

Barns psykosociala utveckling

riskbedömningar i asylärenden

en utbildning med Kjerstin Almqvist

och Anders Broberg

av Cajsa Malmström

Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Svenska Barnläkarförningens

arbetsgrupp för flyktingbarn

Innehålls förteckning

Introduktion.....	3
I. Att bedöma barns utveckling och risken för allvarlig felutveckling.....	5
II. Dynamik i asylsökande familjer	18
III. Hur kan man utreda risken för bestående skada på barnets psykosociala utveckling?	27
IV. Sammanfattning	34

Introduktion

Barns egna asylskäl och humanitära skäl ska vägas in i bedömningen av en asylansökan. Särskilt måste det beaktas om ett återvändande skulle utgöra en risk för barnets hälsa eller utveckling. Psykosocial utveckling är därför ett centralt begrepp i alla asylärenden som rör barn. Om barnet kan antas få bestående skador i sin psykosociala utveckling ska det, enligt regeringens vägledande beslut (050707), vara avgörande i bedömningen av humanitära skäl.

I Migrationsverkets nya anvisningar för hanteringen av asylsökande barn med uppgivenhetssyndrom (050722) betonas att detta gäller alla asylärenden med barn och inte enbart barn med uppgivenhetssyndrom. Även den nya utlänningslagen lägger stor vikt vid barns utveckling.

Vad står egentligen begreppet ”barns psykosociala utveckling” för? Vad innebär det? Vilka faktorer bör uppmärksammas? Och hur kan riskerna för att barnet tar skada bedömas?

Kring dessa frågor höll Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Svenska Barnläkarförbundets arbetsgrupp för flyktingbarn en utbildning för Utlänningsnämnden den 23 november 2005. Barnläkaren Anders Hjern på Socialstyrelsen, tillika medlem i Svenska Barnläkarförbundets arbetsgrupp för flyktingbarn och styrelseledamot i Stiftelsen Allmänna Barnhuset, hade vänt sig till den psykologiska expertis som står för kunskapsutvecklingen kring barns psykosociala utveckling och som föreläsare anlitat Anders Broberg och Kjerstin Almqvist.

Anders Broberg är verksam som professor i klinisk psykologi vid psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet och har bland annat lett en uppföljning av de ungdomar som drabbades av diskoteksbranden i Göteborg 1998. Kjerstin Almqvist är fil. dr och forskningsledare för Centrum för klinisk forskning inom landstinget i Värmland. Under många år var hon också verksam vid FlyktingCenter i Karlstad.

Den som vill fördjupa sig ytterligare rekommenderas föredragshållarnas bok: ”Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar” (Anders Broberg, Kjerstin Almqvist och Tomas Tjus, Natur och Kultur, 2003).

Vid utbildningstillfället för Utlänningsnämnden deltog cirka 50 personer. Många fler, främst från Migrationsverket, hade uttryckt önskemål om att få delta. Det finns även ett stort behov av kunskap på de migrationsdomstolar liksom Kammarrätten i Stockholm som tar över Utlänningsnämndens uppgifter från och med den 31 mars 2006 i samband med att den nya utlänningslagen träder i kraft.

Syftet med den här dokumentationen är att sprida kunskapen till dem som fortsättningsvis ska fatta beslut om bifall eller avslag i asylärenden som rör barn, liksom alla övriga som är intresserade av ämnet.

Den första delen utgår ifrån Anders Brobergs föreläsning om psykosocial utveckling och riskbedömning i allmänhet. Nästa kapitel grundar sig på Kjerstin Almqvists beskrivning av familjedynamik i asylsökande familjer. I det tredje kapitlet om hur man kan utreda risken för bestående skada på ett barns psykosociala utveckling ingår en fallbeskrivning där de aktuella frågeställningarna konkretiseras. Kompletterande uppgifter har hämtats från föreläsarnas bok "Klinisk barnpsykologi". Den avslutande delen består av en sammanfattning om den grannliga uppgiften att besluta i asylärenden som rör barn där det finns farhågor om deras psykosociala utveckling.

Cajsa Malmström

på uppdrag av Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Svenska Barnläkarföreningen

I. Att bedöma barns utveckling och risken för allvarlig felutveckling

Inledning

Klinisk barnpsykologi – vetenskap och praktik

Frågor om barns psykiska hälsa har fått allt större uppmärksamhet. Men vad finns det egentligen för kunskaper om varför barn mår psykiskt dåligt och hur behandlingar bör ser ut?

Den gren av psykologin som arbetar med de här frågorna kallas för klinisk barnpsykologi. Det är en ung vetenskap där det ständigt kommer nya forskningsrön och behandlingsmetoder.

Psykologi i sig utgör ett stort vetenskapsområde. Många olika inriktningar förekommer, alltifrån dem som koncentrerar sig på att förstå hur neurokemiska processer påverkar medvetandet till dem som beskriver vikten av att lyssna till hela livsberättelsen för att kunna förstå en människa. Inriktningarna kompletterar varandra, snarare än står i motsättning till varandra. Det är först om den ena vetenskapliga inriktningen, eller dess efterföljare, gör anspråk på att ha monopol på sanningen som det blir problematiskt.

Liksom alltid inom den vetenskapliga världen finns det inga absoluta sanningar. Det som idag presenteras som sanning när det gäller barn och deras psykiska hälsa kanske inte alls gäller om tjugo år. Förr hävdade exempelvis forskare att anorexia nervosa berodde på en rädsla för att bli befruktad genom munnen eller skador i hypofysen – något som de flesta skakar på huvudet åt idag.

Men praktiker kan inte vänta på en absolut sanning. De som arbetar med barns psykiska hälsa får utgå från sin livserfarenhet, förmåga att lyssna och känna empati och kombinera det med den vetenskapliga evidens som finns, fast med vetskap om att denna kunskap inte är beständig.

Det är en insikt som bör leda till ödmjukhet inför alltför dramatiska ingrepp i en människas liv. En alltför blind tro på nya rön kan få förödande konsekvenser. Flera avskräckande erfarenheter har gjorts för inte alls så länge sedan, till exempel de systematiska övergreppen på stora patientgrupper genom lobotomering och tvångssterilisering.

Den hippokratiska eden är en ledstjärna för läkare. Deras primära uppgift är att inte göra skada, därefter att lindra och slutligen, om möjligt, bota. Detta är bud som är användbara även inom psykologi.

Klinisk barnpsykologi är både teori och praktik, vilket förstås innebär en spännande utmaning. Men det gäller att finna en balans. Det ena får inte överskugga det andra. En känd brittisk barnpsykiater, John Bowlby, har bland annat uppmärksammat hur den kliniska barnpsykologin under lång tid inte alls såg de mest uppenbara omständigheterna i verkligheten som kunde göra att barn for illa, såsom förluster, separationer, vanvård eller misshandel. Det berodde bland annat på att den rådande psykoanalytiska teorin på 1950- och 60-talen istället så starkt betonade den starka inverkan som barns inre fantasier kan ha. John Bowlby liknade den tidens experter vid strutsar som stoppat ner huvudet i sanden och inte såg det mest uppenbara på grund av teoretiska skygglappar.

Vad det är som experterna inte ser idag är ännu okänt. Det lär heller inte uppenbaras förrän någon drar upp huvudet ur sanden. Därför måste man vara medveten om att vi alla är vår egen tidsandas fångar.

Att bedöma risker – en grannliga uppgift

En stor del av arbetet för dem som handlägger och beslutar i asylärenden går ut på att göra riskbedömningar. Det är en uppgift som de delar med psykologer som utreder barns psykosociala symtom och försöker skapa sig en uppfattning om barnets prognos i framtiden.

Men hur kan man vara säker på att något innebär en risk och att det i så fall med säkerhet leder till skada, ja, till och med bestående skada?

För hur kan man egentligen på förhand veta att någon ska drabbas av en bilolycka, fågelinfluensan eller en tsunami? Eller lungcancer. Långt ifrån majoriteten av dem som röker 20 cigaretter om dagen i 50 år får lungcancer. Men risken finns där. Det går inte att vara säker.

Sådana frågor kan också ställas beträffande förebyggande åtgärder. Hur vet man att insatserna verkligen har effekt och motverkar sjukdom, lidande och död? Hur säker kan man vara på att blodtryckssänkande medicin förhindrar hjärtinfarkt, mammografiscreening bröstcancer eller systembolagets försäljningsmonopol död i alkoholrelaterade sjukdomar? Ska förebyggande åtgärder endast sättas in om vi med säkerhet vet att de är effektiva? Det finns ju ingen hundra procentig garanti för att de fungerar i varje enskilt fall.

Utgångspunkten måste vara den evidensbaserade kunskap som finns om hur höga riskerna respektive effekterna är. Sedan handlar det om att göra en sammanvägning av sannolikheten för att en viss risk ska realiseras, av den skada som i så fall kan inträffa och möjligheten samt kostnaden för att undvika ett sådant scenario.

Psykosociala risker ska inte bedömas enligt andra mått än medicinska. I praktiken innebär det att man inte bör tolerera högre risknivåer för psykosociala än för medicinska skador.

Samtliga riskfaktorer måste vägas in, bland annat eftersom den samlade effekten snarare är multiplikativ än additiv. Det innebär att faran för att ta skada inte är dubbel så stor, utan mångfaldig för barn som lever med fler än en riskfaktor. Att fatta beslut om en viss handling utifrån en riskbedömning är med andra ord en synnerligen grannliga uppgift.

En hel del erfarenheter av liknande frågeställningar finns inom kärnkraftsindustrin. Där beräknas risken vara mycket liten för att ett olyckstillbud ska ske, men om något inträffar kan skadorna bli oöverskådliga. Psykologer anlitas ofta för att hjälpa till med de ständiga riskbedömningarna.

Också när det gäller barn kan en felbedömning få djupt allvarliga konsekvenser. Det är ett tungt vägande skäl till att försiktighetsprincipen alltid bör tillämpas i ärenden som rör barn.

Utvecklingspsykologi

Samspelet mellan barnet och omgivningen

Vad är det då som bestämmer hur ett barn påverkas i sin psykosociala utveckling och hur kan denna process beskrivas?

Det finns olika sätt att sammanfatta barns utveckling. Anders Broberg och Kjerstin Almqvist använder sig av den idag mest gångbara så kallade *transaktionella modellen* (se bild 1). Den beskriver samspelet mellan barnet och dess omgivning och lägger stor vikt vid tiden som en viktig faktor för hur utvecklingen gestaltar sig.

Samspelet med omgivningen börjar redan vid befruktningen då ägg och spermie smälter samman. Från det ögonblicket upphör de biologiska faktorerna att ensamma bestämma vad som ska ske.

Efter befruktningen sker ett ständigt utbyte (=transaktion) mellan barnets genuppställning och miljön i livmodern. Fostret har exempelvis förmåga att registrera och minnas ljudet av mammans röst. Redan vid födelsen är barnet

en produkt av både arv och miljö och så fortsätter det genom hela uppväxten.

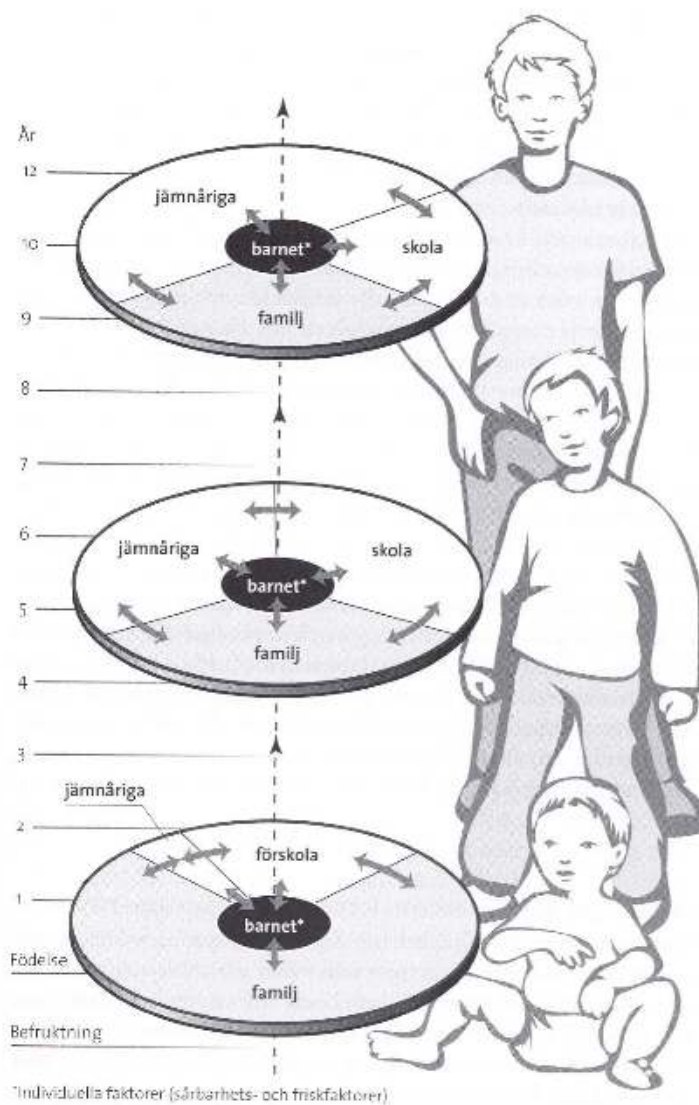
Eftersom barn och föräldrar inte lever i ett vakuum, isolerade från omvärlden, är det inte enbart samspelet i den allra närmaste miljön och familjen som påverkar barnets utveckling. Såsom framgår av den transaktionella modellen har även det omgivande samhället en framträdande roll. Vad som sker inom förskola och skola, både i förhållande till andra vuxna och jämnåriga, blir allt mer betydelsefullt i takt med att barnet växer. Utvecklingen av exempelvis barnets självtillit och tillit till andra påverkas därför i samspel med många personer i många miljöer utanför den egna familjen och det egna hemmet.

Hur barnet lyckas med samspelet i varje givet ögonblick är betydelsefullt – när det börjar förskolan och skolan, möter nya vuxna och får kamrater. Det bestämmer i växande grad den fortsatta utvecklingen. Barnet tar med sig alla tidigare resultat och erfarenheter upp genom åren. Utvecklingen blir på det viset något kontinuerligt och varje nytt samspel baseras på vad som skett tidigare.

Det är med denna vetskap som psykologin lagt allt större betydelse på den tidigare utvecklingen, eftersom den sätter ramarna på sikt.

Bild 1. Den transaktionella modellen beskriver samspelet mellan barnet och dess omgivning och hur det påverkar över tid samt leder till ett visst resultat.

- Tiden ses som en viktig faktor för hur utvecklingen gestaltar sig.
- Barnets egenskaper kan sägas vara både orsak till och effekt av miljöns bemötande och vice versa.
- Ingen enskild biologisk eller miljömässig faktor kan ensam förklara barnets symtombild.
- Barn och föräldrar lever inte i ett vakuum.



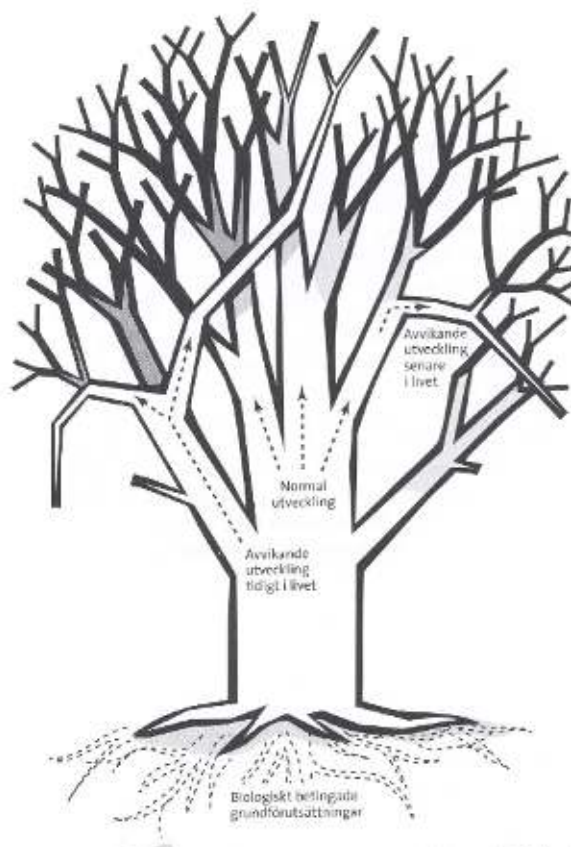
Figur 1. Den transaktionella modellen (bearbetad efter Wenar, 1990).

Utvecklingslinje likt ett träd

Utvecklingen av psykisk hälsa/ohälsa liknas ofta vid ett träd med rötter, stam och huvud- och sidogrenar (se bild 2). Själva utvecklingen följer en viss linje, även om förändring och nya, oväntade vägar alltid är möjliga.

Huvudstammen på ett träd växer sig allt starkare och får med tiden utskott som i sin tur ska bli till kraftfulla, bärande grenar. Så som framgår av bilden kan emellertid ibland en gren sticka iväg åt ett avvikande håll. Ju längre den får växa i den riktningen, desto svårare blir det att återföra den till huvudstammen.

Hos barn bör en avvikande och negativ utveckling uppmärksammas så tidigt som möjligt. Ju längre en viss utvecklingslinje får pågå, desto svårare blir det att bryta den. Med tidigt insatta åtgärder (*prevention*) slipper barnet färdas ännu längre ut på en negativ utvecklingslinje. Barnet kan få större möjlighet att göra nya positiva erfarenheter vilket kan göra det lättare att återföra det till den breda väg som kallas "normalutveckling".



Figur 3. Man kan illustrera utvecklingen av psykisk hälsa/ohälsa som ett träd (bearbetad efter Sroufe, 1997).

Bild 2.

Utvecklingsuppgifter

Under hela sin uppväxt ställs barnet inför nya uppgifter som det måste klara av för att kunna gå vidare till nästa steg i utvecklingen. Hur väl barnet lyckas lösa en uppgift påverkar dess förmåga att handskas med nästa utmaning. Lösningarna av de olika uppgifterna bildar en slags bas för vad som är möjligt att göra senare i livet.

Dessa utvecklingsuppgifter är centrala inom psykologin. De ser olika ut vid varje ålder och bestäms av vilka psykosociala förmågor som står i centrum just då (se bild 3). Av bilden framgår att varje uppgift för barnet också ställer olika krav på föräldrarnas förmåga att hjälpa barnet.

Det viktigaste för barnet under de första åren är att lyckas knyta an till en primär anknytningsperson, dvs. en eller ett par viktiga vårdare. Denna första utvecklingsuppgift är livsavgörande och inget som går att välja bort. Utan en trygg anknytning blir det mycket svårt att skaffa sig den grundläggande tillit som är så central för det fortsatta livet och utforskandet av världen. Studier av barnhemsbarn visar att den som inte har några tidiga anknytningsrelationer löper en mycket allvarlig förhöjd risk för att aldrig kunna skapa känslomässigt nära relationer.

Med tiden vidgas barns sociala horisont. De måste anpassa sig till skolans värld med allt vad det innebär. Under tonåren ska slutligen två utvecklingslinjer knytas samman. Den ena kommer från den tidiga anknytningen, medan den andra mer handlar om relationen till samhället och att skaffa sig en plats i detta samhälle.

För småbarnsföräldrar gäller framförallt att vara lyhörda, förutsägbara och tillgängliga samt att förmå utgöra en trygg bas eller hamn dit barnet alltid kan återvända när det exempelvis känner sig hotat eller otryggt. När barnet växer får föräldrarna i stigande grad en ny roll. Från att främst ha stått för det nära och omhändertagande blir de mer och mer en slags socialiserande länk till det omgivande samhället. De måste exempelvis kunna samarbeta med skolan, gå på föräldramöten och hjälpa till med läxläsning, men också skjutsa eller följa barnet till fritidsaktiviteter och även organisera och stödja relationer till kamrater.

En mycket stor del hänger på föräldrarnas förmåga att stödja och hjälpa sina barn att klara av de olika utvecklingsuppgifterna. Föräldrarna fungerar även som rollmodeller för sina barn. Barnen blir i stor utsträckning som föräldrarna är, inte som de lär eller säger att man ska vara. Därför är det viktigt att föräldrar får förutsättningar att bli goda rollmodeller för sina barn och att familjerna är integrerade i samhället.

Bild 3.**Utvecklingsuppgift**

Anknytning till vårdnadshavare.

Utforskande av världen.

Språkutveckling.

Differentiering av självet från omgivningen.

Mentalisering, "theory-of-mind".

Självkontroll och "lydnad".

Samarbetsförmåga.

Skolanpassning (närvaro, uppförande etc.).

Skolprestationer (läsa, skriva, räkna etc.).

Positiv självbild.

Att komma överens med kamrater (få och behålla vänner).

Regelstyrt uppförande (samhälleliga regler för moraliskt beteende och social samvaro).

Övergången till självständigt skolarbete (= högstadiet/ gymnasieskolan).

Fritidsintressen.

Nära vänskapsrelationer.

Sexuell identitet och kärleksrelation.

Ett sammanhållet själv. Samhällstillhörighet.

Föräldraförmåga

Lyhörd, förutsägbar, tillgänglig.

Trygg bas.

Lyssna, "utvecklande dialoger".

Konsekvent uppfostran.

Utvecklande lek, språklig kommunikation, uppmuntra rollekar.

Uppmuntran, belöning, respekt för barnet, tydliga gränser.

Organisera och understödja kamratkontakter.

Uppmuntran, deltagande, "övervakning".

Aktivt deltagande, stödja barnet utifrån dess förutsättningar.

Öppen kommunikation.

Accepterande, understödjande.

Förebild.

Uppmuntra självständiga val, finnas till hands.

God modell.

Acceptera den egna vuxenrollen.

Glädjas med snarare än att försöka konkurrera med tonåringen ifråga om skönhet och attraktivitet.

Exempel på utvecklingsuppgifter i olika åldrar. Bearbetad efter Cummings m. fl., 2000.

Utvecklingspsykopatologi

All utveckling går inte på räls. De flesta barn utsätts för svårigheter i livet och klarar av dem, men ibland går det snett.

Utvecklingspsykopatologi handlar om utveckling på avvägar. Begreppet har definierats som: "... studier av upprinnelsen till och utvecklingen av individuella missanpassningsmönster..." (Sroufe & Rutter, 1984). Det går med andra ord ut på att beskriva, och om möjligt förstå orsakerna bakom, olika individuella mönster av avvikande utveckling. Det är en kompletterande syn på barn och psykiska besvär som utvecklats inom psykiatrin, som en sammansmältning av utvecklingspsykologi och psykopatologi.

Inom utvecklingspsykopatologin försöker man följa det enskilda barnet för att förstå utvecklingen enligt det transaktionella modellen – hur har barnets samspel med omgivningen sett ut och hur har det lett till en livslinje som avviker så mycket att det kan kallas för psykisk ohälsa?

Samma störning kan ha olika orsaker hos olika individer. Därför går det inte att definiera en bestämd, gemensam orsak till exempelvis depression hos ungdomar. Det kan bero på en mängd olika faktorer. Med vetenskapliga termer kallas detta för *ekvifinalitet*.

Samtidigt kan samma orsak ge upphov till en rad olika slags störningar hos olika individer. Medan vissa som mist sin förälder i unga år drabbas av depression, reagerar andra med utagerande och asocialitet, så kallad *multifinalitet*. Kunskapen om denna ekvi- respektive multifinalitet är något som vuxit fram under de senaste 20 åren.

Det är också tydligt att en liten dos svårigheter tidigt i livet som aktiverar, men inte överbelastar barnets förmåga, kan göra det bättre skickat att klara av svårigheter framöver. Denna insikt kan kallas för *vaccinationsanalogin*. Å andra sidan kan en stor dos svårigheter tidigt i livet, som övergår barnets bemästringsförmåga, försämra dess möjligheter att handskas med mindre problem i framtiden.

Att övervinna vissa svårigheter kan alltså ge en styrka hos barnet att ta med sig upp genom åren. För den som drabbats av ett trauma redan som liten, kan emellertid följderna bli att man inte klarar av att hantera ens enklare problem längre fram.

Barnpsykiatrisk diagnostik

Ordet diagnos kommer från grekiskans "*diagnosis*". Det är en sammansmältning av orden "*dia*" (grundligt) och "*gignaskein*" (lära känna). Diagnos betyder alltså att lära känna väl.

Bruket av diagnoser avseende psykisk ohälsa hos barn är inte oproblemiskt. Expertisen befinner sig fortfarande i ett mycket tidigt skede vad gäller psykiatriska diagnoser. En del säger sig rentav vara motståndare till diagnoser och diagnostik. Bland andra psykiatrer och psykologer råder oenighet om vilka orsaker som ligger bakom en och samma diagnos (vilket, som redan nämnts, förstås också kan vara ett uttryck för *ekvifinalitet*).

Det är viktigt att känna till att psykiatrisk diagnostik skiljer sig från medicinsk på ett fundamentalt sätt. Den är fenomenologisk till sin karaktär. Det betyder att den försöker beskriva och ge en helhetsbild av individens psykiska tillstånd, utan att ha en förklaring till tillståndet. En medicinsk diagnos utgår oftast från att själva orsaken till tillståndet är känd.

Den medicinska diagnosmodellen är svår att förena med ett utvecklingspsykopatologiskt synsätt. Den fungerar bäst för tillstånd som har mest gemensamt med vanliga kroppssjukdomar och karaktäriseras av en begränsad mängd uttalade symtom med en på goda grunder antagen orsak såsom autism, tvångssyndrom och svår ADHD. Däremot fungerar en medicinsk diagnosmodell sämst för mer diffusa, föränderliga och mångfacetterade problem med flera olika orsaker som är vanliga inom barn- och ungdomspsykiatri.

Det finns emellertid en del vanligt förekommande system för psykiatrisk diagnostik, såsom DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders som utarbetats av den amerikanska psykiatriföreningen APA) och ICD (International Classification of Diseases som världshälsoorganisationen WHO står bakom). Istället för att utgå från en specifik teori om orsaker grundar de sig på observerbara symtom.

En sådan psykiatrisk diagnos kan mycket väl ingå som en del i en utvecklingspsykopatologisk utredning, men det krävs mycket mer för att säga att man lärt känna ett barns sjukdom väl. Den kliniska intervjun med föräldrar och barn är det främsta verktyget inom barn- och ungdomspsykiatri tillsammans med information från en rad andra håll. Inom barn- och ungdomspsykiatri finns en lång tradition av samverkan i team mellan olika professioner. Ofta bidrar både läkare, psykologer, pedagoger, socionomer och andra som har kontakt med barnet till att ge en så mångsidig belysning av barnets situation som möjligt.

Hur visar barn att de mår psykiskt dåligt?

Enligt utvecklingspsykopatologin innebär psykisk sjukdom att barnet har avvikit så långt från normalutvecklingen att det inte fungerar som det ska. Hur visar då barn att de mår dåligt?

De kan reagera med inåtvända problem som ångest, depression och somatiska besvär. De kan också få utagerande problem i form av trots, aggressivitet och asocialitet. Om de har varit med om traumatiska upplevelser kan de drabbas av posttraumatiska symtom (PTSD). Många gånger uppfyller barn kriterier för flera diagnoser vid ett och samma tillfälle, så kallad *komorbiditet*.

Det är vanligt att barn som mår psykiskt dåligt rör sig i en slags gråzon där de kan vara både ledsna, arga och ängsliga, fast de visar olika symtom i olika miljöer. Hemma kan de vara mer inåtvända samtidigt som de uppträder aggressivt och utagerande i skolan. Om de olika symtomen i grund och botten beror på en och samma orsak är det ett tecken på så kallad *multifinalitet*. Många gånger är bilden emellertid betydligt mer komplicerad och symtomen beror på en rad olika omständigheter. De flesta barn med psykiska besvär lider inte av klart avgränsade sjukdomar. Deras sätt att må psykiskt dåligt har en tendens att sträcka sig över lång tid, fast problemen ofta kan ändra karaktär.

Vad beror psykisk ohälsa på?

Psykisk ohälsa kan uppstå när individen misslyckas med att lösa en viss uppgift och detta misslyckande får konsekvenser för den fortsatta utvecklingen. Ur ett motsatt perspektiv kan tidigare framgångar underlätta lösningen av nya uppgifter, enligt den tidigare nämnda *vaccinationsanalogin*.

Vissa händelser eller situationer, till exempel förlusten av en förälder, ökar risken för att barnet ska utveckla psykisk ohälsa. Det beror emellertid på en rad olika omständigheter, till exempel:

- Faktorer inom barnet. Ingen föds som ett oskrivet blad. En del har större sårbarhet, så kallad disposition, som gör att de löper högre risk att utveckla en viss sjukdom. Denna disposition kan bero på både arv och miljö.
- Allvaret och kontinuiteten i omständigheterna. Nästan alla former av psykisk ohälsa hos barn utvecklas gradvis under flera år. Att leva under kronisk stress innebär att barnet är utsatt för en belastning som kanske är mindre extrem än vid ett större trauma som en bilolycka, men som ändå

påverkar individen negativt eftersom den pågår under så lång tid. Barnet får inte möjlighet att återhämta sig.

- Förekomsten av försvårande eller skyddande faktorer i barnets miljö. Hur kommer det sig att en del barn klarar sig utmärkt, medan andra drabbas av psykisk ohälsa trots att de vuxit upp under liknande förhållanden i riskmiljöer? Det verkar som att vissa barn har en betydligt starkare motståndskraft, eller som det ofta heter inom psykologin *resilience*, än andra. Man brukar också tala om att det är viktigt att identifiera både friskfaktorer och riskfaktorer. Det hälsofrämjande, *salutogena*, perspektivet har blivit allt viktigare när det gäller att undersöka vad som kan skydda mot psykisk ohälsa. Även om ett barn växer upp med flera allvarliga riskfaktorer kan de salutogena faktorerna vara tillräckligt starka för att övervinna svårigheterna.

Psykosociala riskfaktorer

Det finns flera kända psykosociala riskfaktorer i familjen som kan påverka barnets möjligheter när det ställs inför nya centrala utvecklingsuppgifter. Hos föräldrar vet man att följande egenskaper innebär en högre risk för att barnet ska utveckla psykisk ohälsa:

- Arbetslöshet/långvarig sjukskrivning.
- Avbruten skolgång/bristfällig utbildning (analfabetism)
- Negativa uppväxterfarenheter
- Traumatiska upplevelser senare i livet
- Ålder vid barnets födelse (tonårsgraviditet)
- Dålig aktuell relation till de egna föräldrarna
- Bristande socialt nätverk

Den enskilda riskfaktorn behöver knappast innebära någon risk alls. Det är summan av den totala riskbilden som är väsentlig.

Föräldrarnas beteende

Den amerikanske utvecklingspsykologen Urie Bronfenbrenner (1979) myntade för ett par decennier sedan begreppet *sociala adresser*. Därmed avsåg han bland annat omständigheter som de ovan uppräknade, till exempel att föräldern är arbetslös, långtidssjukskriven, psykiskt sjuk etc. Detta är sådant som är svårt att göra något åt för den kliniska psykolog som möter ett barn som behöver hjälp. Det kräver snarare socialpolitiska eller andra

samhällsinsatser. Och, menade Bronfenbrenner, det är inte den sociala företeelsen i sig som skapar psykisk ohälsa hos barnet.

En mängd barn utvecklas utmärkt, trots att deras mödrar har låg utbildningsnivå eller fäderna är långtidsarbetslösa. Riskfaktorerna i sig är inte det som orsakar psykisk ohälsa hos barnet. Istället handlar det om hur dessa faktorer påverkar förälderns hälsa och beteende samt hur han eller hon bemöter sitt barn.

Föräldrabeteende som ökar risken för att barnet ska utveckla psykisk ohälsa är:

- Mental ohälsa
- Missbruk av alkohol/narkotika
- Bruk av våld i relationer

Detta är omständigheter som kan leda till brister i förälderns förmåga att exempelvis skydda/beskydda barnet, vara lyhörd för dess signaler och behov, sätta gränser och stödja barnet i dess utvecklingsuppgifter.

Barn som växer upp i miljöer med flera riskfaktorer löper 10-20 gånger så hög risk att utveckla allvarlig psykisk ohälsa. Det sker oftare i familjer som befinner sig i en otrygg och/eller utsatt situation.

Att förutsäga utvecklingen av psykisk ohälsa

Det är omöjligt att förutsäga hur det kommer att gå för varje enskilt barn i framtiden. Barnet är omgivet av en myriad av förutsättningar, såväl positiva som negativa. Även om utvecklingen följer en viss linje är förändring och nya, oväntade vägar alltid möjliga.

I bedömningen av den psykosociala utvecklingen kan man alltid påtala vilka riskfaktorer som finns och vad forskningen säger. Precis som när det gäller andra slags sjukdomar bör man sedan ta det säkra före det osäkra. Det går inte att chansa, enbart för att man inte med hundraprocentens säkerhet vet att det garanterar kommer att gå illa respektive bra.

Del II. Dynamik i asylsökande familjer

Barnets anknytning och föräldrarnas omsorgsförmåga

I alla familjer uppstår en dynamik som påverkar barnet och dess psykosociala hälsa. Ett gott och positivt samspel bygger på att barnet har en trygg anknytning och föräldern en god omsorgsförmåga.

Föräldrarna behöver inte vara perfekta - det räcker om de är tillräckligt bra. Så kallad *good-enough-mothering* är ett begrepp som myntades av den brittiska barnläkaren Donald Winnicott. Det innebär att minst en vårdare svarar för att barnets grundläggande behov av mat, sömn, värme och beskydd tillgodoses. Den tillräckligt bra vårdaren svarar någorlunda lyhört och förutsägbart på barnens signaler. De flesta föräldrar reagerar av sig själva när spädbarnet skriker för att visa att det inte mår bra, går fram och lyfter upp det, försöker ta reda på vad som är fel. De känner in och använder sin kunskap. I de flesta fall fungerar detta samspel utan problem.

Barnet å sin sida har inget val. Att knyta an är det lilla barnets primära utvecklingsuppgift och en förutsättning för överlevnad. Anknytningen i sig säger därför ingenting om föräldrarnas kvalitet. Hur anknytningen utformas och kommer att se ut beror dock på föräldrarnas möjlighet att vara en god förälder.

Anknytningsteorin

Anknytning definieras i Nationalencyklopedin som att stå i förbindelse med någon större helhet. När begreppet används inom utvecklingspsykologin är det en svensk översättning av den engelska termen *attachment*, med betoning just på betydelsen av något mindre som hänger ihop med något större.

Anknytningsteorin handlar om den process vars resultat är ett psykologiskt band mellan barnet och dess närmaste vårdare. Den beskriver också hur det genom anknytningen bildas *mentala representationer* hos barnet – det skapar sig en bild av sig själv, viktiga närstående och samspelet dem emellan. För barnet är det ett stort steg framåt när det lär sig använda dessa *inre arbetsmodeller* som ett sätt att planera för framtiden, förutsatt att de är goda sådana. Positiva, det vill säga trygga, arbetsmodeller hjälper barnet att skapa en god miljö omkring sig. Otrygga modeller leder däremot ofta till ett negativt samspel med omgivningen.

Under det första levnadsåret utvecklas signalsystemet mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare successivt. Till att börja med skriker barnet som

en automatisk reaktion på upplevt obehag av skilda slag. Barnets skrik ”väcker” föräldern som skyndar till undsättning och gör sitt bästa för att undanröja källan till obehag (hunger, trötthet, våt i blöjan, magknip etc.). Denna dagliga upprepade samspelserefarenhet mellan barn och föräldrar lagras i barnets hjärna. De upprepade enskilda minnesbilderna smälter samman till en generaliserad inre bild av hur samspelet ter sig och vilken känsla som det är kopplat till. Den första pusselbiten till den grundläggande tilliten läggs med barnets föreställning att ”det finns andra för mig, jag är inte ensam, min mamma kommer att finnas för mig, om jag signalerar att jag mår dåligt kommer hon till mig”.

Mot slutet av det första levnadsåret, när barnet har lagrat en stor mängd sådana erfarenheter, ”vet” barnet att det kan skrika om det mår dåligt och att det då kommer någon till undsättning. Barnet kan även själv söka sig till föräldern för att få trygghet om något oroar.

Då barnet på detta sätt alltmer lär sig att själv reglera oro och ångest ökar dess självförtroende och benägenhet att utforska omvärlden. Föräldern utgör fortfarande *en trygg bas*, det mest centrala begreppet inom anknytningsteorin. Föräldern har, genom sin goda omsorgsförmåga, blivit en bas för barnets utforskande och en hamn dit barnet kan återvända om det upplever hot eller fara.

Samspelet mellan barn och föräldrar för att ge barnet förtroende och trygghet när det behövs, samt att stödja barnets förmåga till emotionell självreglering pågår under hela uppväxten, även om det genomgår olika faser och tar sig skilda uttryck beroende på barnets utvecklingsålder. För det lilla barnet räcker det ofta med föräldrarnas närvaro, kroppskontakt och lugnande ljud, medan fem- eller sexåringen behöver mer förklaringar och försäkringar för att bli lugnad.

Separationer och sorg

Om anknytningssystemet stängs av kan det utgöra en stark riskfaktor för framtida asocialitet. Det visar longitudinella studier av barn som legat länge på sjukhus utan kontakt med föräldrarna och av barn som vuxit upp på institution utan möjlighet att knyta specifika känslomässiga band till en vårdare (Heinicke & Westheimer 1966; O’Connor m. fl. 2000).

Anknytningsteoriens upphovsman var den engelska barnpsykiatern John Bowlby. Tillsammans med medarbetarna James och Joyce Robertson gjorde och analyserade han observationer som visade på barns stora behov av kontakt med föräldrar och hur starkt de kan reagera på separationer.

Ofta inträffar en påtaglig förändring i barnets beteende vid cirka sju månaders ålder. Barnet börjar protestera kraftigt om det skiljs från sina föräldrar och accepterar inte att bli omhändertaget av någon annan, kanske inte ens av en mormor eller annan person som det haft mycket kontakt med tidigare. Detta närmast reflexmässiga anknytningsbeteende avtar med tiden, men känsligheten för separationer pågår i ytterligare några år.

John Bowlbys forskning visar bland annat hur små barns separationsreaktioner liknar vuxnas sätt att reagera när en nära anhörig dör. Barnets protester mot separationer kan ses som en sorgereaktion. Det är viktigt att hjälpa barnet så det inte fastnar i detta "avstängda" eller "losskopplade" tillstånd (så kallad *detachment* i motsats till *attachment*), utan att ge det möjlighet att antingen återförenas med föräldern eller knyta an till nya stabila omvårdnadspersoner.

Den omnipotenta illusionen

Även hos föräldern skapar samspelet med barnet inre bilder. Den som för det mesta förmår lugna och trösta sitt oroliga, skrikande barn genom olika former av omsorg får en allt större bekräftelse på hur mycket han eller hon betyder för sitt barn. Det framkallar en så kallad *omnipotent illusion* hos föräldern. Det betyder en föreställning om att vad som än händer så kommer man som förälder att kunna ta hand om och skydda sitt barn. Föreställningen att man har förmåga att ta hand om sitt barn vad som än händer är en god bas för föräldrars omsorgsförmåga och möjlighet att ge sina barn tröst och trygghet. Att denna uppfattning inte är alltid realistisk, slipper många föräldrar i Sverige att konfronteras med. De som däremot upplevt extrema förhållanden som under Förintelsen eller naturkatastrofer som tsunamin kan ha fått sin *omnipotenta illusion* krossad.

Bland dem som tvingats vara med om sådana traumatiska upplevelser finns många exempel på hur man som förälder gör allt för att upprätthålla illusionen. När verkligheten är hotfull och farlig, kan föräldrar ta till en rad metoder för att ändå förmå ingjuta tillit och trygghet i sitt barn. I detta samspel är alla medel tillåtna. Som förälder känner man som sin främsta uppgift att lugna och trösta sitt barn. Det kan innebära att man endast berättar valda delar av verkligheten, ljuger om eller helt förtiger den. Man kan också försöka vända barnets uppmärksamhet bort från vad som verkligen sker här och nu, till att istället fokusera på framtiden och förmedla hopp.

Det är inte ovanligt att föräldrar i flyktingfamiljer i Sverige berättar hur de ansträngt sig för att ge barnet en känsla av trygghet, till exempel genom att

ljuga och säga att explosioner från bomber varit festliga fyrverkerier eller hur de spelat kort med barnet nere i skyddsrummet för att avleda dess uppmärksamhet från stridigheterna där utanför.

Framförallt gäller det att hålla skräcken borta. Ty det är när det inte finns någon trygghet att få, när barnet blir övermannat av skräck och rädslan sköljer in med all kraft, som barnet blir traumatiserat. Flera forskare har beskrivit hur barns psykiska hälsa snabbt försämras när föräldrarnas tilltro till den egna förmågan att ta hand om och skydda sina barn försvinner så att deras omsorg förändras negativt.

Men det finns situationer där föräldrar inte kan skydda. Det kan exempelvis ske när katastrofen inträffar mitt framför ögonen på barn och föräldrar, då soldater tränger sig in i hemmet, våldtar modern, misshandlar fadern och slår sönder möbler och inredning. Barnet tvingas bevittna vad som sker. Föräldrarna har ingen möjlighet att skydda det. Då brister den *omnipotenta illusionen* obarmhärtigt.

Vad händer om illusionen brister?

Ju hårdare påfrestningen är och ju längre den pågår, desto mer utmattad blir föräldern i sina försök att lugna och skydda sitt barn. Var gränsen går för hur mycket man orkar varierar från individ till individ.

Det finns många olika orsaker till att omsorgsförmågan sviktar hos föräldrar. Dels kan det bero på att de utsätts för en akut traumatisk stress, såsom tsunamin, dels att de levt länge under kronisk stress och kanske drabbats av utmattningssyndrom. En del har själva så lite tillit och trygghet med sig i bagaget att de redan från början har en svag omsorgsförmåga. I sårbara föräldrar möter man också ett sårbart barn.

Om förälderns egen tilltro till den egna förmågan att ta hand om, skydda och trösta sitt barn faller samman kan det leda till att föräldern drar sig undan från barnet (*detachment*). När en förälder och primär anknytningsperson drar sig undan uppstår olika typer av dynamik inom en familj. Det skapar förstås oro hos barnet, särskilt om det lever i en i övrigt osäker situation. Oron behöver inte stiga till så hög nivå om barnet har andra viktiga personer och ett tryggt nätverk runtomkring sig. Det är inte ovanligt att den andra vuxna i familjen träder fram och tar på sig en ny, mer omsorgsgivande roll för att täcka upp för den som sviktar. Om det inte finns någon annan som kan gå in i den sviktande förälderns ställe, växer sig barnets oro och ångest allt starkare.

Olika former av anknytningsbeteende

För att söka närhet och uppmärksamhet hos den förälder som drar sig tillbaka intensifieras anknytningsbeteendet, särskilt hos små barn. Det kan ta sig olika uttryck. En del reagerar med att bli klängigare och gnälligare. De provar sådant som tidigare har gjort att föräldern har brytt sig om dem. Ibland kan detta locka fram föräldern på nytt, inte minst om barnet signalerar allvarlig sjukdom. Att se att man behövs för att ens barn ska överleva är en mycket stark mekanism som kan dra tillbaka en förälder från dess egen depression.

Andra föräldrar kan reagera med irritation. Barnet kanske klänger sig fast så mycket att det agerar som ett plåster. En förälder som redan själv har det jobbigt kan få svårt att stå ut med ett så "klistrigt" beteende. Barnet väcker och förstärker känslor av hopplöshet och värdelöshet hos föräldern som ju ändå inte orkar ge någon omsorg. Istället försöker han eller hon hålla barnet ifrån sig.

En annan, omvänd dynamik som kan utvecklas är när barnet ger tröst och omvårdnad till föräldern i sina försök att komma närmare. Barn kan ge uttryck för sina omsorger på många olika sätt, till exempel genom att fråga "kan jag få sitta lite hos dig, är du lessen, vill du att jag ska klappa dig på pannan eller hämta vatten" eller försäkra föräldern om att det älskar honom eller henne väldigt mycket. Ett barn som på det här sättet slutar vara uppfordrande och istället börjar ge kan upplevas som mindre krävande. Därför kan den här formen av försök till anknytning i viss mån vara mer framgångsrik. Barnet får åtminstone komma nära sin förälder, vilket minskar på oros- och ångestnivån. Om föräldern i sin tur börjar söka tröst och omhändertagande hos barnet kan det göra att barnets självkänsla växer.

Gustafsson, Lindqvist och Böhm har beskrivit ett sådant samspel som så kallad *parentifiering*. *Den omnipotenta illusionen* har brustit. Varken barn eller förälder har någon tro på eller tillit till att föräldern ska kunna skydda barnet. I den stressade situationen tar istället barnet hand om och utgör en trygghet för föräldern.

Barns önskan att "rädda" sina föräldrar är genomgående stark. Det är ett mönster som bland annat finns i familjer där föräldrarna missbrukar, är psykiskt sjuka eller av andra anledningar brister i sin omsorgsförmåga.

Många gånger säger man att detta är ett utslag av hur lojala barn är med sina föräldrar, men egentligen är det en felaktig term. Lojalitet bygger på en relation där parterna agerar med viss frihet. Ur barnets perspektiv existerar ingen sådan frihet. Det har inte valt sina föräldrar och är totalt beroende av dem för sin överlevnad. Med alla till buds stående medel måste det se till att överleva. Barnet ser världen med föräldrarnas ögon och måste på alla möjliga

sätt försöka bidra till att *den omnipotenta illusionen* bevaras hos dem. Föräldrarna måste ha en positiv hållning till barnet. Motsatsen, en fientlig eller avståndstagande förälder, vore direkt livshotande.

Om inget annat väcker reaktion kan barnets aggressivitet öka, vilket oftast tvingar föräldern att göra något.

Asylsökande familjer

Bland asylsökande familjer finns en del svårt traumatiserade föräldrar. De kanske inte står ut med närhet överhuvudtaget, oavsett vad barnet gör. De känner sig så värdelösa, smutsiga och kränkta av sina upplevelser att de ser det som bäst att inte alls finnas där för barnet.

Många som tvingats uppleva tortyr, våldtäkt eller andra övergrepp drabbas av starka skam- och skuld känslor. Det kan kännas så svårt att den drabbade till och med tror att det syns utanpå och därför stöter bort sina egna barn. Barnet överlämnas till andras omsorg. Den viktigaste frågan blir då vem som kan träda in som ersättare.

Asylsökande familjer har vanligtvis ett betydligt tunnare socialt nätverk än andra. Lyckligtvis finns oftast en förälder till som får ta över ansvaret om den primära anknytningspersonen sviktar. I familjer där mamman lider svårt efter att ha blivit våldtagen händer det inte sällan att pappan tar över ansvaret för det mesta.

Hur denna andra förälders omsorgsförmåga ser ut är ofta avgörande för hur barnet drabbas när det tidigare anknytningssystemet upphör att fungera. Det förekommer dock att båda föräldrarna sviktar på grund av tidigare trauman och aktuell stress eller tidigare brister i omsorgsförmågan, beroende på hur deras egen bakgrund ser ut. För barnet är detta en akut risksituation, inte minst i asylsökande familjer.

Ersättningen kan ha fungerat bra i det sociala systemet i hemlandet, om det fanns många andra som delade ansvaret för barnen. När familjer befinner sig i ett främmande land och nytt socialt system för att söka asyl står de dock utan det nätverk som förr utgjorde ett väsentligt stöd.

Många asylsökande föräldrar är övertygade om att de inte kan återvända till hemlandet. Deras uppfattning kanske inte baserar sig på den bedömning som andra gör av tillståndet i landet i fråga. Det kan ha blivit fred. Utifrån sett kan situationen ha stabiliserats. Trots det kan de individuella skälen vara starka för att inte återvända. Som individ har man annorlunda bedömningsgrunder.

För våldtagna kvinnor handlar det ofta om skam. Omgivningen i hemlandet kanske vet vad som hänt. De kan inte tänka sig att åka tillbaka och riskera att möta alla som känner till vilken kränkning och skam de utsatts för. De fruktar att de ska tvingas konfronteras med förövarna. Att stanna i Sverige blir kanske den enda möjliga överlevnadsstrategin som de fokuserar på.

Föräldrarnas förmåga att ge omsorg och bemästra sin egen oro inför framtiden, snarare än själva den "objektiva" situationen i hemlandet, är central för barnets psykosociala utveckling. Barnet blir skräckslaget om ingen kan ge omsorg och om föräldrarna dessutom visar att de är helt övertygade om att det enda sättet att överleva är om de får uppehållstillstånd i Sverige. Föräldrarnas övertygelse blir även barnets sanning, den som barnet reagerar på.

Dynamiskt samspel i traumatiserade familjer

Traumatiserade föräldrar påverkas negativt i sin förmåga att ta hand om barnen. De kan få svårt för att hantera närhet eller starka känslor vilket inverkar på samspelet inom familjen. Då uppstår en särskild posttraumatisk familjedynamik som ett sätt att hantera och bemästra dessa svårigheter. Det försämrar ofta barnens möjligheter att utveckla eller bibehålla en trygg anknytning. Inom familjer med traumatiserade föräldrar förekommer främst tre typer av dynamiskt samspel: "inte tala – inte minnas", "aldrig glömma – aldrig förlåta" och "det upprepade traumat" (bild 5).

Bild 5.

Olika typer av dynamiskt samspel i traumatiserade familjer

1. Inte tala – inte minnas

- Man talar inte om vad som hänt, inom familjen eller med andra.
- Tigandet motiveras av att man vill glömma och skydda de andra i familjen.
- Den traumatiserade drar sig undan, blir emotionellt otillgänglig.

2. Aldrig glömma – aldrig förlåta

- Tvångsmässigt talande om traumat.
- Fokusering på eget lidande.
- Identifikation med gruppen.
- Okänslighet gentemot andras behov.

3. Det upprepade traumat

- Våld och övergrepp.
- Återupprepning av traumatiska händelser.
- Missbruk.

Den första typen av samspel är den vanligaste i traumatiserade familjer. Tystnad och förtigande av vad som hänt präglar samspelet. Föräldrarna fokuserar till stor del på framtid och hopp. De vill bygga ett nytt liv och inte tala om vad som hänt. Den förälder som är traumatiserad drar sig undan och håller en känslomässig distans till barnen. Oftast går den andra föräldern in i dennes ställe och tar över ansvaret.

Sannolikt är detta en familjedynamik som skyddar barnen i stor utsträckning, förutsatt att inte barnen själva varit utsatta för

traumatiserande händelser. När barnen är okunniga om kränkningar och övergrepp som föräldrar utsatts för är den tiggande strategin för barnens bästa. Svårigheten uppstår när barnen har varit närvarande och bevittnat föräldrarnas trauman eller själva utsatts för trauman. Då kan deras möjligheter att komma över sina upplevelser försvåras av tiggandet och att ingen vill tala om vad som hänt. Deras behov av bekräftelse, stöd och hjälp att bearbeta vad som skett tillgodoses inte. Barnet måste på egen hand försöka hantera de överväldigande och skrämmande upplevelserna.

I den andra, traumafixerade, typen av familjedynamik hålls minnet av de traumatiska upplevelserna levande. Föräldrarna talar i stor utsträckning om vad de utsatts för, de vill att barnen ska veta och ta del av historien och tillsammans följa alla nyheter. En förälder kan vara så upptagen av sina egna trauman att det överskuggar barnens behov. Barnens dagliga liv blir ointressanta och utan egna värden i jämförelse med vad föräldrarna varit med om. Det ständiga återberättandet fyller ingen bearbetande funktion, utan kan ses som en form av återupprepande beteende där de övriga familjemedlemmarna tvingas distansera sig för att inte drabbas av *sekundär* traumatisering då traumat riskerar att överföras också till dem.

Det tredje exemplet på samspel, i den traumaorganiserade familjen, är det mest destruktiva och avvikande mönstret för barns hälsa och utveckling. Föräldrarnas beteende har påverkats så mycket att de fortsätter att upprepa eller iscensätta vad de upplevt i den egna familjen. Det kan leda till att de utsätter andra för den smärta som de själva erfarit. Deras verklighetsuppfattning kan ha störts på ett sätt som gör att de fortsätter att tänka och handla som om de fortfarande levde under hot eller fara. De kan bli överbeskyddande eller överdrivet bestraffande i samspelet med barnen.

Den stress som traumatiserade familjer lever under kan drabba alla barn, men sårbara barn, som själva är traumatiserade, löper ökad risk att ta bestående skada.

I bedömningen av barns psykosociala utveckling är det nödvändigt att ta hänsyn till hur de påverkas av det dynamiska samspel som råder i familjen. Såväl barnets sårbarhet och behov som föräldrarnas (eller andra vuxna familjemedlemmars) omsorgsförmåga behöver vägas in i denna bedömning.

III. Hur kan man utreda risken för bestående skada på barnets psykosociala utveckling?

Vad bör en riskbedömning bygga på?

Det finns inga enkla förklaringar till utvecklingen av psykisk ohälsa hos barn. Barnets utveckling bestäms av ett komplicerat samspel mellan en mängd olika faktorer.

Även om det inte går att på förhand veta exakt hur det kommer att gå på sikt, måste den som arbetar med asylärenden göra en riskbedömning när det finns farhågor rörande den psykosociala utvecklingen. Vad händer om barnet får stanna i Sverige jämfört med om det återvänder till hemlandet? Hur kan de olika alternativen påverka risken att barnet ska ta bestående skada?

Det är en noggrann avvägning som måste göras mellan hur barnets förutsättningar ser ut i Sverige jämfört med dess möjligheter i hemlandet. Vissa frågeställningar är centrala i bedömningen av risken för att barnet ska ta bestående skada i sin psykosociala utveckling (bild 6).

Bild 6.

Centrala frågeställningar i riskbedömningen av asylsökande barns psykosociala utveckling

1. Hur väl integrerat är barnet i sin svenska miljö?
2. Hur god är förutsättningen för att barnet rimligt snabbt ska bli integrerat i relationer och aktiviteter i hemlandet så att det kan arbeta vidare med sina utvecklingsuppgifter?
3. Finns det specifika positiva förutsättningar i den svenska miljön som saknas i hemlandet?
4. Finns det specifika negativa förhållanden i den svenska miljön som saknas i hemlandet?
5. Finns det specifika positiva förutsättningar i hemlandet som saknas i den svenska miljön?
6. Finns det specifika negativa förhållanden i hemlandet som saknas i den svenska miljön?

Bedömningen utgår från barnets nuvarande tillstånd och koncentrerar sig på den framtida utvecklingen. För att bilda sig en så klar uppfattning som möjligt

är det emellertid nödvändigt att blicka tillbaka. En individ är alltid hela sin historia och livsberättelse. En stor del av svaren på hur framtiden kommer att se ut ligger i gårdagen och barnets bakgrund. Därför måste man känna till hur barnets utvecklingslinje sett ut, helst från första början och fram tills nu. Vilka situationer och händelser har barnet ställts inför tidigare? Vad finns det för frisk- respektive riskfaktorer som präglat utvecklingen? Och, eftersom barnet är en del i ett sammanhang, hur har detta påverkat familjen och omgivningen?

Vid minsta tveksamhet bör expertis, med särskild erfarenhet av de speciella omständigheter som kan omge asylsökande barn och familjer, anlitas. Som alltid med barn måste försiktighetsprincipen råda.

För att belysa resonemanget om riskbedömningar appliceras frågorna ovan på följande fallbeskrivning av pojken Kim och hans föräldrar.

Kim, tio år – ett asylsökande barn

Kims föräldrar söker hjälp hos barn- och ungdomspsykiatrien för att hans beteende gör dem oroliga. De har varit i Sverige i ett och halvt år som asylsökande. Familjen har fått avslag på sin ansökan, men överklagat till utlänningsnämnden. Det senaste halvåret har Kim mått allt sämre.

Pappan säger att han är mycket orolig för Kim. Kim är ledsen och gråter varje dag när han kommer från skolan. Han drar sig undan från familjen, säger att han mår illa och vill vara ensam. Han brukar låsa in sig på sitt rum och vill vara ensam. Om mamman försöker prata med honom eller försöker komma nära honom blir han arg och slår henne. De sista månaderna har han mer eller mindre matvägrat.

Kim är mycket liten till växten för sin ålder och ter sig utseendemässigt snarast som en sju- eller åttaåring. Vid psykologens barnobservationer är han allvarlig och håglös. Han berättar om sig själv och sin situation samt medverkar vid de diagnostiska uppgifterna, men visar inget intresse eller någon lust inför vare sig leksaker eller annat material.

Kim berättar att han helst vill vara ensam och drar sig undan kamrater då det är möjligt. Han säger att människor "går honom på nerverna" och att han inte orkar vara tillsammans med andra. Han berättar också att han blir retad av andra barn. Det tycks som om mobbning förekommit både i hemlandet, där han ofta blev slagen, och i Sverige, där skolkamraterna retar honom för att han inte klarar olika saker eller för att han är så liten. Han bekräftar på fråga att han många gånger tänkt på att ta livet av sig.

Kim säger att mat kväljer honom och att han inte klarar av att svälja ner den. Han är inte bekymrad över att han inte äter och kan inte komma på någon mat som han tycker om.

Bakgrund

Kim föddes under kriget. Hans mamma berättar att hon våldtogs under graviditeten och lämnades utan hjälp i samband med förlossningen i ett skyddsrum. Hon var ensam med Kim under spädbarnstiden, då pappan var inkallad.

Mamman minns inte så mycket från Kims första år och hur han utvecklades. Under den perioden levde hon hela tiden i skräck och visste inte om de skulle överleva från dag till dag. Hon minns att hon ammade, men inte hur gammal Kim var när hon slutade. De saknade mat eftersom hon sällan tordes gå ut. Hon hade själv inte mycket att äta och berättar att hon inte minns om hon hade mat till Kim heller. Men hon tycker att Kim alltid haft dålig matlust.

Hon berättar också att hon alltid ville ha Kim hos sig för att inte själv vara rädd, så när han blev större ville hon inte låta honom gå ut och leka. Hon menar att Kim aldrig själv velat leka med andra barn heller, han har undvikit andra barn och isolerat sig. Mamman har mått mycket dåligt ända sedan Kim föddes och säger, vilket pappan intygar, att hon aldrig orkat ta hand om Kim. Pappan kom tillbaka till familjen från kriget när Kim var två år och har sedan dess stått för all omvårdnad.

Även mamman mår mycket dåligt. Efter avslaget har hon gjort två självmordsförsök och hon säger att hon aldrig kan återvända, utan att hon kommer att ta livet av sig om familjen blir utvisad.

Den barnpsykiatriska utredningen

Ett barnpsykiatriskt team gjorde en noggrann utredning i det ovan beskrivna exemplet, såväl av Kims egen problematik som av hans föräldrars. I utredningen ingick strukturerade intervjuer med Kim själv där hans egen syn på sin situation och sina symtom kartlades, liksom motsvarande intervjuer där hans föräldrar beskrev Kim.

Det var viktigt att intervjua Kims mamma och pappa var för sig, eftersom de hade olika uppfattning och i viss utsträckning olika kunskap om Kims erfarenheter. Även Kims lärare kontaktades, så att hennes beskrivning av

Kims beteende och situation i skolan kunde läggas samman med familjens. Den samlade bild som framträdde av Kim stämde väl överens, men olika detaljer blev tydliga genom de olika uppgiftslämnarna.

Kim hade haft en avvikande utveckling sedan späda ålder och flera av hans aktuella symtom beskrevs av båda föräldrarna som något som funnits med sedan tidigare. Mammans beskrivning av hans första år, innan pappan förenades med familjen, pekade på att hennes förmåga till omsorg varit mycket nedsatt av den hotsituation de levde i då. Hennes beskrivning av relationen mellan henne och Kim pekade på en störd anknytning, där hon inte förmått ge Kim trygghet, men knutit honom tätt till sig för att lindra den egna rädslan. Pappan hade tagit ett stort ansvar för Kim sedan han återförenades med familjen, men hade i den aktuella situationen svårt att orka med. Det berodde framförallt på att han var så orolig för hustrun som gjort flera självmordsförsök. Nu vaktade han henne dygnet runt eftersom han var orolig att hon skulle försöka ta livet av sig igen. Hans farhågor bekräftades av en psykiatrisk utredning av Kims mamma. Hon var djupt deprimerad och grubblade dagligen över alternativa sätt att ta livet av sig.

Riskbedömningen

De ovan beskrivna frågeställningarna (bild 6) vid en riskbedömning av asylsökande barns psykosociala utveckling belyser Kims situation:

1. Hur väl integrerat är barnet i den svenska miljön?

Kim hade gått i svensk skola ett par år och lärt sig tala svenska under denna tid. Såväl familjen som skolan beskrev dock skolproblem av samma art som han enligt uppgift haft i hemlandet; han hade svårt att följa med i undervisningen och var utsatt för mobbning från jämnåriga. Han hade inte fått några kamrater utan drog sig undan och fritiden tillbringade han helst i ensamhet. Man kan således inte beskriva att Kim hade integrerats på ett gott sätt, men han uppgav själv att mobbningen i hemlandet varit värre.

2. Hur god är förutsättningen för att barnet rimligt snabbt ska bli integrerat i relationer och aktiviteter i hemlandet så att det kan arbeta vidare med sina utvecklingsuppgifter?

Den samlade barnpsykiatriska utredningen gav anledning att förutse att Kim skulle möta stora svårigheter att bli integrerad i hemlandet vid ett eventuellt återvändande. Hans nedstämdhet och bristande sociala kompetens tillsammans med hans småvuxenhet och skolsvårigheter skulle sannolikt innebära en stor risk för förnyat socialt misslyckande, med den ökade risk för

hans fortsatta utveckling som ytterligare en sådan belastning skulle innebära. Möjligheten till särskilt stöd med anpassad skolgång eller särskild undervisning var mindre i hemlandet än i Sverige. Mammans psykiska hälsa innebar dessutom att man inte kunde förvänta sig att föräldrarna skulle kunna ge Kim något särskilt stöd och familjen saknade ett socialt nätverk i hemlandet som skulle kunna kompensera detta.

3. Finns det specifika positiva förutsättningar i den svenska miljön som saknas i hemlandet?

Ett barn med Kims sårbarhet har särskilt stort behov av omsorg. Såväl familjens som det omgivande samhällets omsorgsförmåga kommer att ha större betydelse för hälsa och utveckling än vad som är fallet med ett mer robust barn. Det stöd som barn och barnfamiljer kan få i Sverige, till exempel genom skolan och sjukvården, är betydligt bättre än i Kims hemland, och måste ses som en viktig faktor. Enligt mamman var det oerhört viktigt att hennes omgivning var okunnig om våldtäkten, bakgrunden och vad som hade hänt för att hon skulle kunna bo kvar och anpassa sig. Detta kunde i sin tur antas ha betydelse för föräldrarnas omsorgsförmåga.

4. Finns det specifika negativa förhållanden i den svenska miljön som saknas i hemlandet?

Den vanligaste negativa omständigheten i Sverige är risken för utanförskap och social isolering, då man saknar släkt och vänner som finns kvar i hemlandet. I Kims fall fanns dock inget stöttande nätverk i hemlandet, en riskfaktor som således var konstant. En annan omständighet som kan vara värd att bedöma är risken för störd skolgång då barn förväntas följa undervisning på svenska innan de kan språket. Kim hade emellertid varit så länge i Sverige att det snarare utgjorde en ytterligare risk om han än en gång skulle behöva byta utbildningsspråk.

5. Finns det specifika positiva förutsättningar i hemlandet som saknas i den svenska miljön?

Det kan vara svårt att få fram positiva förutsättningar i hemlandet när en familj befinner sig mitt i en asylprocess. Föräldrarna är djupt övertygade om att deras egen och barnens framtid blir bättre i Sverige och de tänker bara på risker och negativa omständigheter som ett återvändande skulle innebära. Men det är inte ovanligt att barn spontant berättar om hur de saknar kamrater eller anhöriga som varit viktiga för dem och som de skulle vilja vara tillsammans med för att må bra. Ibland kan det ju också vara så att situationen i hemlandet förändrats, till exempel att det blivit fred. Då kan kanske familjens möjligheter till integration i hemlandet vara bättre än i

Sverige. Många tror, när de söker asyl, att allt ska bli bra bara de får stanna i Sverige och att livet här på alla sätt är bättre i hemlandet. Men det är väl känt att det finns svårigheter, till exempel att komma in på arbetsmarknaden eller att få svenska vänner, för dem som bosätter sig här.

När det gällde Kim var det svårt att finna några positiva förutsättningar i hemlandet som saknades i den svenska miljön.

Det var desto lättare att finna exempel på den sista frågan:

6. Finns det specifika negativa förhållanden i hemlandet som saknas i den svenska miljön?

De trakasserier och brott som Kims mamma utsatts för hade inte lett till några påföljder för förövarna, som fortfarande var bosatta på samma plats som familjen kom ifrån. Mammans rädsla för nya övergrepp måste ses som i viss mån befogad, även om inget sådant skett sedan maken återvänt till familjen. Hennes skamkänslor på grund av att det var känt i samhället vad som hänt henne var förmodligen ett ännu större bekymmer. Mammans psykiska tillstånd kunde således förväntas vara likartat eller förvärras om hon återvände. Den aktuella familjedynamiken och föräldrarnas svårighet att vara det stöd och ge den omsorg som Kim behövde riskerade att fortsätta eller förvärras om de återvände hem.

Resultatet

Sammanfattningsvis var Kim ett mycket sårbart barn som uppvisade ett stort antal allvarliga barnpsykiatriska symtom, till exempel allvarlig nedstämdhet, självmordstankar och ätstörningar, trots sin ringa ålder. Han uppfyllde exempelvis kriterierna för *dystymi* (ett ihållande tillstånd av nedstämdhet) enligt DSM IV.

Kims symtom var inte relaterade till någon särskild händelse av våld och fara. De förklarades rimligen till största delen av att han hade en sårbarhet kombinerat med att han hade utsatts för en extrem påfrestning tillsammans med sin mamma under det första levnadsåret och att mamman hade stora svårigheter med att ge honom trygghet och omsorg under uppväxten.

Mammans traumatiska erfarenheter och posttraumatiska symtom innebar en fortsatt belastning. För att söka skydd för sin egen rädsla höll hon Kim nära sig själv, vilket hade resulterat i att han förhöll sig till omvärlden som otrygg och skrämmande.

Pappan hade bara i viss utsträckning lyckats kompensera mammans brister, men skulle i en trygg omgivning sannolikt kunna ge Kim mer stöd och omsorg.

Kims fortsatta utveckling kunde på goda grunder antas problematisk oavsett om han stannade i Sverige eller tvingades återvända till hemlandet. Riskerna för en fortsatt bristfällig, eller rent av försämrade, omsorgsförmåga hos föräldrarna vid en eventuell avvisning till hemlandet var dock uppenbara. Det innebar i sin tur en allvarlig risk för försämring av Kims tillstånd.

Möjligheten att ge stöd till familjen så att deras omsorgsförmåga stärktes och komparerades var betydligt bättre i Sverige, vilket talade för att Kim skulle ha bättre möjlighet till rehabilitering här.

Kims psykiska hälsa och avvikande utveckling dokumenterades i ett barnpsykiatriskt yttrande, som även beskrev föräldrarnas omsorgsförmåga och den relaterade familjedynamiken. Också mammans tillstånd dokumenterades av psykiater. Familjen beviljades uppehållstillstånd efter beslut i Utlänningsnämnden.

IV. Sammanfattning

Att fatta beslut i ett asylärende som rör barn där det finns farhågor om att det kan uppstå skador i den psykosociala utvecklingen är en svår och grannliga uppgift.

En riskbedömning måste innefatta flera olika faktorer. Det handlar ju om att bilda sig en uppfattning om hur det kan gå i framtiden utifrån hur situationen för barnet ser ut idag. För att få ett så bra underlag som möjligt är det nödvändigt att också blicka bakåt.

Enbart en psykiatrisk diagnos säger inte tillräckligt. Hela barnets livshistoria måste vägas in. Såväl psykisk hälsa som ohälsa är ett resultat av samspelet mellan barnets inneboende egenskaper och olika miljöfaktorer, främst familjen och i synnerhet föräldrarna. Det vidare och indirekta samspelet med den sociala miljön, samhälleliga och kulturella villkor spelar också stor roll.

Det är en rad frågor som måste bevaras. Hur har barnets utvecklingslinje sett ut hittills, vad har hänt i barnets liv och hur har barnet klarat av de svårigheter och påfrestningar som uppstått? Vilka risk- respektive friskfaktorer har barnet med sig? Hur ser anknytningen ut och vad har föräldrarna för omsorgsförmåga? Vad är det för mönster som präglar det dynamiska samspelet inom familjen?

Vid tveksamhet ska erfaren barnexpertis anlitas, med särskild erfarenhet av de omständigheter som asylsökande familjer lever under.

De viktigaste redskapen för att förstå barnets bakgrund är den kliniska intervjun med barn och föräldrar tillsammans med information från andra håll. Inom barn- och ungdomspsykiatrin finns en lång tradition av samverkan i team mellan olika yrkesgrupper. Ofta bidrar både läkare, psykologer, pedagoger, socionomer och andra som har kontakt med barnet till att ge en mångsidig belysning av dess situation.

Många av svaren på hur det kommer att gå i framtiden ligger i barnets förflutna. Utan en god kännedom om barnets historia, går det knappast att bedöma vilka möjligheter det har att på sikt klara sig utan att ta bestående skada i sin psykosociala utveckling.

Som grund för bedömningen av risken för bestående skada på barnets psykosociala utveckling måste ligga en noggrann värdering av förutsättningarna (positiva och negativa), i såväl Sverige som i hemlandet, när det gäller att stödja barnet i att lösa de utvecklingsuppgifter som det står inför.

Avslutningsvis måste man vara medveten om att det är omöjligt, också för den mest kompetenta barnexpertis, att med säkerhet uttala sig om hur det kommer att bli för barnet. Därför bör, som alltid med barn, försiktighetsprincipen råda.