

# **"Overgangsrite"**

**Traumebevisst omsorg med asylsøkerbarn- og ungdom**

**Kandidatnr: 543.**

**SOS3900 Bacheloroppgave i sosialt arbeid**

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	2
<b>1.1 Tema og formål</b> .....	3
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	3
<b>1.3 Personlig bakgrunn og forforståelse</b> .....	3
<b>1.4 Begrepsavklaring</b> .....	4
<b>1.5 Avgrensing</b> .....	5
<b>1.6 Nøkkeltall og statistikk</b> .....	6
<b>1.7 Sosiofaglig relevans</b> .....	7
<b>1.8 Metode og kildekritikk</b> .....	8
<b>1.9 Disposisjon</b> .....	9
<b>2. Traumer</b> .....	9
<b>2.1 Utvikling og tilknytning</b> .....	10
<b>2.2 Utvikling av traumer og traume-relaterte lidelser</b> .....	11
<b>2.3 Reguleringsvansker</b> .....	13
<b>2.3.1 Regulering av følelser og kroppslige tilstander</b> .....	13
<b>2.3.2 Vansker med regulering av oppmerksomhet og atferd</b> .....	13
<b>2.3.3 Vansker med sosioemosjonell regulering</b> .....	14
<b>2.4 Asylsøkerbarn- og ungdom i Norge</b> .....	14
<b>3. Hvordan møte utsatte barn og ungdom?</b> .....	16
<b>3.1 Traumebevisst perspektiv</b> .....	16
<b>3.2 Traumebevisst omsorg (TBO)</b> .....	17
<b>3.3 Post-traumatisk vekst</b> .....	19
<b>3.4 Psykologisk Førstehjelp og regulering</b> .....	20
<b>3.4.1 Kontakt og engasjement</b> .....	21
<b>3.4.2 Trygghet og omsorg</b> .....	21
<b>3.4.3 Stabilisering</b> .....	22
<b>3.4.4 Informasjonsinnhenting: behov og løpende bekymringer</b> .....	22
<b>3.4.5 Praktisk bistand</b> .....	22
<b>3.4.6 Kontakt med kilde til sosial støtte</b> .....	22
<b>3.4.7 Informasjon om mestring</b> .....	23
<b>3.4.8 Samarbeidende tjenester</b> .....	23
<b>4. Drøfting</b> .....	23
<b>4.1 Mottakelse i asylmottak</b> .....	25
<b>4.2 Adekvat helsetilbud i asylmottak?</b> .....	25
<b>4.3 Et for sjenerøst tilbud?</b> .....	26

<b>4.4 Aktivisering som delvis løsning?</b> .....	27
<b>5. Avslutning</b> .....	28
<b>6. Litteratur</b> .....	31

## **1 Innledning**

## **1.1 Tema og formål**

Denne oppgaven setter fokus på hvordan man kan arbeide med traumatiserte asylsøkerbarn- og ungdom som har vært gjennom kriser og konflikter. Jeg ønsker også å finne ut av hvordan og hvorvidt traumebevisst omsorg og praksis kan være forenelig med asylpolitikken Norge fører i dag. Norsk asylpolitikk har lagt seg på en strengere linje de siste par årene med jevnlig innstramninger siden 2015, og det følger stadige påstander om brudd på menneskerettigheter, i tillegg til kritikk fra FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) (Christophersen 2016; Hellen og Michelsen 2017). I 2015 økte andelen enslige mindreårige asylsøkere (EMA) kraftig i forhold til tidligere tall med et totalantall på 5480 personer, ifølge UDIs kartlegging av antall søknader i løpet av hvert år (UDI 2015; UDI 2014; UDI 2013). Jeg ønsker å finne mer ut av hvordan man best kan møte asylsøkere, henholdsvis barn og ungdom, som nå bor på asylmottak. Jeg vil se på hvordan situasjonen i norske mottak er nå og hvordan asylsøkeres psykiske helse står til, ut i fra et traumebevisst perspektiv. Det finnes flere bøker, forskningsartikler og rapporter som retter fokus mot asylsøkeres psykiske helse, og særlig barn og ungdoms situasjon i et utviklingspsykologisk perspektiv. Man har en bedre forståelse for hvordan og hvorfor traumer utvikles, det finnes mer kunnskap om hvilke reaksjoner dette medfører hos barn og ungdom og det finnes også mye litteratur på hvordan man kan jobbe med traumatiserte barn og ungdom. Jeg vil se nærmere på hvordan man som sosionom kan tilføre et traumebevisst- og traumesensitivt perspektiv i sitt arbeid, og hvordan dette vil fungere i henhold til anerkjennelse av aktuelle politiske forhold. Jeg er interessert i hvordan den sosiale- og psykiske helse-delen av asylfeltet forenes med den strukturelle og lovfestede siden for oppholdstillatelse og bosetting, og hvorvidt det i det hele tatt lar seg gjøre.

## **1.2 Problemstilling**

*Kan traumebevisst omsorg og praksis forenes med måten asylsøkerbarn- og ungdom blir møtt i asylsøknad- og bosettingsprosessen i Norge?*

## **1.3 Personlig bakgrunn og forforståelse**

I løpet av min første praksis var jeg i organisasjonen NOAS. Der jobbet vi mye med å belyse og styrke asylsøkeres rettigheter, og vi møtte ofte komplikasjoner i spenningsfeltet mellom politiske føringer og asylsøkernes situasjon. Følgelig har jeg også personlige formeninger som preger min forforståelse, for eksempel om hva jeg synes bør ligge til rette for god

integrering og særlig hva jeg synes ikke fungerer, eksempelvis slik regjeringens integreringsplan og målsetting fremlegges. En annen faktor som spiller særlig mye inn på hvordan jeg ser for meg at flyktnings mentale situasjon er, er det bildet man får gjennom media. Man kan selvsagt argumentere for at en bør være mer kritisk til å ta imot alt man ser i media, men det er likevel vanskelig å unngå et bilde av flyktninger fra krigsherjede land, særlig barn og unge, som psykisk lidende og mentalt forstyrrede. Stadige artikler om hvordan det fortsatt pågår bombing av skoler og boligområder, nye trusler, økt fattigdom og dårlige sanitetsforhold, en mer fiendtlig innstilling fra vesteuropeisk hold til innvandring og bilder av barn med triste øyne og gråtende foreldre gjør det vanskelig å se krigsflyktninger som noe annet en ødelagte mennesker. Dette er selvsagt ikke en bastant og ferdig diskutert holdning, og jeg tar høyde for at situasjonen hos mange vil være annerledes i mer hverdagslige settinger. Det er likevel vanskelig å se bort fra at vedvarende traumer er noe som går igjen hos svært mange flyktninger.

Når det kommer til hvordan man arbeider med traumer, har jeg derimot ikke så veldig mye personlig kunnskap og meninger som påvirker noen forforståelse. Her stiller jeg meg mer spørrende til hvordan traume påvirker ens funksjonsevne. Men jeg har på mange måter et bilde av traumer og traumatiske opplevelser som noe alvorlig; en diagnose eller en definert og bestemt tilstand man er i. Jeg tenker også at traumer er et omfattende felt som krever mye tid og spesialiserte tiltak, derav påpekningen om et mulig misforhold mellom aktuell asylpolitikk og hensyn til traumer i problemstillingen.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

De begrepene jeg gjør rede for her, henholdsvis asylsøker, flyktning og enslige mindreårige asylsøkere, er de begrepene jeg forholder meg til videre i oppgaven og brukes iht. følgende definisjoner.

*Asylsøker* er betegnelsen på en person som søker opphold i et land, men som fortsatt avventer svar på sin asylsøknad (søknad om opphold). Dette skjer gjennom en registrering hos politiet og søknad om beskyttelse hos UDI. Det er dermed ikke en person som har fått oppholdstillatelse i Norge som flyktning eller på humanitært grunnlag; dette skjer først ved positivt svar på asylsøknad.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylsoker/> (15.03.2017)

*Flyktning* er en person som oppfyller krav på beskyttelse (asyl) i Norge ettersom det er en reell fare for blant annet dødsstraff og tortur.<sup>2</sup> Iht. FNs flyktningkonvensjon av 1951 listes "rase, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av politisk oppfatning" opp som mulige årsaker til behovet og kravet på beskyttelse (FNs konvensjon om flyktnings stilling 1951, art 1).

*Opphold på humanitært grunnlag* skjer dersom personen av menneskelig hensyn eller sterk tilknytning til Norge får positivt svar på sin asylsøknad.<sup>3</sup>

*Enslige mindreårige asylsøkere (EMA)* er den gruppen som oppgir å være under 18 år og uten følge av foreldre eller andre med foreldreansvar når de søker asyl i Norge.<sup>4</sup> Når jeg i problemstillingen og utover oppgaven skriver om asylsøkerbarn- og ungdom regner jeg enslige mindreårige inn under beskrivelsen.

*Permanent oppholdstillatelse* gjelder for de som får innvilget opphold enten som flyktning (asyl) eller på humanitært grunnlag. Da kan man kvalifiseres til å søke permanent oppholdstillatelse etter tre års botid i Norge.<sup>5</sup>

*Midlertidig oppholdstillatelse* er opphold som gjelder for en begrenset periode, og som har en utløpsdato.<sup>6</sup>

## 1.5 Avgrensning

Jeg fokuserer i denne oppgaven på asylsøkerbarn– og ungdom, og går i mindre grad inn på traumer hos voksne asylsøkere. Det er riktignok en god del teori og argumentasjon om flyktninger og asylsøkeres psykiske helse og mottakssituasjon som omfatter både barn og voksne, og det tas høyde for at mye kunnskap og informasjon gjelder alle aldre. Jeg velger å rette fokus mot barn- og ungdom fordi en målgruppe bestående av lite avgrensning i henhold til alder blir svært komplekst. Det er også mye som tyder på at barn- og ungdom er den

---

<sup>2</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/> (15.03.2017)

<sup>3</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/oppholdstillatelse-pa-humanitart-grunnlag/> (15.03.2017)

<sup>4</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/enslig-mindrearig-asylsoker/> (15.03.2017)

<sup>5</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/oppholdstillatelse-som-danner-grunnlag-for-permanent-oppholdstillatelse/> (15.03.2017)

<sup>6</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/midlertidig-oppholdstillatelse/> (05.05.2017)

gruppen som kommer verst ut når det gjelder påkjenninger som følge av dårlige mottaksforhold og lang ventetid, og jeg vil finne ut av hva man kan gjøre for å møte dem som er vanskeligst stilt.

Oppgaven omhandler asylsøkerbarn- og ungdom som bor i mottak mens de enten venter på oppholdstillatelse eller bosetting. Jeg tar altså ikke med de som både har fått permanent oppholdstillatelse og bosetting. Norge er et land som lenge har hatt problemer med lang ventetid i mottak, og det er denne problematikken jeg vil komme inn på. Jeg utelukker ikke at en del av problematikken for barn- og ungdom i asylmottak også kan overføres til det møblerte hjem, men jeg tenker at også dette blir en veldig stor og kompleks målgruppe. Jeg gjør også en liten avgrensing mellom de enslige mindreårige som er under 15 år og de som er mellom 15-18 år. Enslige mindreårige under 15 år er under barnevernets ansvar, og blir bosatt i bemannede omsorgssentre under behandling av søknad. Eventuell problematikk ved det norske mottakssystemet og føringer fra UDI er dermed ikke like gjeldende for denne gruppen. Et lite unntak er under avsnittet om adekvat helsetilbud i asylmottak hvor det kan påpekes mangler for hele gruppen enslige mindreårige.

## **1.6 Nøkkeltall og statistikk**

Det er per i dag, ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB), 724 987 innvandrere i Norge. Dette tallet utgjør 13,8% av befolkningen (Statistisk sentralbyrå 2017). Arbeidsinnvandring og utdanning utgjør til sammen 39% av innvandrere i Norge, mens flukt og familie havner på til sammen 61%, hvorav flukt ligger på 22%.

Av 13.mars 2017 er det totalt 11 224 beboere i asylmottak (UDI 2017). En stor gruppe av de som søker asyl i Norge kommer fra Syria, Irak og Afghanistan med til sammen 6297 av 11544 beboere ved norske asylmottak i februar 2017. I følge UDI får de fleste som søkte asyl i 2016 svar i løpet av første del av 2017, med det forbehold om at det kan ta lengre tid ved behov for ytterlig informasjonsinnhenting. Fra søknaden om asyl er levert inn kan det gå 10 måneder til man blir kalt inn til intervju, og etter intervju begynner saksbehandling for å få godkjent asyl.<sup>7</sup> Ved godkjent asylsøknad, skal voksne asylsøkere være bosatt innen 6 måneder, og enslige mindreårige innen 3 måneder (Weiss mfl. 2017, 34-35). Enslige mindreårige asylsøkere som er under 15 år blir bosatt i statlige omsorgsinstitusjoner, og tatt

---

<sup>7</sup> <https://www.udi.no/ord-og-begreper/saksbehandlingstider/#link-2321> (15.03.2017)

hånd om av barnevernet (NOU 2017:2, 46). Andelen barnefamilier har økt, og fra 2015 har også andelen asylsøkere under 18 år økt (NOU 2017:2, 44).

På en global basis snakker man om en flyktningkrise, og flerfoldige millioner mennesker er drevet på flukt (FN 2017). Både i Syria, Irak og Afghanistan er man oppe i milliontall når det gjelder mennesker på flukt.<sup>8</sup> De fleste flykter til naboland, henholdsvis Jordan, Iran, Tyrkia og Libanon, men en liten andel kommer også til Europa. I 2016 ble det for eksempel registrert rundt en million syriske asylsøkere i Europa.<sup>9</sup> Mange av de som kommer som flyktninger fra Afghanistan, Syria og Irak får oppholdstillatelse, og i 2016 viser UDI til en innvilgelsesprosent på 93% for Afghanistan, 95% for Syria og 88% for Irak (UDI 2016). På statistikker for utvisningsvedtak fra samme år ser man at antall utvisninger for samme land likevel utgjør en betydelig andel mennesker, henholdsvis 543 fra Afghanistan, 46 fra Syria og 394 fra Irak (UDI 2016).

### **1.7 Sosialfaglig relevans**

Sosialt arbeid og den rollen man har som sosionom strekker seg over flere felt. Det finnes flere områder man arbeider innenfor, og man utøver en omfattende form for hjelpearbeid. Sosialt arbeid kan grovt sett deles inn i to områder: kunnskap og praksis (Berg mfl. 2015, 19). Kunnskapsmessig kan man snakke om en fagdisiplin innenfor det vitenskapelige, mens man med praksis mener det arbeidet som utføres ute i samfunnet. En sosialarbeider har altså en kunnskapsbase og et teoretisk faggrunnlag som legger en føring på det arbeidet man utfører på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Arbeidet man utøver er et hjelpearbeid hvor man på individnivå tar sikte på å hjelpe mennesker i utsatte livssituasjoner, og på samfunnsnivå jobber for å belyse samfunnsmessige forhold som bidrar til ekskludering og marginalisering (Berg mfl. 2015, 19). Kunnskapen man innehar som sosionom beror i stor grad på erfaring og forskning. Gjennom en analyse av sosiale problemers utvikling og opprettholdning kan man danne seg en forståelse av hvilke faktorer som bidrar til at noen mennesker "faller utenfor" eller havner i utsatte livssituasjoner, og man må jobbe for å både styrke enkeltmennesket og motvirke forhold som bidrar til sosiale problemer. Det er dermed vesentlig at man ser på hvordan individ og samfunn interagerer (Berg mfl. 2015, 25). Som sosionom jobber man etter et yrkesetisk grunnlagsdokument som legger en føring på hvilke verdier og holdninger man

---

<sup>8</sup> <https://www.flyktninghjelpen.no/fakta-om-barn-pa-flukt> (15.03.2017)

<sup>9</sup> <https://www.flyktninghjelpen.no/fakta-om-barn-pa-flukt> (15.03.2017)



bør ha med seg i yrkesutøvelsen. Blant annet skal man jobbe for sosial endring og rettferdighet, og man skal kjempe for hver enkelt liv og helse (FO 2015, 3 - 5). Interaksjonen mellom asylpolitikken, mottakssystemet og asylsøkerne er for eksempel et kunnskapsområde en sosialarbeider kan nytte godt av å ha. Sosionomer møter flyktninger og asylsøkere på ulike nivåer i samfunnet. For eksempel kan asylmottak være en arena hvor man jobber som miljøarbeider eller sosialkonsulent for beboere, eller man kan jobbe som flyktningkonsulent i NAV. I de fleste yrker man trer inn i som sosionom, det være seg innenfor skoleverket, psykisk helsevern, barnevernet eller øvrige stillinger i NAV kommer man ofte til å være i kontakt med flyktninger og asylsøkere på en eller annen måte.

### **1.8 Metode og kildekritikk**

I arbeidet med å finne relevant litteratur har jeg prøvd å ta i bruk flere forskjellige typer kilder som bøker, artikler, tidligere skrevne masteroppgaver, nyhetsartikler, årsrapporter, stortingsmeldinger og politiske føringer. Jeg har en varierende bruk av utenlandske og norske forfattere. Mange norske artikler og rapporter bruker utenlandske referanser, og jeg har stort sett forsøkt å finne frem til primærkilden. Grunnen til at jeg har samlet inn så mye forskjellig, er at jeg vil få frem tema og eventuell problematikk på en nyansert og interessant måte. Jeg vil formidle eventuelle forskjeller i hvordan stortingsmeldinger og politiske føringer legger frem behov og problematikk i forhold til hvordan bøker og artikler skrevet av forskere og praktikere innenfor traume- og psykisk helse-feltet gjør det.

De fleste forfattere jeg har brukt har referert til hverandre i ulike artikler og bøker, og har skrevet mye om temaet psykisk helse, traumer, flyktninger og integrering. Artikkene jeg bruker er utgitt i ulike tidsskrift som vurderes som kredible og er fagfellevurdert, blant annet *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *Journal of the American Medical Association* og *International Review of Psychiatry*. Det har vært viktig for meg å ikke bruke så altfor gammelt pensum. Jeg ønsket noe som kan ha vært skrevet i tråd med en global økning av flukt og innvandring, og for bøker hvor jeg har brukt store deler av innholdet har jeg forsøkt å holde meg på denne siden av 2010-tallet. Det er likevel mange referanser, både utenlandske og norske, i disse bøkene som går lenger tilbake i tid. Jeg har da også brukt både bøker og artikler det har vært referert til som er utgitt på 1990-tallet. Det har selvsagt vært en innvirkende faktor hvilket emne den aktuelle kilden tar for seg. Noen artikler handler mer om hvordan traumatiske stress og potensielt traumatiske hendelser virker inn på hjernen og

utvikling, og det har da ikke vært et kriterium at litteraturen må være veldig ny. For de fleste søk i Oria har jeg brukt ulike kombinasjoner av søkerord som "traume", "psykisk helse", "flykning", "enslig mindreårig asylsøker", "flukt" og "integrering" i tilfeller der jeg på forhånd ikke har en tittel eller forfatter jeg vil finne. For nye artikler jeg har fått via det pensum jeg allerede har valgt ut, og andre henvisninger, har jeg brukt både Oria og Google Scholar. Det har vist seg at mange av artiklene som ikke finnes via Oria, har vært tilgjengelige via Google Scholar, og omvendt. Da har jeg alltid hatt tittel på artikkel tilgjengelig, etter å ha funnet den som referanse hos noen andre jeg har brukt. Jeg har også valgt ut noe pensum fra tidligere semestre og tips fra klassekamerater, veileder og tidligere masterstudent.

### **1.9 Disposisjon**

I første del av oppgaven er bakgrunn og forforståelse for valgt tema lagt frem, i tillegg til en fremlegging av begrep, statistikk og nøkkeltall for innvandring og flyktninger i Norge. Andre del vil legge frem en mer teoretisk forankring for hvordan traumer utvikles og gir utslag i atferd hos barn og ungdom. Tredje del vies til hvordan man kan møte utsatte barn og ungdom, og fjerde del utgjør drøfting rundt problemstilling før avslutning.

## **2. Traumer**

Forståelsen av, og diskusjonen om flyktnings psykiske helse er et omfattende felt. Siden 1980-tallet har det blitt mer fokus på flyktninger og traume, og forskningen rettes ofte mot paralleller mellom flyktnings opplevelse av tortur, krig, forfølgelse og mentale helse i eksil (Opaas og Varvin 2015, 684). Det må tidlig understrekes at flyktnings opplevelser av alvorlige hendelser og belastninger ikke nødvendigvis er traumatiserende for alle. Mange kan bli traumatiserte, men ikke alle. Begrepet *potensielt traumatiserende erfaringer (PTE)* kan derfor brukes for å understreke at ikke alle som går gjennom hendelser som krig, flukt og tortur opplever traumer (Varvin 2015, 73). Det vil i stor grad være den enkeltes opplevelse av alvorlige hendelser, og hvilke mestringssevner og nettverk man har, som avgjør hvorvidt en hendelse har vært traumatiserende (Hollan 2013, 728). Når det gjelder utviklingen av traumerelaterte plager og symptomer, for eksempel stress, depresjon, angst, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer, er det flere faktorer som spiller inn. Blant annet kan man trekke inn omstendighetene rundt hendelsen, den enkeltes opplevelse, tidligere

alvorlige hendelser og den enkeltes utviklingshistorie som aktuelle komponenter (Jensen og Ormhaug 2016, 24).

Traumatiske hendelser kan for eksempel ses på som gjentatt og langvarig eksponering av omsorgssvikt, krig, katastrofer, sult eller vold (Pratchett og Yehuda 2014, 3). Som en psykologisk effekt kan traume anses som respons på farlige eller sjokkerende hendelser, hvor ens evne til å takle og bearbeide det som har skjedd svekkes (Gordon 2011, 1). Traumatiske hendelser deles ofte inn i forskjellige hovedkategorier. En inndeling er *enkeltstående hendelser* og *gjentatte hendelser* (Terr 91, 323), hvorav enkeltstående hendelser er noe som skjer brått eller sjokkerende, mens gjentatte hendelser ofte representerer en mer alvorlig og langvarig art. Sverre Varvin beskriver i boken *Flukt og eksil* (2015) gjentatte traumatiserende hendelser som *kumulativ traumatisering*, hvor traumatiske hendelser følger hverandre over lengre tid uten at man får tid til å bearbeide det som har skjedd (Varvin 2015, 73). I inndelingen av ulike former for traumer, kan man også dele inn årsakene til traumatiske hendelser. Her skilles det mellom naturlige årsaker og tillitsbrudd påført av mennesker (LaMothe 1999; Herman 1992/2001 i Overland 2013, 45). Opplevelsen av traumatiske hendelser kan for noen være en forløper til langvarige psykiske problemer (Silove, Steel og Watters 2000, 605), og mange opplever ettereffekter fra tidligere hendelser som kan gi en alvorlig innvirkning i hverdagen. For eksempel viser tidligere studier til at mange har symptomer på post-traumatisk stress (PTSD) og depresjoner etter å ha opplevd traumatiske hendelser (Gordon 2011, 2). Mental gjenopplevelse av traumatiske hendelser, unngåelse av følelser som gir assosiasjoner til hendelse, forstyrrende tanker, stress og sosiale vansker er alle eksempler på traume-relaterte symptomer (Overland 2013, 47).

## **2.1 Utvikling og tilknytning**

En form for traume som utvikles i sviktende samspill mellom mennesker er *utviklingstraumer*. Man snakker her om situasjoner hvor barn er utsatt for traumatiske stressbelastninger uten å få hjelp til regulering av reaksjoner på det som skjer (Nordanger og Braarud 2014, 533-34). Effekten og utfallet av potensielt traumatiske erfaringer og traumatiske hendelser vil ofte være påvirket av kontekst og nettverk, og for barns del kan både foreldres svekkede beskyttelsesevne eller tap av foreldre være alvorlige faktorer som spiller inn. Ved forhold og omstendigheter preget av utrygghet kan skremmende enkelthendelser føre til traumatisering, eksempelvis dersom barn opplever at foreldrene selv

er utrygge og redde i skremmende situasjoner. Nærfamilien kan brukes som et eksempel på nær og trygg relasjon, og en god indre struktur i familien representerer et grunnlag av trygghet. I perioder hvor krig, vold og overgrep påvirker hverdagen, kan ofte slike indre strukturer i familier svekkes, og sannsynligheten for en negativ og utrygg utvikling kan øke (Varvin 2015, 75-76). Utviklingstraumer trenger ikke nødvendigvis bety at omsorgsgiver og overgriper er samme person, men det kan være situasjoner hvor barnets omsorgsgivere ikke klarer å hjelpe barnet i truende situasjoner, for eksempel krig, flukt eller vold (Nordanger og Braarud 2014, 534; Amble og Dahl-Johansen 2016, 64-65).

## **2.2 Utvikling av traumer og traume-relaterte lidelser**

Barn som har vært utsatt for ekstreme og skremmende situasjoner viser symptomer både på emosjonelle, psykiske, atferdsmessige og somatiske nivåer. Dette innebærer sorg, sinne, apati, angst og frykt (Redd Barna 2015, 20). Det er også rapportert om barn med manglende taleevne og hukommelse (Redd Barna 2015, 20; Redd Barna 2017, 13). Kroppslige reaksjoner, for eksempel søvnvansker og smerter omtales som vanlige reaksjoner (Dyb og Stensland 2016, 45). Slike reaksjoner, i tillegg til forekomst av sengevæting og selvskading, rapporteres også fra Redd Barna (2015, 20; 2017, 1-2).

For barn som har levd under vanskelige og alvorlig tilstander orienteres hjernen ofte mot beskyttelse og overlevelse istedenfor utvikling, noe som kan stoppe opp vekstprosessen (Green, Grasso og Ford 2014, 19). Dette kan igjen påvirke barnets evne til å knytte nære bånd, utvikle sosial mobilitet, håndtere følelser, utvikle selvtillit og selvinnsett (Greene, Grasso og Ford 2014, 20). Måten hjernen stimuleres på i skremmende eller alvorlig situasjoner virker også inn på hvordan vi kan forstå utviklingen av eventuelle traumer eller traumerelaterte symptomer. I situasjoner der hjernen alarmeres, som ofte kan komme av ukjente, spontane eller for intense opplevelser, kreves det at stressnivået må reguleres ned. Hos barn- og ungdom er det ofte en omsorgsperson som hjelper til med dette (Nordanger 2015). Gode og trygge omsorgssituasjoner er med på å bygge opp et sunt reguleringsystem, hvor man selv klarer å regulere de alarmerende inntrykk hjernen kan få. Barn som har opplevd traumatiserende hendelser, og som ikke får hjelp til å regulere de reaksjonene som utløses, kan utvikle et hypersensitivt alarmsystem. Når dette alarmsystemet utløses, kan barnet bli etterlatt i intens affekt uten riktige mentale verktøy for å regulere det som skjer (Nordanger 2015).

Begrepet stressoverveldelsesgrense brukes for situasjoner hvor barnet blir så stresset at det ikke klarer å fungere i en situasjon (Skoglund 2015 i Amble og Dahl-Johansen 2016, 61). I et slikt tilfelle vil dialog og læring fungere dårlig, og barnet har havnet over en grense hvor regulering av egne følelser og reaksjoner ikke lar seg gjøre. Et beslektet begrep som brukes for å illustrere et for høyt, for lavt og optimalt aktiviseringsnivå er toleransevinduet (Siegel 2012 i Nordanger og Braarud 2014, 531; Amble og Dahl-Johansen 2016, 62-63). Når barnet er innenfor toleransevinduet, befinner det seg i en optimal aktiveringssone hvor læring og utvikling best kan finne sted. Her fungerer tenkeevnen bra, og barnet er i en posisjon hvor det føler seg trygt (Amble og Dahl-Johansen 2016, 62-63). Utenfor toleransevinduet ligger en *hyperaktiveringssone* og en *hypoaktiveringssone*, hvorav hyperaktivisering er overaktivisering og hypoaktivisering er underaktivisering (Amble og Dahl-Johansen 2016, 62-63). Når barnet er overaktivert øker hjerterate og muskeltonus (Porges 2007 i Nordanger og Braarud 2014, 532; Perry 2006, 23) slik at barnet ofte blir mer urolig og kaotisk, mens et underaktivert barn vil være mer preget av nummenhet, tomhet og handlingslammelse (Nordanger og Braarud 2014, 534). Barn som har opplevd traumatiserende hendelser kan ofte ha en lav stressoverveldelsesgrense og et lite toleransevindu. Hjernen er ofte overaktivert og ikke nok reguleringsdyktig (Amble og Dahl-Johansen 2016, 63). Barn med utviklingstraumer har ofte et smalere toleransevindu, og det skal mindre til for at de faller utenfor den optimale aktiviseringssonen (Nordanger og Braarud 2014, 534-535). Der hvor barn og ungdom føler seg utrygge og fortsatt er orientert mot beskyttelse og fokus på stress er det ikke gunstig å se for seg at utvikling og læring finner sted. Utrygge barn og ungdom befinner seg ikke innenfor toleransevinduet, og er følgelig ikke i læringsmodus. Det er ingen selvfølge at fokus ligger på framtidsplanlegging eller læring, men personen er ofte mer orientert mot stressrelaterte eller utslagsgivende faktorer i omgivelsene (Perry 2006, 23).

Minner og gjenopplevelse av alvorlige hendelser kan forekomme hos mange, og de kan være overveldende og dominerende (Varvin 2015, 77). Det kan for noen være vanskelig å tilpasse seg vonde og overveldende minner, slik at blir vanskelig å forholde seg til den nåværende hverdagen (van der Kolk og McFarlane 1996, 4). Gjenopplevelse av, og minner om en vond hendelse kan være med på å vekke intense følelser, frykt eller sorg. Det kan innebære uønskede tanker om det som har skjedd, eller det kan vise seg i *flashbacks* hvor man opplever at hendelsen skjer på ny. Gjenopplevelse, sammen med unngåelse, negative endringer i

tanker og følelser og endring i fysiologisk respons, kan ses som symptomer på posttraumatiske stressreaksjoner (Dyb og Stensland 2016, 52-53). Unngåelse handler om hvordan både tanker, fortellinger, aktiviteter og steder som kan minne om hendelsen unngås. Negative endringer i tanker, følelser og fysiologisk respons innebærer en endring eller forstyrret opplevelse av seg selv og omverdenen. Det kan også gi utslag i søvnproblem, svekket sinnemestring og dårligere konsentrasjon og oppmerksomhet (Scheeringa, Zena og Cohen 2011, 771).

## **2.3 Reguleringsvansker**

Jeg vil gå litt nærmere inn på barns reguleringsvansker som følge av traumer eller potensielt traumatiserende hendelser. Reguleringsvansker henger sammen med barns opplevelse av traumatisk stress kombinert med en manglende evne til å selv regulere de følelser og reaksjoner dette medfører (Nordanger og Braarud 2014, 533). Reguleringsvansker kan vise seg i følelser og kroppslige tilstander, oppmerksomhet og atferd samt sosioemosjonell regulering.

### **2.3.1 Regulering av følelser og kroppslige tilstander**

Vansker med regulering av følelser og kroppslige tilstander henger mye sammen med endring i fysiologisk respons og gjenopplevelse (Dyb og Stensland 2016, 53). Dette kommer til fysiologisk uttrykk gjennom forstyrret motorisk utvikling, søvn - spise og fordøyelsesforstyrrelser (Amble og Dahl-Johansen 2016, 66). Sansene kan ofte ha et høyere beredskap og barnet kan derfor være hypersensitiv overfor lyd og berøring, noe som kommer til uttrykk gjennom uro, årvåkenhet og høyere grad av aggresjon. (Dyb og Stensland 2016, 53; Amble og Dahl-Johansen 2016, 66). Eksempelvis kan dette ses i forbindelse med gjenopplevelse av hendelser eller andre overveldende følelser hvor barnet får sterke emosjonelle reaksjoner uten å klare å hente seg inn igjen (Varvin 2015, 105).

### **2.3.2 Vansker med regulering av oppmerksomhet og atferd**

Vansker med regulering av oppmerksomhet og atferd handler om en manglende evne til å kunne oppfatte sosiale signaler- og kontekst. Enkelte barn- og ungdom kan ha vansker med å forholde seg til andre mennesker, og kan ofte ha en mistillit til andres intensjoner (Amble og Dahl-Johansen 2016, 67; Terr 1991, 13-14). Varvin viser til lignende beskrivelser i sitt avsnitt om forstyrret mentaliseringsevne, og påpeker hvordan mentalisering handler om å jobbe med

å forstå hvordan ulike forhold virker inn på andres reaksjoner (Varvin 2015, 108). Utsatt barn og ungdom kan ofte ha en sosial utrygghet, og ha vansker for å tolke andres reaksjoner og kontaktsøking, og dermed ende opp med å avvise andres forsøk på kontakt (Perry 2006, 24). For noen kan dårlig konsekvensvurdering- og selvbeskyttelse også ha en påvirkning på hvilke sosiale miljøer man etter hvert kan ende opp i, eller hvordan man reagerer på ulike former for oppmerksomhet (Amble og Dahl-Johansen 2016, 67).

### **2.3.3 Vansker med sosioemosjonell regulering**

Dette kan ofte innebære en følelse av verdiløshet og skam. For noen kan dette resultere i et forsøk på å skjerme seg selv for vonde følelser, som igjen kan vises i lav interesse for seg selv og andre (Dyb og Stensland 2016, 53; Amble og Dahl-Johansen 2016, 67). En annen bieffekt av skjerming og unngåelse kan være ensomhet (Varvin 2015, 111). Man kan peke på to sider av sosioemosjonelle reguleringsvansker, hvor skjerming, ensomhet og relasjonsvansker står på en side mens en annen side preges av separasjonsvansker og overopptatthet av å bli tatt vare på (Amble og Dahl-Johansen 2016, 67). Det kan for barn med slike vansker være vanskelig å ta innover seg hva andres intensjoner er i kontaktsøking, og kan ofte reagere på andres tilnærming, for eksempel med aggresjon, stressoverveldelse og unngåelse. På samme tid kan man også møte på barn som har en voldsom, seksuell og selvutleverende kontaktsøking (Amble og Dahl-Johansen 2016, 67-68).

## **2.4 Asylsøkerbarn- og ungdom i Norge**

For barn som opplever krig og konflikt på hjemmebane rapportens det om en hverdag preget av vold, drap og ødeleggelse (Redd Barna 2015, 15). Hendelsen et krigsrammet barn opplever kan være av en sjokkerende og enkeltstående art, for eksempel drap av et nært familiemedlem, bombing av skolen, tvungen forflytning eller lokale, bevæpnede konflikter (ReddBarna 2015, 15). Mer langtrukne og gjentatte hendelser er også med på å øke faren for kumulativ traumatisering. Det er rapportert om fattigdom, diskriminering, mangel på basale behov, stress, sykdom, frykt og vold både på flukt og i flyktningleirer i løpet av de siste årene (Redd Barna 2015, 15-20; Redd Barna 2016, 11-18; Redd Barna 2017, 6-11). Også etter ankomst til et potensielt vertsland, hvor overgang, kulturell endring og andre post-traumatiske faktorer kan få innvirkninger på psykisk helse, er faren for kumulativ traumatisering til stede (Fazel mfl. 2012, 266; Thapa mfl. 2007, 463). Overgangen til et nytt land, en ny kultur og et nytt samfunn kan for mange bety en svekket identitet. Det kan være

vanskelig forene ens tidligere kultur og forståelse med et helt nytt og ukjent samfunn. De referanse- og forankringspunkter man har hatt minskes, og kjente koder blir plutselig utilgjengelige (Varvin 2015, 177). Det stresset tilpasning og kulturell endring kan føre med seg kommer for mange i tillegg til stress etter potensielt traumatiserende hendelser (Jensen, Skårdalsmo og Fjermestad 2014, 2). Det finnes forskjeller mellom enslige mindreårige flyktninger og barn og ungdom som kommer i følge med foreldre eller andre omsorgspersoner når det gjelder utviklingen av psykiske problemer i møtet med en ny kultur etter flukt. De enslige mindreårige er ofte mer utsatt, ettersom de har mindre tilgang på trygge, voksne omsorgspersoner (Jensen, Skårdalsmo og Fjermestad 2014, 2; Bean mfl. 2007 i Dittman og Jensen 2010, 814). I asylmottak er det barnefamilier som venter lengst på vedtak fra UDI, mens enslige mindreårige har kortest ventetid. Det er imidlertid en forskjell etter at vedtak har falt. Ventetiden på bosetting er lengst for enslige mindreårige, og kortest for barnefamilier (Fafo 2017, 77). Ergo kan det se ut som at barn kommer dårlig ut iht. ventetid uavhengig av om de er enslige eller ikke.

Når tiden i mottak blir for lang får det negative konsekvenser for mange asylsøkeres psykiske helse. Perioden i mottak kan fort bli preget av stress og bekymringer, og asylsøkere havner ofte i en sterk avhengighetsposisjon mens de venter på å få sin avgjørelse (Berg mfl. 2005, 20). Sinnerbring mfl. (1997) viser i sin studie til at en stor andel av flyktningene de intervjuet viste til stress og frykt i forbindelse med asylsøknadsprosessen, potensielt avslag på søknad og mangel på arbeid (Sinnerbring mfl. 1997, 467). En finsk studie fra Andre Sourander viser til noen lignende funn hos barn og ungdom, med bekymringer over lang behandlingstid, manglende kunnskap om prosessen og følgende liten mulighet til å snakke med voksne om sin situasjon (Sourander 1998, 723). Begge studiene nevnt her er relativt gamle, men adresserer en problematikk for både barn, ungdom og voksne i asylsøknadsprosessen som er relevant også i dag. Fafo-rapporten *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levekår og integrering*, i tillegg til en rapport fra SINTEF skrevet på oppdrag fra UDI viser til at langvarige og usikre venteprosesser bidrar til å forverre asylsøkeres psykiske helse (Weiss mfl. 2017, 8; Berg mfl. 2005, 20). Videre viser Lidén, Seeberg og Engebrihtsen (2011) til at barn og ungdom i asylmottak opplever en frykt for å bli sendt hjem, trangboddhet og frustrerte og bekymrede foreldre som negative faktorer i mottaksperioden (Lidén, Seeberg og Engebrihtsen 2011, 57, 65, 159). Etter at regjeringen gikk inn for innstramninger i utlendingsloven i 2015-2016 er det åpnet opp for midlertidig opphold for enslige mindreårige asylsøkere, noe som innebærer en



begrenset oppholdstillatelse frem til fylte 18 år i tilfeller der det ikke er påvist forsvarlig omsorg ved retur (Prop 90 L 2015-2016). Dette kan bety at ventetiden ikke bare blir lang, men også uforutsigbar. Midlertidig opphold betyr at opphold ikke kan fornyes, gi rett til familiegjenforening eller permanent oppholdstillatelse (Stang og Sveaass 2016, 161).

### **3. Hvordan møte utsatte barn og ungdom?**

#### **3.1 Traumebevisst perspektiv**

I arbeidet med traumer er det flere ulike sider av saken man bør være klar over. Som følge av potensielt traumatiserende erfaringer kan mange oppleve omfattende negative reaksjoner og symptomer, men ikke alle. Parallellen mellom krig og skremmende hendelser og traumatisering er rask å trekke. Tanken om potensielt traumatiserende erfaringers ødeleggende effekt for fremtidig fungering er også hyppig (Jones 2008, 292). Likevel har tidligere forskning vist til at flertallet av barna som opplever potensielt traumatiserende hendelser ikke utvikler psykiske lidelser og at mange får det bedre (Copeland mfl. 2007 i Jones 2008, 293; Stallard, Keeler, Angold & Costello, 1999 i Jones 2008, 293). Dette er et fokus det er viktig å få med seg når man skal jobbe med mennesker som kan ha traumatiske erfaringer i bagasjen. Når det er sagt, er det også viktig å huske på at mennesker som har gått gjennom potensielt traumatiserende erfaringer kan få sterke reaksjoner og vise symptomer til PTSD, depresjoner, angst og lignende, selv om ikke alle får det. Ofte kan dette være i sammenheng med langvarig og gjentatt eksponering av flere potensielt traumatiserende hendelser (Copeland mfl. 2007 i Jones 2008, 293). Mennesker som har vært utsatt for krig, flukt, sult, fattigdom, vold og frykt kan befinne seg i en svært sårbar situasjon, og kan ofte ha større sannsynlighet for å få en negativ mental utvikling (Lustig mfl. 2004 i Dybdahl, Kravic og Shrestha 2010, 256). Dette er det også viktig at man tar på alvor, samtidig som man opptrer varsomt og rasjonelt. Et viktig hensyn å ta er at traumer også kan være en negativ merkelapp som i seg selv kan bidra til negativ utvikling (Dybdahl, Kravid og Shrestha 2010, 257).

Mennesker som gjennomgår kriser viser ofte mestringsmekanismer og resiliens (Dybdahl, Kravid og Shrestha 2010, 257). Hvordan den enkelte opplevde det som skjedde og hvordan opplevelsen av å bli møtt på i ettertid kan ha store konsekvenser for videre utfall. Jeg vil vise

til Varvins tre resiliensfremmende prinsipper i denne anledning, som oppsummert handler om størst mulig trygghet og forutsigbarhet ved ankomst, tidlig identifisering av psykiske lidelser og tidlig innsetting av tiltak for sårbare personer og personer med psykiske lidelser (Varvin 2015, 213). Det kan nevnes individuelle og kontekstuelle faktorer, hvorav det kontekstuelle innebærer hva den potensielt traumatiserende hendelsen har vært, hvordan den ble oppfattet, hvordan nærmiljøet har respondert på en eventuell reaksjon (Dybdahl, Kravid og Shrestha 2010, 257). Det traumeperspektiv jeg i så måte ønsker å formidle, handler om et tosidig perspektiv hvor man tar innover seg den enormt negative påvirkningen potensielt traumatiserende erfaringer kan ha for en person på samme tid som at man erkjenner at det ofte er individuelt og kontekstuell betinget hvorvidt traumer og beslektede lidelser får blomstre.

Et slikt traumeperspektiv innebærer altså på ingen måte å vende blikket bort fra det faktum at alvorlige og ekstreme situasjoner får en innvirkning på de fleste som opplever dem. Som tidligere vist til, gjennomgår barn både i krigsherjede land og på flukt situasjoner som man mildt sagt kan klassifisere som ekstreme. Nærmiljøer hos barn kan også ofte være preget av sorg, frykt og håpløshet som følge av krig og flukt. Foreldre kan være mentalt slitne etter flukt, opphold på asylmottak, dårlige økonomiske forhold og separasjon fra øvrig familie og venner. I slike nærmiljø blir det vanskelig å finne belegg for et overveiende fokus på individuell resiliens hos enkelte barn som en redning, såkalte løvetannbarn (Varvin 2015, 210; Borge 2010, 14-15). Oppsummert hos Dybdahl, Kravic og Shrestha: *People's resilience must never be a reason to neglect human suffering or ignore violations of human rights* (Dybdahl, Kravid og Shrestha 2010, 260).

### **3.2 Traumebevisst omsorg (TBO)**

Traumebevisst omsorg (TBO) er en "verdiforankret tilnærming til barn og unges livsproblemer", en forståelsesramme med hensyn til barn og unges situasjon (Jørgensen og Steinkopf 2013, 1). TBO har fått sitt utspring fra arbeid med utviklings- og komplekse traumer, som hos Jørgensen og Steinkopf omtales som traumer som kan ha startet i tidlig alder og som har vært vedvarende. Vedvarende i denne settingen betyr at en alvorlig hendelse har sendt barnet ut i konstant og vedvarende frykt (Jørgensen og Steinkopf 2013, 2). Det er viktig å ikke bruke diagnoser og behandling uten å sette spørsmål til hva det kan gjøre med den enkelte at hjelpen er avhengig av hvilken diagnose man har fått ferdigstilt (Jørgensen og

Steinkopf 2013, 2). Man tar innover seg den makten en som hjelper ofte har over en hjelpetrengende, og fokuserer på å ikke overkjøre den enkelte med diagnoser og behandling. For barn og ungdom som mangler trygghet og stabilitet kan mange situasjoner, det være seg i barnehagen, på skolen eller i mottak, innebære en form for trussel. Dette kan igjen føre til at man har barn og ungdom som hele tiden er alarmert og fokuset på beskyttelse (Bath 2008, 18). Innenfor TBO er det da viktig at man ikke går inn i symptom-avdekking og diagnostisering, men heller peiler seg inn på å finne ut av hva den enkelte trenger. Hovedfokus ligger på etablering av trygghet, relasjon og følelsesregulering, TBOs tre pilarer (van der Kolk og Cortois 2005, 387; Bath 2008, 18; Jørgensen og Steinkopf 2013, 3).

Som hjelper har man i oppgave å gjenetablere opplevd trygghet for mennesker i hverdagslige situasjoner (Jørgensen og Steinkopf 2013, 4). Det er det første man må kunne tilby i arbeidet med traumatiserte barn og ungdom, og opplevd trygghet for den enkelte kan etableres gjennom forutsigbarhet, ærlighet og tilgjengelighet (Bath 2008, 19). Arbeidet med å skape trygghet er nært knyttet opp til relasjonsbygging. Det handler om å kunne skape en relasjon til barn og unge som ofte kan ha vansker med å knytte bånd og relasjoner med andre, og man må fokusere på å restrukturere den enkeltes vonde assosiasjoner med å ha et forhold til andre (Bath 2008, 20). Man må opptre respektfullt, anerkjennende og sensitiv, og man må være oppmerksom på hvordan egen atferd og reaksjoner kan virke inn på relasjonen (Jørgensen og Steinkopf 2013, 4). Videre blir arbeidet med å regulere den enkeltes følelser viktig. Her må man hjelpe til med å både sette navn på, gjenkjenne, styre og roe ned ulike følelser som kan være overveldende for traumatiserte barn og unge (Jørgensen og Steinkopf 2013, 4-5; Bath 2008, 20). Det kan ofte være slik at mange barn og unge som har opplevd komplekse traumer mangler evnen til å regulere følelsene selv, og man må derfor hjelpe til å forstå og fortolke (samregulere/co-regulere) følelser.

TBO innebærer en anerkjennelse av hvor viktig det kan være med forståelsesfulle og betryggende voksne i traumatiserte barn og unges liv. Det krever en tilnærming som fremhever helse og relasjon (Bath 2008, 20-21). Man har en verdibasert forståelsesramme som innebærer empowerment for den enkelte, heller en kontroll fra "eksperten" i hjelperrollen og målsettinger innebærer vekst og forandring over tid, heller en diagnose og redusering av symptomer (Harris og Fallot 2001, 76-78 i Hodas 2006, 34-35). Det er et mindre fokus på spesifikke metoder, og mer fokus på forståelse og holdning (Jørgensen og

Steinkopf 2013, 5). Det er viktig at man har en evne til å bevare ro, og man må også kunne trekke frem egne ressurser for å bistå den enkeltes behov (Jørgensen og Steinkopf 2013, 9-10).

### 3.3 Post-traumatisk vekst

I et fokus på positive sider ved opplevde traumer kan teorien om post-traumatisk vekst trekkes frem. Tanken er at selv om man tar innover seg negative sider ved opplevde traumer, eksempelvis reguleringsvansker, depresjon, angst og lignende, kan man fortsatt ha med positive sider ved en persons post-traumatiske utvikling. Det er dette som omtales som post-traumatisk vekst (Tedeschi og Calhoun 1999, 10-11; Tedeschi og Calhoun 2004, 1; Alisic mfl. 2008, 3; Shakespeare-Finch og Armstrong 2010 69-70).

Post-traumatisk vekst handler om bearbeiding og tilpasning etter opplevd traume. Det er ikke i seg selv en følge av å ha opplevd en traumatisk hendelse, men kan beskrives som en pågående prosess hvor den enkelte jobber med å gjeninnføre stabilitet og mening i livet sitt (Tedeschi og Calhoun 2004, 4). I hovedsak deles post-traumatisk vekst inn i tre ulike områder: større tiltro til personlig styrke og kompetanse (*perceived changes in self*), flere meningsfulle og nære relasjoner (*a changed sense of relationships with others*) og endrede prioriteringer og fokus (*a changed philosophy of life*) (Tedeschi og Calhoun 1996, 456-458; Hafstad og Glad 2016, 77-78). Hver del representerer en utvikling som går videre fra det utgangspunktet man hadde før hendelsen, og ved å bearbeide både hendelsen og post-traumatiske reaksjoner finner vekst sted (Tedeschi og Calhoun 2004, 4-5). En viktig innvending å legge til her er at et slikt syn på post-traumatisk vekst krever at alle mennesker har en formening om hva som har vært et tidligere positivt utgangspunkt. Målingen av menneskers post-traumatiske vekst er altså basert på det hver enkelt oppgir som positiv utvikling i retrospekt av en traumatisk hendelse, og som enten måles opp mot eller står i kontrast til en eventuell personlig styrke, meningsfulle relasjoner og prioriteringer/fokus før hendelsen (Joseph, Murphy og Regel 2012, 318-319). For barn som har opplevd kumulativ traumatisering, kan det for eksempel argumenteres for at det ikke finnes et positivt, normalisert verdensbilde man kan finne tilbake til i ettertid (Hafstad og Glad 2016, 80; Joseph, Murphy og Regel 2012, 320; Tedeschi og Calhoun 2004, 4). Når det er sagt er det også gjort studier for å måle hvorvidt barn viser tegn på post-traumatisk vekst i henhold til personlig, relasjonell og filosofisk vekst, og gjort funn på at også barn og ungdom kan vise

post-traumatisk vekst innenfor disse områdene (Glad mfl. 2013, 336-337; Alisic mfl. 2008 8-12).

Post-traumatisk vekst bør altså ikke anses som en positiv mestringsmekanisme for post-traumatisk stress og andre negative utviklingstrekk, men heller ses som utviklingen som skjer etter en traumatisk hendelse. Man kan ikke uten videre anse post-traumatisk vekst som relatert til bedret livskvalitet (Alisic mfl. 2008, 10), men heller som et ledd i psykisk gjenoppbygging og videre utvikling etter traumatiske hendelser (Tedeschi og Calhoun 2004, 5). Det må her presiseres at vekst og utvikling ikke nødvendigvis trenger å være en utelukkende positiv faktor, og at mange også kan oppleve å være mer distansert fra familie og venner selv om de opplever en økt personlig styrke (Haftsad og Glad 2016, 85; Chun og Lee 2008, 881-882). Et fokus på post-traumatisk vekst kan være viktig så lenge man er bevisst på at det ikke regnes som en mestringsmekanisme som står som en motpol til eventuelle reaksjoner noen mennesker får etter en traumatisk hendelse. Sånn sett kan post-traumatisk vekst bli med å danne grunnlaget for traumebevisst omsorg- og tilnærming, uten å anses som en løsning eller metode mot traumereaksjoner man bør jobbe mot å oppnå.

### **3.4 Psykologisk Førstehjelp og regulering**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) kom i 2011 ut med oversatt versjon av Psychological First Aid (PFA); Psykologisk Førstehjelp.

Originalversjonen på engelsk er utviklet av National Child Traumatic Stress Network og National Center for PTSD. Psykologisk førstehjelp er å regne som en tilnærming hvor man jobber for å redusere angst, samt legge til rette for adaptiv fungering og mestring. Tiltakene som følger er først og fremst ment å skulle være støttende i den umiddelbare perioden som følger rett etter katastrofe og kriser, og er utarbeidet i tråd med forskningsresultater om risiko og motstandsdyktighet etter traumer, praktisk anvendbarhet, tilpasningsdyktighet for alle aldergrupper, og kultursensitivitet og fleksibilitet (Brymer m.fl 2006, 5). Psykologisk førstehjelp er ment for helsepersonell og øvrige hjelpemansskaper som møter barn og familier i utsatte situasjoner hvor det vil være behov for psykisk bistand, eksempelvis primær- og akutthelsetjenester, kriseteam ved skole eller involverte hjelpeorganisasjoner og skal kunne brukes blant annet ved hjelpe- og mottaksstasjoner (Brymer mfl. 2006, 5-6).

Formålene med psykologisk førstehjelp handler om å kunne tilby en umiddelbar trygghet, samt kunne hjelpe til med orientering og berolige sterke reaksjoner etter krise. Man må jobbe for en rask etablering av et sosialt støttenettverk og bidra til en varig mestring og utvikling for den enkelte. For å gjøre dette er det viktig at man er synlig og tilgjengelig, samt opptrer høflig, rolig og anerkjennende (Brymer mfl. 2006, 6-7). Hjelpen må være synlig og tilgjengelig, men ikke være påtrengende. Dersom noen kun har behov for mat, vann og varme er det det man skal tilby. Hvis noen har behov for en samtale, informasjon og orientering tilbyr man det (Brymer mfl. 2006, 6-8). Det er utarbeidet 8 kjernetiltak innenfor psykologisk førstehjelp i forbindelse med formålene nevnt over, som alle må behandles med fleksibilitet og tilpasning. Tiltakene kan anses å ha det formål å møte behov som fysiologiske responser, praktisk bistand og gjenoppretning av sosiale bånd (Jensen og Ormhaug 2016, 30; Brymer mfl. 2006, 19).

### **3.4.1 Kontakt og engasjement**

Første steg innenfor psykologisk førstehjelp er etableringen av kontakt med enkeltpersoner. Dette skal gjøres med omhu, og i tilfeller der man selv tar initiativ til kontakt skal man være opptre varsomt og med medfølelse. Her presenterer man hvem man er og hva man kan gjøre for å bistå den enkelte. Det er viktig at kontaktfasen følger de behov dem man kommer i kontakt med skulle ha, og at samtaler holdes etter evne og under noenlunde private forhold. Der hvor personer selv tar kontakt for hjelp skal man ta seg tid til å lytte til hver enkelt, vise engasjert respons og interesse for det personen ønsker å formidle, samtidig som man opptrer rolig og trygt (Brymer mfl. 2006, 23).

### **3.4.2 Trygghet og omsorg**

I en den akutte fasen er det viktig å sikre en umiddelbar trygghet og omsorg. Det må jobbes for at tryggheten forblir vedvarende, og man må legge til rette for at den enkelte får tilbake en følelse av trygghet og kontroll. Man jobber her for å redusere angst og uro, og skal raskt kunne tilby oppdatert informasjon om det som skjer, samt sikre fysisk trygghet for den utsatte. Dette krever at man orienterer seg rundt hvilke behov den enkelte har og deretter jobber for å bistå disse behovene (Brymer m.fl 2006, 27-28). Det er også viktig at man jobber for å skjerme utsatte mennesker for unødvendig eksponering og ytterlige stress, for eksempel gjennom vanskelig håndterbar informasjon (Jensen og Ormhaug 2016, 31). Et annet stressmoment kan være gjenfortelling av hendelser eller sammenligning av ulike oppfatninger

og reaksjoner, noe som kan føre til en økt følelse av hjelpeløshet og avmakt (Pfefferbaum og Shaw 2013, 1228).

### **3.4.3 Stabilisering**

Det presiseres at de fleste som har gått gjennom kriser eller katastrofer i utgangspunktet ikke har behov for stabilisering. Både sterke og dempede følelser er å anse som normale reaksjoner for alvorlig utsatte mennesker, og vil ofte ikke kreve mer en vanlig støtte. For dem som har sterke, vedvarende reaksjoner kan behovet for gjenopprettet stabilitet være til stede. Det vil her være viktig å jobbe for å hjelpe den enkelte med orientering og normalisering av ulike reaksjoner (Brymer m.fl 2006, 49-50)

### **3.4.4 Informasjonsinnhenting: behov og løpende bekymringer**

Dette punktet tar opp hvor viktig fleksibilitet og tilpasning er i arbeidet med utsatte barn og voksne. De tiltak man velger å sette i gang må være skreddersydd hver enkeltes behov og utfordringer, og det er viktig at man innhenter tilstrekkelig informasjon i utformingen. Man skal likevel være påpasselig med hvor dyptgående man går i tilfeller der man i samtale med en enkelte kartlegger bakgrunn, reaksjoner, utfordringer og lignende (Brymer m.fl 2006, 57-58). Det er viktig at man ikke går utover hver enkeltes naturlige bedringsløp, eller legger noe press på personen i innhenting av detaljer (Pfefferbaum og Shaw 2013, 1233; Jensen og Ormhaug 2016, 32).

### **3.4.5 Praktisk bistand**

Etter at umiddelbare behov er dekket, og man er i gang med arbeidet med tilstrekkelig kartlegging og innhenting av informasjon, vil det etter hvert være hensiktsmessig å legge en handlingsplan. Det man bidrar med her er nødvendige ressurser for å takle og beherske utfordringer, bekymringer og problemer den enkelte føler på i tiden etter (Brymer mfl. 2006, 65).

### **3.4.6 Kontakt med kilde til sosial støtte**

Tiltak for å sette de utsatte i kontakt med støttende nettverk, det være seg familie, venner, naboer, lokale foreninger/klubber og lignende. En umiddelbar støtte kan i utgangspunktet være en selv, men det er viktig at man jobber for et utvidet sosialt støttenettverk. Etter den enkeltes behov kan man sammen finne ut hvem som kan utgjøre et slikt nettverk (Brymer mfl. 2006, 70).

### **3.4.7 Informasjon om mestring**

Man gir informasjon om hvilke stressreaksjoner som er normale etter kriser og katastrofer, både kroppslig og følelsesmessig. Grunnleggende informasjon om mestring og mestringsstrategier er også svært viktig, fordi man kan hjelpe til med å styrke den enkeltes følelse av kontroll. Man informerer om hvilke mestringsiltak som har vist seg å gi gode resultater, og man kan snakke om hvilke strategier som ikke er så hensiktsmessige (for eksempel tilbaketrekning). Selv om man skal ha et fokus på normalisering og mestring, er det fortsatt viktig at man ikke gir falske forhåpninger og lover at stressreaksjoner kommer til å avta helt (Brymer mfl. 2006, 77-82)

### **3.4.8 Samarbeidende tjenester**

Siste punkt handler om den videre oppfølgingen. Man drøfter sammen om hvilke behov og utfordringer som kan følge den enkelte videre, og hva man kan gjøre for å bistå med dette. Selv om videre hjelp ofte kan innebære henvisning til ulike tjenestetilbud, vil det for mange være fordelaktig at man vektlegger kontinuitet i tilbudet og opprettholder kontakt. (Brymer mfl. 2006, 93-95)

## **4. Drøfting**

I de aller fleste forskningsartikler og bøker om hvordan traumer utvikles, hvordan de kan møtes og hvordan man bør forholde seg til traumatiserte mennesker presenteres ulike former for årsaker, reaksjoner og metoder. Jeg tenker at dette i en enkel form kan oppsummeres i at når man jobber med traumer og traumatiserte mennesker så er det viktig å være åpen. Åpen for at det finnes flere ulike årsaker til at forskjellige påkjennelser og hendelser kan utløse sterke reaksjoner for noen, men ikke for alle. For noen kan det være tiden etter en potensielt traumatiserende hendelse som gir traumatiske reaksjoner, mens andre bruker tiden til hjelp mot bedring. Noen reagerer med å isolere seg fra mennesker, andre søker omsorg og støtte. Noen kan utvikle en forakt mot andre mennesker, andre kan rette sinnet inn mot seg selv. For noen kan det være godt å gjøre øvelser for å redusere stressreaksjoner, andre kan være mer tjent med et meningsfullt arbeid eller en mer aktivisert hverdag. Fra et sosialfaglig ståsted, med forankring i sosionomens yrkesfaglige grunnlagsdokument, tenker jeg at dette kan anses som et *helhetssyn på mennesker* (FO 2015, 7). I all hovedsak knyttes helhetssynet på mennesker opp til at man ikke skal behandle mennesker som en diagnose eller en sak.



Motsatt er faren ved et reduksjonistisk syn på enkeltindividet at man unngår å ta med enhvers subjektive opplevelse, reaksjoner og samspill med samfunnet rundt (Skorstad 2014, 186). Samspillet med samfunnet rundt tenker jeg i denne anledning er svært viktig hvis man tar med det faktum at asylsøkere i utgangspunktet ikke har en veldig stor innvirkning på det som skjer rundt dem. Dette kan særlig være gjeldende for barn og ungdom, både de som kommer med familie og de som kommer alene.

Det foreligger ikke en selvsagt rett til ulike velferdsgoder og asylsøkere holdes ofte utenfor samfunnet (Berg 2012, 17). Gjennom store deler av asylsøker-fasen, både med flukt, ankomst og søknadsprosess er man ofte avhengig av andre for å få hjelp, og som beboer ved et asylmottak uten ferdig behandlet asylsøknad har man bare en minstestandard når det kommer til rettigheter (Berg 2012, 32). Derfor er det viktig at det stilles spørsmål til samfunnets innvirkning på personer som kommer fra land hvor potensielt traumatiserende hendelser forekommer oftere, og som derfor kan ha et bredere anlegg for utviklingen av dårlig psykisk helse.

Under punktet om et helhetlig menneskesyn følger også prinsippet om et helhetlig hjelpetilbud. Sosionomen skal ha en helhetlig tilnærming til personer som har behov for et sammensatt hjelpetilbud, og kunne bidra til at et slikt helsetilbud faller på plass. Jeg tenker at en del barn- og ungdom har behov på et mer sammensatt hjelpetilbud der hvor det foreligger både somatiske-, psykiske- og rehabiliteringsbehov (Varvin 2015, 220). På samme tid er jeg også oppmerksom på at for mange trenger det ikke nødvendigvis være et hjelpetilbud i en slik forstand, men heller en mulighet til å selv ta de første skrittene mot bedring. Hvis man kan legge til rette for at den enkelte selv kan starte en helbedringsprosess, kan man lettere bidra til at færre faller inn i en langvarig klient- og diagnoseprosess hvor mer omfattende tiltak settes i gang. Det jeg mener med muligheter her er at man i tråd med traumebevisst omsorg og psykologisk førstehjelp legger til rette for trygghet, stabilitet og fredelige forhold for barn- og ungdom som kommer fra områder knyttet til potensielt traumatiske hendelser. I et resiliensperspektiv kan man si at å tilby muligheten til deltakelse og bestemmelse iht. egen situasjon, en trygg relasjon og stabile rammer er avgjørende for at den enkelte skal kunne klare seg bra (Varvin 2015, 18, 212). Fafo-rapporten *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levemåte og integrering* ser ut til å støtte opp om samme poeng, og påpeker viktigheten av et møte basert på tillit for flyktningers motstandsdyktighet (Weiss mfl. 2017, 21).

#### **4.1 Mottakelse i asylmottak**

Måten barn- og ungdom blir møtt på i asylmottak kan ha en avgjørende effekt for hvordan utvikling og integrering skjer videre. Det er en gjennomgående påpekning at å bli møtt med respekt, anerkjennelse og empati er svært viktige faktorer for den enkeltes psykiske helse. I en artikkel fra Envor M. Bjørge Skårdalsmo og Jessica Harnischfeger kommer mange enslige mindreårige asylsøkere med råd til hvordan voksne omsorgspersoner best kan møte dem. Rådene er i godt samsvar med både de viktigste prinsipper innenfor traumebevisst omsorg og psykologisk førstehjelp. Dette er oppsummert i fire råd: vær snill, prøv å innta mitt perspektiv, hjelp meg og gi reglene mening (Skårdalsmo og Harnischfeger 2017, 9). Viktigheten av å være anerkjennende, sensitiv, forståelsesfull og utforskende kan ses igjen i rådene. Det kommer også frem av rådene at man også må ha en profesjonalitet (Skårdalsmo og Harnischfeger 2017, 14). Jeg tenker at dette innebærer at man må kunne tilby riktig informasjon og gi muligheten for deltakelse for den enkelte. Som det også poengteres i artikkelen er det derfor viktig med kunnskap om traumefeltet, i tillegg til strukturelle rammer rundt det man kan tilby (Skårdalsmo og Harnischfeger 2017, 14). Jeg tenker at noe av det viktigste er at man legger til rette for at både man selv er tilgjengelig, at informasjon rundt prosessen er tilgjengelig og at muligheten til deltakelse er tilgjengelig. Uten en slik tilgjengelighet mangler asylsøkerbarn- og ungdom et viktig fundament for positiv utvikling.

#### **4.2 Adekvat helsetilbud i asylmottak?**

Det foreligger behov hos asylsøkere. Behov som ikke nødvendigvis treger å være direkte knyttet til traumer men som rett og slett dreier seg om muligheten til å reetablere en normalisert hverdag. Mye traumefokusert og traumesensitivt arbeid handler om nettopp dette, hvor muligheten til personlig bedring og mestring vektlegges, fremfor diagnoser eller ferdigstilte kliniske metoder. Behovet for at fokus rettes mot hvordan barn og ungdom blir mottatt og hvilke muligheter de gis kan også trekkes frem (Jensen, Skårdalsmo og Fjermestad 2014, 9). Dette krever at man har en oversikt og forståelse for omfanget av potensielle psykiske plager og traume-relaterte lidelser. Så langt omtales dette mer som et behov og en målsetting, heller en faktiske forhold. Jeg mener at det bør kunne være mer fastsatte standarder og føringer rundt det å i første omgang kunne tilby asylsøkere adekvat helseundersøkelse, som kan anses som et basisbehov, og derfra gå videre i samarbeid mot bedring. Med et salutogenetisk- og resiliensperspektiv innenfor behandling kan man rette

fokus inn mot enkeltpersoners egen mestringsevne så frem mulighetene og rammene for mestring er til stede (Varvin 2015, 219). Slik det er i dag har alle asylsøkere i utgangpunktet rett til helsetilbud etter utført helseundersøkelse ved mottak. Helseundersøkelsen er på anmodning fra helsedirektoratet, og utføres etter hver enkelt kommunes kapasitet. Dette betyr at det kan være stor variasjon i tilbudets utforming og omfang (Weiss mfl. 2017, 27). I en undersøkelse gjort for helsedirektoratet om blant annet ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og distriktpsykiatriske sentres kompetanse på flyktninghelse vises både en varierende grad av kompetanse og en lite fullkommen etablering av tverrfaglige flyktninghelseteam (Rambøll 2016, 12). Fra samme undersøkelse svarer også de fleste Barne- og ungdomspsykiatriske sentre (BUP) at de ikke har fått henvendelser fra omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere under 15 år i forbindelse med rådgivning, veiledning og bistand. For enslige mindreårig mellom 15-18 år svarer rett under halvparten at de ikke har fått henvendelser i samme ærend (Rambøll 2016, 7). Det som altså er en rett for asylsøkere, da særlig barn og ungdom under 18 år, vil i mange tilfeller være avhengig av hvilken kompetanse den kommunen de havner i har vedrørende psykisk og somatisk helse hos flyktninger.

#### **4.3 Et for sjenerøst tilbud?**

Det kan tenkes at en mer fleksibel asyl- og integreringspolitikk kunne ha bidratt til at mange problemer ble litt lettere å håndtere. Her kommer imidlertid et litt bremsende aspekt med i bildet. Det skal fortsatt ikke være attraktivt å søke asyl i Norge, av hensyn til antall asylsøkere og bærekraftig integrering av de som kommer (Pressemelding 39/2016). Også opphold i asylmottak i Norge skal være tilsvarende et minimumskrav, uten å være for materielt tiltrekkende (Lidén, Seeberg og Engebrigtsen 2011, 62). Ergo kan ikke tilbudet man får som asylsøker være såpass lett tilgjengelig og fullstendig at for mange søker. På mange måter er dette forståelig, fordi for mange søkere betyr for lang ventetid og for dårlige forhold i ventetiden. Likevel må man kunne ta med i beregningen at de som kommer fra land hvor sannsynligheten for opphold i Norge er stor bør kunne få mer fleksible forhold. Det er allerede etablert en lettere tilgang på arbeidslivet for voksne og tilbud på skole og barnehage for barn og ungdom. Ut fra et samfunnsøkonomisk blick ses arbeid som det viktigste verktøyet både for personlig vekst og deltakelse i samfunnet. Hovedpunktene i asyl- og integreringspolitikken som føres i dag handler om arbeid, og målet for en vedvarende velferdsstat holdes høyt. Målsettingen handler om å raskt etablere fokus på arbeidsdeltakelse

hos asylsøkere, og dette gjøres gjennom både krav- og rettigheter til arbeid. Det skal være mulig for asylsøkere og flyktninger å delta i arbeidsmarkedet, og det skal være en forutsetning at asylsøkere tilpasser seg en ny situasjon, nytt språk, nye væremåter og et nytt samfunn (Meld. St. 30 2015-2016, 10).

#### **4.4 Aktivisering som delvis løsning?**

En målsetting fra regjeringen for å støtte opp om asylsøkere og flyktningers muligheter til deltakelse i samfunnet er lik tilgang på offentlige tjenester, herunder barnehage og skoletilbud til barn og ungdom. For å hindre økonomiske og sosiale ulikheter, samt bidra til samfunnsdeltakelse skal barn og ungdom få tilgang til utdanning (Meld. St. 30 2015-2016, 80). Kan aktiviseringstilbud som barnehage, skole, utdanning og arbeid anses som en løsning på mange problemer? Innenfor et traumesensitivt- og bevisst perspektiv, tenker jeg at man ikke ukritisk bør se arbeid og skole som utelukkende gode og helsefremmende tilbud, spesielt ikke hos dem der traumer og traume-relaterte lidelser har et rotfeste. For barn og ungdom som ikke føler på noen trygghet eller stabilitet er det ikke like sannsynlig at språklæring, samfunnsfag og videre skoletilbud er første prioritet. Jeg vil gå litt tilbake til beskyttelses- og overlevelshjernen fra Green, Grasso og Ford (2014), samt toleransevinduet fra Siegel (2012). Utrygghet resulterer i at hjernen er mer orientert mot beskyttelse mot stress, og læring og utvikling faller mer bort. Det optimale aktiveringsnivået (Siegel 2012 i Nordanger og Braarud 2014) er ikke nådd der hvor trygghet og tillitt ikke er etablert. Alarmerende tilstander betyr mindre konsentrasjon, og kan føre til at den enkelte ikke følger opp utdanning og skole (Perry 2006, 24-25; Tomren 2017, 35-36). Det kreves derfor etablering av trygghet, stabilitet og forutsigbarhet før læring kan forventes (Perry 2006, 27). Ikke bare gjelder dette læring i en barnehage- og skolesetting, men også for hva som kan forventes av barn og ungdom som bor i asylmottak. Mulighetene for en trygg base hvor man kan fokusere på å få det bedre med seg selv og utviklingen av mestringsmekanismer, bør fortsatt kunne være en rett asylsøkere har. I en stressende hverdag preget av frykt for avslag, lang ventetid og kummerlige kår, er det i utgangspunktet ikke snakk om trygge, rolige og forutsigbare forhold. Aktiviserende tiltak bør derfor etableres og praktiseres med fokus på individuell tilrettelegging og mestring istedenfor å være bunnet i krav og forutsetninger.

## 5. Avslutning

Arbeidet med oppgaven har gjort meg oppmerksom på et par ting. Dette gjelder min egen forståelse av hva traumer er og hvordan de påvirker utvikling og fungering, men også hvordan man på best mulig måte kan møte dem som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser. Jeg har tidligere sett på traumer og traumearbeid som en veldig institusjonell og klinisk ting, en del av det sosiale arbeid som det kanskje ikke er like forenelig med resiliens- og empowerment-tenkning, personen i situasjonen og lignende. Jeg tror dette henger sammen med hvor alvorlig man tenker traumer er. Det henger ofte sammen med drap, tortur, voldtekt og andre relativt groteske temaer, og det er så rask å konkludere med at folk, særlig barn og unge, som har opplevd slike hendelser har store psykiske og sosiale problemer som vil kreve omfattende tiltak og utredning. Det meste av forskningen og teorien jeg har lest på dette feltet synes derimot å vise en ganske annen side av traumer og traumebehandling. Det er ingen som påstår at voldsomme og alvorlige hendelser ikke kan ha svært negativ påvirkning, men at det som skal til for å snu om situasjonen for en traumatisert person ikke trenger å være veldig avansert, klinisk og diagnose-avhengig. Mye handler om hvilke holdninger og tilnærminger man har, og mye er gjenkjennbart fra teori, forståelse, etikk og retningslinjer innenfor sosialt arbeid. Fokus på egen mestring, egne ressurser og personlig vekst kombineres med et fokus på at vi som hjelpere skal tilrettelegge, imøtekomme og bistå den enkelte. Det viktigste er imidlertid at man selv har muligheten til å gi denne typen hjelp og til å tilby den enkelte sin mulighet til å bli bedre. Det er her det kan komme enkelte komplikasjoner iht. asylpraksis- og føringer i Norge.

En første påpekning er det faktum at asylsøkere ikke har en særlig form for selvbestemmelsesrett, men er avhengig av ulike beslutninger fattet av regjering, UDI, kommunens retningslinjer, ledelsen ved asylmottak, øvrige helsepersonell og lignende. Det er et fokus på mestring og bedret helse av asylsøkere, men det viser seg mye gjennom krav til deltakelse, aktivisering og norskopplæring for å senere bli arbeidsføre og gode bidragsyttere til velferdssamfunnet - både barn og voksne. Sånn sett kunne det kanskje vært mer heldig å rette fokus mot at muligheter, heller en krav, gis for å kunne delta, lære norsk, engasjere seg i aktiviteter slik at den enkelte kan utvikle seg mot en bedre livssituasjon. Å sette krav til at det skal læres norsk, kunnskaper om det norske samfunn og bli integrerte fra starten av mottaksoppholdet kan vitne til et manglende fokus på hvor stressende og ubehagelig asylsøknads- og botids-prosessen kan være, spesielt for barn og ungdom med potensiell fare

for traumeutvikling. Jeg mener dette er ganske motsatt for et helhetlig perspektiv i forbindelse med hver enkeltes historie, og et manglende fokus på hvordan strukturelle regler- og føringer påvirker den enkeltes muligheter. Kokt ned kan man peke på to viktige faktorer fra et traumebevisst perspektiv, traumebevisst omsorg og psykologisk førstehjelp: trygghet og forutsigbarhet. Det er enighet om at barn og ungdom som kommer fra potensielt traumatiserende situasjoner og hendelser ikke har hatt verken trygghet eller forutsigbarhet i hverdagen og som derfor trenger dette for å kunne starte en helbredningsprosess. De fleste rapporter som har kommet angående forhold og utfordringer i asylmottak siden 90-tallet har pekt på problematikk rundt langt ventetid. Dette kan man se fra Berg (2005) via Lidén, Seeberg og Engebriksen (2011), og til Weiss m.fl. (2017). Konklusjonen er den samme: det er en utfordring at ventetiden blir for lang, fordi et for langt opphold i asylmottak er negativt for de fleste parter, særlig de yngste. Det pekes på at tiden man venter på svar fra UDI er en usikker og uforutsigbar tid, altså motsatt fra den tryggheten og forutsigbarheten som frontes innen traumebevisst omsorg- og perspektiv.

Det betyr riktignok ikke at traumebevisst omsorg og opphold i asylmottak ikke er forenelig. Det finnes forutsetninger for at man kan kunne jobbe traumebevisst med barn og ungdom som bor i asylmottak, men det krever at man er mer fleksibel og kreativ i sitt arbeid. Der det ikke legges konkrete føringer for hvordan og i hvor stor grad helsetjenester skal utformes og tilbys, må man jobbe for at dette tilbudet kommer på et adekvat og inkluderende nivå. Når man vet at for lang botid og for uoversiktlig informasjon om asylprosessen iht. rettigheter og muligheter har en negativ innvirkning, bør det jobbes for å motvirke dette. For lang botid er et vanskelig punkt, og det er et problem som er trukket frem de siste 20 årene. Det kan være utfordrende å se for seg ulike tilrettelegginger som fører til en markant redusering i botid, uten at det går på bekostning av strukturelle føringer når det kommer til utredning av identitet og beskyttelsesbehov. Jeg tenker at innenfor et traumebevisst perspektiv bør man fokusere på en mest mulig gunstig og trygg botid i asylmottak, uavhengig om hvor lang ventetiden blir, men man bør også stille seg kritisk til den dårlige innvirkningen lang ventetid og sparsommelige boforhold har på asylsøkere. Dette innebærer å både informere om dårlig innvirkning på psykisk helse og integrering, og også være kritisk til gjeldende praksis og politiske føringer for mottaksdrift og integrering. Jeg tenker at dette må være en del av den jobben man gjør som sosionom, i tillegg til å jobbe på individnivå. For å hjelpe den enkelte mot bedring må man kunne bidra med forutsetninger for bedring. Jeg mener at en mer

Kandidatnr 543.

normalisert bosituasjon, kombinert med en høyre grad av autonomi og tilrettelegging for deltakelse er absolutte forutsetninger for at barn- og ungdom med potensial for utvikling av langvarige og vedvarende traumer skal få en bedret livssituasjon.

## 6. Litteratur

- Alisic, Eva, Tom A.W van der Schoot, Joos R. van Ginkel og Rolf J. Kleber. 2008. "Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample". *Journal of Clinical Psychiatry* 2008 (69): 1455-1461 (kap 3, 1-16).  
[https://traumarecoverydotnet.files.wordpress.com/2012/04/alisic-et-al\\_beyond-ptsd.pdf](https://traumarecoverydotnet.files.wordpress.com/2012/04/alisic-et-al_beyond-ptsd.pdf) (19.04.2017)
- Amble, Lene og Cathrin Dahl-Johansen. 2016. *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ASiegel, D. J 2012. *Developing Mind, Second Edition*. New York: Guilford Publications.
- Axelsen, Eva Dalsgaard. 2009. *Symptomet som ressurs – Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax forlag.
- Bath, Howard. 2008. "The Three Pillars of Trauma-Informed Care". *Reclaiming Children and Youth*. 17 (3): 17-21.  
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9b5123ce-a684-4f59-91de-936d43d64bb0%40sessionmgr101&vid=1&hid=115> (01.05. 2017)
- Bean, Tammy, Ilse Derluyn, Elisabeth Eureling-Bontekoe, Eric Broekaert og Phillip Spinhoven. 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  
siteret i Dittmann, Ingeborg og Tine K. Jensen. 2010. "Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse – en litteraturstudie". *Tidsskrift for norsk psykologforening* 47 (9): 812-817. <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2010/812-817.pdf> (05.05.2017)
- Berg, Berit. 2012. "Mottakssystemet – historikk og utviklingstrender". *Asylsøker - I velferdsstatens venterom*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 2: 17-34.
- Berg, Berit, Ingunn T. Ellingsen, Irene Levin og Lise Cecilie Kleppe. 2015. "Hva er sosialt arbeid?". *Sosialt arbeid – En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 1: 19-35.



- Berg, Berit, Kirsten Lauritsen, Melinda Ashley Meyer, Sissel Marie Neumayer, Laila Tingvold og Nora Sveaas. 2005. "Det hainnle om å leve..." - Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. SINTEF Teknologi og samfunn IFIM og Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. <file:///home/chronos/u-782d4f89813d522485d361b6f1c5df0ab34e61ad/Downloads/SINTEF+Rapport+STFA05054+Det+hanndle+om+%C3%A5+leve.pdf> (16.04.2017)
- Borge, Anne Inger Helmen. 2010. *Resiliens – Risiko og sunn utvikling*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brymer, Melissa, Christopher Layne, Anne Jacobs, Robert Pynoos, Josef Ruzek, Alan Steinberg, Eric Vernberg og Patricia Watson. (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD), *Psykologisk førstehjelp: Feltmanual*, 2. utgave, juli 2006. Tilgjengelig på [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org) og [www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov). Oversatt versjon fra 2011 ved NKVTS tilgjengelig på: <http://rvtsost.no/app/uploads/2013/03/Psykologisk-forstehjelp-norsk.pdf> (04.04.2017)
- Calhoun, Lawrence G og Richard G. Tedeschi. 1999. *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Christophersen, Erik. 2016. "Tysk grensekontroll påvirker Norge" *Flyktninghjelpen.no* 9.november. <https://www.flyktninghjelpen.no/nyheter/2016/november/tysk-grensekontroll-pavirker-norge/> (05.04.2017)
- Chun, Sanghee og Youngkhil Lee. 2008. "The Experience of Posttraumatic Growth for People With Spinal Cord Injury". *Qualitative Health Research* 18 (7): 877-890. Doi: 10.1177/1049732308318028
- Copeland, William E, Gordon Keeler, Adrian Angold og Jane Costello. 2007. "Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood". *Arch Gen Psychiatry* 2007 (64): 577-584. Doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577
- Dittmann, Ingeborg og Tine K. Jensen. 2010. "Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse – en litteraturstudie". *Tidsskrift for norsk psykologforening* 47 (9): 812-817. <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2010/812-817.pdf> (05.05.2017)

- Dybb, Grete og Synne Øien Stensland. 2016. "Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner". *Barn, vold og traumer - Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 3: 45-62.
- Dybdahl, Ragnhild, Nermina Kravic og Kishor Shrestha. 2010. Are Psychosocial Interventions for War-Affected Children Justified? *Culture, Religion, and the Reintegration of Female Child Soldier in Northern Uganda*, Bård Mæland (red) 2010:10. New York: Peter Lang Publishing. Kap 17: 255-277.
- Eide, Solveig Botnen og Berit Skorstad. 2014. *Etikk – til refleksjon og handling i sosial arbeid*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, Ingunn T, Irene Levin, Berit Berg og Lise Cecilie Kleppe. 2015. *Sosialt arbeid – En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fazel, Mina, Ruth V. Reed, Catherine Panter-Brick og Alan Stein. 2012. "Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors". *The Lancet* 379 (9812): 266-282. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Fellesorganisasjonen. 2011/2015. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* (revidert utgave, vedtatt i 2015) [https://www.fo.no/getfile.php/1320310/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument\\_2015.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1320310/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument_2015.pdf) (18.04.2017)
- FN.no. 2017. *Flyktningssituasjonen i verden*. 20.02.2017. <http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Flyktningssituasjonen-i-verden> (15.03.2017)
- FNs konvensjon om flyktnings stilling 1951. <file:///home/chronos/u-782d4f89813d522485d361b6f1c5df0ab34e61ad/Downloads/Flyktningkonvensjonen%20-%20FNs%20konvensjon%20om%20flyktnings%20stilling.pdf> (15.03.2017)
- Glad, Kristin Alve, Tine K. Jensen, Tonje Holt og Silje Mørup Ormhaug. 2013. "Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth". *Child Abuse & Neglect* 37 (2013): 331-342. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.007>.

- Gordon, Daryl. 2011. "Trauma and Second Language Learning among Laotian Refugees". *Journal of Southeast Asian American Education and Advancement* 6 (13):1-17. Doi: 10.7771/2153-8999.1029
- Greene, Carolyn A, Damion J. Grasso og Julian D. Ford. 2014. " Emotion regulation in the wake complex childhood trauma". *Helping Children Cope with Trauma – Individual, family and community perspectives*. New York: Routledge. Kap 2: 19-40.
- Hafstad, Gertrud Sofie og Kristin Alve Glad. 2016. "Personlig vekst eller økt sårbarhet? Posttraumatisk vekst fra et utviklingsperspektiv". *Barn, vold og traumer - Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 5: 76-89.
- Harris, Maxine og Roger D. Fallot. 2001. "Using Trauma Theory to Design Service Systems". *New Directions for Mental Health Services* 89. San Francisco: Jossey-Bass
- sitert i Hodas, Gordon R. 2006. "Responding to Childhood Trauma: The Promise and Practice of Trauma Informed Care". *Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services*.  
<http://www.childrescuebill.org/VictimsOfAbuse/RespondingHodas.pdf> (02.05.2017)
- Hellen, Merethe G. og Hilde Michelsen. 2017. "Aldri før har det vært så mange alvorlige psykiske symptomer hos enslige mindreårige asylsøkere" *Aftenposten* 31.mars.  
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Aldri-for-har-det-vart-sa-mange-alvorlige-psykiske-symptomer-hos-enslige-mindrearige-asylsokere--Hellen-og-Michelsen-618385b.html> (05.04.2017)
- Herman, Judith. 2001. *Trauma and Recovery*. London: Pandora. Sitert i Overland, Gwynyth. 2013. *Post Traumatic Survival*. Cambridge Scholars.
- Hollan, Douglas. 2013. "Coping in plain sight: Work as a local response to event-related emotional distress in contemporary U.S society". *Transcultural Psychiatry* 50 (5): 726-743. Doi: 10.1177/1363461513488077
- Jensen, Tine K, Envor M. Bjørge Skårdalsmo og Krister W. Fjermestad. 2014. "Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors". *Child & adolescent psychiatry and mental health* 8 (29): 1-10.  
<http://download.springer.com/static/pdf/785/art%253A10.1186%252F1753-2000-8-29.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fcapmh.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.118>

[6%2F1753-2000-8-29&token2=exp=1493976814~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F785%2Fart%25253A10.1186%25252F1753-2000-8-29.pdf\\*~hmac=1b27c51a133a91a45f59bbd86ca7ef572e4c6c59bdd189ae7a4a484d77e0c8a6](#) (05.05.2017)

Jensen, Tine K og Silje M. Ormhaug. 2016. "Tidlig intervensjon og forebygging av traumerelaterte vansker og post-traumatisk stress hos barn og unge". *Barn, vold og traumer - Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 2: 23-44.

Jones, Lynne. 2008. "Responding to the needs of children in crisis". *International Review of Psychiatry* 20 (3): 292-303. Doi: 10.1080/09540260801996081

Joseph, Stephen, David Murphy og Stephen Regel. 2012. "An Affective-Cognitive Processing Model of Post-Traumatic Growth". *Clinical Psychology and Psychotherapy* 19: 316-325. Doi: 10.1002/cpp.1798.

Jørgensen, Tone Weire, og Heine Steinkopf. 2013. Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt* 1:1017.

<http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf> (27.03.2017)

Lidén, Hilde, Marie Louise Seeberg og Ada Engebretsen. 2011. *Medfølgende barn i asylmottak - livssituasjon, mestrings, tiltak*. Institutt for samfunnsforskning 2011:1.

[file:///home/chronos/u-782d4f89813d522485d361b6f1c5df0ab34e61ad/Downloads/R2011\\_1.pdf](file:///home/chronos/u-782d4f89813d522485d361b6f1c5df0ab34e61ad/Downloads/R2011_1.pdf)

(26.04.2017)

Lund, Ingrid. 2004. *Hun sitter jo bare der! Om inagerende atferd hos barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lustig, Stuart L, Maryam Kia-Keating, Wanda Graqnt-Knight, Paul Geltman, Heidi Ellis, Dina Birmanm J. David Kinzie, Terence Keane and Glenn N. Saxe. 2004. "Review of child and adolescent refugee mental health". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 34-36. Sitert i Dybdahl, Ragnhild, Nermina Kravic og Kishor Shrestha. 2010. Are Psychosocial Interventions for War-Affected

Children Justified? *Culture, Religion, and the Reintegration of Female Child Soldier in Northern Uganda*, Bård Mæland (red) 2010:10. New York: Peter Lang Publishing.  
Kap 17: 255-277

Meld. St. 30 2015-2016. *Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk*. Justis- og Beredskapsdepartementet. Regjeringen Solberg.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6676aece374348ee805e9fc5f60b6158/no/pdfs/stm201520160030000dddpdfs.pdf> (05.03.2017)

Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014. "Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi". *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51: 531-536. <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2014/530-536.pdf> (27.03.2017)

*Hvordan traumer former barnehjernen*. 2015. Dag Ø. Nordanger, RVTS Vest  
<https://www.youtube.com/watch?v=nMOGqAIQ9bI> (25.03.2017)

NOU 2017:2. *Integrasjon og tillit – langsiktige konsekvenser av høy innvandring*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c072f7f37da747539d2a0b0fef22957f/no/pdfs/nou201720170002000dddpdfs.pdf> (15.03.2017)

Opaas, Marianne og Sverre Varvin. 2015. "Relationships of Childhood Adverse Experiences With Mental Health and Quality of Life at Treatment Start for Adult Refugees Traumatized by Pre-Flight Experiences of War and Human Rights Violations". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203: 684-695. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000330

Overland, Gwynyth. 2013. *Post Traumatic Survival*. Cambridge Scholars.

Pat-Horenczyk, Ruth, Danny Brom og Juliet M.Vogel. 2014. *Helping Children Cope with Trauma – Individual, family and community perspectives*. New York: Routledge.

Perry, Bruce D. 2006. "Fear and Learning: Trauma-Related Factors in the Adult Education Process". *New directions for adult & continuing education* 110: 21-27. Doi: 10.1002/ace.215

- Pfefferbaum, Betty og Jon A. Shaw. 2013. "Practice Parameter on Disaster Preparedness". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (11): 1224-1238. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.08.014>
- Pratchett, Laura C og Rachel Yehuda. 2014. "Developmental trauma from a biophysical perspective". *Helping Children Cope with Trauma – Individual, family and community perspectives*. New York: Routledge. Kap 1: 3-18.
- Prop. 90 L (2015-2016). *Endringer i utlendingsloven mv. (innstraminger II)*. Justis- og Beredskapsdepartementet. Regjeringen Solberg.
- Rambøll. 2016. *Psykososial oppfølging av og helsetjenestetilbud til asylsøkere*. Notat til Helsedirektoratet, juni 2016.  
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Innvandrerhelse/Analysenotat%20Psykososial%20oppf%C3%B8lgning%20og%20helsetjenestetilbud%20til%20asyls%C3%B8kere.pdf> (28.04.2017)
- Regjeringen.no. 2017. *Tidslinje: Asylsituasjonen. Kronologisk oversikt over regjeringens arbeid med asylsituasjonen i 2015 og 2016*. Justis- og Beredskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/asylsituasjonen/sak/norsk-innsats-for-flyktninger-og-asylsokere/id2439055/> (05.04.2017)
- Regjeringen.no. 2016. *Laveste asyltall siden 1997*. Justis- og Beredskapsdepartementet 9.september. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/laveste-asyltall-siden-1997/id2510856/> (05.04.2016)
- Regjeringen.no. 2016. *Nødvendig innstramninger. Pressemelding 39/2016*. Justis- og Beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-side/id2481689/> (27.04.2016)
- Scheeringa, Michael S, Charles H. Zeanah og Judith A. Cohen. 2011. "PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm". *Depression and Anxiety* 28 (9): 770-782. Doi: 10.1002/da.20736
- Shakespeare-Finch og Deanne Armstrong. 2010. "Trauma Type and Posttrauma Outcomes: Differences Between Survivors of Motor Vehicle Accidents, Sexual Assault, and Bereavement". *Journal of Loss and Trauma* 15 (2): 69-82. Doi: 10.1080/15325020903373151

- Silove, Derric, Zachary Steel og Charles Watters. 2000. "Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers". *Journal of the American Medical Association* 284 (5): 604-611. Doi: 10.1001/jama.284.5.604
- Sinnerbrink, Ingrid, Derric Silove, Anette Field, Zachary Steel og Vijaya Manicavasagar. 1997. "Compounding of Premigration Trauma and Postmigration Stress in Asylum Seekers". *The Journal of Psychology* 131 (5): 463-470. Doi: 10.1080/00223989709603533
- Skoglund, Are. 2015. *Differensiert miljøterapeutisk metode*. Sitert i Amble, Lene og Cathrin Dahl-Johansen. 2016. *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skorstad, Berit. 2014. "Profesjonsetikk". *Etikk – til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 8: 174-202.
- Skårdalsmo, Envor M. Bjørge og Jessica Harnischfeger. 2017. "Vær snill! Råd fra enslige mindrerårige asylsøkere og flyktninger til voksne omsorgsgivere". *Norges Barnevern* 1 (94): 6-21. Doi: 10.18261/issn.1891-1838-2017-01-02.
- Sourander, Andre. 1998. "Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors". *Child abuse & neglect* 22 (7): 719-727. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00053-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00053-2)
- Stallard, Paul, Richard Velleman og Sarah Baldwin. 1999. "Psychological Screening of Children for Post-traumatic Stress Disorder". *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (7): 1075-1082. Doi: 10.1111/1469-7610.00525
- Stang, Elisabeth Gording og Nora Sveaass. 2016. *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå 2017. *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere> (15.3.2017)



- Tedeschi, Richard G, og Lawrence G. Calhoun. 2004. "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry* 2004 (15): 1-18. Doi: 10.1207/s15327965pli1501\_01
- Tedeschi, Richard G og Lawrence G. Calhoun. 1996. "The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma". *Journal of Traumatic Stress* 9 (3): 455-471. Doi: 10.1002/jts.2490090305
- Terr, Leonore C. 1991. "Childhood Traumas: An Outline and Overview". *Focus. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 1 (3):322-334. Doi: 10.1176/ajp.148.1.10
- Thapa, Suarj Bahadur, Odd Steffen Dalgard, Bjørgulf Claussen, Leiv Sandvik og Edvard Hauff. 2007. "Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study". *Nordic Journal of Psychiatry* 61 (6): 459-465. Doi: 10.1080/08039480701773261
- Tomren, Janita flem. 2016. *Gi meg det beste du har. En kvalitativ studie av voksne flykntingers erfaringer med hvordan traumer påvirker læring, og hva de identifiserer som suksessfaktorer for læring*. Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer. Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Utlendingsdirektoratet 2013. *Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere etter statsborgerskap og år (2013)*. <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-2013/> (05.05.2017)
- Utlendingsdirektoratet 2014. *Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere etter statsborgerskap og måned (2014)*. <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-etter-statsborgerskap-og-maned-20141/> (05.05.2017)
- Utlendingsdirektoratet 2015. *Tall og fakta – faktaskriv*. <https://www.udi.no/globalassets/statistikk-og-analyse/tall-og-fakta-2015/tall-og-fakta-2015.html> (15.03.2017)
- Utlendingsdirektoratet 2015. *Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere etter statsborgerskap og måned (2015)*. <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-etter-statsborgerskap-og-maned-20151/>



[analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asyloskere-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/](#) (05.04.2016)

Utlendingsdirektoratet 2016. *Permanent opphold etter statsborgerskap.*

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/permanent-oppholdstillatelse-etter-statsborgerskap-2016/> (15.03.2017)

Utlendingsdirektoratet 2016. *Utvisningsvedtak etter statsborgerskap og grunnlag.*

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/utvisningsvedtak-etter-statsborgerskap-og-grunnlag-2016/> (30.03.2017)

Utlendingsdirektoratet 2016. *Innvilgede familietillatelser for tredjelandborgere etter måned og statsborgerskap.*

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/innvilgede-familietillatelser-for-tredjelandborgere-etter-maned-og-statsborgerskap-2016/> (15.03.2017)

Utlendingsdirektoratet 2016. *EØS-registreringer etter statsborgerskap og formål.*

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/eos-registreringer-etter-statsborgerskap-og-formal-2016/> (15.03.2017)

Utlendingsdirektoratet 2017. *Beboere i asylmottak etter statsborgerskap.*

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-maned-2017/> (15.03.2017)

Utlendingsdirektoratet 2017. *Beboere i asylmottak etter uke.*

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-uke-2017/> (15.3.2017)

Valenta, Marko og Berit Berg. 2012. *Asylsøker - I velferdsstatens venterom*. Oslo: Universitetsforlaget.

van der kolk, Bessel. A, Alexander C. McFarlane og Lars Weisæth. 1996. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.

van der Kolk, Bessel. A og Alexander C.Mcfarlane. 1996. "The Black Hole of Trauma". *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press. Kap 1: 3-24.

van der Kolk, Bessel. A og Christine A. Courtois. 2005. "Editorial Comments: Complex Developmental Trauma". *Journal of Traumatic Stress* 18 (5): 385-388. Doi: 10.1002/jts.20046

Varvin, Sverre. 2015. *Flukt og eksil*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Weiss, Nerina, Anne Britt Djuve, Wendy Hamelink og Huafeng Zhang. 2017. *Opphold i asylmottak – Konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo-rapport 2017:07. <http://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf> (10.04.2017)

Øverlien, Carolina, Mona Iren Hauge og Jon-Håkon Schulz. 2016. *Barn, vold og traumer - Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.