



Monica Brendler Lindqvist, Atia Daud & Johanna Hermansson Tham
Stockholm

Traumatiserade flyktingföräldrar och deras små barn

Om ett anknytningsbaserat behandlingsprogram för spädbarn och småbarn till flyktingföräldrar med PTSD

För det lilla barnet är den tidiga relationen med de primära vårdgivarna fundamental och avgörande för barnets sociala, känslomässiga och kognitiva utveckling. Enligt forskningen finns risk för att traumatiserade flyktingföräldrar, där en eller båda föräldrarna har utvecklat komplex PTSD, kan överföra sina symtom till sina barn. För att förebygga detta har ett anknytningsbaserat behandlingsprogram utprovats i ett kliniskt pilotprojekt på Röda Korsets Center för torterade flyktingar. Projektet har drivits i samarbete med Karolinska Institutet, Enheten för barn- och ungdomspsykiatri. Tolv arabisktalande familjer har deltagit i projektet. Resultatet visar att föräldrarna har uppskattat att få delta i programmet och att en viss förbättring i relationen mellan föräldrar-barn har uppnåtts enligt mätning före och efter behandling.

Bakgrund

Sedan många år har ett stort antal flyktingar från krigshärjade länder, som Irak, Somalia, Afghanistan och Syrien, kommit till Sverige. De har tvingats fly undan våld, förföljelse, tortyr och krig. Antalet tortyrskadade bland asylsökande uppgick till 45 % enligt en dansk studie (Sjölund, Kastrup, Montgomery & Persson, 2009) och 48 % enligt en studie som UNHCR genomförde bland asylsökande i Sverige (UNHCR, 2011). Enligt Röda Korsets beräkningar finns cirka 180 000 personer i Sverige som har varit utsatta för tortyr (Svensson, 2012).

Flyktingfamiljer tillhör således en grupp som ofta varit utsatta för extrema livssituationer och en del av dem lider av allvarlig posttraumatisk stress. Enligt en metastudie gällande flyktingar som kommit till och lever i västvärlden lider 8–10 % av Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, vilket är tio gånger vanligare än för motsvarande åldersgrupper i den generella befolkningen (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005).

Förutom de extremt traumatiska upplevelser som flyktingfamiljer bär med sig från det forna hemlandet tillkommer psykosociala stressfaktorer i det nya landet som påverkar familjernas möjlighet till återhämtning. Exempel på exilrelaterade stressfaktorer som många flyktingar lever med är separationen från familj och släkt som finns kvar i det före detta hemlandet eller befinner sig på flykt i andra länder, social isolering i det nya hemlandet, arbetslöshet, otrygg bostadssituation samt förlust av social identitet och yrkesidentitet.

Föräldrars traumatisering kan antas vara en riskfaktor för barns utveckling. Föräldrar med PTSD lider av symtom som hyperkänslighet, undvikande och känslomässig avståndighet, återupplevande av trauma såsom *flash-backs* och sömnsvårigheter med mardrömmar. Barn är beroende av sina primära vårdgivare, vilket vanligtvis är föräldrarna, för att reglera affekter och beteenden. Som ett resultat av PTSD kan traumatiserade föräldrar ha svårigheter att reglera sina egna affekter och som en konsekvens av det, även att härbärgera barnets känslor och återskapa trygghet för barnet.

Psykolog Atia Daud (2008) har i sin forskning jämfört flyktingfamiljer från Mellanöstern som varit utsatta för tortyr med familjer med samma etniska och kulturella bakgrund som inte varit utsatta för tortyr eller svåra krigstrauman. Föräld-

rarna i den traumatiserade gruppen var, eller hade varit, patienter på Röda Korsets Center för torturerade flyktingar. Undersökningsresultaten visade att dessa föräldrar led av PTSD eller uppvisade så kallad PTSS (flera symtom av PTSD, dock ej fullständig diagnos) och att barnen till de traumatiserade föräldrarna också visade psykopatologiska symtom. Hit hörde PTSD, nedstämdhet, kroppsliga ångestsymtom och beteendestörningar. 87 % av barnen i den traumatiserade föräldragruppen uppvisade en desorganiserad anknytning, medan 75 % av barnen i jämförelsegruppen uppvisade en trygg anknytning. Det desorganiserade anknytningsmönster som barnen i undersökningsgruppen uppvisade gällde oavsett vem av föräldrarna, modern, fadern eller båda, som traumatiserats av krig och tortyr.

Atia Dauds fynd, det vill säga att föräldrar med PTSD riskerar att få barn som utvecklar PTSD, har stöd i internationell forskning. Uppföljningar av överlevande efter Förintelsen och koncentrationslägervistelse under andra världskriget har visat på transgenerationellt överförda trauman där symtom på ohälsa också drabbar deras barn (Krystal & Niderland, 1968).

Annan forskning har däremot visat att det inte finns evidens för att föräldrars traumatiska upplevelser från koncentrationslägren manifesterat allvarlig psykisk ohälsa hos barn (van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Sagi-Schwartz, 2003). Skillnaderna i forskningsresultat tycks bero på om studierna är utförda på en klinisk grupp eller inte.

För att förstå hur PTSD-problematik hos föräldrar kan ge traumasymtom hos barn, som själva inte har traumatiserats, har forskning bedrivits angående föräldrars och barns anknytningsmönster. Vid desorganiserad anknytning tycks samspelet mellan barnet och den traumatiserade föräldern i stor utsträckning bero på att föräldern med PTSD dissocierar sina trauman, vilket inverkar på förälderns omvårdnadsbeteende och medvetandeprocesser. Förälderns egen obearbetade rädsla/ångest kan ge upphov till beteenden som antingen skrämmar barnet eller att föräldern signalerar till barnet att det uppfattas som skrämmande av föräldern. Main och Hesse (1990) har visat hur barn till föräldrar med obearbetade trauman på så sätt kan utveckla en desorganiserad anknytning. Lyon-Ruth (2003) har fördjupat förståelsen för orsakerna bakom desorganiserad anknytning. Barnets anknytnings-

beteende kan väcka föräldrarnas dissocierade, traumatiska affekter och fungerar på så sätt som traumabetingade stimuli, triggers, för föräldern.

De Haene et al. (2010) har undersökt anknytningsmönster hos flyktingföräldrar bosatta i Belgien. De har dokumenterat hur extern, extrem traumatisering kan påverka föräldrarnas förmåga att vara känslomässigt tillgängliga och bekräftande i relation till barnet. De extrema trauman som familjen har upplevt påverkar familjens förmåga att vara den buffert mot trauma som familjer vanligen är och som är nödvändig för barnens positiva utveckling. Liknande resultat har påvisats i studier gällande palestinska familjer som lever under militärt våld och krig i Gaza. Även mödrar med god psykisk hälsa tappar funktionen att utgöra en buffert för det lilla barnet under extremt våldsamma och livshotande villkor (Punamäki, Quota & El Sarraj, 2005). De Haene et al. betonar därför vikten av att flyktingfamiljer erbjuds stödande sociala förhållanden i det nya landet samt behandling av trauma för återuppbyggande av föräldrarnas kapacitet.

Traumatiserade flyktingfamiljer använder sig av olika kommunikationsstrategier kring sina upplevda trauman. Familjekommunikation om trauma kan hjälpa barnet att tolka sina upplevelser, korrigerar missförstånd och reglerar sina känslor. Men ofta används kommunikationsstrategier som bidrar till svårigheter att stödja varandra inom familjen. En del använder sig av "tystnaden" som strategi i syfte att skydda barnen. Man talar aldrig eller ens benämner det man har varit med om – ett mönster utvecklas av förnekande, undvikande, känslomässig avstängning och dissociation av traumatiska minnen (Almqvist & Broberg, 1997; Almqvist & Hwang, 1999; Montgomery et al., 1992). Andra flyktingfamiljer har en gränslös kommunikation, med ständigt repeterande av detaljerade beskrivningar av de traumatiska erfarenheterna utan adekvat känslighet för hur det påverkar de övriga familjemedlemmarna.

Något program för behandling av spä- och småbarn och flyktingföräldrar med traumatisk bakgrund finns inte i Sverige idag. I Nederländerna pågår behandling och forskning kring denna grupp. I en studie av flyktingföräldrar och barn i åldrarna 18 till 42 månader undersöktes

sambandet mellan mödrarnas PTSD och känslomässiga tillgänglighet med barnens känslomässiga tillgänglighet, psykosociala funktioner samt mentala och psykomotoriska utveckling (Van Ee, Kleber & Mooren, 2012). Mödrarnas och barnens känslomässiga tillgänglighet bedömdes med hjälp av mätinstrumentet Emotional Availability Scale, EAS (Biringen, 2008).

Optimal känslomässig tillgänglighet i föräldrabarnrelationen leder till att ett tryggt anknytningsmönster utvecklas mellan föräldern och barnet. Brister leder till ett otryggt/ambivalent, otryggt/undvikande eller desorganiserat anknytningsmönster. EAS mäter dimensionerna känslighet (sensitivity), strukturering (structuring), icke-påträngande (non-intrusiveness) och icke-fientlig (non-hostility) hos den vuxna och respons och involvering hos barnet. Mödrarna i Van Ee et al. studie (2012) hade erfart multipla traumata, såsom fängelse (39 %), fysisk skada (31 %), strids-situationer (47 %), våldtäkter (25 %), mord på släkting eller vän (40 %), mord på främling (27 %) och tortyr (44 %). Resultaten visar att det finns ett samband mellan mödrars PTSD och barns psykosociala funktion. Mödrar med fler symptom av posttraumatisk stress visade mindre känslomässig tillgänglighet i sin relation till barnet. Desto mindre känslighet modern uppvisade, desto mindre respons visade barnet. Traumatiserade mödrar kan återerövra sin förmåga till känslomässig tillgänglighet när de kan reglera sina känslor och impulser och inte automatiskt svara på de triggers som påminner om trauma, i synnerhet den unika trigger som föräldra-barnrelationen kan utgöra. Barn kan återfå sin förmåga att respondera när de känner sig trygga och har tillit i relationen till sin förälder. En kombinerad behandling för både mödrar och barn, även mycket små barn, är därför att rekommendera. Kliniker till traumatiserade flyktingföräldrar rekommenderas att undersöka föräldraskapet och hur barnen har det (Van Ee, 2013).

Nyblivna flyktingföräldrar uppmärksammas ofta inte tillräckligt inom mödra- och barnhälsovården och får inte alltid det stöd de behöver. En orsak till detta kan vara att språk, kultur och trauma upplevs som barriärer som sätter hinder i kontakten med nyanlända flyktingarna (Brendler Lindqvist & Palm, 1989).

Projektets syfte och frågeställningar

Syftet med projektet var att utpröva och evaluera ett behandlingsprogram för traumatiserade flyktingföräldrar och deras små barn, 6–24 månader. Behandlingsmetoderna är tidigare använda och evaluerade för andra grupper, såsom mödrar med depression och deras barn (Wickberg, 1996; Wickberg & Hwang, 2001), samt familjer med psykosocial problematik (Cederström, 2006; Neander, 2009; Neander, 2011), men inte för traumatiserade flyktingfamiljer.

För att utpröva och undersöka behandlingsprogrammet för denna målgrupp har följande frågeställningar undersökts:

- Finns det kulturella aspekter som behöver beaktas i behandling av familjer från en arabisk kultur? Relationen mellan föräldrar och barn och hur barn skall uppfostras är känsliga frågor som tillhör den privata sfären. Speciellt känsliga kan dessa frågor vara för en flyktingfamilj som lever i exil och i en kultur som skiljer sig åt från föräldrarnas ursprungskultur.
- Vilken betydelse får det att behandlingen genomförs med hjälp av tolk? Sedan många år finns erfarenheter av att arbeta psykoterapeutiskt via tolk, men att arbeta med små barn, speciellt i gruppsammanhang, ställer höga krav på tolken. Vi vill undersöka och förstå de speciella svårigheter och problem som kan uppstå i detta sammanhang.
- Hur upplever flyktingfamiljer att delta i behandlingsprogrammet och hur kan behandlingen motsvara deras behov av stöd? För många flyktingfamiljer är den psykoterapeutiska kulturen inte välkänd, då de är mer vana att få direkta råd och, vid behov, medicin från läkare i sitt ursprungsland. Psykoedukativa familjesamtal och samspelsbehandling är mer okända metoder för dem.
- Vilken effekt får behandlingsprogrammet på föräldrar och barns anknytningsmönster? Vi vill mäta förändringarna före och efter deltagande i programmet för att evaluera interventionens effekt, och om sådan finns, i vilka avseenden behandlingen har påverkat den känslomässiga tillgängligheten mellan föräldrar och barn.

Behandlingsprogram

Behandlingsprogrammet innehåller psykoedukativa familjesamtal, videoinspelningar av föräldrar och barn samt samspelsbehandling i grupp för mödrar och barn i åldrarna 6–24 månader. Vi valde att komplettera familjesamtalen med gruppbehandling för mödrar och barn, då nyblivna mödrar vanligen har ett stort behov av utbyte med andra mödrar i samma situation. Det gäller i hög grad för flyktingfamiljer som ofta lever utan sitt naturliga sociala nätverk. Mor- och farföräldrar till exempel finns ofta kvar i det före detta hemlandet eller är inte längre i livet.

Familjer som deltog i behandlingsprogrammet

Tolv familjer har deltagit i behandlingsprogrammet. Av dem deltog nio föräldrar och barn i hela behandlingsprogrammet, de övriga tre enbart i de psykoedukativa familjesamtalen. Samtliga föräldrar är arabisktalande. Det var nödvändigt att alla föräldrar talade samma språk, då det skulle bli för komplicerat att ha flera tolkar samtidigt i gruppbehandling.

Psykoedukativa familjesamtal

De psykoedukativa samtalen, som hålls före och efter samspelsbehandlingen i grupp, sker med bägge föräldrar och barn. Samtalen baseras på familjeterapeutisk teori och har som målsättning att skapa en arbetsallians med föräldrarna. Samtalen är cirka 90 minuter långa. Samtalen fokuserar på barnen och på de vuxna i deras roll som förälder. Psykoedukativ information ges om att posttraumatiska symtom kan påverka familjen och svårigheter som uppstår i föräldrarollen kan ibland vara en följd av de traumatiska erfarenheter man bär med sig. Samtalet fokuserar på föräldrarnas tankar kring sina barn. Frågor ställs om hur barnet sover, äter och utvecklas. Eventuella problem som föräldrarna tar upp undersöks och samtalas om. Samtalen är motiverande med syfte att skapa ett förtroende mellan föräldrar och behandlare. Genom

att behandlaren visar sitt intresse för barnet, för föräldrarna, både modern och fadern, och för hur familjen har det, blir bägge föräldrarna involverade i processen. Samtalet avslutas med en gemensam överenskommelse om familjen vill fortsätta i behandlingsprogrammet, delta i videospelningar, samspelsbehandling i grupp för mödrar och barn, samt uppföljande och avslutande familjesamtal.

I det/de avslutande familjesamtalen återför behandlaren sina intryck av barnets utveckling från den fem veckor långa samspelsbehandlingen med mor och barn. Modern ger sin beskrivning av hur hon upplevt att delta i mor-barngruppen och vad hon tänker om sitt barn efter samspelsbehandlingen. Fadern ger sin beskrivning om hur moderns och barnets deltagande i samspelsbehandlingen har påverkat familjen ur hans perspektiv. Behov av fortsatt stöd inventeras och samtalet avslutas med en överenskommelse mellan föräldrar och behandlare om kontakten skall avslutas eller fortsätta och i så fall i vilken form.

Samspelsbehandling

Samspelsbehandlingen äger rum i grupp. Fyra mammor och fyra barn, två behandlare samt arabisktalande tolk deltar. Gruppen träffas två timmar, en gång per vecka, under fem veckor. Samspelsbehandlingen är omgiven av tidsramen, den rumsliga ramen och kontinuiteten av behandlare och tolk. Sessionerna inbegriper en inledande stund med kaffe, te och smörgås till mammorna, något att dricka och äta eller suga på till barnen och en "namn-sång" som sjungs tillsammans. Därefter följer en stund på golvet med fri lek och utrymme för mammorna att prata med varandra och att ta upp frågor med behandlarna och för barnen att leka med mammorna och med varandra. De frågor som mammorna tar upp blir ofta återkommande teman. Ett exempel på sådant tema är: Hur ska jag göra med min 2-åring som är så svartsjuk på sin lillebror? Den frågan uttryckte ett problem som flera av mammorna i gruppen kände igen och blev därför ett tema under flera sessioner. Under den fria leken får mammorna också en instruktion att under en kort stund, fem minuter, ha full uppmärksamhet på sitt barn och leka/samspela med

barnet. Leken/samspelet handlar för de små barnen mestadels om kroppskontakt, inte om leksaker och mammorna använde stunden till att massera sitt barn, leka titt-ut eller på andra sätt leka med sitt barn.

Under hela grupptillfället tar behandlarna tag i situationer som uppstår spontant och som kan användas till behandlingsinterventioner. Ett exempel är barnet som kröp fram till en stol, ställde sig upp och höll på att välta stolen på sig. Modern blir rädd och arg på barnet, som inte förstår och gråter. Interventionen handlade om att göra modern uppmärksam på barnets behov, att förstå händelsen ur barnets perspektiv och stödja modern i att relatera på ett känslomässigt adekvat sätt till sitt barn. Denna, och liknande mentaliseringsbaserade interventioner är stommen i samspelsbehandlingen. Även videofilmning har skett i behandlingen, men ej använts systematiskt, utan enbart vid enstaka tillfällen som videofeedback till föräldrarna. Denna metodik skulle kunna användas i större utsträckning än vad som har varit möjligt i detta projekt. Som avslutning vid varje grupptillfälle sjungs en sång, ofta med rörelser som att klappa händerna.

Videofilmning för EAS-bedömning

Före och efter behandling har mor-barn, och för två familjer även far-barn, videofilmats under 20 minuter. Filmningen görs i ett för ändamålet avsett rum. Föräldern och barnet sitter på en matta på golvet. Informationen till mödrarna och i förekommande fall till fäderna har varit enkeloch beskrivit målet med videofilmningen, nämligen att studera samspelet mellan mor-barn/far-barn under ett kort tidsintervall. Föräldern har fått instruktionen: "–Nu ska du leka och samspela med ditt barn under 20 minuter."

Videofilmerna har scorats enligt EAS-manualen av två oberoende bedömare, forskningsledaren och den behandlare i projektgruppen som inte har varit familjens behandlare.

Resultat

Utvärdering genom intervjuer med familjer som deltog i projektet

För att få familjernas uppfattning om och upplevelse av behandlingsprogrammet gjordes intervjuer med varje familj efter avslutat program. Intervjuerna var semi-strukturerade och gjordes i hemmiljö av klinisk psykolog och psykoterapeut med kulturkompetens och arabiska som modersmål.

Under intervjuerna framkom att familjerna förstätt syftet med behandlingsprogrammet. De reflekterade över eget beteende och uttryckte intresse för att lära sig mer om små barns reaktioner. De ansåg sig väl omhändertagna, sedda och bekräftade i behandlingsprogrammet. De psykoedukativa samtalen har varit viktiga för att bägge föräldrarna ska engageras, få kunskaper om hur posttraumatiska symtom kan få konsekvenser i familjen och för att belysa familjens betydelse för barnet. Mödrarna uttryckte att de upplevde gemenskap med de andra mödrarna i samspelsbehandlingen, att deltagandet i gruppen stärkte deras självkänsla och självförtroende som förälder. De kom underfund med att de inte var ensamma om att ibland ha svårigheter med sina barn och i sin familj. Mödrarna uttryckte inte enbart en ökad kognitiv förståelse för sina barn utan även en förändrad föreställning om barnet – en förståelse för att det finns ett "själv" inom barnet.

Några föräldrar blev medvetna om hur barnets känslouttryck kunde bli "triggers" för deras posttraumatiska symtom. De klarade inte av att barnet blev till exempel ledset, utan att genast försöka avleda barnet för att det skulle bli glad igen. De såg också hur dessa försök ibland ledde till ännu svårare komplikationer som irritation mellan föräldrarna när de inte lyckades trösta barnet omedelbart. Ett fortsatt arbete med familjesamtal erbjöds dessa föräldrar för att stödja och befästa den positiva utveckling som inleddes under behandlingsprogrammet.

Intervjuer av tolk

Innan behandlingsprogrammet påbörjades hölls intervjuer med arabisktalande kvinnliga tolkar för att informera om behandlingsprogrammet och un-

dersöka deras intresse och kompetens för att utföra uppdraget. Orsak till att enbart kvinnliga tolkar har kommit ifråga är att mödrarna behöver befinna sig i ett kvinno-sammanhang, som inte begränsar dem att exempelvis ta av sig sin huvudduk eller amma sitt barn i gruppen. Speciell vikt lades på tolkens förståelse och erfarenhet av att tolka föräldrar med små barn, att tolka i gruppsammanhang och att ha möjlighet att delta under hela behandlingsprogrammet för att undvika kontinuitetsbrott.

Tidigare erfarenheter visar att samspelsbehandling i grupp är svår att genomföra via tolk (Nyberg, 1989). Tolkens roll i arbetet med mamma-barngrupperna har därför ägnats speciell uppmärksamhet i projektet (Brendler Lindqvist, 2013).

Före och efter varje grupptillfälle har tolken intervjuats av behandlarna för att lyfta fram svårigheter som tolken uppfattat och som behöver uppmärksammas av behandlarna. I gruppbehandlingen deltar fyra mödrar, fyra barn, två behandlare och en tolk, sammanlagt elva personer. Det blir många relationer att ta hänsyn till och omfattande kommunikation att tolka. Tolkens möjlighet att tolka allt som sägs blir begränsad och tolken tvingas därför att välja vad hon ska tolka. I gruppen pratar mammorna med varandra, med sina barn, med de andra barnen och med behandlarna. Flera samtal kan pågå samtidigt. I en sådan situation kan det vara lätt att välja bort att tolka vad mödrarna säger till sina barn. Ofta är det korta kommentarer, frågor eller uppmaningar till barnet. Det är viktigt att tolken är införstådd med att det som mödrarna säger till sina barn är lika viktigt, eller viktigare att tolka än det som de vuxna säger till varandra. De barn vi har arbetat med är i åldrarna 6 till 24 månader och använder knappast ord när de talar, utom något/några enstaka. För tolken är det svårt att höra vad barnet säger och hon behöver oftast hjälp av modern för att kunna förstå vad barnet vill uttrycka. När det gäller behandlarna är det viktigt att alla interventioner tolkas.

Tolkning leder alltid till en tidsförskjutning som försvårar arbetet när man arbetar med samspelsbehandling, eftersom många interventioner måste ske i det rätta ögonblicket. Tolken behöver vara lyhörd, snabb och flexibel för att höra och finnas till hands när något händer som leder till att behandlaren gör en intervention.

Tolken skall ha en tydlig tolkroll och inte gå in i en behandlarposition eller en personlig relation

till mödrarna och barnen. Det gäller i alla behandlingssammanhang, men i en grupp med mödrar och små barn, där det mesta arbetet görs på golvet där mödrarna och behandlare sitter medan barnen kryper eller går omkring, skapar många vardagliga situationer där tolkrollen blir utmanad. De vuxna kan förstå att tolken är en tolk, men inte barnen. För barnen är tolken en av många kvinnor i rummet. Barnet kryper eller går fram till tolken, som får en svår balansgång att inte ta emot barnet och samtidigt inte vara avvisande. Vid sådana tillfällen har vi fått klargöra för mödrarna att det inte är av ointresse för barnet som tolken inte låter det krypa upp i famnen på henne, utan för att hon behöver koncentrera sig på sin uppgift – att tolka. När vi pratat om det i gruppen, leder det oftast till att barnen inte längre söker kontakt med tolken utan på ett intuitivt sätt tycks förstå att tolken är en person som inte har möjlighet att vara med dem eller intressera sig för dem för tillfället.

Ibland blir det dock förvirrande för barnet. När modern säger: ”–Kom till mig!” på arabiska och tolken översätter ”–Kom till mig!” på svenska vet barnet först inte vem han/hon ska lyssna på. Modern upprepar då sin uppmaning och barnet väljer att komma till henne – om barnet vill.

De kontinuerliga utvärderingsintervjuerna med tolken samt erfarenheterna från projektet visar att det är möjligt att arbeta med samspelsbehandling i grupp genom tolk. Denna uppfattning delas också med familjerna som får frågan i de utvärderingsintervjuer som har hållits efter behandlingsprogrammets avslutning. Förberedelserna är viktiga. Tolkens behöver vara väl införd i behandlingsprogrammets syfte. Samarbetet mellan behandlare och tolk är grundläggande för att behandlingen skall gå att genomföra. Behandlarna skall vara tydliga med syftet och med sina intentioner för interventionerna. Tolkens förmåga att befinna sig i ett sammanhang med både föräldrar och små barn och utföra sitt uppdrag utan att lämna tolkrollen är avgörande samt möjligheter att ta upp tolkens roll i gruppen för att klargöra eventuella missförstånd för föräldrarna.

Behandlingsprogrammets effekt

Att mäta effekter av behandlingens inverkan på anknytningsmönster mellan föräldrar – barn är

förknippat med många svårigheter. Genom det instrument vi har använt, EAS, har vi kunnat se att några dimensioner är förbättrade, inga är försämrade. Samtliga föräldrar och barn har nedsatta värden på samtliga dimensioner före behandling, vilket tyder på att en otrygg anknytning föreligger mellan föräldrar och barn. Efter behandling tyder mätningen på en viss förbättring avseende EAS dimensionerna sensitivitet, strukturering och icke-påträngande. För tabeller där EAS-resultat redovisas hänvisas till projektets slutrapport, Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade flyktingfamiljer, Brendler Lindqvist, M., Daud, A. & Hermansson Tham, J., *Research Report No 30*, Stockholm: Karolinska Institutet (2014). Materialet är litet och behandlingen har pågått under kort tid, cirka tre månader. En viktig effekt är att behandlingsprogrammet har väckt ett intresse hos föräldrarna för att förstå sina barn bättre och en önskan att lära sig mer om småbarns psykologi.

Diskussion

Efter många decenniers omfattande forskning om och kliniska erfarenheter av traumatiserade flyktingfamiljers påverkan på sina barn fann vi det angeläget att omsätta kunskaperna i praktiken och undersöka och utpröva ett anknytningsbaserat behandlingsprogram till denna målgrupp. Antalet föräldra-barnkonstellationer som genomgått programmet är få, men resultaten är ändå uppmuntrande. Vår förhoppning är att projektet skall inspirera andra som arbetar med föräldrar och små barn att vidareutveckla omhändertagandet och de stödjande insatserna för dessa flyktingfamiljer, så att barnen får en tryggare relation till sina föräldrar under de känsliga småbarnsåren.

Även andra metoder än de vi har använt, kan visa sig vara lämpliga, men formen, med både familjesamtal som engagerar bägge föräldrarna och gruppverksamhet för mödrar och barn, som upplevs som stödjande för den nyblivna modern, har vi funnit uppfyller många av de behov som familjerna uttryckt. Likaså att lägga ner ett grannlaga arbete på samarbetet med tolken har vi funnit nödvändigt.

De kulturella barriärer som kan finnas mellan behandlare i västerländsk kultur och familjer från icke-västerländsk kultur vore intressanta att ytter-

ligare utforska. Det kan till exempel gälla behandlars föreställningar om att arabiska fäder är mindre intresserade av sina små barn än västerländska fäder eller att förhållandet mellan arabiska föräldrar är mer ojämnt än mellan västerländska föräldrar som tillhör den västerländska kultursfären, föreställningar som måste utforskas för varje enskild familj.

För flyktingföräldrar med obearbetade trauman finns hög risk för att det lilla barnet utgör en trigger som väcker känslor hos föräldern som påminner om trauma från olika situationer. Det lilla barnet väcker starka känslor hos alla föräldrar och för den traumatiserade föräldern finns inte ett psykologiskt försvar som hjälper henne/honom att härberga barnets känslor. Istället överväldigas hon/han av *flash-backs* och återupplevande av minnen och plågsamma känslor från trauma. Ett litet barns känslouttryck är ofta den mest effektiva triggern för en traumatiserad förälder.

Programmet har visat att det är möjligt att genomföra en behandling till flyktingföräldrar med traumatiska upplevelser med hjälp av tolk och att en viss förbättring i relationen mellan förälder – barn har kunnat noteras vid mätning efter behandling. Dessutom har bägge föräldrarna engagerats i barnets omhändertagande, visat ett intresse för att lära sig mer och visat större förståelse för barnets behov.

Vi rekommenderar att föräldrar som sökt sin tillflykt till Sverige undan krig, tortyr och förföljelse, erbjuds extra stöd under barnets första levnadsår, för att öka möjligheten till en trygg anknytning och förebygga andra generationens traumatisering.

Referenser

- Almqvist, K., & Broberg, A. (1997). Silence and survival: Working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal of Child Psychotherapy*, 23;417-435.
- Almqvist, K. & Hwang, C. P. (1999). Iranian refugees in Sweden: Coping processes in children and their families. *Childhood*, 6, 167-188.
- Biringen, Z. (2008). The Emotional Availability (EA) Scales, 4th edition. <http://www.emotional-availability.com>.
- Biringen, Z. (2009). *The universal language of love: Assessing relationships through the science of emotional availability*. Boulder, CO: Emotional Avail-

ability.

- Brendler Lindqvist, M., Daud, A. & Hermansson Tham, J. (2012). Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade flyktingfamiljer, Anknytningsbaserad behandlingsmodell för spädbarn och flyktingföräldrar med PTSD, *Research Report No 28*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Brendler Lindqvist, M., Daud, A. & Hermansson Tham, J. (2013). Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade flyktingfamiljer, Effekten av ett anknytningsbaserat behandlingsprogram för spädbarn och småbarn till flyktingföräldrar med PTSD, *Research Report No 28*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Brendler Lindqvist, M., Daud, A. & Hermansson Tham, J. (2014). Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade flyktingfamiljer, Anknytningsbaserat behandlingsprogram för spädbarn och småbarn till flyktingföräldrar med PTSD, Slutrapport, *Research Report No 30*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Brendler Lindqvist, M. & Palm, T., (1989). *Psyko-terapeutiskt arbete med flyktingbarn och deras familjer*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Brendler Lindqvist, M., (2013), Tolkens roll i behandling med flyktingföräldrar och små barn, *Psykisk Hälsa*, nr 4/2013.
- Cederström, A., (2006). *Samspelsbehandling – små barn och deras föräldrar, en utvärdering av samverkans- och mellanvårdsprojektet Gungan*. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Daud, A. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder and resilience in children of traumatised parents: a transgenerational perspective. Stockholm: Karolinska Institutet.
- De Haene, L., Grietens, H., & Verschuere, K., (2010). Adult attachment in the context of refugee traumatization: the impact of mind regarding attachment. *Attachment & Human Development*, Vol. 12, No. 3, May 2010, 249-264.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
- Krystal H. & Niedreland W.G. (1968). Clinical observation on the survivor syndrome. In: H. Krystal (Ed.) *Massive Psychic Trauma*, pp. 327-348. New York, Int Universities Press.
- Lyons-Ruth, K., (2003). Dissociation and the par-

- ent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 51, No 3, pp 883-911.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: M.T. Greenberg, D., Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Montgomery, E., Krogh, Y., Jacobsen, A. & Lukman, B. (1992). Children of torture victims: Reactions and coping. *Child Abuse and Neglect*, 16, 797-805.
- Neander, K. (2009). *Indispensible interaction. Parent's perspectives on parent-child interaction interventions and beneficial meetings*. Örebro universitet.
- Neander, K. (2011). *Mötets magi – om samsjelsbehandling och vardagens välgörande möten*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Nyberg, E. (1989). *Psykioterapi över språkgränser – om samarbetet mellan psykoterapeut och tolk i behandlingsarbete med barnfamiljer*. Stockholms läns landsting.
- Punamäki, R.L., Quota, S., & El Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, SAGE Publications*, Vol 10(2):135-156.
- Sjölund, B., Kastrup, M., Montgomery, E., & Persson, A. (2009). Rehabilitating torture survivors. *J Rehabil. Med.* 2009;41:689-696.
- Svensson, G. (2012). *Mordförsök på tilliten*. Stockholm: Svenska Röda Korset.
- UNHCR (2011). *Kvalitet i svensk asylprövning*.
- Van Ee, E., Kleber, R., & Mooren, T. (2012). War Trauma Lingers On: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction and child development. *Infant Mental Health Journal*, doi: 10.1002/imhj.21324. Michigan Association for Infant Mental Health.
- Van Ee, E., (2013). *A new generation: How refugee trauma affects parenting and child development*. Amsterdam: Arq Psychotrauma Expert Group.
- Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 459-469.
- Wickberg, B. (1996). *Postnatal Depression*. Department of Psychology, Göteborg University.

Key words: refugee families, posttraumatic stress, infant, attachment, treatment program.

Abstrakt

Röda Korsets Center för torterade flyktingar startade år 2011 ett treårigt kliniskt pilotprojekt i syfte att utpröva och undersöka ett anknytningsbaserat behandlingsprogram för traumatiserade flyktingföräldrar och deras barn i åldrarna 6–24 månader. Projektet drivs i samarbete med Karolinska Institutet, Enheten för barn- och ungdomspsykiatri. Programmet består av psykopedagogiska familjesamtal, videofilmning och samsjelsbehandling i grupp. Utvärderingen har visat att programmet är uppskattat av föräldrarna, att deras intresse för att förstå sina barns reaktioner har ökat och att en förbättring har skett för vissa variabler i den känslomässiga tillgängligheten mellan föräldrar och barn.

Projektet är redovisat i tre delrapporter: "Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade flyktingfamiljer – Anknytningsbaserad behandlingsmodell för spädbarn och småbarn och flyktingföräldrar med PTSD", Brendler Lindqvist, M., Daud, A. & Hermansson Tham, J., *Research Report No 28, 29 och 30*, Stockholm: Karolinska Institutet (2012, 2013, 2014). Projektet är finansierat genom medel från Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Projektgruppen rekommenderar att flyktingfamiljer erbjuds extra stöd under barnets första levnadsår för att öka möjligheten till en trygg anknytning och därigenom förebygga andra generationens traumatisering.

Abstract

Red Cross Centre for Tortured Refugees in Stockholm, Sweden, started in 2011 a clinical research project in order to prevent second generation traumatization among children of tortured and war-traumatized parents with complex Post-traumatic Stress Disorder, PTSD. The project runs in co-operation with Karolinska Institutet, Child and Adolescent Psychiatric Unit. The aim of the project was

to explore and evaluate a treatment program based on attachment theory and trauma theory for refugee parents and infants, age 0-24 months.

Twelve refugee families from the Middle East with complex PTSD diagnosis have participated in the treatment program. The program is composed of psycho-educative family interventions, interplay therapy in a group setting and videotapes of parents and infant before and after treatment.

The result of the project shows that different cultural aspects were no obstacles for the families to participate in the treatment program and that it was possible to carry out the treatment program with help of an interpreter. The families appreciated the program and expressed a deeper understanding for their children's emotional needs. The measurements of the relationship between parents and children show a certain degree of improvement after the treatment.

Projektet har genomförts av artikelförfattarna:

Monica Brendler Lindqvist, socionom, leg. psykoterapeut, verksamhetschef på Röda Korsets Center för torterade flyktingar.

Atia Daud, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, MD, Karolinska Institutet, Enheten för barn- och ungdomspsykiatri.

Johanna Hermansson Tham, barnpsykiatriker, leg. psykoterapeut, Röda Korsets Center för torterade flyktingar.

Samtliga har sedan tidigare lång erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete med flyktingbarn och familjer inom barn- och ungdomspsykiatrin.

monica.brendler@redcross.se

atia.daud@ki.se

johanna.hermansson@redcross.se