å delta i forskning kan påvirke utfallet av asylsøknaden, noe som kan gjøre at de føler at de bør gi sitt samtykke. Det kan også være vanskelig å vurdere grad av samtykkekompetanse, spesielt for de yngre barna. En annet problem er knyttet til hvordan forskeren skal forholde seg dersom det fremkommer informasjon om at barnet har løyet om alder eller andre forhold som kan være av betydning for asylsøknaden.

Selv om forskning på nylig ankomne barn som søker asyl, ofte byr på vanskeligheter, er det viktig å løse disse best mulig. Alternativet er at vi ikke får kunnskap om en svært sårbar gruppe barn som kan ha store hjelpbehov.

Mangler i forskningen

Denne gjennomgangen viser at den eksisterende forskningslitteraturen er begrenset. De studiene som er gjennomgått, er svært forskjellige og kan ikke uten videre sammenlignes. Aldersgruppene og barnas nasjonalitet varierer, grad av traumatisering før, under og etter flukten varierer, og det brukes ulike måleinstrumenter. Studiene er også forskjellige når det gjelder antall deltakere.

Det er oppsiktsvekkende at det ikke er gjennomført noen behandlingsstudier av denne gruppen barn (Feldman, 2006; Lustig, Kia-Keating, Knight et al., 2004). De fleste studiene som har undersøkt enslige mindreåriges flyktnings og asylsøkeres psykiske helse, har sett på forekomst av angst, depresjon og PTSD. Forekomsten av andre typer psykiske lidelser er imidlertid lite undersøkt. De fleste studier er rettet mot barn etter at de har mottatt asylstatus og bosatt seg i kommunene. Det er stor mangel på studier av barn som er nyankomne flyktnings, og særlig på studier av de yngste barna. I tillegg vil flere longitudinelle studier gi oss verdifull kunnskap.

Konklusjon

Vår litteraturgjennomgang dokumenterer at kunnskapen om den psykiske helsen til nyankomne enslige asylsøkere under 15 år er mangelfull. De foreliggende studiene kan ikke uten videre sammenlignes, men samlet sett gir de likevel grunnlag for å hevde at enslige mindreårige flyktnings er en risikogruppe for utvikling av psykiske lidelser som depresjon og posttraumatisk stress-syndrom. Jenter ser ut til å være mer sårbare for å utvikle psykiske vansker enn gutter. Det er faktisk usikkert om lavere alder er en beskyttelsesfaktor eller en risikofaktor. Få studier har fokusert på enslige mindreårige i asylsøkerfasen. Det er per i dag heller ikke publisert noen studier som har evaluert behandlingstiltak for denne gruppen.

Tine K. Jensen

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Tlf. 22 59 55 00

E-post t.k.jensen@nkvt.unirand.no

Referanser

- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2006). Validation of the multiple language versions of the reactions of adolescents to traumatic stress questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 19*(2), 241–255.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(4), 288–297.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. *Adolescence, 42*(165), 51–71.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A. & Spinhoven, P. (2006). Factors Associated with Mental Health Service need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(3), 342–355.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E. & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine, 64*(6), 1204–1215.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, M. A. & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee minors *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*, 342–355.
- Bean, T., Mooijaart, A., Eurelings-Bontekoe, E. & Spinhoven, P. (2007). Validation of the Teacher's Report Form for Teachers of Unaccompanied Refugee Minors. *Journal of Psychoeducational Assessment, 25*(1), 53–68.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1402–1410.

- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioral problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health, 12*, 141–162.
- Eide, K. & Broch, T. (2010). *Enslige mindreårige flyktninger. Kunnskapsstatus og forskningsmessige utfordringer*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region øst og sør.
- Feldman, R. (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers: a review of the literature and a framework for services.. *Public Health 120*, 809–816.
- Felsman, K. J., Leong, F. T. L., Johnson, M. C. & Felsman, I. C. (1990). Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: Adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Social Science & Medicine, 31*(11), 1251–1256.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & neglect, 33*(7), 403–411.
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. I E. J. Mash & R. A. Barkley (red.), *Child psychopathology* (s. 330–371). New York: The Guilford Press.
- Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S. L., Landgraf, J. M., et al. (2005). The «Lost boys of Sudan». Functional and Behavioral Health of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159*, 585–591.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N. & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 723–732.
- Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., et al. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3*, 13.
- Loughry, M. & Flouri, E. (2001). The behavioral and emotional problems of former unaccompanied refugee children 3–4 years after their return to Vietnam. *Child Abuse and Neglect, 25*, 249–263.
- 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 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(1), 24–36.

- Michelson, D. & Sclare, I. (2009). Psychological Needs, Service Utilization and Provision of Care in a Specialist Mental Health Clinic for Young Refugees: A Comparative Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273–296.
- Oppedal, B., Jensen, L. & Seglem, K. B. (2008). *UngKul-rapport nr. 1: Når hverdagen normaliseres: Psykisk helse og sosiale relasjoner blant flyktninger som kom til Norge uten foreldrene sine*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Oppedal, B., Røysamb, E. & Heyerdahl, S. (2005). Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 646–660.
- Oppedal, B., Seglem, K. B. & Jensen, L. (2009). *Avhengig og selvstendig. Enslige mindreårige flyktingers stemmer i tall og tale*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Paramjit, T. J. & O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4), 275–292.
- Scheeringa, M. S., Wright, M., Hunt, J. & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644–651.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology review*, 6(4), 237–246.
- Sourander, A. (1998). Behaviour problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect*, 22, 719–727.
- Spinhoven, P., Bean, T. & Eurelings-Bontekoe, L. (2006). Inconsistencies in the self-report of traumatic experiences by unaccompanied refugee minors. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 663–673.
- Thomas, S., Thomas, S., Nafees, B. & Bhugra, D. (2003). 'I was running away from death' – the preflight experiences of unaccompanied asylum seeking children in UK. *Child: Care, Health and Development*, 30(2), 113–122.
- Utlendingsdirektoratet (2010). Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere 2010. T.o.m. 31. mai. Nedlastet 7. juli 2010 fra <http://www.udi.no/Oversiktsider/Statistikk-og-analyse/Statistikk-/Asyl/E...>
- Wallin, A. M. & Ahlström, G. I. (2005). Unaccompanied young adult refugees in Sweden, experiences of their life situation and well-being: a qualitative follow-up study. *Ethnicity and Health*, 10(2), 129–144.

Wiese, E. B. P. & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44, 596–613.