



**Anna Thom Olin**  
Göteborg

## Integrativ traumafokuserad psykoterapi med ensamkommande flyktingungdomar

När vuxenvärlden har svikit, skrämt och skadat är det i nya goda relationer som tryggheten kan återupprättas. Det är genom den andres lugnande förhållningssätt som vi lär oss att trösta oss själva. I artikeln beskrivs erfarenheter av psykoterapeutiskt arbete med ensamkommande flyktingungdomar som på grund av komplex traumatisering har svårigheter att reglera affekter. Jag betonar betydelsen av trygghetsskapandet och lyfter fram ett integrativt perspektiv på traumafokuserad psykoterapi och föreslår att komponenterna anpassas till varje ungdoms unika situation.

### Kliniskt exempel

”Jag kan inte sova. Jag tänker på mamma och pappa och drömmer mardrömmar om min syster. Jag fick aldrig ta farväl av någon av dem. Jag är fruktansvärt ensam. Det känns inte som att någon tror mig och jag känner mig verkligen ensam, på riktigt.”

Hassan är 17 år och har flytt ensam från Afghanistan<sup>1</sup>. I hemlandet levde familjen till en bör-

jan ett enligt Hassan vanligt familjeliv. Det fanns fruktträd och en potatisodling. Minnet av lukten av mammans bröd när han kommer springande hem efter dagens sysslor fyller Hassans ögon med tårar. Hassan säger att han brukade hjälpa till på marknaden och med familjens odlingar. Han går inte i skolan. Det är för farligt. En dag dyker det upp hotfulla främmande personer hemma. En tid därefter dör båda föräldrarna, hastigt och skrämmande. Hassan förstår genast att han står på tur. En släkting till Hassan samlar ihop sina bespa-

ringar och betalar en flyktingsmugglare att hjälpa honom ut ur landet.

Resan tar närmare ett år och är både farlig och förvirrande. Hassan berättar om båtturer på stormigt vatten, där det inte var ovanligt att medresenärer för överbord. Han gömmer sig i lastbilar och vet inte var han var på väg eller hur länge han skulle behöva befinna sig där gömd under lasten. Vid flera tillfällen misshandlas Hassan av myndigheter och vid ett tillfälle håller hoppet på att försvinna.

”Jag hade inte ätit på flera dagar, jag var helt utmattad. Jag grät. Då fick jag en spark i ansiktet. Jag önskade då att jag skulle få dö.”

Efter ett första avslag gömmer sig Hassan tills det är möjligt att på nytt pröva sitt ärende. Han får till slut permanent uppehållstillstånd (PUT). Idag bor Hassan på ett boende för ensamkommande ungdomar. Han säger att personalen är bra och att han går i skolan. Han är tacksam, men säger däremot med sorg i blicken och med tunga axlar:

”När jag kommer hem till mitt rum känns det som att väggarna ska falla över mig. Jag känner att det inte är någon där. Mörkret skrämmer mig. Med natten kommer tankarna, minnena, oron för framtiden.”

Hassans socialsekreterare ringer Rädde Barnens mottagning i Göteborg och undrar om jag kan ta emot Hassan, som har svårt att sova och drar sig undan de andra på boendet.

## Trauma

Konfrontation med död eller våld skapar intensiv skräck, hjälplöshet, förlust av kontroll och hot om förintelse (Herman, 1992). Sådan överväldigande stress kan skapa traumatiska erfarenheter som inte integreras i individens övriga fungerande och därför kan skapa utvecklingshinder (Siegel, 2012). Människans försvarssystem aktiveras via autonoma nervsystemet som innefattar en sympatisk och en parasympatisk del. Den sympatiska delen höjer aktiveringen som svar på hot och förbereder kroppen för en kamp- eller flyktrespons och stresshormon som adrenalin och kortisol utsöndras i blodet. Parasympatiska systemet aktiveras vid en stressrespons av typen spela död. När vi känner oss lugna och trygga är det också parasympatiska

nervsystemet som är aktiverat (Hart, 2008). Spela död är en orörlighetsreaktion. Det finns ytterligare en stressreaktion som kännetecknas av orörlighet som kallas frys, men som istället baseras på sympatisk aktivitet precis som kamp- och flyktreaktioner (Nijenhuis, 2014). Vad som är överväldigande stress beror på varje individs unika upplevelse och tolkning och i stort på samspelet mellan skyddsfaktorer och stressfaktorer.

En vanlig uppdelning är mellan typ I trauma och typ II trauma (Terr citerad i Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011) där det förstnämnda handlar om enstaka trauman och det senare upprepade, kumulativa trauman. Herman (1992) påpekar att diagnoskriterierna för diagnosen Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) härrör från erfarenheter från avgränsade traumatiska erfarenheter. Hon föreslår därför begreppet komplext Posttraumatisk stressyndrom för att beskriva reaktioner efter långvariga upprepade trauman. Begreppet komplext trauma (Nordanger et al. 2011) eller utvecklingstrauma syftar till att beskriva de särskilda påfrestningar som det innebär att traumatiseras inom ramen för anknytningsrelationer till exempel på grund av våld, övergrepp eller grov försumelse. Det är kombinationen av traumatisk stress och anknytningspersoners sviktande stöd att reglera outhärdliga affekter som åsyftas (Nordanger & Braarud, 2014). Det kan handla om exempelvis våld inom familjen, men även uppväxt i en krigsmiljö. De upplevelser Hassan har utsatts för kan betecknas som komplext traumatiserande.

## Anknytning och regleringssvårigheter

Det är via anknytningspersonens regleringsförmåga som barnet lär sig självreglering (Nordanger & Braarud, 2014). Inom anknytningsrelationer lär sig barnet att reglera starka affekter, såsom rädsla, ilska och ledsnad. När barnet skriker väcks samma affekt i anknytningspersonen, som skyndsamt tar hand om affekten och reglerar barnets obehag genom att svara an på barnets signaler genom att hålla barnet nära, prata lugnande till det samt tolka och etikettera det han eller hon uppfattar att barnet uttrycker (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003).

Barn som har utsatts för trauma, till exempel vuxit upp med känslomässig försumelse, omsorgssvikt, våld eller andra grava missförhållanden,

riskerar att utveckla ett desorganiserat anknytningsmönster. När uppväxten präglas av kontinuerliga upplevelser av skräck i kombination med att den person som ska ge barnet trygghet är det som skrämmer, så hamnar barnet i en ekvation som inte går att lösa. Det blir också en ekvation som det mänskliga nervsystemet inte kan hantera. Ingen finns där för barnet som kan reglera barnets starka affekter, så barnet får efter bästa förmåga göra det omöjliga; att trösta sig själv (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003). En allvarlig konsekvens av att den som ska skydda istället utsätts, är att den trygga basen går förlorad (Lieberman & Van Horn, 2005).

För Hassan och för många av de ungdomar som jag har mött har jag bedömt att det har funnits regleringssvårigheter till följd av långvariga påfrestningar och bristande anknytningsstöd. Det typiska har inte varit försummelse eller våld inom familjen. Hoten har snarare kommit utifrån. Det har funnits en historia av att ungdomen har varit hänvisad till att försöka trösta och lugna sig själv i många kritiska stressfyllda situationer som har upplevts som överväldigande. Anknytningspersonerna kan ha misshandlats av hotfulla okända personer eller försvunnit plötsligt. I vissa fall tycks anknytningspersonerna själva ha varit traumatiserade och därmed inte mentalt tillgängliga.

Nordanger et al. (2011) beskriver hur regleringssvårigheter kan uppstå på flera olika områden, såsom reglering av affekter och kroppsliga tillstånd, reglering av uppmärksamhet och beteende och socioemotionell reglering. I mitt arbete möter jag ungdomar med regleringssvårigheter av olika slag. När Hassan är ledsen blir han snabbt förtvivlad och då skär han sig för att stilla smärtan. Andra ungdomar tycks ha konstant försvarsberedskap inför att få sina mentala och fysiska gränser invaderade och reagerar med impulsiv ilska på till synes små stimuli. Vissa ungdomar isolerar sig eller stänger in sig på sitt rum. De tycks avstängda och omotiverade till att vara tillsammans med andra.

### Den tredelade hjärnan, regleringssvårigheter och komplext trauma

För att förstå hur hjärnan reagerar på hot är uppdelningen i den tredelade hierarkiska hjärnan användbar. Den lägsta nivån är *hjärnstammen* och *lillhjärnan*. Denna nivå brukar kallas reptilhjärnan,

eftersom den innefattar instinktiva och reflexmässiga funktioner. På denna nivå registreras förnimmelser av välbehag eller obehag (Hart, 2008), vilket kan kallas protomentalisering (MacLean citerad i Hart, 2008). Affektreglering sker på en basal nivå. Hjärnstammen reglerar till exempel andning, hjärtfrekvens och vakenhetsgrad. Lillhjärnan är viktig när det gäller registrering av kroppens rörelser i relation till omgivningen. Den mellersta nivån utgörs av *limbiska systemet*, till exempel amygdala och hippocampus. Denna nivå brukar kallas den emotionella hjärnan. Amygdala är en viktig struktur för att hantera rädsla och aggressivitet och för att förbereda individen för hot och fara. Hippocampus står för inläring och minne (Hart, 2008). På denna nivå sker emotionell mentalisering (MacLean citerad i Hart, 2008). I den översta nivån återfinns *neocortex* som gör logiska och rationella analyser av den information som står till buds (Hart, 2008). På denna nivå är kognitiv mentalisering möjlig (MacLean citerad i Hart, 2008). *Theory of mind*, självreflektion och förmåga till impuls kontroll är förmågor som förknippas med denna nivå (Hart, 2008).

Vid ett stimuli som upplevs som hotfullt (utifrån eller inifrån kommande) reagerar amygdala med en stressrespons som aktiverar stresshormon som styrs av hjärnstammen. Den hotfulla informationen jämförs med tidigare minnesbilder via hippocampus. Neocortex (eller mer specifikt prefrontal cortex) aktiveras för att göra en rationell kognitiv analys av hotets karaktär. Via de högre kognitiva funktionerna i frontalloberna kan stressresponsen regleras och balansen återställas. Vid långvarigt förhöjda stressnivåer skapas det obalans i systemen i den hierarkiska hjärnan vilket resulterar i regleringssvårigheter (Hart, 2008). Efter livshotande händelser blir stress-responssystemet överkänsligt. Vi blir vaksamma och får påträngande minnesbilder. Vi försöker att inte tänka på det som skrämde oss. Vid komplex traumatisering blir reaktionerna kroniska. Stress-responssystemet överstimuleras och individen kan snabbt hamna i ett tillstånd av kamp, flykt, frys eller spela död. Samtidigt understimuleras de system som ska hjälpa individen reglera affekter. Exempelvis försvagas kopplingarna till prefrontal cortex, som innefattar strukturer som hjälper oss att tänka logiskt (Nordanger, 2013).

Vad betyder detta om vi betänker berättelsen

om Hassan eller ungdomar med liknande erfarenheter? Det är viktigt att ha en förståelse för att situationer som kan verka vardagliga och trygga kan innehålla element som kan starta en larmberedskap och ett beteende som kan tyckas ologiskt. Hassan hade alltid "ögon i nacken" och med en konstant spänning var det också svårt för Hassan att somna. Det är angeläget att skilja mellan *yttre* trygghet som den kan te sig för en betraktare och *upplevd* trygghet. Det är också viktigt att tänka på att om en individ är inställd på att överleva ett hot så är tillgången till de högre kognitiva funktionerna och logiska analyser begränsad. Det kan vara mindre fruktbart att använda långa verbala förklaringar och mer gynnsamt att arbeta med bilder och andra aktiviteter som är kopplade till högerhemisfär som till exempel rytmer (Creeden, 2013; Wieland, 2014). Det är vanligt vid utvecklingstrauman att vänster hemisfär som är central för strukturering, förståelse, verbalisering och språk är mindre utvecklad än höger hemisfär (Creeden, 2013; De Bellis et al. citerad i Nordanger & Braarud, 2014).

Nordanger (2013) påpekar att barn och ungdomar med komplex traumatisering behöver nya livserfarenheter som är motsatta till det som de har varit med om. De behöver omsorg i överdos och inom relationens ramar hjälp med affektreglering. Omsorg och intoning av affekter som leder till samreglering formar och utvecklar samma strukturer och förbindelser i hjärnan som skadas vid komplex traumatisering/utvecklingstrauma. Nordanger och Braarud (2014) beskriver två system i hjärnan; alarmsystemet och regleringssystemet och påpekar att traumatisk stress utvecklar alarmsystemet medan sensitiv reglering från en lyhörd anknytningsperson (sensitiv andre-reglering) utvecklar regleringssystemet. Omsorg tycks alltså göra skillnad på hjärnstrukturnivå och med den kunskapen borde vi enligt mitt sätt att se på saken satsa mycket på samspelskvaliteter i mötet med personer som har utsatts för långvarig stress och påfrestningar.

### Intoning och icke-verbala kommunikation

Under första halvåret kommer Hassan in i mottagningsrummet med huvudet nedböjt. Han möter sällan min blick. Det är som att frånvaron vi delar tillsammans blir den grund vi börjar bygga tillit på.

Ur den ordlösa samvaron skapas ett sammanhang.

Hart (2008) beskriver relationens betydelse för hjärnans utveckling:

"Två nervsystem som aktiveras samtidigt skapar ett resonansfenomen som gör det möjligt för dessa två system att förstärka och samordnas med varandras aktivitet. Dessa resonansfenomen, som uppstår i det dyadiska tillståndet, bildar grunden för hjärnans förmåga att utveckla nya integrativa färdigheter." (s. 91)

Interventioner behöver rikta sig till alla tre nivåer (i den tredelade hjärnan) för att uppnå integration och balans (van der Kolk citerad i Hart, 2014). Hart (2008) menar att ett engagerande samspel skapar nya kommunikationsmönster som utvecklar bådets nervsystem. Detta engagerande samspel skulle Winnicott sannolikt kalla upprättandet av ett lekrområde (1971) eller Stern (citerad i Hart, 2008) ett nuvarande ögonblick. Via intoning kan en känsla som barnet förmedlar ges tillbaka i en annan modalitet till exempel genom att återge barnets förtjusning via stigande och fallande tonfall (Stern, 1991). Jag tänker att liknande processer pågår i och är verksamma inom en psykoterapeutisk kontakt.

Hassan och jag arbetar med tolk. Det uppstår ibland språkförbistringar som vi båda finner såpass komiska att vi brister ut i ett gemensamt skratt. De ögonblicken skulle jag beskriva som närvarande ögonblick för att låna Sterns begrepp. Det stärker vår allians och skapar ett samförstånd.

Hart (2014) beskriver hur intoning i ett samspel kan ske på olika nivåer kopplade till den tredelade hjärnan. På autonom nivå (hjärnstamsnivå) talar Hart om att det primära är förnimmandet och känslan av att vara tillsammans. Kommunikationens kärna är på denna nivå: "jag vill vara tillsammans med dig". Hart menar att interventioner som andningstekniker talar till den här nivån i hjärnan. Hon talar också om att kommunikation via spegelneuron som en viktig del på den här nivå. Hart (2008) beskriver att spegelneuron gör det möjligt att förstå den andras sinnestillstånd genom att känna vad den andre känner utan inblandning av förnuft. På mellannivån, den emotionella hjärnan, utvecklas arbetsalliansen. Emotionell kontakt uppnås och affekter delas. Kärnan i kommunikationen här är: "jag känner hur det är

att vara du". På den högsta nivån i hierarkin, den kognitiva nivån (prefrontal cortex) kan kognitiv mentalisering äga rum. Kommunikationens kärna är på denna nivå "jag kan hjälpa dig att skapa ett narrativ, en berättelse, som skapar mening i vad som händer". Jag tycker att Hart visar oss på ett tydligt sätt hur emotionell nivå och kognitiv nivå är sammanbundna, vilket talar för vikten av ett integrativt synsätt på behandling. Harts resonemang lyfter också enligt mitt synsätt fram vikten av att arbeta med den icke-verbala kommunikationen och relationens kvaliteter.

Brodin och Hylander (1997) beskriver en modell för hur samspelet kan anpassas på bästa sätt utifrån barnets behov. Jag använder modellen som stöd även i möten med ungdomar. Modellen kan användas som underlag för påståendet att det är värdefullt att ägna tid åt samspelets icke-verbala domäner. Författarna tar sin utgångspunkt i Sterns modell om barnets framväxande självupplevelser (Stern citerad i Brodin & Hylander, 1997).

Den första domänen av samspel kallar Brodin och Hylander (1997) *samvaro*. Fokus för kontakten är att bara få vara, erfara, titta och märka att någon annan är där och känna av hur det är att vara i samma rum. Att hitta en rytm för en gemensam fysisk och psykisk närvaro. Samvaron kopplas till det begynnande självet. De kallar nästa nivå *samspel*. Nu finns det en tydlig och medveten etablerad kontakt med turtagning. De kopplar denna domän till kärnsjälvet. Nästa domän kallas *samförstånd*. Det finns nu en intersubjektivitet. Upplevelser, känslor, intentioner och fokus delas. Kanske undersöker vi en sak tillsammans, eller skrattar till när vi upptäcker att vi har samma sak i tankarna. Vi använder ord men kontakten har främst en icke-verbal karaktär fortfarande. Denna domän kopplas till det subjektiva självet. Nästa domän kallas *samtal*. Inom denna domän är det verbala utbytet centralt. Vi börjar prata med varandra om det vi upplever. Denna domän koppas till det verbala självet. Den sista domänen kallas *sammanhang*. Här börjar samtalet ringas in i en sammanhangsmarkering, vad skälen är till att vi ses och hur vi ska lägga upp processen. Denna nivå koppas till det berättande självet (Brodin & Hylander, 1997).

Det går ett par månader innan Hassan öppnar sin ytterjacka lite. Han sneglar ofta mot dörren och verkar vara på konstant flykt. Jag anser att vi har mycket att tjäna på att lägga tid på de tre första

icke-verbala domänerna; samvaron, samspelet och samförståndet när det gäller att bygga upp tillit och arbetsallians. En del personer behöver inte så mycket tid i de domänerna, medan andra kan behöva mycket tid för att känna sig trygga. Jag tror också att det är viktigt att vara följsam mellan domänerna.

Det kan vara utmanande att skapa en allians med en person som har sårats djupt av vuxenvärldens svek. Flyktberedskapen kan vara hög i början av en kontakt. För att känna sig trygg att beskriva det svåraste, det som skapar lidande, det onämnbara, som samtidigt behöver iklädas symbolform för att kunna integreras, krävs en atmosfär av tillräcklig grad av tillit. Winnicott (1971) beskriver enligt mitt synsätt denna atmosfär. Han illustrerar på olika sätt hur viktigt det är att hitta varandras lekområden, gränsen, illusionen, det potentiella rummet där vi överskrider oss själva men samtidigt bevarar vår särart. Enligt Winnicott uppstår ett kreativt psykoterapeutiskt arbete i en relation där två människors gränser möts och delvis sammanblandas. Lek och fantasi får fritt spelutrymme och det finns en tyst överenskommelse om att fantasi och verklighet får flyta samman. I övergångsområdet utvecklas vi vår lekfullhet och kreativitet. Det går inte nog betona hur viktigt det är att skapa detta utrymme. Kanske är det viktigast av allt. Med ett kreativt lekområde där vi känner oss tillräckligt trygga att nyfiket utforska livssituationen, upplevelser, tankar och känslor, så blir val av interventioner mindre viktiga.

I kontakt med de ungdomar jag har träffat har detta lekområde uppstått på olika sätt. Hassan tar emellanåt kort med sin telefon och vi finner ett gott samspel när han visar mig bilderna och vi diskuterar deras innebörd tillsammans. En annan ungdom vill ibland sjunga och undrar om det är ok att pröva gitarren. Vissa är bekväma med ord, andra inte. Det samma gäller teckning. Livslinjer kan illustreras på olika sätt, med olika färger för olika slags händelser, med text, bilder, eller som någon, i form av en kardiograf (som mäter hjärtfrekvens). På så vis får jag en unik bild av viktiga händelser. Det viktiga är enligt min erfarenhet att stödjande ungdomens egen modalitet att uttrycka sig i, hålla i ramarna och låta berättelsen ta form inom ramen för det övergångsområde som har uppstått.



### Integrativ traumafokuserad psykoterapi

Med integrativ menar jag att flera olika teoretiska perspektiv tillsammans är hjälpsamma för att förstå den hjälpsökandes behov och kan guida det psykoterapeutiska arbetet. Jag utgår bland annat ifrån traumateori, anknytningsteori och neuropsykologiska perspektiv, till exempel neuroaffektiv utvecklingsteori. Med traumafokus menar jag att de traumatiska erfarenheterna eller påfrestningarna aktivt benämns och fokuseras under processen.

Herman (1992) föreslår tre olika stadier i tillfrisknandet från traumatisering; (1) trygghet, (2) hågkomst och sörjande samt (3) återupprätta social samhörighet. En närbesläktad process beskrivs inom traumafokuserad KBT (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2012). Jag arbetar utifrån liknande komponenter och benämner dem: skydd, stabilisering, skapande av traumanarrativ och konsolidering.

Bedömning av skydd är grundläggande för hela processen. Under det följande stabiliseringsarbetet är nutiden i fokus. Psykoedukation om reaktioner och symptom och hur dessa kan hanteras är exempel på interventioner. Vid skapande av traumanarrativ rekonstrueras den traumatiska händelsen. Inför denna komponent är viktigt att stabilitet och skydd först är etablerat i tillräcklig grad. I konsolideringsarbetet finns ett framtidsperspektiv. Nyutvecklade strategier och känslan av hopp om ett bra liv stärks.

Ett användbart begrepp i sammanhanget är Sterns begrepp *ports of entry* (citerad i Liberman & Van Horn, 2005). Det syftar till att beskriva att klinikers ingång i problematiken ser olika ut beroende på vilken dörr som tycks stå öppen och erbjuder den mest konstruktiva vägen till förbättring. Liberman och Van Horn (2005) betonar timing som ledstjärna och rekommenderar att de enklaste mest direkta interventionerna prövas i första hand. I mitt arbete har jag ett liknande synsätt och har erfarenheten av att det är hjälpsamt att använda komponenterna på ett följsamt sätt utifrån ungdomens behov.

Skydd och stabilitet är faktorer som behöver tas med i beräkning under hela processen och det kan vara hjälpsamt att röra sig fram och tillbaka mellan de olika komponenterna beroende på hur behoven ser ut. Det finns ungdomar som önskar råd och tips kring hur de ska kunna sova bättre på natten

och minska olika typer av stressfaktorer i vardagen, men som är tydliga med att de inte önskar gå igenom och bearbeta tidigare traumatiska händelser. Vi arbetar då med skydds- och stabiliseringsaspekter och avslutar därefter kontakten. Något som jag har lärt mig är att det är av yttersta vikt att respektera varje ungdoms integritet och gränser. Många av de ungdomar som jag mött i mitt arbete har varit med om sådana händelser som har kränkt deras fysiska och mentala gränser på ett brutalt sätt. Det blir en viktig intervention att stärka ungdomens upplevelse av kontroll.

Följande målsättningar, som baseras på de olika komponenterna, har varit vägledande i det psykoterapeutiska arbetet:

1. Bidra till minskad grad av upplevd stress samt ökad upplevd grad av trygghet och välbefinnande i vardagen.
2. Hjälpa ungdomen att reglera affekter, det vill säga, hjälpa ungdomen att hantera och förstå stressreaktioner.
3. Öka medvetenhet om affekters kroppsliga manifestationer. Arbeta för integration och bearbetning av traumatiska upplevelser.
4. Bistå med upplevelser av tillit och hopp inför framtiden.

I det följande går jag igenom de olika komponenterna och ger löpande kliniska exempel.

### Inledning av kontakt, ramar

Med ungdomar som har levt på flykt är de terapeutiska ramarna; tiden, rummet och överenskommelsen, viktiga när det gäller att skapa trygghet. Men lika viktigt är det enligt min erfarenhet att visa följsamhet och kreativitet när det gäller att planera för en kontakt. Vissa ungdomar som lever gömda eller inte har uppehållstillstånd vet inte från den ena veckan till den andra om de kan komma en nästa gång. Då får kontakten planeras utifrån den förutsättningen. Även med ungdomar som har fått uppehållstillstånd kan det vara svårt att boka flera tider åt gången. Troligen är det ett sätt att bibehålla kontrollen över processen. Min erfarenhet är att många som är vana att leva på flykt avbryter kontakten direkt ifall ramarna upplevs som för krävfulla och fjättrande. Inte alltför sällan kommer en ungdom till mottagningen endast vid ett

par tillfällen, jag berättar om hur en kontakt kan se ut, ungdomen önskar sedan avsluta, för att sedan höra av sig med en önskan om att få återkomma ett par månader senare.

### Skydd

Den första komponenten som handlar om att bedöma skydd är viktig att fästa noggrann uppmärksamhet vid under hela processen. Det besvärliga i sammanhanget är att många av de ungdomar som kommer till vår mottagning inte lever skyddade så som vi skulle önska. Många väntar på uppehållstillstånd, kanske lever de gömda. Skyddet kan vara ytterst bristfälligt. I arbetet med ensamkommande flyktingungdomar har jag blivit varse att det är viktigt att se att behoven kan finnas på gränsen mellan vård och omsorg, för att låna ett uttryck från Balint (2014). Vi utgår ifrån terapirummet och de ramar som omgärdar det förvisso, men vi kan också behöva ha rollen som ett vittne och stöd när det gäller andra strukturer. Stöd i rättsprocessen, frågor kring återförenande med anhöriga, besvär kopplade till boendesituation, är bara några exempel som kan kräva att klinikern också behöver ikläda sig rollen som *case manager*, en funktion som också Lieberman och Van Horn lyfter fram (2005). Det handlar om att vara en länk till andra vettiga vuxna som kan bistå barnet eller ungdomen i dessa frågor. Samverkan är mycket viktigt. Det kan till exempel gälla samverkan med socialtjänst, boendepersonal, vårdcentral, familjehem eller skola.

### Stabilisering

Med stabilisering menar jag att hjälpa ungdomen att se vad som har en stabiliserande och lugnande inverkan på måendet. Vad stressar och vad lugnar? Vanliga interventioner är psykoedukation, andningsövningar, sömnhygieniska tips och grounding. Med grounding menar jag tekniker som kan vara hjälpsamma vid hög ångestnivå som syftar till att bland annat uppmärksamma konkreta icke ångestframkallande stimuli i rummet. Installerandet av en trygg mental plats kan vara hjälpsamt för somliga.

Toleransfönstret (Nordanger, 2013; Nordanger & Braarud, 2014; Siegel, 2012 s. 281) är ett

användbart verktyg i arbetet med stabilisering. Toleransfönstret är en modell som illustrerar ett fönster med optimal aktiveringsgrad. Inuti toleransfönstret har stressresponsen reglerats till en måttlig nivå. Personen blir mottaglig för att lära sig och utvecklas och känner sig relativt lugn och avslappnad. Vid en stressrespons där personen reagerar med en kamp- eller flyktrespons sker en hyperaktivering. Personen blir hyperalert, kan reagera med ilska och rastlöshet, ångest och vaksamhet. Mottagligheten för logiskt präglad information sjunker. Personen har då fått en vaksamhetsgrad som ligger ovanför fönstret. Vid en hypoaktivering däremot sker en stressrespons som istället innebär att aktiveringsgraden sjunker till en nivå under den optimala. Personen reagerar då med en stressrespons som betecknas som spela död. Reaktionen kan innebära att personen känner sig tom och avstängd. Depressiva reaktioner och dissociation hänger nära samman med detta reaktionssätt. En och samma person kan också växla mellan dessa nivåer. Siegel (2012) beskriver att vissa personer kan ha ett smalt toleransfönster medan andra kan tolerera ett stort spektrum av emotioner rymt inom toleransfönstret, både positiva emotioner som glädje, upphetsning och kärlek och negativa emotioner som ilska, sorg och rädsla.

Siegel (2012) förklarar hur barn som har utsatts för påfrestningar kan utveckla ett smalt toleransfönster:

“If children have been frightened repeatedly in their early lives, fear may become associated with a sense of dread or terror that is disorganizing to their systems. Repeatedly experiencing out-of-control emotions, without a sense of others’ helping to calm them down, can lead such persons to be unable to sooth themselves as they develop. This lack of self-soothing can lead directly to a narrow window of tolerance.” (s. 284)

När vi befinner oss utanför toleransfönstret stängs det högre kognitiva fungerandet ner som styrs av neocortex. Abstrakt och logiskt tänkande fungerar dåligt, reaktioner grundar sig istället på odifferentierade affekter och impuls. De djupare och lägre reflexmässiga skikten i hjärnan (amygdala och hjärnstammen) tar överhanden (Siegel, 2012). Det kan således vara svårt att nå fram till ungdomen via logiska och rationella kognitiva re-

sonemang i det här läget. Bättre är en samreglering till exempel via att spegla och bekräfta det som uttrycks och sedan i ett lugnare skede undersöka vad som utlöste reaktionen.

Wieland (2014) betonar att tillräcklig grad av trygghet måste vara uppnådd för att interventioner ska kunna lyckas och hon poängterar också att barnet själv bör vara aktivt i trygghetsskapandet. Även Lieberman och Van Horn (2005) betonar att en förutsättning för behandlingen är upprättandet av en trygg miljö.

Ogden (2010) skriver om arbete med vuxna patienter som har utvecklat depressiv problematik till följd av trauma. Hon beskriver att det är viktigt att först hjälpa personen att reglera aktiveringsnivån så att den återgår till att befinna sig inom toleransfönstret. Bromberg (refererad till i Ogden, 2010) framhåller att det behöver skapas en atmosfär som är trygg, men inte för trygg. Ogden (2010) tar sin utgångspunkt i det resonemanget och beskriver att en viss utmaning av tryggheten behöver komma till stånd för att en förändring ska kunna ske. Hon menar att en målsättning är att expandera toleransfönstret. För att det ska kunna ske behöver en optimal balans uppnås mellan det patienten klarar av och inte klarar av att bearbeta. Ointegrerad information kan inte integreras och affekter regleras om patienten inte känner sig tillräckligt trygg men samtidigt behövs det tillgång till en viss grad av stressnivå, så att tillgång finns till ointegrerade upplevelser. Detta är ett exempel på hur toleransfönstret kan användas kliniskt för att skapa en lagom stor frustration, timing i interventioner och allmän följsamhet.

Jag anser i linje med Wieland (2014) att tryggheten måste prioriteras som grund för att interventioner ska lyckas. Hon pekar på att den terapeutiska processen kan avstanna ifall den upplevda tryggheten inte är tillräcklig. Perspektivet som Ogden (2010) bidrar med betonar den svåra balansen att skapa en atmosfär av tillit och trygghet där det samtidigt finns ett uttalat fokus att tillsammans närma sig det som är svårast.

När det gäller psykoedukation är det lätt att förledas att tro att det är verksamt att undervisa om vanliga reaktioner efter påfrestningar och trauma. Murray (2013) poängterar dock vikten av att istället låta barnet eller ungdomen själv beskriva sina reaktioner för att därefter bekräfta och normalisera reaktionerna. Samma logik gäller enligt min me-

ning bemästringsstrategier för att hantera stress. Det är bättre att bekräfta de som ungdomen själv använder än att ge andra exempel. Ofta framkommer det då kreativa, unika strategier som individen själv har funnit verksamma. Hassan beskriver att han blir lugn av att öppna sitt fönster på kvällen om det regnar och lyssna till vattnet som droppar. En annan ungdom berättar att hon blir lugn av att måla. Ytterligare en ungdom berättar att han brukar gå ner och sätta sig vid havet tills ilskan har ebbat ut.

Om vi ska ge tips på bemästringsstrategier och stresshantering kan toleransfönstret åter vara hjälpsamt. Creeden (2013) och Wieland (2014) har hjälpt mig att bli varse att tips på stresshantering behöver anpassas till stil när det gäller stressrespons. En ungdom som tenderar att få en hyperaktivering och till exempel lätt bli arg eller rastlös, behöver lugnande strategier som avslappningsövningar eller andningstekniker. Ungdomar som får en hypoaktivering, däremot, som blir depressiva, känner sig tomma och avstängda behöver istället komma i mental och fysisk rörelse och höja aktiveringsgrad.

### Traumanarrativ

Norlén (2013) poängterar att vi behöver vara lyhörda och flexibla inför barnets eller ungdomens takt att bearbeta svåra händelser. Hon beskriver det som att vi behöver ta barnet eller ungdomen i handen och närma oss kanten på muren runt det som är svårt. Efter att ha tittat tillsammans över kanten kanske klinikern och barnet behöver backa några steg för att sedan närma sig igen. Jag tycker det är en bra illustration att det kan vara nödvändigt att röra sig emellan olika interventioner så att vi följer den takt som passar den enskilde.

Som jag tidigare har påpekat är det vissa ungdomar som inte vill göra en traumaberättelse. Efter stabiliseringsarbetet är de nöjda med de verktyg som de har fått med sig och önskar avsluta kontakten. Men för andra innebär traumaberättelsen ett viktigt inslag i psykoterapin. Berättelsen kan med fördel skrivas ner och sammanfattas i en bok. Cohen, Mannarino och Deblinger (2012) föreslår att traumaberättelsen skrivs i form av en bok med titeln "om mig" och delas in i olika kapitel där barnet beskriver olika delar av den traumatiska



händelsen och med tankar, känslor och sensationer som är förknippade med traumat. De poängterar dock att det traumaspecifika arbetet kan genomföras via andra typer av kreativt arbete såsom i form av lek, konst, musik etcetera. Murray (2013) rekommenderar att traumaberättelsen skrivs ner långsamt av terapeuten samtidigt som terapeuten repeterar varje ord ordagrant som patienten säger i en tydlig turtagning och att terapeuten därefter läser upp berättelsen långsamt för att underlätta för integrering av traumarelaterade tankar och känslor.

Ledstjärnor i arbetet med traumanarrativ är enligt min erfarenhet att ständigt hålla frågor som rör skydd och stabilitet levande, att visa att det finns en mottagande person tål att lyssna till svåra och kanske tabubelagda saker, erbjuda olika vägar för kommunikation, ge ett bemötande som är öppet och ärligt, vara tydlig kring ramarna, visa respekt för tystnad, sträva efter att stärka upplevelsen av kontroll samt signalera flexibilitet och tålamod.

### Konsolidering

”Jag vet nu att jag är ensam och att jag behöver ordna saker och ting själv”, säger Hassan.

Under hela processen är det viktigt att signalera att jag som vuxen kan vikariera hopp när ungdomen signalerar en känsla av hopplöshet. När vi är framme vid konsolideringsarbetet kan en sorg över det som har varit framträda. Det finns sår som aldrig går bort. Men ungdomen är förankrad i nuet och har blicken vänd mot framtiden. En oro kan uppkomma som behöver speglas och förstås. Funderingar kan finnas som rör identitet, vem jag är nu och hur det ska gå i framtiden. Kommer jag ha råd att ta körkort? Hur söker jag jobb? Kommer jag att få en egen lägenhet? Kommer jag hitta någon att älska? Ungdomen kan behöva konkret stöd i dessa frågor parallellt med att en förståelse behöver skapas kring vad de bottnar i, exempelvis oro, rädsla och osäkerhet kopplad till flykten, närståendes situation och att orientera sig i ett nytt land.

Under tonårstiden brottas ungdomen med svåra frågor som har att göra med identitet. Den stora frågan är ”vem är jag”? Ungdomen testar ofta olika roller och funderar också på vem det är utifrån sexuell identitet. Ungdomen behärskar logiskt och

abstrakt resonemang och kan tankemässigt arbeta med hypotetiska frågeställningar. Det är en tid när ungdomen på nytt måste pröva sitt beroende till andra och samtidigt klara sig mer och mer på egen hand. Ibland kan tampandet med beroendet skapa konflikter och motsättningar. Det är en utvecklingsperiod med ett relativt ojämnt fungerande. Ungdomen kan gå ifrån att vara mycket säker och självständig i ett sammanhang men känna sig osäker och liten i andra sammanhang. (Wrangsjö & Salomonsson, 2006).

Jag brukar uppmuntra personal på boenden för asylsökande ungdomar att bejaka både självständiga sidor och finnas där när ungdomen känner sig liten och behöver stöd, hjälp och närhet. Min erfarenhet är att självständighetssträvan ofta betonas av personalen på bekostnad av den andra sidan, vilket är olyckligt. I vissa fall kan det leda till utlösande av hyperaktivering (stressreaktion ovanför toleransfönstret) hos ungdomar som tenderar att reagera med ilska vid motgångar. En gemensam kopp te på boendet efter en jobbig dag kan betyda mycket.

För de som har varit med om extra påfrestningar utöver mer förväntade utvecklingsuppgifter kan det vara hjälpsamt att föreställa sig två axlar av stress, en horisontell och en vertikal. Begreppen har jag lånat från systemteoretisk familjebehandling och har gjort en fri tolkning från ursprungssammanhanget. Jag föreställer mig den horisontella stressen som livets linje med tillhörande utvecklingsuppgifter/kriser exempelvis identitetsarbetet som ungdomar ställs inför. Den vertikala stressen betecknar enligt mitt synsätt ytterligare påfrestningar som är specifika för en viss person och som är kopplade till händelser före, under och efter flykten.

Balint (2014) diskriminerar mellan olika typer av stressfaktorer kopplade till livet före och efter flykten. Hon beskriver att påfrestningarna antingen kan vara utdragna över tid eller kan kopplas till en viss tidpunkt. Tiden före migrationen från hemlandet och på vägen till Sverige innefattar påfrestningar av olika slag. Det kan finnas enskilda konkreta extrema händelser, men utöver det kan det också finnas extrem stress av delad och diffus karaktär. Vidare så uppkommer en ny stressfaktor under tidsperioden då asylprocessen pågår, det vill säga tiden som löper före och efter permanent uppehållstillstånd (PUT). Asylprocessen i sig kan

betecknas som en stressfaktor med den beroendeställning som uppkommer. Efter beskedet om att få stanna kan "PUT-syndromet" uppkomma. Vad som först kändes som en stor lättnad förvandlas till en vilshenhet i friheten. En ny emotionell utsatthet träder fram och frågor kring hur personen ska leva med saknaden och ensamheten. Frågor kring återförening kan aktualiseras. Nytt ljus kastas också över ansvarskänslan inför framtiden både i det nya landet och inför de familjemedlemmar och vänner man lämnat. Anpassningsförmågan sätts på prov. Det handlar till exempel om att anpassa sina förväntningar och skapa sig kunskaper och sociala erfarenheter av det nya landet.

Det är enligt mitt synsätt viktigt för förståelsen av identitetsarbetet att hålla både den horisontella och vertikala stressen i minnet när vi möter ensamkommande flyktingungdomar. Ungdomen kan uppvisa symptom och reaktioner som kan te sig problematiska och oroväckande. Samtidigt vet vi att tonårstiden är en period när det kan finnas kraftiga växlingar i affekt och beteende utan att det nödvändigtvis är att rekommendera psykoterapi eller behandling. I vilket fall bör de unika uttryck som varje ungdom kommunicerar tas på allvar och det behöver finnas en beredskap för att bistå med hjälp och stöd.

## Avslut

Avslutningsprocessen kan se väldigt olika ut. Flera av de ungdomar jag har träffat har velat avsluta kontakten efter bara ett par gånger, när det framgår att det var främst praktisk hjälp som stod i fokus, till exempel juridiskt stöd. I andra fall sker avslut efter en period av stabiliseringsarbete. Andra har avslutat plötsligt och aldrig gett sig till känna igen. Ytterligare andra har plötsligt hört av sig igen och vissa har då levt gömda. För en del har det blivit längre kontakter på 2–3 år som har inkluderat både traumaberättelse och konsolidering. I de fallen har avskeden kommit att bli betydelsefulla på ett djupare emotionellt plan. Att separera från någon som är betydelsefull är smärtsamt. Jag delar Liebermans och Van Horns bild (2005) när de beskriver att avslutet kan användas som värdefull korrektiv emotionell erfarenhet av separation och förlust utifrån klinikerns roll som vikarierande anknytningsperson. Till exempel genom erfarenheten att sepa-

ration inte alltid innebär förlust av kärlek och att bilden av den betydelsefulla personen kan bevaras inuti även om personen inte längre finns kvar rent konkret och att den inre bilden kan plockas fram vid behov för tröst och stöd.

## Omsorg i vardagen

"På boendet har jag nu tak över huvudet och jag får mat. Men det är inget hem, ingen familj. Jag är inget djur, jag behöver också ömhet, känna närhet."

Med hjälp av begreppet traumamedveten omsorg (*trauma-informed care*) (Bath, 2008) kan en förståelse skapas för hur viktigt det är med omsorg och ett gott bemötande i vardagen. Traumamedveten omsorg utgår från en genomgripande förståelse för de neurologiska, biologiska, psykologiska och sociala effekter som trauma och svåra påfrestningar har på människor. Ramverket ger omsorgspersoner och andra viktiga vuxna en förståelse för vad ungdomarnas beteende står för. Det syftar också till att ge omsorgspersonerna mod, hopp och bättre möjligheter att möta ungdomarna med uppskattning och respekt. Traumamedveten omsorg handlar om att erbjuda en terapeutisk miljö som kan skapas av de personer som finns runt barnet eller ungdomen i vardagen utan utbildning i psykoterapi.

Forskning kring trauma (Bath, 2008) har visat att det finns tre grundläggande förutsättningar som bör uppfyllas för att läkeprocessen efter ett trauma ska kunna påbörjas; trygghet, relation och affektreglering. Bland kliniker som möter traumatiserade barn och ungdomar finns det en stor enighet om vikten att fokusera på trygghet och affektreglering. Forskning visar också att relationer med anknytningskvaliteter fyller en mycket viktig roll i läkningsprocessen. Vikt läggs vid ett gemensamt utforskande kring vilken affekt som ligger bakom ett beteende. Men det är inte bara ungdomarnas uttryck som står i fokus utan även omsorgspersonernas förmåga till inlevelse och reglering.

RVTS-sør (Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging) i Norge arbetar aktivt med att sprida kunskaper om traumamedveten omsorg. Bland annat tillhandahålls ett kompetensutvecklingsprogram till yr-

kesverksamma som önskar arbeta utifrån förhållningssättet. I kunskapsspridningen används bland annat den tredelade hjärnan och toleransfönstret som pedagogiska verktyg för att skapa förståelse för hur påfrestade barn och ungdomar kan reagera. Samreglering av affekter betonas snarare än att lämna ungdomen ensam att lugna sig själv (vilket ofta inte lyckas). Synsättet bygger på kunskaper om komplext trauma och regleringssvårigheter. När ungdomars beteenden diskuteras med till exempel boendepersonal är det för att hjälpas åt att se vad som triggade igång beteendet och för att identifiera bakomliggande affekt (Albæk & Fladstad, 2014; Albæk, Fladstad & Ørnes, 2013).

Jag har fått många berättelser från boenden där personalen förtvivlat beskriver hur ungdomar har reagerat med impulsiv ilska och hamnat i bråk med varandra eller med personal. Det typiska har varit att man tycker att ungdomen har "överreagerat" på de till synes mest bagatellartade situationer. En tallrik har farit i väggen efter att ungdomen har uttryckt att det har tagit för lång tid med maten. Det har handlat om högljudda protester från ungdomens sida när personal har gått in i det egna rummet utan att först knacka. Bilrutor har slagits sönder efter gräl om hur personalens bil bör användas. Detta är alla exempel på situationer som har beskrivits för mig och personalen har uttryckt frustration och ställt sig frågande till vad som händer. Jag anser att förståelseramen traumamedveten omsorg på ett pedagogiskt sätt hjälper oss förstå och bemöta ungdomar som utmanar vår egen regleringsförmåga och motverkar att vi hamnar i försvarshållning och själva börjar agera impulsivt utanför toleransfönstret, som svar på den stress som ungdomen uttrycker.

När jag diskuterar bedömning och diagnos med Hassan tittar han länge ner i mattan. Till slut höjer han blicken, tittar mig i ögonen och säger:

"Anna, jag vill lägga till en diagnos – brist på ömhet."

### Avslutande reflektion och slutsatser

Det finns flera utmaningar kopplade till stöd och hjälp till ensamkommande flyktingungdomar. Om ungdomen lever gömd kan det till exempel finnas dilemman kopplade till att kontakta socialtjänsten.

Ungdomen kan då i slutändan riskera att bli utvisad genom att socialtjänsten kontaktar polis eller Migrationsverket (trots att det inte längre finns någon underrättelseskyldighet) och i många fall ges beskedet att socialtjänsten inget kan göra. Så vad gör vi då? Ungdomen ber om hjälp med mar-drömmar och vi vet att den vardag vederbörande lever i är allt annat än vad vi skulle önska. Kanske föreligger ett stort praktiskt och emotionellt ansvar för anhöriga samtidigt med det egna lidandet. Ungdomar hör ibland av sig till vår mottagning i dylika situationer med självmordönskingar och en hänvisning och hjälp till akut barnpsykiatri blir det enda som återstår. Men vad händer sedan? Vardagen är den samma när ungdomen skrivs ut. Det är ett angeläget politiskt problem och ansvar.

Orosanmälningar till socialtjänsten är ibland nödvändiga. Men problem kan uppstå om ungdomen lever gömd och inte har en geografisk hemvist. Då kan det vara svårt att veta vilken BUP-mottagning en remiss ska ställas till eller vilket socialtjänstkontor som anmälan ska riktas till. I värsta fall leder det till en remisskarusell eller att barnet eller ungdomen nekas stöd.

En slutsats av det psykoterapeutiska arbetet och de berättelser som jag har fått förmånen att ta del av är att det för ensamkommande flyktingungdomar saknas ett långsiktigt emotionellt stöd utifrån ett helhetsperspektiv. Det finns många aktörer med goda intentioner och adekvata hjälpinsatser kring ungdomen, men stödet tenderar ofta att framstå som fragmentariskt och förvirrande. Ensamhetsupplevelsen är central hos många – trots att det finns många människor runtomkring. Hur möter vi ungdomar som Hassan med behov på gränsen mellan vård och omsorg? Det är i ungdomens vardagssituationer som omsorgen behöver finnas. Vi behöver skapa förutsättningar för vettiga gemensamma beslut över professionsgränser. Gränsen mellan vård och omsorg behöver överbryggas och kunskapsnivån kring hur trauma och påfrestningar påverkar behöver höjas.

Integrativ traumafokuserad psykoterapi skapar enligt mitt synsätt en bred förståelse för utvecklingshinder och en flerdimensionell karta. Det finns exempelvis en fruktbar syntes mellan neuropsykologisk forskning och anknytningsteori i och med båda perspektivs betoning av relationens och samspelets kvalitets betydelse för den hälsosamma utvecklingen. Interventionerna kan anpassas till

varje enskild ungdoms behov på ett flexibelt och följsamt sätt. Skydd är primärt, men också trygghet och tillit. Inom ramen för en tillitsfull och bärande relation kan hoppet väckas och det fasansfulla symboliseras, det som håller ungdomar som Hassan vakna om natten.

## Referenser

- Albæk, M. & Fladstad, T. (2014). Personlig kommunikation.
- Albæk, M., Fladstad, T. & Ørnes, A. (2013). *Traumebevisst omsorg - gjør en forskjell! Kompetenseheving i arbeid med enslige mindreårig*. Föreläsning på Nordisk konferens för behandlare som arbetar med flyktingar. Bergen, 2013-04-19.
- Balint, M. (2014). *Ensamkommande barns och ungdomars psykiska hälsa och ohälsa. Traumafrågor och mycket annat*. Utbildningsdag med titeln: Ensamkommande barn och ungdomar – psykisk ohälsa och traumasymptom. Burgårdens konferenscenter, Göteborg. 2014-03-11.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth*, 17 (3), 17-21.
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur
- Brodin, M. & Hylander, I. (1997). *Att bli sig själv*. Stockholm: Liber.
- Cohen, A.J., Mannarino, P.A., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Creeden, K. (2013). *Keeping the brain in mind*. Föreläsning/workshop, Off Clinic, Göteborg. 2013-05-21.
- Hart, S. (2008). *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi*. Malmö: Gleerups.
- Hart, S. (2014). *Neuroaffective developmental theory: From disorganized attachment and dissociation to novel approaches to psychotherapy*. Föreläsning på ESTD (European Society for Trauma and Dissociation) 2014 Conference - Trauma, dissociation and attachment in the 21st century, where are we heading? Tivoli Congress Center, Copenhagen. 2014-03-28.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs psykoterapiinstitut.
- Lieberman, A.F. & Van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy!: A manual for child-parent psychotherapy for young witnesses of family violence*. Washington D.C.: Zero to three Press.
- Murray, L. (2013). *Trauma focused CBT*. Workshop/utbildningsdag, Rädda Barnen, Stockholm. 2013-09-26.
- Nijenhuis, E. (2014). *Dissociation in chronic trauma: A conflict of incompatible desires*. Föreläsning på Psykoterapimässan 2014. Stockholmsmässan, Stockholm. 2014-10-21.
- Nordanger, D.Ø. (2013). *The neurobiological complex trauma model and its relevance in work with refugee children*. Föreläsning på Nordisk konferens för behandlare som arbetar med flyktingar. Bergen, 2013-04-18.
- Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Albæk, M. & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma disorder: En lösning på barntraumatologifeltets problem?. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 1086-1090.
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51, 531-536.
- Norlén, A. (2013). Personlig kommunikation.
- Ogden, P. (2010). Modulation, mindfulness, and movement in the treatment of trauma-related depression. In M. Kerman (Ed.), *Clinical Pearls of wisdom: 21 leading therapists offer their key insights*. New York: W.W. Northon & Company.
- Siegel, D.J. (2012). *The developing mind*. New York: The Guilford press.
- Stern, D. (1991). *Ett litet barns dagbok*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wieland, S. (2014). *Dissociation-focused assessment and treatment of traumatized children*. Föreläsning på ESTD (European Society for Trauma and Dissociation) 2014 Conference - Trauma, dissociation and attachment in the 21st century, where are we heading? Tivoli Congress Center, Copenhagen. 2014-03-27.
- Winnicott, D.W. (1971). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wrangsjö, B. & Salomonsson, M.W. (2006). *Tonårstid*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Sökord:** Ensamkommande flyktingungdomar, trauma, traumafokuserad psykoterapi, reglering, toleransfönster, traumamedveten omsorg.

**Keywords:** Unaccompanied minors, trauma, trauma-focused psychotherapy, regulation, window of tolerance, trauma-informed care.

### Abstrakt

Artikeln beskriver integrativ traumafokuserad psykoterapi med ensamkommande flyktingungdomar. Den terapeutiska processen beskrivs på basis av ett integrativt perspektiv bestående av bland annat traumateori, anknytningsteori och neuropsykologiska perspektiv. Psykoterapin bygger på komponenterna; skydd, stabilisering, skapande av traumanarrativ och konsolidering. Följsamhet och flexibilitet i rörelsen mellan komponenterna betonas. Genom ett integrativt och komponentbaserat arbetssätt kan interventioner anpassas till varje enskild ungdoms behov och skapa en bred förståelse av utvecklingshinder. En rad problem belyses, till exempel tillgång till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och socialtjänstens insatser och oklarhet kring orosanmälan till socialtjänsten när ungdomen lever gömd. En slutsats är att det psykoterapeutiska arbetet behöver integreras med ungdomens vardagsliv och omsorgssystem via samverkan och gemensam förståelse. Bryggan mellan vård och omsorg behöver stärkas och den generella kunskapsnivån om påfrestningar och trauma behöver höjas hos alla dem som möter ensamkommande ungdomar.

### Abstract

The article describes integrative trauma-focused psychotherapy of unaccompanied minors. The therapeutic process is described on the basis of an integrated perspective including trauma theory, attachment theory and neuropsychological perspectives. The psychotherapy is based on the following components: protection, stabilization, the creation of a trauma narrative, and consolidation. Attentiveness and flexibility in the movement between the components is emphasized. With an integrative and component-based approach, interventions can be adapted to the different needs of each unique individual, and a broad understanding of developmental obstacles can be created. A number

of problems are illustrated, for example getting access to the Child and Adolescent Psychiatric Clinics (BUP) or the social services, as well as uncertainties in how to report suspected child maltreatment to the social services when the adolescent is living in hiding. One conclusion is that psychotherapy, through collaboration and common understanding, should be integrated with everyday life and the care systems surrounding the adolescent. The bridge between health care and everyday care needs to be strengthened, and the general knowledge about stress and trauma needs to be raised for everyone that comes in to contact with unaccompanied minors.

**Anna Thom Olin**, leg. psykolog, arbetar på Rädda Barnens Centrum för barn och ungdomar i utsatta livssituationer i Göteborg. Hon har flerårig erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete med traumatiserade barn och ungdomar. Hon arbetar aktivt med ett barnrättsperspektiv utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter, med opinionsbildning och kunskapsspridning, för att öka utsatta barns möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda. I artikeln beskriver hon integrativ traumafokuserad psykoterapi med ensamkommande flyktingungdomar.

anna.thom.olin@rb.se

1 Hassan är en fiktiv person, men det är en sann berättelse i det avseendet att den fångar delar av många av de ungdomars berättelser som jag har tagit del av.