



## **DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

*Prevalens, korrelater og behandling av PTSD hos enslige mindreårige  
flyktningbarn fra Afghanistan.*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Sigrid Karine Belt**

Vår 2022

Hovedveileder: Rune Aune Mentzoni

Biveileder: Valeria Markova

## Forord

Gjennom studiet har jeg hatt en stor interesse for barns psykiske helse. Dagens mediebilde presenterer en brutal verden hvor mange er tvunget bort fra hjemmene sine på grunn av umulige forhold i hjemlandet sitt. Utformingen av oppgaven ble til etter den vanskelige situasjonen i Afghanistan fant sted høsten 2021. Muligheten til å få rette søkelyset på enslige mindreårige flyktningbarn som kommer fra Afghanistan har vært svært spennende og lærerikt. Håpet er at funnene i denne oppgaven kan være med å belyse nye perspektiver i den allerede eksisterende forskningen på feltet, og hjelpe meg som fremtidig kliniker hos utsatte flyktningbarn i Norge.

Jeg vil rette en stor takk til mine to dyktige og kunnskapsrike veiledere, Rune Aune Mentzoni og Valeria Markova. Tusen takk for klare, gode og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele arbeidsprosessen. Dette har vært til stor hjelp og som jeg tror vil kunne styrke fremtidig arbeid.

En stor takk til Dag-Askild Bleka for språklig veiledning og et godt ytre blikk på oppgaven.

Jeg vil også takke min gode og omsorgsfulle familie som har støttet meg gjennom hele studiet og vært tidenes heiagjeng fra start til slutt.

Bergen, 19.05.22

## Abstract

The number of refugees in the world is 82.4 million people, where 10 million are from Afghanistan. The last 40 years in Afghanistan has been affected by conflict, natural disasters, chronic poverty, and uncertainty regarding food. Afghanistan has for a long time been the country where people flee the most. I developed a systematic search in two databases. I then screened the result from my search and identified relevant studies in the field. I assessed risk of bias. I included 22 articles. The prevalence for the investigated PTSD among EMF (unaccompanied refugee minors) varied widely among the studies. Those who screened positive for PTSD were between 34.3 %–7.6 % (30.5 %–82.8 % international estimate). The refugee minors were screened with multiple screening instruments, for instance RATS and CRIES. EMF that scored over cut-off for PTSD, correlated with poorer sleep, higher alcohol and drug abuse and increased guilt and shame. All three forms of treatment that reduced PTSD with EMF, were TF-CBT, “Mein Weg” and short-term, multimodal trauma-focused treatment. Several countries of origin in addition to Afghanistan were represented in most of the studies, and only three did a country-specific analysis. The findings of the studies, show that EMFs are a vulnerable group and have a greater prevalence of PTSD than accompanied refugee minors. EMFs that scored for PTSD are also more prone to correlates for PTSD and need treatment that works for both the disorder and this specific group of children. At the same time, the thesis provides an indication that future studies should do further research at EMF from Afghanistan specifically to illuminate what is deficient.

*Keywords:* unaccompanied refugee minor, posttraumatic stress disorder, Afghanistan, correlates, treatment, systematic review

## Sammendrag

Det er 82,4 millioner flyktninger i verden, hvor 10 millioner er afghanere. De siste 40 årene i Afghanistan har vært preget av konflikt, naturkatastrofer, kronisk fattigdom og usikker tilgang til mat. Afghanistan har lenge vært det landet flest mennesker flykter ifra. Jeg utviklet et systematisk søk på to databaser. Deretter screenet jeg resultatet fra søket og identifiserte relevante studier på feltet. Det ble gjennomgått risiko for bias. Jeg inkluderte 22 artikler. Prevalens for undersøkt PTSD hos EMF (enslige mindreårige flyktningbarn) fra Afghanistan varierte veldig blant studiene. De som screenet positiv for PTSD var mellom 34,3 % og 76,6 % (mellom 30,5 % og 82,8 % ved internasjonalt estimat). Flyktningbarna ble screenet med ulike screeninginstrument, blant annet RATS og CRIES. EMF som skåret over cut-off for PTSD, korrelerte med dårligere søvn, høyere alkohol- og stoffmisbruk og økt skyld og skam. Alle tre behandlingsformene TF-CBT, "Mein Weg" og korttids multimodal traumefokusert terapi viste seg å redusere PTSD hos EMF. Flere opprinnelsesland i tillegg til Afghanistan er representert i de fleste studiene, og bare tre av studiene gjorde en landspesifikk analyse. Studiens funn viser at EMF er en sårbar gruppe og har større prevalens for PTSD enn de med følge. EMF som skårer for PTSD er også mer utsatt for korrelater til PTSD og trenger behandling som fungerer for både lidelsen og denne spesifikke gruppen barn. Samtidig gir oppgaven en indikasjon på at fremtidige studier bør forske videre på EMF fra Afghanistan spesifikt, da det trengs mer forskning på dette for å belyse det som er mangelfullt.

*Nøkkelord:* enslig mindreårig flyktningbarn, posttraumatisk stresslidelse, Afghanistan, korrelater, behandling, litteraturgjennomgang

## Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>III</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 FLYKTNINGER – DEFINISJON AV BEGREP OG BAKGRUNN .....	2
1.1.1 <i>EMF som asylsøker</i> .....	3
1.1.2 <i>EMF som overføringsflyktning</i> .....	4
1.1.3 <i>Hvordan ser veien til redningen ut?</i> .....	5
1.2 HVA DRIVER MENNESKER PÅ FLUKT – I AFGHANISTAN? .....	7
1.2.1 <i>Tørke og flom</i> .....	7
1.2.2 <i>Krig</i> .....	8
1.2.3 <i>Økonomi</i> .....	8
1.2.4 <i>Forfølgelse</i> .....	9
1.2.5 <i>Kvinner i Afghanistan</i> .....	10
1.2.6 <i>Helsearbeid – kulturforskjeller</i> .....	10
1.3 BARN PÅ FLUKT .....	11
1.4 HVORDAN PÅVIRKES PSYKEN MED BELASTNINGER OVER TID? .....	13
1.5 PTSD .....	14
1.5.1 <i>Korrelater til PTSD</i> .....	16
1.5.2 <i>Hvorfor utvikler noen PTSD og andre ikke?</i> .....	16
1.5.3 <i>Behandling av PTSD</i> .....	19
1.6 OPPGAVENS FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER .....	20
<b>2 METODE</b> .....	<b>21</b>
2.1 KVALIFISERINGSKRITERIER .....	21
2.2 STRATEGI FOR LITTERATURSØK .....	21
2.3 UTVALG AV STUDIER .....	22
2.4 RISIKO FOR BIAS-VURDERING AV UTVALGTE STUDIER .....	22
<b>3 RESULTAT</b> .....	<b>22</b>
3.1 RESULTAT AV SØKESTRATEGI .....	22
3.2 BESKRIVELSE AV INKLUDERTE STUDIER .....	23
3.3 LANDSPESIFIKK ANALYSE .....	24
3.4 UTBREDELSE AV PTSD HOS ENSLIGE MINDREÅRIGE FLYKTNINGBARN .....	25
3.4.1 <i>EMF vs. de med følge</i> .....	26
3.4.2 <i>EMF med og uten kontakt med familie</i> .....	26
3.4.3 <i>EMF vs. fosterhjem</i> .....	27
3.4.4 <i>Godkjent vs. ikke godkjent asylsøknad</i> .....	28
3.4.5 <i>Overrepresentasjon av gutter</i> .....	28
3.4.6 <i>Oppfølgingsstudie</i> .....	29
3.5 KORRELATER HOS ENSLIGE MINDREÅRIGE FLYKTNINGBARN MED PTSD .....	29
3.5.1 <i>Søvn</i> .....	29
3.5.2 <i>Skyld og skam</i> .....	30
3.5.3 <i>Alkohol- og stoffmisbruk</i> .....	31
3.6 INTERVENSJON/BEHANDLING HOS ENSLIGE MINDREÅRIGE FLYKTNINGBARN MED PTSD .....	32
3.6.1 <i>TF-CBT</i> .....	32
3.6.2 <i>“Mein Weg”</i> .....	33
3.6.3 <i>Korttids multimodal traumefokusert terapi</i> .....	34
<b>4 DISKUSJON</b> .....	<b>35</b>
4.1 PREVALENS FOR PTSD .....	36
4.2 KORRELATER – ET FRAGMENTERT FORSKNINGSFELT .....	37
4.3 ULIKE BEHANDLINGER .....	38

4.4	DELTAKERE I STUDIEN .....	39
4.5	EMF VS. DE MED FØLGE.....	40
4.6	ULIK SCREENING .....	41
4.7	OVERREPRESENTASJON AV GUTTER.....	41
4.8	EMOSJONELT STRESS VS. PTSD I STUDIENE .....	43
4.9	PTSS VS. PTSD.....	43
4.10	BEGRENSNINGER .....	44
<b>5</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>48</b>

## 1 Innledning

Da Joe Biden, presidenten i USA, besluttet å fase ut den militære styrken i Afghanistan og trekke ut amerikanske soldater høsten 2021 etter en 20 år lang krig, tok opprørsgruppen Taliban over makten i landet (FN-Sambandet, 2022b). Som følge av mye kaos ble det iverksatt en evakuering av internasjonale styrker og sivile, og mange afghanere måtte flykte (FN-Sambandet, 2022b). I forbindelse med Talibans overtakelse ble det til sammen evakuert 1100 mennesker til Norge, hvorav 860 var afghanere (Bistandsaktuelt, 2021). 676 afghanere fikk status som kvoteflyktninger, og 28 av disse var barn uten foreldre (Bistandsaktuelt, 2021).

Ved inngangen til 2021 ble det på verdensbasis registrert 82,4 millioner mennesker på flukt, og bare i Afghanistan har så mange som 10 millioner måttet flykte. Ca. halvparten av disse er eksternt fordrevne (Ireland, 2021; Vårt Land, 2022). 240 239 mennesker med flyktningbakgrunn var bosatt i Norge i begynnelsen av 2021, og det utgjør 4,5 % av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2021). Blant disse hadde 174 498 fått innvilget status som primærflyktninger med reelle beskyttelsesbehov. De resterende er mennesker som har kommet til Norge gjennom familiegjenforening eller familieutvidelse. I 2021 mottok Norge 1656 asylsøkere (UDI, u.å.b). Dette er en økning fra de to siste årene. I 2020 kom det 1386 søknader, noe som var en nedgang på 40 % fra 2019, da det kom 2305 asylsøkere. Antall asylsøkere til Norge varierer fra år til år, men UDI (u.å.b) oppgir at de strenge reglene for å passere landegrenser som følge av pandemien kan være en årsak til nedgangen. Blant asylsøkerne er det forventet at mellom 130 og 200 enslige mindreårige flyktningbarn kommer hvert år. For enslige mindreårige flyktningbarn (EMF) skiller asylprosessen seg fra de voksne og fra den som gjelder for barn med følge av foreldre. EMF som søker asyl, får oppnevnt en egen representant før registreringen hos Politiets utlendingsenhet (Bufdir, 2021). Denne representanten skal være i foreldrenes sted og ivareta barnets rettigheter i Norge, både



juridisk og økonomisk (Bufdir, 2021). I perioden mellom 1996 og 2018 fikk 9943 EMF opphold i Norge. 7000 av disse ble registrert de siste 10 årene (Kirkeberg & Lunde, 2020). Siden 1996 har 46 % av EMF kommet fra Afghanistan, deretter følger de med bakgrunn fra Eritrea (15 %), Somalia (12 %) og Syria (6 %) (Kirkeberg & Lunde, 2020).

Det er mange flyktninger i verden som har hatt en krevende pre- og post-migrasjonsprosess. Dette kan påvirke deres psykiske helse. Norge har tatt imot mange flyktninger, hvor majoriteten er fra Afghanistan. EMF er en spesielt sårbar gruppe. På bakgrunn av dette skal innledningen fokusere på hva vi vet om migrasjon og helse hos EMF fra Afghanistan ved å se på følgende temaer: 1) Definisjon av begrep og flyktingenes bakgrunn, og hvordan prosessen for å søke om beskyttelse er, 2) se på hva som driver mennesker på flukt, 3) se på hva stress har å si for de som flykter, og 4) hvordan posttraumatisk stresslidelse (PTSD) påvirker EMF.

Da det er mangel på forskning om EMF, er materialet i innledningen blant annet hentet fra rapporter og organisasjoners nettsider.

## **1.1 Flyktninger – definisjon av begrep og bakgrunn**

Definisjonen på en flyktning er en person som ikke får beskyttelse i hjemlandet sitt og risikerer forfølgelse, enten fra familiemedlem, regjering eller militsgruppe, på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politiske meninger eller at man er medlem i en sosial gruppe (FN-Sambandet, 2022a). Det skilles mellom interne og eksterne flyktninger. Interne flyktninger er de som blir fordrevet i eget land, eksterne flyktninger er de som krysser landegrensen (FN-Sambandet, 2022a).

Flyktningkonvensjonen ble utarbeidet etter andre verdenskrig for å ha et system som definerer hvem som regnes som flyktninger og hvilke rettigheter de har, noe alle land skulle forplikte seg til å følge (FN-Sambandet, 2020b). Denne ble vedtatt 28. juli 1951 og trådte i kraft 22. april 1954 (FN-Sambandet, 2020b). I FNs verdenserklæring for menneskerettigheter

(2020b), artikkel 14 står det: “Enhver har rett til i andre land å søke og ta imot beskyttelse mot forfølgelse”. I fortsettelsen vil flyktning-begrepet brukes om de eksterne flyktningene.

### 1.1.1 EMF som asylsøker

Det er to måter man kan få status som flyktning på, enten som asylsøker eller som kvoteflyktning, også kalt overføringsflyktning (FN-Sambandet, 2020b). Asylsøker er en som ankommer et land helt på egenhånd, og som har skrevet under på flyktningkonvensjonen (FN-Sambandet, 2020b). Vanlige reiseruter blir ofte kontrollert av de du flykter fra eller flykter til. Menneskesmuglere er da ofte eneste utvei for å komme seg i sikkerhet, ved kjøp av falske reisedokument eller andre tjenester (Christophersen, u.å.; FN-Sambandet, 2020b).

Det tar ofte lang tid før man vet om man får bli i ankomstlandet eller ikke. Utlendingsdirektoratet (UDI) henviser til ulike ventetider. Generelle asylsøkere får svar på søknaden innen 21 dager etter at de søkte, mens noen må vente lenger. Barn under 18 år som søker asyl uten foreldre, kan risikere å vente opp til seks måneder fra de søker til de blir kalt inn til intervju, og deretter må de vente på at saken skal bli ferdigbehandlet (Utlendingsdirektoratet [UDI], u.å.a). Vurderingen av søknaden påvirkes av hvordan myndighetene tolker FNs flyktningkonvensjon, og om man klarer å overbevise myndighetene om at man trenger beskyttelse fra hjemlandet sitt. Enten får man godkjent søknaden, eller så får man avslag og blir returnert til hjemlandet (FN-Sambandet, 2020b). Dersom asylsøknaden blir avslått i Norge, har søker rett til å klage på avslaget og bli tildelt en advokat (Neumayer et al., 2006). Klagen sendes til UDI, som vurderer om det har kommet frem nye opplysninger som gjør at de vil ombestemme seg og innvilge søknaden allikevel, noe som sjelden skjer (Neumayer et al., 2006). To frister blir gitt, en utreisefrist og en klagefrist. Noen ganger er utreisefristen kortere enn klagefristen, og det er ingen selvfølge at man får oppholde seg i Norge mens klagen behandles (Neumayer et al., 2006). Prosessen for flyktninger som søker

beskyttelse, kan være lang og usikker. Dette er viktig å belyse for å se på ulike aspekter for hva som kan påvirke den psykiske helsen til flyktninger, også hos EMF.

Etter mange år i Norge kan innvandrere med lovlig opphold bli varslet om at de kanskje ikke kan få bo i landet lenger (Brekke et al., 2019). Det er to grupper som kan få et sånt varsel. Noen har oppholdstillatelse eller statsborgerskap som myndighetene mistenker har blitt innvilget på feil grunnlag, enten ved juks eller at det er gitt mangelfulle opplysninger. Eller så gjelder det de som har fått flyktningstatus, og at myndighetene vurderer at det nå er trygt i hjemlandet til flyktningene og at de derfor kan sendes hjem igjen (Brekke et al., 2019). Brekke et al. (2019) undersøkte flyktninger som risikerte å bli sendt tilbake til hjemlandet sitt, Afghanistan og Somalia. Noen prøvde å fortsette hverdagslivet som normalt etter en sann varslings, men noen klarte ikke dette. For disse stoppet livet opp på grunn av usikkerheten om fremtiden. Barn som da kanskje hadde bodd hele livet i Norge, kunne risikere å bli sendt til hjemlandet sitt, avhengig av hvordan det gikk med foreldrenes prosess (Brekke et al., 2019). Informantene i rapporten fortalte at den usikre prosessen påvirket integrering negativt, og at det oppsto usikkerhet og angst blant venner, familie og fellesskapet i samfunnet rundt vedkommende (Brekke et al., 2019).

### **1.1.2 EMF som overføringsflyktning**

En annen måte å få status som flyktning på er å oppsøke FN, for eksempel i et naboland, og søke dem om flyktningstatus (FN-Sambandet, 2020b). Dersom FN mener man har behov for beskyttelse og ikke er trygg der man er nå, kan man bli valgt ut som overføringsflyktning. Deretter må man vente til FN har funnet et land som er villig til å ta imot deg (FN-Sambandet, 2020b). I Norge var det en årlig kvote på 1000 overføringsflyktninger på begynnelsen av 1900-tallet, men dette har i perioden 2015–2019 økt til 2700 (Kulasingam et al., 2021). Denne kvoten blir fastsatt av Stortinget etter forslag fra regjeringen (Neumayer et al., 2006). På slutten av 1990-tallet var afghanske flyktninger den

dominerende gruppen i Norge, slik de også var på verdensbasis (Kulasingam et al., 2021).

Mellom 2009 og 2016 tok Norge imot ca. 100 afghanske overføringsflyktninger hvert år, og i 2021 var det registrert totalt 2300 gjenbosatte flyktninger fra Afghanistan (Kulasingam et al., 2021).

Før overføringsflyktningene ankommer Norge, går de gjennom et fire dagers kurs om Norge og norske forhold, og ved ankomst til Norge blir de bosatt direkte i norske kommuner uten opphold i asylmottak (Neumayer et al., 2006). Målet er at alle overføringsflyktninger skal være bosatt i en kommune senest seks måneder etter innvilgelse (Neumayer et al., 2006).

Det mangler tall på hvor mange EMF som er overføringsflyktninger, men man kan anta at EMF er representert i de generelle tallene i denne seksjonen.

### **1.1.3 Hvordan ser veien til redningen ut?**

Selv om det er en menneskerett å søke asyl, er det få trygge og lovlige fremgangsmåter (Christopher, u.å.). Det er visumplikt i Norge og andre Schengen-land for statsborgere fra de fleste land som mennesker flykter fra, noe som betyr at du må ha søkt om og fått visum før du kan reise dit (Christopher, u.å.).

UDI i Norge kategoriserer noen land som “røde grupper”, blant annet Syria og Afghanistan. Dette betyr at de som kommer fra disse landene, har liten sannsynlighet for å reise tilbake til hjemlandet sitt. De har dermed behov for beskyttelse, men ikke rett på visum (Christophersen, u.å.). Det som gjør det vanskelig for “røde grupper” å komme til Norge, er at man trenger visum for å reise, noe denne gruppen ikke får hos den norske ambassaden. Dermed har man som flyktning ingen muligheter til å reise med gyldige papirer for å søke om asyl i Europa (Christophersen, u.å.). Flyktninger står da igjen med to alternativer. Man kan enten kjøpe falske reisedokumenter fra en menneskesmugler og reise med ordinære transportmidler til Europa, noe som er veldig kostbart, eller man kan ta seg inn i Europa utenom lovlige grenseposter ved kjøp av tjenester fra menneskesmuglere, som er noe billigere

(Christophersen, u.å.). Menneskesmuglere er med andre ord viktige for at flyktingene skal komme seg i sikkerhet. Det tryggeste alternativet er enten å reise som overføringsflyktning, eller å søke om familiegjenforening for den som har klart å komme seg til Norge

(Christophersen, u.å.).

Fluktveien er ikke smertefri. Risikoen man utsetter seg for, er veldig høy. Mer enn 3000 personer mistet livet i 2017 under forsøk på å krysse Middelhavet for å komme til Europa. I tillegg døde mange andre som ble smuglet i lastebiler og containerskip (Christophersen, u.å.). Mange lever under slaveforhold og blir utnyttet og presset for penger av menneskesmuglere før de slipper dem videre på veien (Christophersen, u.å.).

I de landene hvor grensene blir stengt på grunn av store flyktningsstrømmer, blir menneskene sendt til oppsamlingscenter hvor de ofte blir utsatt for grove overgrep (Christophersen, u.å.).

EMF er en sårbar gruppe. I tillegg er deres vei til Norge vanskelig. Denne veien forverres av asylprosessen, som kan ta lang tid og være belastende. Samlet er dette risikofaktorer som potensielt kan påvirke EMFs psykiske helse og behandlingsmuligheter. Så lenge de er i en uavklart situasjon og venter på at asylsøknaden skal behandles, kan de ha begrenset tilgang til eksempelvis spesialisthelsetjeneste. I tillegg kan hjelpen de får, preges av avbrudd på grunn av at EMF må flytte til et nytt mottak eller bosettes i en annen kommune, eller de risikerer å bli sendt tilbake til Afghanistan eller skal til et annet land.

EMF som flykter, uavhengig av land, er eksponert for ulike typer stress både før og etter flukten, som for eksempel at man er tvunget til å flykte fra landet man kommer fra på grunn av krig (van Es et al., 2021). Etter at man er kommet til et land og skal søke om beskyttelse, fortsetter som regel EMF å ha det vanskelig. De kan streve med utfordringer knyttet til gjenbosetting i et nytt og fremmed miljø, hvor de utsettes for diskriminering, isolering og kjenner på usikkerhet med tanke på familien. Dette gjør at EMF som kommer fra

land preget av vanskeligheter, kan streve med den mentale helsen både før og etter migrasjon (van Es et al., 2021).

## **1.2 Hva driver mennesker på flukt – i Afghanistan?**

Afghanere som kommer til Norge, representerer flere ulike kulturelle grupper som kan være ganske forskjellige fra hverandre. I Afghanistan brukes ulike språk (Dari og Pashto), folket bekjenner seg til ulike religioner (sunni- og sjiamuslimer og kristne), og kvinnesynet kan se ulikt ut hos de som bor i byene sammenlignet med de som bor på bygda (Laros et al., 2022; Askeland, 2022; Hertzberg, 2006; Dælen, 2021). En av de etniske minoritene i Afghanistan er Harazarene, som er sjiamuslimer (Dælen, 2021).

De siste 40 årene i Afghanistan har vært preget av krig, konflikt, forfølgelse, naturkatastrofer, kronisk fattigdom og usikkerhet knyttet til tilgang på mat, noe som har ført til at Afghanistan er et av de landene som har størst antall flyktninger i hele verden (UNHCR, u.å.). Noen av årsakene til at mennesker blir drevet på flukt, er politiske, men samtidig har det på individnivå et humanitært aspekt som handler om å gi mennesker beskyttelse (Berg, 2016).

Forskning på EMF er begrenset, men det kan tenkes at generell kunnskap om hva afghanske flyktninger blir påvirket av, også vil gjelde EMF.

### **1.2.1 Tørke og flom**

Afghanistan har de siste fire årene vært hardt rammet av to tørkeperioder. 30 % av befolkningen, som tilsvarer 12 millioner mennesker, har hatt behov for hjelp til å skaffe seg mat (Røde kors, u.å.). Landet har også opplevd flom, hvor hus har blitt skylt vekk, mennesker har omkommet og tusenvis har blitt fordrevet fra hjemmene sine (Flyktninghjelpen, 2019). Ekstremvær og endringer i klima er en ekstra byrde for folket i Afghanistan, da landet har vært preget av konflikt i lang tid (Flyktninghjelpen, 2019).

### 1.2.2 Krig

Første gang Taliban tok kontroll over Kabul og regjeringsmakten var i 1996 (FN-Sambandet, 2022b). Taliban tillot på den tiden terrororganisasjonen al-Qaida å etablere sin hovedbase i Afghanistan (FN-Sambandet, 2022b). USA var islamistenes verste fiende, og al-Qaida gjennomførte flere terrorangrep mot dem i årene som fulgte, deriblant angrepet på World Trade Center 11. september i 2001 (FN-Sambandet, 2022b). USA gikk da inn med militære styrker i Afghanistan 7. oktober 2001, noe som de selv mente var i tråd med folkerettens prinsipp om rett til selvforsvar. Det at al-Qaida befant seg i Afghanistan, ble den utløsende årsaken til konflikten i landet – en konflikt som skulle vare i 20 år (FN-Sambandet, 2022b). Selv om Taliban-regimet falt da USAs invaderte landet, klarte Taliban å få kontroll da USA trakk seg ut igjen (FN-Sambandet, 2022b).

### 1.2.3 Økonomi

Da Taliban tok over Kabul, ble mye av den internasjonale støtten fryst, både til universiteter, forskning og lønninger til statsansatte, som lærere og helsepersonell (Dæhlen, 2021). Over 70 % av budsjettet til den tidligere regjeringen ble finansiert av internasjonale bidrag som skulle gå til helsetjenester, skoler og vedlikehold av veier og annen infrastruktur. Denne støtten ble nå stanset (Røde kors, u.å.). Når midlene som skulle gå til afghanere flest ikke kommer, gir det stor bekymring for en enda større humanitær katastrofe i landet (Røde kors, u.å.). Grunnen til at vestlige internasjonale midler har blitt fryst, er at man vil sikre at visse krav innfris i Afghanistan (Merchant & Nyborg, 2021). Kravene er blant annet at landet skal være fritt for internasjonal terrorisme, menneskerettighetene skal respekteres, spesielt for kvinner, det skal være fri adgang for humanitært arbeid, og de som ønsker og har behov for det, skal få forlate landet (Merchant & Nyborg, 2021). Siden Taliban angivelig skal ha endret styreform etter forrige gang de satt med makten, har vestlige givere gradvis firt på kravene sine på grunn av den humanitære krisen som har utviklet seg de siste årene. På denne måten

skåner de sivile fra sult (Merchant & Nyborg, 2021). Håpet er at dette også kan skape tillit mellom Afghanistan og verden (Merchant & Nyborg, 2021).

#### **1.2.4 Forfølgelse**

Afghanske forskere som undersøker temaer som er kontroversielle for Taliban, som menneskerettighetsbrudd og kvinners rettigheter, risikerer å bli forfulgt (Dæhlen, 2021). Er man i tillegg tilknyttet en institusjon med vestlig støtte, er det fare for å bli angrepet eller truet. Er man en del av en etnisk minoritet, f.eks. hazarene, som er sjiamuslimer, er man også svært utsatt for forfølgelse. Har man del i alt dette på samme tid, er man ekstra utsatt (Dæhlen, 2021).

Over 360 millioner kristne i verden lider under stor forfølgelse og diskriminering for sin tro (Askeland, 2022). World Watch List [WWL] inneholder 50 land og ble laget første gang for 30 år siden for å ha oversikt over hvor det er mest krevende for kristne å bo. I 2021 kom Afghanistan øverst på denne listen, hvor Nord-Korea har vært i flere år (Askeland, 2022). Rapporten til WWL viser at kristne menn mest sannsynlig vil bli drept dersom troen deres blir oppdaget. Kvinner og barn vil kunne unnsnippe døden, men kan bli giftet bort til unge talibansoldater eller bli voldtatt og deretter utsatt for menneskehandel (Askeland, 2022). Da Taliban tok over styringen av landet, fikk de tilgang til filer og rapporter som hjalp dem å identifisere kristne, og de søker nå aktivt etter denne gruppen ved for eksempel å gå fra dør til dør (Askeland, 2022). Flere i den kristne populasjonen har flyktet til andre regioner av landet eller til flyktningleirer i nabolandene (Askeland, 2022). Tre av nabolandene til Afghanistan er Pakistan, Iran og Tadsjikistan. På WWL er Pakistan nr. 8, Iran nr. 9 og Tadsjikistan nr. 45 (Askeland, 2022). De som flykter fra Afghanistan, får det ikke nødvendigvis enklere ved å flykte til nabolandene, da de risikerer å enten bli sendt tilbake til hjemlandet eller å leve under vanskelige forhold der de kommer. I 2021 har over 750 000 afghanske migranter returnert til



Afghanistan fra Iran og Pakistan. Majoriteten av disse er deportert fra Iran, og er dermed blitt flyktninger i eget land (Røde kors, u.å.).

I 2015 kom det flest enslige mindreårige gutter mellom 11 og 14 år til Norge. Majoriteten av disse kom fra land med muslimsk bakgrunn, som Afghanistan og Syria, og noen med kristen bakgrunn, blant annet fra Afrikas horn (Hammerstad, 2015). På bakgrunn av dette, blir det lagt vekt på at de barna som kommer i fosterfamilie, blir møtt med respekt og blir vist forståelse i møte med religion, og at det er en fordel om fosterforeldre har en interesse for religion og kultur. Respekt og hensyn til barnets religion er en generell regel som skal ivaretas av fosterforeldre (Hammerstad, 2015).

### **1.2.5 Kvinner i Afghanistan**

Afghanistan er et av de mest kjønnsdelte samfunnene i verden (Hertzberg 2006). Det kvinner får lov til i det offentlige rom, er svært begrenset. Spesielt på landsbygda skal kvinnene gjøre sine plikter hjemme (Hertzberg, 2006). Gifte kvinner må ha tillatelse fra mannen og svigermoren for å være yrkesaktiv og for å delta i samtalegrupper om psykiske problemer (Hertzberg, 2006). Etter at Taliban tok over makten i 2021, frykter mange at jenter og kvinner ikke vil ha de rettighetene de har hatt den siste tiden, blant annet å få gå på skole (Bistandsaktuelt, 2022; FN-Sambandet, 2022b).

### **1.2.6 Helsearbeid – kulturforskjeller**

Grunnet langvarig konflikt har Afghanistan opplevd vedvarende ustabilitet som har preget landets infrastruktur (Leger Uten Grenser, 2022). Mødre- og spedbarnsdødeligheten er høy i dette landet (Vik, 2014). I 2011 ble det registrert at kvinner i Afghanistan har størst sannsynlighet for å dø som følge av komplikasjoner knyttet til svangerskap og fødsel sammenlignet med andre land (Jentoft et al., 2011).

Sigrid Dannheim Vik (2014), som jobbet som barnelege i Afghanistan for Leger Uten Grenser, forteller at mødrene viste liten interesse for det nyfødte barnet rett etter fødselen, og

at det var påfallende at mødrene ikke ville ha barnet tett på – hud mot hud. Dette var nok en forsvarsmekanisme for ikke å binde seg til barnet for tidlig, da det heftet stor usikkerhet ved om barnet ville overleve eller ikke (Vik, 2014). Leger Uten Grenser (2022) rapporterer også i år om høy mor- og spedbarnsdødelighet i Afghanistan. Dette er fortsatt et problem, da de har begrenset tilgang på helsehjelp, spesielt utenfor byene (Leger Uten Grenser, 2022). Dette tyder på at det fortsatt mangler kunnskap og kvalifisert helsepersonell 11 år senere.

Kampene mellom afghanske styrker og Taliban, som økte mai 2021, ble et hinder for folks tilgang på medisinsk behandling, og det er fremdeles stort behov for helsehjelp, da helsevesenet er under stort press (Leger Uten Grenser, 2022). Leger Uten Grenser startet sitt arbeid i Afghanistan for første gang i 1980 og hjelper blant annet underernærte barn som følge av tørke og økonomiske problemer, de vaksinerer og gir akutt helsehjelp (Leger Uten Grenser, 2022).

For de som trenger behandling av psykiske lidelser, er dette mangelfullt (Hertzberg, 2006). Metodene som blir benyttet, kan både være brutale og inhumane, og være basert på religiøs overtro og ritualer. I en undersøkelse gjort i Jalalabad-området i Afghanistan, rapporterer seks av ti kvinner at de strever med depresjon, og åtte av ti har angst (Hertzberg, 2006). Hos menn er tallene mye lavere. I samme område ble det undersøkt for PTSD hos kvinner og menn ved selvrapporteringsskjemaet HSCL-25. Av de som skåret over cut-off for PTSD, var 7 % menn og 32 % kvinner. For å forebygge psykisk helse i Afghanistan, ble det gitt opplæring til blant annet afghansk helsepersonell. Etter to års oppfølging, viste det seg at en større gruppe pasienter fikk diagnoser tidligere enn før (Hertzberg, 2006).

### **1.3 Barn på flukt**

Over 80 millioner mennesker er på flukt i verden, og halvparten av disse er barn fra null til 18 år (Flyktningshjelpen, u.å.). Barn på flukt er i en sårbar situasjon (Berg, 2016). Det er ikke uvanlig at noen barn blant annet har vært vitne til at deres mor blir voldtatt og skadet av

opptil flere menn. Andre kan ha sett et familiemedlem få hodet kappet av, de har måttet selge kroppen sin for overnatting, blitt voldtatt, og sett venner drukne (Brubakk, 2021). I tillegg opplever mange å ha blitt skilt fra foreldrene sine eller andre omsorgspersoner under flukten og må fortsette alene (Flyktninghjelpen, u.å.; Watters, 2008). Barn og ungdom som kommer til et land uten følge av foreldre eller andre voksne med foreldreansvar, blir regnet som EMF (IMDI, u.å.). Det er flest enslige mindreårige gutter som flykter, de er oftest mellom 11 og 15 år og har muslimsk bakgrunn (Keles et al., 2016; Dagen, 2015).

UNICEF (u.å.) forteller at barn som har vært på flukt, oftere sliter med dårlig psykisk helse enn andre barn generelt. På tross av dette, får ikke EMF som kommer til Norge like godt omsorgstilbud som det barn fra Norge uten omsorgspersoner får. Noe av det arbeidet UNICEF gjør, er å styrke omsorgssituasjonen til barn som søker asyl i Norge (UNICEF, u.å.). Barn mellom 15 og 18 år som kommer til Norge for å søke om beskyttelse, får tilbud om å bo på asylmottak for enslige mindreårige i regi av Utlendingsdirektoratet (UDI) (IMDI, u.å.). Barn som er under 15 år, får i regi av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) tilbud om plass på et omsorgssenter for mindreårige (IMDI, u.å.). Forskning viser at EMF er den gruppen som er mest sårbar og er regnet som en høyrisiko-gruppe (Bronstein et al., 2012). Denne gruppen trenger dermed ekstra god oppfølging, da de har høyere risiko for å utvikle PTSD, depresjon og angst enn de som kommer med følge (Kien et al., 2019).

Majoriteten av EMF som flykter har opplevd at minst én forelder har dødd (Unterhitzberger et al., 2019). En viktig beskyttende faktor for barn som er på flukt, er støtten og tilstedeværelsen fra foreldre, enten at barna har sosial støtte fysisk eller er i kontakt med familien på andre måter (Oppedal & Idsoe, 2015, s. 7). Barn som flykter alene, har ikke samme støtte som barn som flykter med familie har. De har ingen omsorgspersoner som kan beskytte dem og regulere dem når de opplever vanskelige situasjoner. Barn som har blitt utsatt for mange traumatiske hendelser, og dermed har risiko for å utvikle PTSD, kan streve med

reguleringsvansker siden uforutsigbarhet kan ta dem ut av toleransevinduet (Brubakk, 2016). Toleransevinduet er et begrep som brukes om spennet av aktivering som er optimalt for et menneske, som er verken for høyt eller for lavt (Nordanger & Braarud, 2014). Er man i denne sonen, har man best forutsetninger for å lære og være oppmerksom i situasjoner og relasjoner (Nordanger & Braarud, 2014). Er man utenfor toleransevinduet, skjer det enten en hyperaktivering (over toleransegrensen) eller en hypoaktivering (under toleransegrensen). Er man over grensen, uttrykkes dette med forhøyet hjerterate, respirasjon og muskeltonus. Er man under grensen, skjer det motsatte, en redusert hjerterate, respirasjon og muskeltonus (Nordanger & Braarud, 2014). Når barnet ikke blir regulert, blir barnets stress-responssystem sensitivisert og gjør at de lettere kommer utenfor sitt eget toleransevindu, samtidig som reguleringskapasiteten forblir underutviklet (Nordanger, 2017). Da uttrykkes dette i sterke hyper- eller hypoaktiveringsreaksjoner (Nordanger, 2017). Misforholdet mellom traumatisk stress og at reguleringsstøtten svikter, er årsaken til at det kan utvikles traume (Nordanger, 2017).

#### **1.4 Hvordan påvirkes psyken med belastninger over tid?**

Sarkadi et al. (2019) gjorde en studie hvor de sammenlignet EMF med de som reiste med følge, og hvordan emosjonelt stress påvirket dem. Følelser som gir emosjonelt stress, er redsel, sorg, skyld/skam og frustrasjon/sinne. Resultatene viste at 16 av 29 flyktningbarn som ble screenet opplevde emosjonelt stress, og at EMF scoret åtte ganger høyere for emosjonelt stress enn de med følge. Screeningen for emosjonelt stress korrelerte moderat med screeningen for PTSD, som viste at emosjonelt stress og PTSD henger sammen.

Stress er et naturlig fenomen for alle mennesker, og mildere former for stress kan være nyttig for motivasjon og for å mestre hverdagen (Andersen, 2018). Stress over lang tid, derimot, fører til en konstant stressrespons-aktivering, og kroppen går inn i en alarmfase hvor signaler setter i gang kamp-, flukt- og frysresponsen. Kroppen klarer å tåle langvarig stress

over en viss periode, men uten hvile kan dette føre til at man blir sliten, får svekket konsentrasjon og redusert livskvalitet. Dersom barn opplever stress over tid, og ikke har omsorgspersoner som regulerer barnet, fører dette til at stressresponsen vil vedvare selv når det ikke er noen grunn for å være aktivert, og er mer eller mindre i kronisk alarmberedskap (Andersen, 2018). Flere studier indikerer at vedvarende psykisk stress, som kan vise seg i depresjon, angst, sinne og irritabilitet, er assosiert med forskjellige helseutfordringer (Berk, 2013, s.403). Høyt nivå av stress henger sammen med høyt nivå av kortisol, som blir produsert i binyrene og kalles stresshormonet (Berk, 2013, s. 403). For mye av dette hormonet kan øke risikoen for økt hjerterate og blodtrykk som demper immunforsvaret, og øke risiko for hjerte- og karsykdommer, infeksjon og flere typer kreft (Berk, 2013, s. 403). Voksen støtte kan hjelpe å beskytte barna fra den mulige ødeleggende effekten av stresshormoneksponering og normalisere kortisolproduksjonen hos traumatiserte barn. (Berk, 2013, s. 403). EMF har som oftest ikke denne voksenstøtten.

Stress kan hemme eller nedregulere aktiviteten til immunsystemet (Toates, 2011, s. 351). Menneskets immunrespons kan nedreguleres, og dermed bli svakere ved kronisk stress, som f.eks. skilsmisse, sorg, søvndeprivasjon og krig (Maier et al., 1994). Cohen (1996) fikk frivillige til å fylle ut stress- og livshendelses-spørreskjema, for så å eksponere seg for vanlig forkjølelsesvirus via nesedråper. Deretter ble de satt i karantene. Ønsket med dette forsøket var å se om stress ville øke risikoen for øvrige luftveissykdommer. Det var en signifikant effekt. Selv om noen av de frivillige ikke nødvendigvis følte seg stresset, var livshendelsene deres, som regnes som stressende, assosiert med økt mottakelighet for sykdom (Cohen, 1996).

## 1.5 PTSD

PTSD er en reaksjon på en alvorlig eller langvarig traumatisk hendelse. Man kan da få symptomer som flashbacks eller gjenopplevelser av hendelsen, man unngår stimuli eller situasjoner som minner om hendelsen, og vedvarende psykisk aktivering som gjør at man er

ekstra på vakt (Bækkelund, 2021). PTSD er en «kulturell» konstruksjon av traumatiske hendelser, og det er mye diskusjon om hvorvidt PTSD egentlig er en diagnose (Schnyder et al., 2016). Å ha en kultursensitivitet i møte med hvert individ er dermed viktig for å kunne behandle de som har overlevd traume på en god måte (Schnyder et al., 2016). Kultur er ofte karakterisert av intra-kulturelle variasjoner, som for eksempel geografi, utdannelse, kjønn og type arbeid (Larios et al., 2022).

Kompleks PTSD er en diagnose som er relatert til PTSD, men er samtidig forskjellig fra PTSD-lidelsen. Forskning tyder på at de som er eksponert for gjentatte traumer som vold og overgrep i barndommen, kan ha kompleks PTSD. Kompleks PTSD er også funnet hos personer som har vært eksponert for et enkelttraume, eller som ikke inkluderer relasjonstraume (Johnson et al., 2019). Late-onset PTSD er forsinket PTSD, hvor en person ikke utvikler PTSD før det har gått minst seks måneder etter en traumatisk hendelse (Smid et al., 2011). Det finnes ulike former for PTSD, og i denne oppgaven begrenses fenomenet til PTSD, da dette er konseptet som presenteres i artiklene fra søkeresultatet.

Stress og PTSD henger sammen (Sarkadi et al., 2019). Symptomer som er fremtredende hos EMF med PTSD, er opprørende tanker, mareritt og vonde kroppslige følelser (Kvestad et al., 2021). Barn har et mindre toleransevindu og ikke et ferdig utviklet reguleringssystem, og trenger dermed beskyttelse og ned-regulering når alarmsystemet utfordres (Nordanger & Braarud, 2014, s. 6).

Av afghanske EMF, primært gutter som søkte asyl i Storbritannia, var det ca. en tredjedel som scoret over cut-off på å sannsynlig ha PTSD. Flere traumatiske hendelser henger sammen med høyere symptomer på PTSD (Bronstein et al., 2012). Muller et al. (2019a) gjorde også en undersøkelse mellom EMF og de med følge. 29,6 % av flyktningbarna oppfylte DSM-5-kriteriene for PTSD, hvor EMF rapporterte signifikant mer traumatiske erfaringer enn de med følge.

### 1.5.1 Korrelater til PTSD

En tvillingstudie fra Folkehelseinstituttet viste at traumatiske hendelser og PTSD er forbundet med økt risiko for alle psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Funnene tydet på at det var sterkest sammenheng mellom PTSD og ustabil personlighetsforstyrrelse, agorafobi, depresjon, ruslidelser og panikkklidelse (Folkehelseinstituttet [FHI], 2012). En forklaring på at traumatiske hendelser og PTSD henger sammen med psykiske lidelser, er at man har de samme sårbarhetsgenene eller personlighetstrekkene, f.eks. nevrotisisme, som henger sammen med traumer, PTSD og andre psykiske lidelser. En annen forklaring kan henge sammen med rus. Ruslidelser øker risikoen for å bli utsatt for et traume, som igjen øker risikoen for PTSD. Motsatt kan traumer være risikofaktor for depresjon og rusmisbruk (FHI, 2012).

En av de største hindringene for å bli bra igjen etter en traumatisk opplevelse er knyttet til skam (Thoresen, 2015). Thoresen (2015) sier at skammen ligger gjemt og er dermed lett å overse. Skam henger sammen med skyld, og dersom noen er plaget med skyldfølelse, kan forklaringen være at det er mye skam inne i bildet (Thoresen, 2015).

Fetveit & Bjorvatn (2007) gjorde en generell studie på PTSD og søvn. I artikkelen kom det frem at det vanligvis foreligger søvnløshet ved PTSD. Personer med PTSD har lengre innsovningsfase, flere nattlige oppvåkninger, inkludert under REM-søvn, redusert mengde deltasøvn og redusert total søvntid sammenlignet med friske personer (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

### 1.5.2 Hvorfor utvikler noen PTSD og andre ikke?

Alarmsystemet blir styrket og sensitivisert dersom man blir utsatt for en traumatisk hendelse, som for eksempel overgrep, krig eller ulykke (Nordanger & Braarud, 2014). Det skal da mindre til for at alarmen utløses igjen, siden man har minner fra lignende hendelser. På samme tid blir nevralt forbindelser undertrykt av traumatisk stress, blant annet

via effekten av høyt kortisolnivå (Nordanger & Braarud, 2014). Dette fører igjen til at reguleringsystemet som påvirker alarmreaksjonene svekkes, og på den måten blir man lettere overrumplet av frykt og minner fra hendelsen (Nordanger & Braarud, 2014). Den første tiden etter en traumatisk hendelse er slike symptomer på PTSD normale, men etter hvert vil dette avta ved at reguleringsystemet gradvis får kontrollen tilbake (Nordanger & Braarud, 2014). Til tross for at barn blir eksponert for traumatiske hendelser på veien, tyder det på at utvikling av PTSD er sjelden blant barn og ungdom, spesielt etter første eksponering for traume i livet (Copeland et al., 2007, s. 582). Av de 1420 barna som deltok i studien til Copeland et al. (2007), rapporterte 2/3 minst én traumatisk hendelse innen fylte 16 år. Av disse var det 13,4 % av barna som utviklet posttraumatiske stresssymptomer. Mindre enn 0,5 % av barna møtte kriteriene for DSM-5-diagnosen for PTSD (Copeland et al., 2007).

Av de som er eksponert for traume, er det få som utvikler lidelsen. Det er dermed interessant å se på egenskapene til de som faktisk utvikler lidelsen (Toates, 2011, s. 357). De som utvikler PTSD som følge av traume, kan være mer utsatt for å utvikle stresslidelse fordi man er genetisk sårbar og/eller har historie med tidligere traumatisk stress (Yehuda et al., 1991, s. 1034). Brodal (2017, s. 93) sier at det er en sammenheng mellom serotonintransportøren og traumatiske livshendelser. Dersom det var redusert aktivitet av transportøren i en periode etter fødselen, gav dette økt tendens til angst og depresjon hos voksne. Etter et dyreforsøk viste funnene at de med en spesiell variant av serotonintransportør, er mer sårbare enn andre for traumatiske livshendelser (Brodal, 2017, s. 93).

Sosial støtte er en stor beskyttende faktor i traumatiserte grupper, spesielt hos flyktningbarn (Hodes et al., 2008). Få studier har sett på forholdet mellom sosial støtte og den psykiske helsen blant EMF ved post migrasjon (Hodes et al., 2008). Studier blant afghanske flyktningbarn, både EMF og de med følge, som hadde bosatt seg i et nytt land, viste at det var



flere måter å mestre psykiske utfordringer på (Larios et al., 2022). Dette inkluderte blant annet å konfrontere stressorene, hjelpe andre, ha sosial støtte, ha fremtidshåp og religion.

Zimmermann og Stansbury (2004) undersøkte menneskers personlighet og sammenlignet blyge barn med sosiale barn. Funnene tydet på at kortisol så ut til å være høyere og ble forhøyet i møte med en stressende hendelse hos blyge barn enn hos sosiale barn. Videre sa Zimmermann og Stansbury (2004) at dette ikke handlet om dårlig regulering, men mer hyppig aktivisering av stressresponsen i møte med det som skjer, og at disse barna har et perseptuelt mønster som forventer frykt.

Forskning viser at jenter har større risiko for å utvikle psykiske problemer etter opplevd traume, spesielt PTSD, til tross for at jenter har en signifikant lavere sannsynlighet for å bli utsatt for potensielle traumatiske hendelser sammenlignet med gutter (Tolin & Foa, 2006; Alisic et al., 2014).

Etter første eksponering for traume, er PTSD sjelden hos barn og ungdom (Copeland et al., 2007, s. 582). Personer som hadde opplevd minst fire negative barndomshendelser, hadde høyere risiko for dårlig psykisk helse sammenlignet med de som ikke hadde negative barndomshendelser (Hughes et al., 2017). Antall traumatiske hendelser blant ungdom er signifikant assosiert med alvorlighetsgraden av PTSD (Bronstein et al., 2012; Stotz et al., 2015). I studien til Stotz et al. (2015) rapporterte EMF et høyere antall traumatiske hendelser og fikk oftere en PTSD-diagnose enn jevnaldrende med følge.

Alisic et al. (2014) fant ut at det er en signifikant forskjell på virkningen av traume hos jenter og gutter, i tillegg til type traume man utsettes for, interpersonlig traume (eks. overfall, krig) vs. ikke-interpersonlig traume (eks. ulykke, naturkatastrofe). 9,7 % fikk PTSD som følge av ikke-interpersonlig traume, mens 25,2 % fikk PTSD som følge av interpersonlig traume. De med lavest risiko for å utvikle PTSD, var gutter som var eksponert for ikke-interpersonlig

traume (8,4 %) sammenlignet med jenter som var eksponert for interpersonlig traume, som viste den høyeste risikoen (32,9 %).

I møte med traume, om det gjelder ett enkelttraume, flere traumer, om de er enkeltstående eller komplekse, har man ulike forutsetninger for å håndtere dette (Agaibi & Wilson, 2005). Resultatet av responsmønsteret som trigges av en traumatisk hendelse er en sammenheng mellom tilpasning og resiliens (motstandskraft) (Agaibi & Wilson, 2005). Akutte hendelser og mønster dannet over lang tid har skapt en motstandskraft. Noen mennesker har større mulighet til å utvikle resiliens mot trumatiske hendeler og PTSD. Dette er påvirket av ulike variabler: (a) De med en spesifikk personlighetstype (eks. robusthet (psykologisk motstandskraft)), (b) ulike mestringsstiler (coping), (c) affektregulering (eks. affektbalanse), (d) klarer å opprettholde en positiv holdning og skape en positiv opplevelse og mening fra traumet som kan oppnås ved å mobilisere sosial støtte, og (e) en resiliens-atferd i møte med stress (Agaibi & Wilson, 2005). Optimal mestring og tilpasning gir høy resiliens, i motsetning til minimal mestring, som gir signifikant risiko for å utvikle PTSD (Agaibi & Wilson, 2005).

### **1.5.3 Behandling av PTSD**

Prevalens av PTSD blant EMF er såpass stor at det trengs å se på hva som kan være til nytte for denne gruppen. Behandling er et viktig fokus. Det er særlig to former for psykologisk behandling som anbefales for PTSD. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (NKVTS, u.å.). EMDR går ut på å sette i gang og fullføre bearbeiding av traumatiske minner. Fremgangsmåten er at man fokuserer på de spontane assosiasjonene til traumet, som bilder, tanker, følelser og kroppsfornemmelser, samtidig som det skjer en stimulering av begge hjernehalvdeler gjennom raske øyebevegelser (NKVTS, u.å.). Målet er å svekke traumeminner. TF-CBT er en robust, evidensbasert og kultursensitiv intervensjon

(Unterhitzberger et al., 2019). Behandlingen består kort sagt av å reversere de faktorene som er opprettholdende for PTSD (NKVTS, u.å.).

Det at ca. 1/3 av EMF som kommer til ankomstlandet, oppfyller DSM-5-kriteriene for en PTSD-diagnose (Muller et al., 2019a), gir indikasjon på at det trengs evidensbasert behandling for denne gruppen. EMF som oppfyller kriteriene for både en depressiv lidelse og PTSD, vil ha fordel av en psykososial intervensjon (Pfeiffer et al., 2019).

## 1.6 Oppgavens formål og problemstillinger

Denne oppgaven omhandler EMF fra Afghanistan. Min begrunnelse for valg Afghanistan er at de har vært den største flyktninggruppen i Norge og på verdensbasis siden slutten av 1990-tallet, med unntak for noen år, og dermed representerer de en stor gruppe flyktninger som jeg finner svært interessant. I studiene fra litteratursøket fremkommer det også informasjon om andre land i tillegg til Afghanistan som jeg har valgt å inkludere i oppgaven. Jeg har i tillegg valgt å legge mitt hovedfokus på EMF, da de er den mest sårbare gruppen og har større sannsynlighet for å utvikle PTSD. Det vil allikevel bli gjort noen sammenligninger mellom EMF og de med følge, da dette var relevant i noen av studiene som jeg har valgt å ta med i oppgaven. Formålet med oppgaven er å undersøke prevalens av og korrelater til PTSD og EMD, i tillegg til å se på hvilke behandlingsformer som er nyttige for denne gruppen.

Oppgaven vil belyse følgende problemstilling: Prevalens, korrelater og behandling av PTSD hos enslige mindreårige flyktningbarn fra Afghanistan.

Oppgaven vil i tillegg se på følgende underproblemstillinger:

1. Har EMF større prevalens av PTSD enn de med følge?
2. Hvilke tilleggsvansker har EMF med PTSD, og vil de vanskene være mer til stede hos EMF enn hos de med følge?
3. Hvilke typer behandling som gis til EMF vil de profitere på?

## 2 Metode

Jeg utviklet et systematisk litteratursøk og fulgte Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA 2020) (Page, 2021) sine retningslinjer. Gjennom denne oppgaven har jeg fulgt PRISMA sine punkter for å rapportere denne systematiske gjennomgangen.

### 2.1 Kvalifiseringskriterier

I samsvar med problemstillingen ble det laget en prioriteringsliste med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg inkluderte studier som (1) inneholdt egne, originale data, (2) rapporterte prevalens og/eller korrelater av PTSD, (3) gjaldt eksterne enslige mindreårige flyktningbarn (til og med 21 år, hvor disse var under 18 år ved ankomst og dermed ble inkludert i ulike studier fra litteratursøket), (4) hvor Afghanistan var opprinnelsesland og (5) studier gjennomført etter årstallet 2000 (for å få oppdatert informasjon på feltet). Jeg ekskluderte studier hvor jeg ikke hadde tilgang gjennom open access eller universitetets avtaler.

### 2.2 Strategi for litteratursøk

Jeg gjennomførte et systematisk litteratursøk ved bruk av Ovid PsycINFO og Web of Science i perioden fra 2000 til 2022. Søkeordene som ble benyttet var Refugee\* AND minor\* AND PTSD OR posttraumatic stress disorder\* AND unaccompanied AND Afghan\*. Søket ble ikke begrenset til et spesielt språk. Søkestrategien ble utviklet i Ovid PsycINFO og tilpasset til databasen Web of Science. Det ble gjort generelle Google-søk hvor rapporter fra organisasjoner som belyste relevant informasjon for denne oppgaven ble benyttet. Dette var organisasjoner som FN-Sambandet, UNICEF, Leger Uten Grenser, Open Doors og Røde Kors.

### **2.3 Utvalg av studier**

Etter å ha kommet frem til en liste fra søkestrategien, så jeg gjennom abstraktene og den fulle teksten mot prespesifiserte kriterier. I tillegg brukte jeg en søkestrategi i hver artikkel som hentet viktige stikkord i teksten som avslørte om artikkelen hadde med mine inklusjonskriterier eller ikke.

Det er for få studier fra litteratursøket som rapporterer tall kun for EMF fra Afghanistan. Da de fleste studiene rapporterer estimater basert på en større gruppe enn bare fra Afghanistan, har jeg valgt å inkludere disse i oppgaven. Der hvor det er mulig, vil jeg se på studiene som gjør en landspesifikk analyse. I tillegg vil jeg trekke frem relevante faktorer fra de respektive studiene som er med på å belyse utfordringene til EMF for å se hva som kan være ekstra belastende for denne gruppen.

### **2.4 Risiko for bias-vurdering av utvalgte studier**

Jeg evaluerte risiko for bias i inkluderte studier ved å se på hvordan studien var lagt opp og om gjennomføringen var i tråd med gjeldende regler. Jeg så også etter om etiske retningslinjer var blitt fulgt.

## **3 Resultat**

### **3.1 Resultat av søkestrategi**

Det ble identifisert totalt 119 treff. Se figur 1 for utvelgelsesprosessen. PsycINFO gav åtte treff og Web of Science gav 111 treff. Seks artikler var duplikater. 113 titler og abstrakt ble screenet. Én måtte kjøpes, to var på et annet språk enn norsk og engelsk. 83 abstrakt ble ekskludert av overnevnte grunner, samt at de ikke var relevante for oppgaven. 30 artikler ble hentet ut og vurdert for kvalifisering ved lesing av fulltekst. 22 artikler møtte kriteriene og ble dermed tatt med i gjennomgangen.

### 3.2 Beskrivelse av inkluderte studier

Tabell 1 gir en oversikt over de inkluderte studiene og oppsummerer for hver enkelt studie utvalget, temaet/studiespørsmål og konklusjonen. Problemstillingen har EMF fra Afghanistan som målgruppe. Siden resultatet fra litteratursøket ikke bare har fokus på Afghanistan alene, vil tallene som blir rapportert om estimert prevalens, korrelater og behandling av PTSD hos EMF fra Afghanistan, sjelden være helt presise. Dette fordi disse estimatene ofte er basert på en større gruppe enn det som er målgruppen i oppgaven.

I de inkluderte studiene ble det rapportert data om totalt 1027 EMF med Afghanistan som opprinnelsesland. De fleste studier som er inkludert, har med deltakere fra flere opprinnelsesland. Totalt er det 4056 deltakere (1900 fra Afghanistan) som er flyktningbarn, både EMF (totalt 2927) og de med følge (totalt 1129). Flyktningbarna bor i sju ulike land i Europa (Storbritannia, Norge, Tyskland, Sverige, Nederland, Serbia og Belgia). Disse er fordelt noe ujevnt på studiene. Den nedre grensen for antall deltakere er 15 i én studie, og den øvre grensen er 1129 i en annen studie.

Få av disse studiene sier noe om forskjellene på tvers av opprinnelsesland, men majoriteten av deltakerne er fra Afghanistan i flere av studiene. Én studie sammenlignet EMF fra Afghanistan (totalt 249) med EMF fra andre opprinnelsesland (totalt 75 EMF) og med mindreårige flyktninger som reiste i følge med andre (totalt 155). Tre studier sammenlignet EMF (totalt 466) med de med følge (totalt 1054) på tvers av land. Én studie sammenlignet EMF (totalt 81) med barn som ikke var flyktninger, men som bodde i fosterfamilie (totalt 303). Studiene inkluderte flere gutter enn jenter. Det var totalt 3110,5 gutter og 1153,5 jenter. Alderen på deltakerne varierte mellom åtte og 20,7 år. Se tabell 1 for detaljert informasjon om deltakerne i studiene.

Alle tall i studiene er samledata fra flere land med mindre annet er opplyst. Tall som blir rapportert kun fra Afghanistan, vil presiseres. Heretter vil forkortelsene (A) for

Afghanistan og (I) for internasjonalt estimat bli brukt ved oppgitt prevalens. Se tabell 1 for mer detaljert informasjon om opprinnelsesland.

### 3.3 Landspesifikk analyse

EMF fra Afghanistan er representert i alle studiene. I to av studiene er forskningen basert kun på Afghanistan (Bronstein et al., 2012; Bronstein & Montgomery, 2013). I de resterende 20 studiene var Afghanistan representert sammen med flere land (Jakobsen et al., 2017; Jensen et al., 2014; Kvestad et al., 2021; Muller et al., 2019a; Muller et al., 2019b; Pfeiffer & Goldbeck, 2017; Pfeiffer et al., 2018; Pfeiffer et al., 2019; Ramel et al., 2015; Salari et al., 2017; Sarkadi et al., 2018; Sarkadi et al., 2019; Sierau et al., 2019; Smid et al., 2011; Solberg et al., 2020; Stotz et al., 2015; Unterhitzenberger et al., 2019; van Es et al., 2021; Vasic et al., 2021; Vervliet et al., 2014). I 15 av studiene var Afghanistan i overkant majoriteten av representantene. I tre av studiene var deltakere fra andre land mer representert enn fra Afghanistan (Smid et al., 2011; Solberg et al., 2020; van Es et al., 2021)). To av studiene (Stotz et al., 2015; Jakobsen et al., 2017) opplyser ikke hvor stor andel Afghanere som er med i studien, bare at de er representert. Eritrea, Syria, Somalia, Irak og Iran er land som ofte går igjen i studiene sammen med Afghanistan. Tre av studiene gjorde en landsspesifikk analyse (Salari et al., 2017; Solberg et al., 2020; van Es et al., 2021). I de resterende studiene, hvor andre land i tillegg til Afghanistan var representert, blir det ikke gjort en landspesifikk analyse (Jakobsen et al., 2017; Jensen et al., 2014; Kvestad et al., 2021; Muller et al., 2019a; Muller et al., 2019b; Pfeiffer & Goldbeck, 2017; Pfeiffer et al., 2018; Pfeiffer et al., 2019; Ramel et al., 2015; Sarkadi et al., 2018; Sarkadi et al., 2019; Sierau et al., 2019; Smid et al., 2011; Stotz et al., 2015; Unterhitzenberger et al., 2019; Vasic et al., 2021; Vervliet et al., 2014)

I Solberg et al. (2020) sin studie, var det 1129 som deltok, hvor 404 var afghanere. PTSD-prevalens hos EMF var på 60,2 % (A) sammenlignet med Syria på 31,7 %. 60 % av

Afghanerne var EMF, sammenlignet med Syria og Irak som lå på 10 %. Ved sammenligning av PTSD-prevalens i EMF vs. de med følge innad i de ulike landene, var det kun statistiske bevis for at disse to gruppeforskjellene viste seg i deltakerne fra Afghanistan, ikke hos de fra Syria. Det ble ikke gjort en sammenligning innad for deltakerne fra Irak, da det var utilstrekkelige tall for EMF fra dette landet.

I Salari et al. (2017) sin studie, var 81,4 % fra Afghanistan og 18,6 % fra andre land. Det var 76,6 % (A) som skåret over cut-off for PTSD. Det var for få deltakere fra andre land enn Afghanistan til å ha en separate analyser, og disse ble dermed gruppert sammen og sammenlignet med Afghanistan. Det var ikke signifikant forhold mellom prevalens på PTSD-symptomer og opprinnelsesland. Heller ikke i van Es et al. (2021) sin studie var det noen forskjell i opprinnelsesland.

Studiene er beskrevet mer i detalj nedenfor.

### **3.4 Utbredelse av PTSD hos enslige mindreårige flyktingbarn**

Sytten av studiene rapporterte prevalens av PTSD hos enslige mindreårige flyktingbarn. Av de studiene som så spesifikt på afghanske EMF, rapporterte tre studier at prevalens for PTSD var 34,3 %, 60,2 % og 76,6 % (Brostein et al., 2012; Solberg et al., 2020; Salari et al., 2017). Her ble to ulike screeninginstrument benyttet, Reactions of Adolescents to Traumatic Stress (RATS) og Childrens Revised Impact of Eventscale (CRIES). RATS er et skjema som ble utviklet for enslige asylsøkende barn og er testet opp mot flere populasjoner, som da viste en sterk konsistens og validitet (Bean et al., 2006). CRIES er designet for å screene barn som er i risiko for å få PTSD. En rekke studier har utforsket validitet og reliabilitet hos ulike populasjoner for dette instrumentet. Ingen studier har blitt publisert når det kommer til egnethet på tvers av ulike etniske eller språklige grupper (CORC, u.å.).

De som screenet positivt for PTSD, både hos afghanere og ved å se på internasjonale estimat, var mellom 30,5 %–82,8 %.



Se Tabell 2 for detaljert informasjon om screeninginstrument som ble benyttet, samt antall, kjønn og alder på de som var representert i studiene for prevalens av PTSD.

### **3.4.1 EMF vs. de med følge**

Fire studier sammenlignet direkte mellom EMF og de med følge. De rapporterte en høyere prevalens for PTSD eller å bli diagnostisert med PTSD hos EMF enn hos de med følge. Solberg et al. (2020) sin studie er den eneste som rapporterer forskjell i prevalens av PTSD mellom EMF og de med følge fra Afghanistan. 60,2 % (A) EMF hadde prevalens for PTSD sammenlignet med de med følge, som hadde en prevalens på 48,9 % (A). Muller et al. (2019a) sin rapport viste at EMF skåret 64,75 % (I), og de med følge skåret 36,7 % (I) over klinisk cut-off for posttraumatisk stress symptom (PTSS). Stotz et al. (2015) sin studie viste til at EMF viste høyere symptomskåre på PTSD-symptom, og der 50 % (I) av EMF fikk diagnosen PTSD sammenlignet med 0 % (I) for de med følge. Ramel et al. (2015) sin studie sammenlignet psykiatrisk behandling hos EMF og de med følge som var innlagt på sykehus (I). Her var EMF overrepresentert både ved frivillig og ufrivillig innleggelse. EMF hadde høyere nivå av psykiske problemer, inkludert PTSD. Grunnen til at EMF var mer representert på sykehus, var mer på grunn av akutt stressreaksjon, og i mindre grad av PTSD. Samtidig påpeker Ramel et al. (2015) at underliggende posttraumatisk stress kan ha begrenset kapasiteten til å mestre ekstra stress.

### **3.4.2 EMF med og uten kontakt med familie**

En studie så på forskjellen på EMF med og uten kontakt med familie, jevnaldrende og støttekontakter og hva det hadde å si for økt risiko for blant annet PTSD. 105 EMF-gutter deltok i studien, hvor 59 % var fra Afghanistan. 78,1 % hadde kontakt med familie, sammenlignet med 21,9 % om ikke hadde det. Funnene viste at EMF med kontakt med familie, mottok mer sosial støtte fra jevnaldrende og støttekontakter enn EMF uten kontakt med familie (Sierau et al., 2019). Videre rapporterte de at EMF mottok mer sosial støtte fra

jevnaaldrende enn fra støttekontakter. Studien viste også at ved mangel på kontakt med familie, var dette etterfulgt av mindre sosial støtte hos jevnaaldrende og støttekontakter. De som fikk lavere sosial støtte fra støttekontakter, økte risikoen for PTSD etter flere stressende livshendelser (Sierau et al., 2019). Majoriteten av EMF (59,8 %) rapporterte psykiske helseproblemer over klinisk cut-off som følge av stressende livshendelser, hvor PTSD var blant 30,5 % (I) av disse. De som både manglet kontakt med familie og med jevnaaldrende og støttekontakt, representerte en dobbel risiko for å få varige mentale helseproblemer (Sierau et al., 2019).

### 3.4.3 EMF vs. fosterhjem

En annen studie tok for seg sammenligningen mellom EMF og ungdommer som er i fosterhjem. 81 EMF var representert, hvor 47 % av deltakerne var fra Afghanistan. 303 fosterbarn var fra Norge. For å se forskjellen i eksponering for potensielle traumatiske hendelser, gjorde Kvestad et al. (2021) en sammenligning mellom EMF og ungdommer i fosterhjem. I tillegg sammenlignet de prevalens av PTSD-symptomer hos de to gruppene. EMF viste seg å rapportere mer hyppig interpersonlig vold utenfor familien, som terror og krig, bortføring/kidnapping og å være involvert i alvorlige ulykker. I tillegg rapporterte EMF mer familievold og omsorgssvikt. Det som EMF derimot ikke rapporterte like mye av, var seksuell mishandling og at noen for eksempel hadde tatt bilde av dere private kroppsdelene (Kvestad et al., 2021). Andelen av EMF sine rapporter på PTSD-symptom var 43,5 % (I), mens ungdommer i fosterhjem rapporterte 52,9 %. Dette var symptomer på og over cut-off. Resultatene viste blant annet at ungdom i fosterhjem hadde symptomer fordelt mer polarisert mellom lav og høy skåre, mens det hos EMF samlet sett var en høyere subklinisk symptombelastning (Kvestad et al., 2021). Bronstein et al. (2012) rapporterte også at barn som er plassert i bosituasjoner med mindre støtte rundt seg, hadde større sannsynlighet for å rapportere mer PTSD-symptomer enn de i bosituasjoner med støtte, for eksempel fosterbarn.

#### 3.4.4 Godkjent vs. ikke godkjent asylsøknad

Syv studier undersøkte om EMF sin mentale helse og PTSD-symptomer ble påvirket av om asylsøknaden ble godkjent, ikke godkjent eller fortsatt ventet på svar. Tre av studiene indikerte at de som fikk avslag eller ventet på svar, fikk en økning i emosjonelt stress. Disse studiene ble gjort i Tyskland og Sverige. Det var også knyttet mye usikkerhet til om de fikk godkjent asyl, som igjen var assosiert med psykologiske problem, men ingen direkte utslag på PTSD-symptom (I) (Pfeiffer et al., 2019; Ramel et al., 2015; Sarkadi et al., 2019). To av studiene, som ble gjennomført i Tyskland, fikk ingen utslag på symptomenes alvorlighetsgrad (A; I) (Bronstein & Montgomery, 2013; Muller et al., 2019a). To oppfølgingsstudier i Tyskland viste to ulike resultat. Den ene studien viste bedring i symptomer, men på tross av dette var det en økning i symptom på emosjonell stress (I) (Muller et al., 2019b). Den andre studien viste til at det var en økning i PTSD-symptomer hos de som hadde fått avslag på søknaden (I) (Unterhitzberger et al., 2019). Den sistnevnte studien viste ingen signifikant differanse mellom gruppen som hadde fått avslag og gruppen som enten ventet på å få svar eller hadde fått godkjent. Det var allikevel, på individnivå, en forverring i PTSD-symptomer hos de som hadde fått avslag (Unterhitzberger et al., 2019). Ingen av disse studiene trekker frem hvor lang estimert ventetid det er for å få svar på søknaden i de forskjellige landene, eller om EMF er i jobb/studie under ventetiden.

#### 3.4.5 Overrepresentasjon av gutter

Det er en overrepresentasjon av gutter i studiene som er inkludert i denne oppgaven. Elleve studier hadde kun gutter representert, mens ti studier hadde nesten bare gutter og et fåtall av jenter representert. En studie har nærmest 50/50 gutter og jenter (Solberg et al., 2020). Pfeiffer & Goldbeck (2017) sa i sin studie at det var en for stor kjønnsubalanse av EMF som hadde kommet til ankomstlandet på det tidspunktet studien ble gjort, men at fremtidige studier burde inkludere flere jenter dersom det var mulig.

Ramel et al. (2015) sier at siden det er få EMF-jenter i utvalget i studien, tillates det ikke en regresjonsanalyse, og man kan da ikke se på kjønnsforskjell i denne studien. Solberg et al. (2020) hadde derimot 53,1 % gutter og 46,9 % jenter i studien sin. Fra Afghanistan var 62,1 % gutter og 37,9 % jenter. De gjorde en hypotese om at jenter ville skåre høyere enn gutter på PTSD-prevalens siden de er mer utsatt for seksuell vold, angst og atferdsproblemer. Denne hypotesen ble ikke bekreftet, verken i det totale utvalget eller på tvers av opprinnelsesland som var representert i utvalget. Prevalens for PTSD var 57,7 % (A) blant gutter og 53,3 % (A) blant jenter.

Jensen et al. (2014) sin studie viste at jenter hadde større forverring på hyperarousal-skalaen i Child PTSD Symptom Scale (CPSS), men ikke på de andre skalaene, sammenlignet med gutter (I).

### **3.4.6 Oppfølgingsstudie**

En studie så på PTSD ved ett og to år etter ankomst, "late-onset PTSD" (Smid et al., 2011). Her var 582 EMF representert, hvor kun 23 av deltakerne var fra Afghanistan. Studien viste høy prevalens for PTSD både ved ett og to års oppfølging etter gjenbosetting. Ca. 40 % (I) av EMF screenet positivt for PTSD. I tillegg var late-onset PTSD assosiert med høyere alder, lav utdanning og antall rapporterte stressende livshendelser.

## **3.5 Korrelater hos enslige mindreårige flyktningbarn med PTSD**

### **3.5.1 Søvn**

Tre studier så på ulike korrelatorer som kan henge sammen med PTSD hos EMF, se tabell 3. Bronstein & Montgomery (2013) gjorde den første systematiske undersøkelsen på søvn hos denne høyrisikogruppen, da det er et kjent fenomen at søvnproblemer er kjernetrekk ved PTSD. 222 EMF-gutter i alderen 13–18 ble intervjuet ved å bruke validerte selvrapporteringsskjema som målte både søvnmønster og PTSD. Resultatet var at EMF (A) som screenet over klinisk cut-off for PTSD, rapporterte signifikant større

innsovningsproblemer, med totalt 60 minutter senere innsovning enn de med følge, både på skoledager og i helgene, økt mareritt, og mindre total søvn sammenlignet med EMF som ikke screenet for PTSD. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell i å stå opp om morgenen mellom de to gruppene. Bronstein & Montgomery (2013) mente at resultatene av denne studien kunne være spesielt nyttig for klinikere i møte med EMF med PTSD, da screening for søvnproblemer kan være mindre kulturelt omstridt enn screening for PTSD, og på den måten gi en indikasjon om utfordringer hos EMF.

### 3.5.2 Skyld og skam

En annen studie så på korrelasjon mellom PTSD og skyld og skam hos flyktningbarn (I). EMF ble sammenlignet med de med følge. Stotz et al. (2015) ville undersøke skyld og skam hos flyktningbarn og se i hvilken grad kumulativ eksponering til traumatiske stressorer ville resultere i både PTSD-symptom og høyere nivå av skyld og skam. Utvalget var 32 gutter i alder fra 11 til 20, hvor alle var under 18 da de søkte asyl i Tyskland. 18 stk var EMF. I et strukturert diagnostisk intervju, UCLA PTSD Index, ble først PTSD-diagnosen gitt, deretter kartla man posttraumatisk skyld og intensitet, og varighet og frekvens av skam. 28,2 % (I) av deltakerne oppfylte DSM-IV-TR-kriteriene for en PTSD-diagnose. EMF hadde høyere symptomskåre på PTSD og fikk oftere PTSD-diagnosen enn de med følge. EMF viste også en høyere skåre for skyld enn de med følge. Det samme gjaldt resultatet for skam: EMF skåret høyere både på intensitet, varighet og frekvens enn de med følge. I tillegg ble komponentene av skyld positivt relatert til skam. De fant også ut at antall eksponeringer for traume hadde en positiv korrelasjon med opplevd skyld. Men det ble ikke funnet en signifikant assosiasjon mellom eksponering for traume og total skyldfølelse hos verken EMF eller de med følge. Det ble derimot funnet en signifikant sammenheng, via en trinnvis regresjon, mellom antall traumatiske hendelser og intensitet og varighet av patologisk følelse

av skam. I denne studien ble både skyld og skam sterkt relatert til graden av PTSD-symptomer generelt hos flyktningbarn, men ekstra sterkt hos EMF.

### **3.5.3 Alkohol- og stoffmisbruk**

Vasic et al. (2021) gjorde en studie om sammenhengen mellom mental helse og alkohol- og stoffmisbruk blant flyktningbarn (I). Det var 184 barn i alderen 11–18 år i Serbia som deltok. 155 gutter og 29 jenter var representert i studien. Mer enn halvparten av deltakerne, 53,3 %, viste signifikante symptomer på PTSD. 40 deltakere flyktet enten med foreldre eller medlemmer av nær familie, og 144 deltakere reiste enten med kjente eller ukjente mennesker. 1/3 av deltakerne flyktet med totalt fremmede mennesker. Blant deltakerne var bare 8,7 % registrert på skole, 79,3 % var ikke registrert i skolesystemet i det hele tatt, og for de resterende 12 % manglet det data på utdannelse. Resultatet viste at 28 % røykte tobakk, 13 % konsumerte alkohol, 4,6 % røykte marihuana, 2,7 % prøvde LSD (psykedelisk stoff), 2,29 % amfetamin, 1,7 % pudder-kokain, 1,7 % inhalasjonsmidler (f.eks. lim og bensin), 1,7 % beroligende midler og 1 % rock-kokain. Ved spørsmål om hvor ofte de gjorde dette, var det ulikt svar mellom gutter og jenter. Guttene rapporterte at de inntok alkohol og stoff signifikant oftere enn jentene, og jentene rapporterte mer emosjonelle utfordringer enn alkohol- og stoffmisbruk. Deltakerne ble delt inn i tre grupper ut ifra hvem de reiste sammen med på flukten. Den første gruppen inkluderte deltakere som reiste med fremmede mennesker, den andre med venner og kjente personer, og den tredje med familiemedlemmer. Analysen viste størst forskjell mellom deltakere som reiste med familiemedlemmer og deltakere som reiste med ukjente mennesker, som skåret signifikant høyere på The Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale. Funnene tilsier at risikoen for misbruk blant unge flyktninger er høy, men signifikant høyere for EMF.

### **3.6 Intervensjon/behandling hos enslige mindreårige flyktningbarn med PTSD**

Tre studier har sett på hvilke intervensjoner som har vært nyttige å bruke for å redusere PTSD-symptomer hos EMF fra blant annet Afghanistan. Den ene behandlingen var TF-CBT. De to andre behandlingene, som hadde med elementer fra TF-CBT, men også sine egne momenter for å tilpasse deltakerne, var “Mein Weg” og korttids multimodal traumefokusert terapi (Pfeiffer & Goldbeck, 2017; van Es et al., 2021).

#### **3.6.1 TF-CBT**

Unterhitzenberger et al. (2019) sin pilotstudie i Tyskland ville se på traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) for EMF med PTSD ved å involvere deres profesjonelle omsorgsgivere (f.eks. støttekontakt til barnet). Studien besto av tre oppfølgingsvurderinger med post-intervensjon, seks uker og seks måneder etter intervensjonen. 22 EMF-gutter mellom 15 og 19 år med et gjennomsnitt på 17,1 år, hvor flesteparten var fra Afghanistan og som ikke hadde oppholdstillatelse, oppfylte PTSD-diagnosekriteriene og deltok dermed i studien. Ved klinisk intervju hadde 85 % (I) av deltakerne med PTSD blitt friske etter TF-CBT-behandlingen. Ved måling etter behandling, ble CATS benyttet som selvrappoteringskjema både for deltakeren og for omsorgsgiveren. Post-intervensjon viste at 19 deltakere hadde vist signifikant redusert PTSD-symptom. Forbedringene var stabile etter seks uker og etter seks måneder. Omsorgsgiveren rapporterte signifikant reduksjon i både depressive og atferdsmessige symptomer hos deltakerne. Etter seks måneder så de også på de som hadde fått avslag i asylsøknaden sin. Der viste det økning i PTSD-symptomer, men dette var ikke signifikant. Pilotstudien presenterer foreløpige bevis på effekten av TF-CBT i å redusere PTSD-symptomer hos EMF. TF-CBT er en intervensjon som både er robust og som er kultursensitiv (Unterhitzenberger et al., 2019). Unterhitzenberger et al. (2019) sin studie støtter gjennomførbarheten av denne behandlingen for EMF. TF-CBT er en terapiform som blir utført av terapeuter som har trening i nettopp denne terapiformen. Alle terapeutene hadde

lisens som psykisk helsearbeider og var utdannede EMDR-terapeuter med flere års erfaring med mindreårige med ulike kulturelle bakgrunner. Noe av utfordringen med denne terapien, var å forklare EMDR til de mindreårige, og noen tenkte at EMDR ikke alltid var nødvendig for barnets behov. Et av barna ønsket ikke å benytte seg av EMDR, da det minnet for mye om magi. Terapeutene uttrykte at det av og til var behov for en ekstra time til psykoedukasjon for å forklare EMDR og bygge tillit.

### 3.6.2 “Mein Weg”

Pfeiffer & Goldbeck (2017) gjorde en studie i Tyskland hvor de ville se på implementering og evaluering av traumefokusert gruppeintervensjon, “Mein Weg” (Min vei), og se på effekten på reduksjon av PTSD hos EMF (I). Her var det sosialarbeidere som implementerte intervensjonen og behandlet EMF, og ikke terapeuter. Deltakerne besto av 29 EMF som var gutter mellom 14 og 18 år med et gjennomsnitt på 16,7 år, hovedsakelig fra Afghanistan. Først ble de screenet for PTSD med CATS (beskriver posttraumatisk stress symptom som PTSS i artikkelen). De som oppfylte inklusjonskriteriene, ble tatt videre til intervensjonsgruppen. “Mein Weg” er en korttids, komponentbasert intervensjon som består av seks 90-minutters gruppetimer med 2–6 deltakere som 1–2 sosialarbeidere har ansvar for i 1–2 måneder. Intervensjonen har integrert traumefokusert kognitive atferds- og gruppeprosesseringsprinsipper, utført av 15 sosialarbeidere som har fått innføring og opplæring i terapiformen. Sosialarbeiderne besto av flest kvinner, og 11 av disse hadde minimum en bachelorgrad, tre hadde profesjonell utdanning og én hadde High School-diplom. De hadde i gjennomsnitt 129 måneder med arbeidserfaring. EMF rapporterte signifikant færre symptomer etter å ta tatt del i intervensjonen, sammenlignet med før intervensjonen (I). Symptomene ble signifikant forbedret når det gjaldt gjenoppleving, unngåelse og negative endringer i kognisjon og humør. Hyperarousal-endringene var ikke signifikante. Basert på CATS, oppfylte 14 deltakere DSM-5 PTSD-kriteriene før intervensjonen, men etter



intervensjonen oppfylte tre deltakere kriteriene. Fire deltakere oppfylte ikke kriteriene før intervensjonen, men gjorde det etter intervensjonen. 11 deltakere oppfylte ikke kriteriene på noe tidspunkt. Funnene tydet på at det var en signifikant reduksjon i PTSD hos EMF. I etterkant av studien så de at det var et behov for å trene sosialarbeiderne opp til å være mer sensitive til traume-relaterte utfordringer og symptomer, siden dette ikke er inkludert i deres utdanning, noe det er hos TF-CBT-behandlere. Bakgrunnen for dette behovet, var at det var inkonsistens mellom selvrapporteringskjemaene og omsorgsgiverrapportene på stresssymptomene. Samtidig viste denne intervensjonen at EMF rapporterte forbedringer i PTSS, og det at sosialarbeiderne mottok spesifikk traumefokusert opptrening styrket deres daglige arbeid med flyktninger. Denne terapiformen er derfor en verdifull lavterskel behandlingsform. Pfeiffer et al. (2019) gjorde videre studier for å se om “Mein Weg” var effektiv i møte med EMF etter intervensjonen og tre måneder senere. Funnene viste at “Mein Weg” var effektiv, ikke bare like etter intervensjonen, men også tre måneder senere ved selvrapportering av symptomer hos EMF (I).

### **3.6.3 Korttids multimodal traumefokusert terapi**

En annen studie så på hva korttids multimodal traumefokusert terapi hadde å si for reduksjon av blant annet PTSD hos EMF i Nederland (I) (van Es et al., 2021). Denne terapien består av ca. åtte timer og var laget spesifikt for EMF. Den inkluderer CBT-intervensjoner som skal avsløre stressorer og minske symptomer av traumatisk stress, i tillegg til EMDR. Dette er en behandling som ble utført av terapeuter som jobbet med mental helse (Vasic et al., 2021). 41 deltakere oppfylte inklusjonskriteriene for å være med i denne studien. Det var 27 gutter og 14 jenter representert i studien, med et aldersspenn på 12–19 år, gjennomsnittsalder var 16,5. PTSD-symptom ble screenet med CRIES-13, og deltakerne var yngre enn 19 år ved henvisning. Denne behandlingen er tilpasset spesielt for EMF. Behandlingen ble tilbudt der barnet holdt til, eller av barnets valg. Behandlingen ble gjort i samarbeid med interkulturelle

formidlere som hjalp til med å forstå kulturelle og språklige forskjeller mellom barnet og terapeuten. På den måten kunne man gjennomføre en fleksibel behandlingstilnærming som fokuserte på barnets nåværende behov for hjelp. Resultatene viste en statistisk signifikant reduksjon i PTSD hos EMF. Denne behandlingen er dermed delvis gjennomførbar, og studien indikerte at visse barrierer for psykisk helse kan overvinnes ved å tilby denne korttidsbehandlingen. Av de som hadde behov for det, var flere av barna motivert for å bli henvist til et annet psykisk helsesenter etter å ha fått korttidsbehandlingen. De profesjonelle som var med på å gi behandlingen, evaluerte denne fremgangsmåten positivt, og ville fortsette å tilby den videre.

## 4 Diskusjon

Formålet med denne oppgaven er å undersøke følgende problemstilling: “Prevalens, korrelater og behandling av PTSD hos EMF fra Afghanistan.” Funnene fra litteraturgjennomgangen viser at prevalens av PTSD hos EMF fra Afghanistan ligger på 34,4 %, 60,2 % og 76,6 % i ulike studier. Det internasjonale estimatet ligger mellom 30,5 % og 82,2 %. EMF som har PTSD, har høyere risiko for å utvikle søvnforstyrrelser (målt kun hos afghanere), alkohol- og stoffmisbruk (internasjonalt estimat) og økt skyld og skam (internasjonalt estimat). De behandlingsmetodene som kom frem i studiene, TF-CBT, “Mein Weg” og korttids multimodal traumefokusert terapi, viste seg å være effektfulle for EMF (internasjonalt estimat). I tillegg ble det lansert tre underproblemstillinger. Det ble funnet støtte for følgende underproblemstillinger:

1. Har EMF større prevalens av PTSD enn de med følge? – Ja, både hos afghanere og hos internasjonalt estimat.
2. Hvilke tilleggsvansker har EMF med PTSD, og vil de vanskene være mer til stede hos EMF enn hos de med følge? – Søvnvansker (målt kun hos afghanere), økt skyld (ikke signifikant, verken hos EMF eller de med følge) og skam

(internasjonalt estimat), og økt alkohol- og stoffmisbruk (internasjonalt estimat).

Ja, de er mer til stede hos EMF enn hos de med følge.

3. Hvilke typer behandling som gis til EMF vil de profitere på? –

Litteraturgjennomgangen viser at de vil profitere på TF-CBT, “Mein Weg” og korttids multimodal traumefokusert terapi (internasjonalt estimat).

#### 4.1 Prevalens for PTSD

Det er mangel på empiriske studier som informerer om situasjonen for EMF fra Afghanistan. De få studiene som finnes, indikerer at prevalens for PTSD hos EMF ligger mellom 34,3 % og 76,6 %. Studier som gir informasjon om EMF med opprinnelse fra flere ulike land viser også at prevalens av PTSD varierte veldig, og er mellom 30,5 % og 82,8 %. De estimerte prevalensene fra de to utvalgsgruppene er ganske like. Dermed kan man anta at den reelle prevalensen av PTSD hos EMF fra Afghanistan er lik det som rapporteres i det internasjonale utvalget. Fenomenet er målt ved bruk av forskjellige måleinstrument i de ulike studiene. Selv om måleinstrumentene er valide, kan de gi forskjellige antydninger til hvor tyngdepunktet for prevalens av PTSD ligger hos EMF. Utvalgsstørrelse, representativitet og screening i studiene er ganske ulike og gjør det vanskelig trekke en konklusjon på hvilken skåre som er den mest riktige for prevalensen av PTSD.

I direkte sammenligning i de inkluderte studiene i oppgaven, hvor vi har sett på EMF med opprinnelse fra flere ulike land, var EMF mer påvirket av PTSD enn fosterbarn, da de bærer med seg en større belastning av ulike potensielle traumatiske hendelser sammenlignet med ungdommer i Norge generelt og ungdommer i fosterhjem spesielt (Kvestad et al., 2021). Disse forskjellene kan være påvirket av ulike traumatiske erfaringer i hjemlandet eller på fluktreisen og ulike problemer eller utfordringer i ankomstlandet. Litteraturen viser til ulike faktorer som ser ut til å påvirke prevalensen for PTSD hos EMF. Før migrasjon kan utfordringer knyttet til fattigdom, vold, krig, utdanning, familie og sosiale og kulturelle

verdier spille inn (Kvestad et al., 2021). Under migrasjon kan eksponering for traumatiske hendelser som separasjon, seksuell mishandling og menneskehandel være aktuelle utfordringer (Stotz et al. 2015). I tillegg, etter migrasjon, kan tilgang til skole, sosial støtte, stabil bosetting, kontakt med familie i hjemlandet, usikkerhet knyttet til asylsøknadsprosessen og kulturell tilpasning spille inn (Muller et al., 2019a; Sierau et al. 2019). EMF opplever mange stressorer, noe som i seg selv vil gi samme symptomer som PTSD. Mange kommer fra store familier og kan ha sterk bekymring og ansvarfølelse for familie som kan være i fare i hjemlandet. Siden stressorene ligner på PTSD, kan det diskuteres om det er dette EMF har, eller om det er noe annet.

Som nevnt tidligere, var det bare tre av studiene som gjorde en landspesifikk analyse der Afghanistan var representert sammen med flere land (Salari et al., 2017; Solberg et al., 2020; van Es et al., 2021). Uten at dette har blitt diskutert i de resterende studiene, kan én av grunnene til å ikke trekke landspesifikke konklusjoner i studiene muligens være lik som hos Salari et al. (2017), at siden Afghanistan i de fleste studier er mest representert, blir det for få deltakere fra andre land til å ha noe spesifikt å si om resultatene for disse landene. Man har heller samlet dem opp til et svar som gjelder på tvers av opprinnelsesland. En annen forklaring er at landene som er representert i studiene, er påvirket av blant annet fattigdom, krig og sult, og at de utfordringene de møter på flukten og til landet de kommer til, kan se mye likt ut for disse landene og som da gir et reelt bilde av EMF og den høye risikoen for PTSD, selv om det er kulturforskjeller på tvers av opprinnelsesland (van Es et al., 2021).

#### **4.2 Korrelater – et fragmentert forskningsfelt**

Noen av studiene har sett på korrelater til PTSD som følge av de traumatiske erfaringene barna har gjort på veien. Oppsummert er både søvn (A), alkohol- og stoffmisbruk (I) og skam (I) signifikant med PTSD hos EMF. Skyld (I) er derimot ikke signifikant med antall traumatiske hendelser, men har en positiv korrelasjon. Det er altså tre tilleggsvansker

som trekkes frem fra litteraturen for EMF, og disse vanskene er mer til stede hos EMF enn hos de med følge.

Det at litteratursøket bare har gitt ett treff på hvert av noen av disse temaene, gjør det vanskelig å konkludere med at fenomenet gir et riktig tilstandsbilde og at korrelatene er replikerbare. Det studien derimot gir, er en indikasjon på hvordan tilstandsbildet ser ut for EMF når det kommer til søvn, skyld og skam og alkohol- og stoffmisbruk, og at når det er såpass stor prevalens på disse spesifikke korrelatene, er det desto større grunn til å utforske dette videre med nye studier som kan komme med nye innfallsvinkler. Man trenger mange studier som identifiserer mange forskjellige korrelater for å ha forutsetninger for å kunne si noe konkret om hvilke korrelater som gjelder for EMF som har PTSD. Nye studier kunne så sett på det samlet og prøvd å identifisere de betydningsfulle korrelatene til PTSD.

Siden det her bare er tre enkeltstudier som ser på henholdsvis søvn, skyld og skam og alkohol- og stoffmisbruk, så er det vanskelig å si om det er reelle korrelater til PTSD eller noe som bare er funnet i enkeltstudier. Det er i tillegg vanskelig å vite noe om hvorvidt andre korrelater muligens kunne vært til stede eller ikke, fordi det mangler forskning på dette. Dette er et felt det ser ut til å være mye usikkerhet rundt når det gjelder korrelater hos EMF på grunn av manglende forskning. Med mindre man ser på tilleggsvanskene samlet, er det vanskelig å få et bilde av hva det er som er de reelle korrelatene for EMF.

### **4.3 Ulike behandlinger**

De behandlingene som studiene presenterer, er behandlinger som EMF med opprinnelse fra flere ulike land samlet har hatt nytte av for å redusere PTSD. Både TF-CBT, "Mein Weg" og korttidsmultimodal traumefokusert terapi har gitt signifikant reduksjon på PTSD-symptomer hos EMF. TF-CBT er en behandling som er klinisk relevant og valid. De som har plukket elementer fra TF-CBT og laget en annen versjon av behandlingen, har fått god støtte og gode resultater i bedring hos EMF, men det ser ut til at disse metodene er ganske ferske på

feltet, da disse studiene ble gjennomført i 2017, 2018 og 2021. Det positive med metodene som har tatt utgangspunkt i TF-CBT, er at man ikke nødvendigvis er avhengig av terapeuter som er utdannet på feltet, men kan ta i bruk sosialarbeidere, noe som har vist seg å gi god effekt. Samtidig så man at de sosialarbeiderne som deltok i studien og skulle være behandlere, ikke hadde den samme sensitiviteten for traume hos deltakeren som en TF-CBT-terapeut er grundig opplært i. Noe man også så, var at f.eks. EMDR ble for ukjent og kunne virke avskrekkende. Uten at det ble sagt noe mer om frykten for den ukjente metoden i studien, kan det tenkes at det kreves en god terapeutisk relasjon for å bevare samarbeidet, og at i etterkant av å ha tatt i bruk en teknikk som virker avskrekkende, kan man på tross av dette fortsette terapien.

Studiene som undersøker behandling for EMF (I) med PTSD, har bare valgt seg ut én metode som de fokuserer på. Dermed er det vanskelig å si om den behandlingen de benytter seg av, er den behandlingen som vil fungere best av de som finnes på feltet. Ingen studier ser på ulike behandlinger i én og samme studie, og kan dermed ikke si noe eksplisitt om hvilken behandling som skiller seg ut og som EMF vil profitere best på. Det studiene sier noe om, er validiteten på behandlingsformene de har valgt å benytte, og at funnene tyder på at de fungerer i møte med EMF. Noe som er mangelfullt i disse studiene, er at deltakerne er fra ulike opprinnelsesland, og ikke bare fra Afghanistan. Det som derimot er nyttig ved at studiene ser på EMF samlet, er at denne gruppen responderer godt på behandlingen, uansett hvilke land de kommer fra. I sin helhet viser funnene at EMF, fra alle opprinnelsesland som studiene trekker frem, profiterer på intervensjoner som fungerer på tross av vidt spekter ved prevalens av PTSD.

#### **4.4 Deltakere i studien**

De studiene som har deltakere fra flere land enn Afghanistan, oppgir hvor mange afghanere som har deltatt i studien, men det sies ingenting om hvor stor andel av afghanere

som skårer på prevalens for det som blir målt i studiene, med unntak av Salari et al. (2017) og Solberg et al. (2020) ved måling av PTSD hos EMF fra Afghanistan. Tallene som blir presentert, gjelder for totalen av deltakere som har deltatt. Dette skulle det vært mer fokus på i studiene, slik at man kunne trekke ulike analyser basert på opprinnelsesland, siden majoriteten av studiene fra litteratursøket har flere land representert. I tillegg hadde det vært spennende om fremtidige studier hadde sett på ulikheter innad i Afghanistan, da befolkningen har kulturelle ulikheter på tvers av områder i landet. Selv om de fleste studier ikke rapporterer forskjeller i opprinnelsesland eller kultur, er det som nevnt tidligere afghanere som utgjør majoriteten i de fleste studiene, og dermed kan man anta at tallene som rapporteres for EMF og prevalens for det som blir målt i studiene, gjelder hos Afghanere flest. Der hvor afghanere er i mindretall, er det allikevel interessant å se på resultatene og trekke sammenhenger til studier som ser på det samme fenomenet.

#### **4.5 EMF vs. de med følge**

Det ble funnet støtte for underproblemstilling nr. 1, at EMF har større prevalens av PTSD enn de med følge. Dette gjelder både hos EMF kun fra Afghanistan og hos utvalget som har flere opprinnelsesland inkludert i studiene. Det at EMF viser en høyere risiko for PTSD enn de som kommer med følge, fremhever behovet for en spesiell beskyttelse for denne gruppen (Muller et al., 2019a). Det at denne gruppen er en utsatt gruppe, mer utsatt enn de med følge, gjør at man setter inn alle ressursene på EMF. Det som da er fallgruven, er at de som kommer med følge, som også kan streve med sine mentale utfordringer, kan risikere å bli glemt (Muller et al., 2019a). Selv om EMF har de største utfordringene, viser forskning at de som kommer med følge, også er en utsatt gruppe, og også de trenger oppfølging (Muller et al., 2019a).

#### 4.6 Ulik screening

I de studiene hvor de brukte strukturert klinisk intervju hvor man ser på standard diagnosekriterier, som DSM-5, resulterte dette i lavere prevalens i PTSD sammenlignet med noen av selvrapporteringsskjemaene (Hvilke screeninginstrument som ble brukt, se Tabell 2) (Muller et al., 2019a). Screeninginstrumentene i studiene, hvor PTSD ikke ble satt som en diagnose av DSM-5-kriteriene, ble heller sett på som en indikasjon eller risiko for utvikling av PTSD. Det ble da viktig å undersøke denne gruppen videre og eventuelt vurdere nødvendigheten av å gi videre psykologisk hjelp og hvilke intervensjoner som er nyttig for EMF. I tillegg ble det brukt veldig mange ulike selvrapporteringsskjemaer for å måle potensiell PTSD. Alle studiene rapporterte at screeningen de valgte å bruke, var valid og hadde indre konsistens. Screeningens RHS-13 ble i studien til Sarkadi et al. (2019) brukt til å måle emosjonelt stress, men presiserte samtidig at de som skåret 25 og over, som tydet på alvorlig emosjonelt stress, viste en høy sensitivitet for alvorlige nivåer av PTSD, i tillegg til depresjon og angst. Samtidig viste resultatet at RHS-13 og CRIES-8, som de også benyttet seg av for å måle PTSD, at de korrelerte moderat. Hadde alle studiene brukt samme screening, hadde det muligens vært lettere å sammenligne ulike studier med hverandre, og man kunne tydeligere fått innblikk i hvordan det potensielle diagnosebildet for PTSD hadde sett ut.

#### 4.7 Overrepresentasjon av gutter

De studiene som var relevante for denne oppgaven, undersøkte enten *kun* gutter eller *flest* gutter. Det gir oss et bilde av hvordan situasjonen er for EMF-gutter ved prevalens av PTSD, korrelater og behandling for denne gruppen. Det som derimot hadde vært nyttig vite noe om, er om det hadde vært signifikante forskjeller mellom jenter og gutter for PTSD-prevalens, og i så fall hvor store de hadde vært, og hvordan dette hadde preget hver gruppe i ankomstlandet. Solberg et al. (2020) hadde en ganske lik balanse mellom gutter og jenter som var representert i studien. Der var det gutter som skåret høyere for PTSD enn jenter, men det



var minimal forskjell. Hadde flere studier hatt muligheten til å se på dette, kunne man fått et mer representativt bilde av kjønnsforskjeller hos EMF, både hos afghanere og hos de som har andre opprinnelsesland. Der hvor jenter var representert, argumenterte Jensen et al. (2014) med at siden kjønnsbalansen i studien var såpass ubalansert, at det var såpass få jenter med i studien, var det nødvendig med videre forskning på feltet med større fokus på kjønnsforskjellene, selv om jentene i denne studien rapporterte mer økende symptom på en enkeltskala, hyperarousal, enn guttene målt i CPSS.

Noen studier lanserte hypoteser om for hvorfor det var flere gutter enn jenter i studiene. Solberg et al. (2020) innledet sin studie med å si at jenter er mer utsatt for seksuell vold, angst og atferdsproblemer enn gutter, og at dette gjør at familier heller sender guttene enn jentene sine på den lange og farlige reisen til Europa. En annen studie (Ramel et al., 2015) hadde få EMF-jenter i studien sin, og viste til at en regresjonsanalyse i kjønnsforskjell ikke var mulig. Ramel et al. (2015) har i sin egen diskusjon også fremhevet at det ikke var overraskende hvorfor det var få jenter sammenlignet med gutter, spesielt hos de som reiste alene, da jenter er mer utsatt for trusler enn eldre gutter på en farlig reise fra Afghanistan til Sverige uten omsorgspersoner. I Pfeiffer & Goldbeck (2017) sin studie var kun gutter representert. Dette begrunnet de med at det rett og slett var en for stor kjønnsubalanse av EMF som hadde kommet til Tyskland på det tidspunktet studien ble gjort, og at fremtidige studier burde inkludere jenter i utvalget, siden de er en mer utsatt gruppe.

En av studiene som også hadde mulighet til å sammenligne jenter mot gutter, var studien som så på korrelatene alkohol- og stoffmisbruk (Vasic et al., 2021). Her kom det frem at jenter strevde mer med emosjonelle utfordringer enn med alkohol- og stoffmisbruk sammenlignet med gutter. Her tyder det på en kjønnsforskjell, men siden de to andre studiene som ser på korrelater i denne litteraturgjennomgangen, bare har gutter i utvalget, kan man ikke konkludere med at kjønnsforskjellene gjelder for alle korrelater. Pfeiffer et al. (2018)

hadde også jenter i sin studie om behandling av EMF, men på grunn av det lille antallet, kunne det ikke bli dratt en konklusjon om effekten av intervensjonen “Mein Weg” for jentene, som for guttene.

Det at det er en overrepresentasjon av gutter, gjør det også vanskelig å si noe konkret om sammenhengen med jenters forventede høye PTSD-prevalens og det faktumet at jenter i Afghanistan blir behandlet annerledes, blant annet med skolenekt, og hvordan deres psykiske helse er på bakgrunn av tilstanden i hjemlandet, den utfordrende reisen de har vært på, og utfordringene de møter i landet de ankommer til.

#### **4.8 Emosjonelt stress vs. PTSD i studiene**

To studier fokuserte sin forskning på hvordan emosjonelt stress påvirker EMF (I) (Ramel et al., 2015) (Sarkadi et al., 2019). Det studiene trakk frem, var at det var en sammenheng mellom emosjonelt stress og forhøyet nivå av PTSD. Det som var av interesse for denne litteraturgjennomgangen, var å se om det faktisk hadde noen signifikant korrelasjon. Emosjonelt stress virket inn på de som for eksempel ventet på å få godkjent asylsøknaden sin og på de som fikk avslag, men det var ingen direkte utslag på PTSD-symptom (Ramel et al., 2015). Hos Sarkadi et al. (2019) var det derimot moderat korrelasjon mellom emosjonelt stress og PTSD. For EMF som har høyere emosjonelt stress, kan man forvente en viss sammenheng med denne gruppen og PTSD, sammenlignet med de som reiser med følge. Men dette trengs det mer forskning på for å se om det har en signifikant korrelasjon.

#### **4.9 PTSS vs. PTSD**

I fem av studiene hvor EMF (I) blir screenet for posttraumatisk stress, omtaler de det som posttraumatisk stress symptom (PTSS) i stedet for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Muller et al., 2019a; Muller et al., 2019b; Pfeiffer & Goldbeck, 2017; Pfeiffer et al., 2018; Pfeiffer et al., 2019). Som nevnt tidligere, er det ikke alle studiene som screener for PTSD-lidelsen, men for PTSD-symptomer som indikerer at de er i risiko for å utvikle lidelsen basert

på det høye symptomtrykket. Det kan tenkes at de ikke måler for lidelsen PTSD men heller ser på symptomene og omtaler det for PTSS for å lage et klart skille. En av grunnene til at studier benyttet seg av PTSS, var at språkferdighetene til denne målingen fikk frem signifikante variasjoner av symptomer hos EMF (Muller et al., 2019a). Muller et al. (2019a) nevnte også at de mest vanlige psykiske problemer et asylbarn kan få, inkluderte posttraumatiske stresssymptomer. En annen grunn til at det måles for PTSS, kan være at EMF som har symptomer på psykiske problemer, kan forklares av akkumulert stress, og ikke på grunn av et konkret traume.

Noe som hadde vært interessant i for eksempel Muller et al. (2019a) sin studie, var å få mer informasjon om de som oppfylte DSM-5-kriteriene for en PTSD-diagnose, som var 29 %. Hvem var disse, hvor mange var EMF, hvor mange var afghanere og var det kjønnsforskjeller blant de som fikk diagnosen?

#### **4.10 Begrensninger**

Studiene i denne litteraturgjennomgangen dekker ikke alt av tilhørende temaer til PTSD hos EMF. I innledningen presenteres korrelater til PTSD. Der listes det opp flere sammenhengende utfordringer til PTSD. Noe som kom frem av sammenhenger, og som litteratursøket ikke gav noe treff på, var f.eks. psykosomatisk plage hos EMF. Når det gjelder det stresset disse barna går gjennom på en reise, og som oppgaven innledningsvis har belyst, hva stress kan gjøre med kroppen over tid, er det vist at det er en sammenheng mellom PTSD og somatisk sykdom for denne gruppen. Det som også er mangelfullt, er studier som ser på flere korrelater samlet, og som på den måten kan trekke ut hvilke korrelater som er mest fremtredende hos EMF med PTSD, både for EMF med opprinnelse fra flere land samlet, men også EMF kun fra Afghanistan. Noe som også hadde vært nyttig at fremtidig forskning hadde sett på, er å undersøke den gruppen som ikke får godkjent asylsøknaden sin og reiser tilbake til hjemlandet sitt.

Gjennomgangen viser derimot enkeltstudier som ser på sammenheng mellom PTSD og et spesifikt korrelat (søvn, skyld og skam, alkohol- og stoffmisbruk). Studiene som trekker frem enkeltkorrelater, ser på EMF med opprinnelse fra flere ulike land samlet, og mangler dermed forskning som ser på dette hos EMF kun fra Afghanistan. Dermed er det vanskelig å si noe om hvilke enkeltkorrelater som henger sterkest og mest direkte sammen med PTSD hos EMF, både samlet i utvalget og hos afghanerne alene.

I sin helhet fremhever resultatene av denne litteraturgjennomgangen et viktig fokus på PTSD hos en sårbar gruppe som flykter alene. Både når det gjelder prevalens, korrelater og behandling. Det som hadde gitt denne oppgaven et større løft, er om alle tallene som blir rapportert i denne litteraturgjennomgangen omhandlet kun EMF fra Afghanistan. Det er en svakhet at studier har kategorisert EMF fra ulike land sammen i de fleste studier, noe som reduserer muligheten til å si noe konkret om EMF fra Afghanistan. Det at såpass mange studier heller ikke gjør en landspesifikk analyse eller har Afghanistan som det eneste representerte landet, gjør det vanskelig å trekke ut helt konkret hva som gjelder for Afghanistan, spesielt ved korrelater og behandling, og hva som gjelder for andre land, og om det er en signifikant forskjell mellom de ulike landene som er representert i studiene.

Selv om EMF ofte er representert med flere land samtidig, er det flere mangler ved disse studiene. EMF kan også kategoriseres ulikt på andre måter. I studiene fremkommer det ikke analyser på tvers av alder, utdannelsesnivå eller etnisk gruppe ved prevalens av PTSD, hvem som er mest utsatt for korrelater til PTSD og hvem som profiterer best på behandlingene. Alle disse faktorene kan påvirke hva som blir funnet hos EMF. Studien om late-onset PTSD trakk frem at høyere alder og lavere utdanning hadde en negativ effekt på EMF (Smid et al., 2011). Dersom fremtidige studier har mer fokus på dette, kan man finne noe ut om variasjoner innad, og hvem som er ekstra utsatt blant EMF.

Det ble rapportert om forverring i PTSD-symptomer på individnivå hos de som ventet på asylsøknad og hos de som hadde fått avslag. Studiene nevnte ingenting om hvor lenge de måtte vente på svar i oppholdslandet og om de hadde muligheten til å jobbe, studere eller være med jevnaldrende i denne ventetiden. Som nevnt i innledningen, er det å ha sosial støtte og fremtidshåp noe som både forebygger og reduserer psykiske problemer og PTSD-symptomer, og er viktig for god psykososial fungering for afghanske flyktninger generelt. Dette er noe som fremtidige studier burde se nærmere på i møte med EMF.

Screeninginstrumentene som er benyttet i de ulike studiene er såpass varierte at dette også er noe fremtidige studier burde tenke over når man skal screene EMF fra Afghanistan. De bør bruke det som er best egnet for den gruppen de skal screene, og dersom mulig, være identisk med andre studier eller bruke flere screeninger for å se om de skårer likt/ulikt på tvers av disse. På den måten kan man si noe eksplisitt om likheter/ulikheter i resultatene. Om screeningverktøy er oversatt og tilpasset målgruppen, er viktig. RATS var et av de screeninginstrumentene som ble benyttet og var valide for EMF (Bean et al., 2006). Det er ikke alle studier som rapporterer at screeninginstrumentene var oversatt og tilpasset EMF direkte. PTSD er en omdiskutert konstruksjon. Det å se på screeninger som blir benyttet for å måle PTSD, og at de gir en såpass stor spredning i prevalens for PTSD, gjør at man kan stille spørsmål ved om PTSD er en konstruksjon som fungerer. Det kan også være mangler ved screeninginstrumentene som gjør at det rapporteres så ulike tall med prevalens for PTSD.

Det hadde vært spennende om fremtidige studier hadde åpnet for mer forskning som ser på nærliggende lidelser til PTSD, som kompleks PTSD, som kan fange opp andre fenomen ved lidelsen enn kun PTSD-kriterier.

Den gjennomgående kvaliteten på studiene er noe mangelfull, noe som også blir påpekt i noen av studiene. Selv om de klarer å gi et tilstandsbilde gitt de deltakerne de har, hadde det vært svært nyttig om fremtidig forskning så mer på kjønnsforskjeller, forskjeller på

tvers av opprinnelsesland og på tvers av ulike grupper innad i Afghanistan, og da se på om de eventuelt har ulike utfordringer som det må tas ekstra hensyn til ved ankomst til et nytt land og i behandling.

Når dette er sagt, er studienes funn i denne litteraturgjennomgangen med på å belyse viktige aspekt hos EMF, både de med opprinnelse fra flere ulike land samlet og hos afghanerne alene, om deres utfordringer til PTSD, korrelater til PTSD og behandling som fungerer for denne gruppen, samtidig som den viser til hva som trengs av videre studier for å belyse det som er mangelfullt.

## 5 Konklusjon

Litteraturgjennomgangen viser at EMF fra Afghanistan har høy prevalens av PTSD. Studiene viser også en tydelig sammenheng mellom PTSD og problemer knyttet til søvn, skyld og skam, og alkohol- og stoffmisbruk hos EMF, både fra Afghanistan og fra andre land. I tillegg profiterte EMF på alle tre behandlingene uavhengig av opprinnelsesland. Dette sier noe viktig om relevansen dette har for klinikere i Norge og for behandlingen de skal gi til flyktninger som kommer til Norge, at funnene tyder på at de ulike gruppene EMF profiterer på dette. For å fange opp EMF som strever tidligst mulig i Norge, gitt de vanskene de er i risiko for å besitte, burde man screene alle nyankomne EMF for søvn- og rusproblemer.

Det er viktig å fokusere både på hvilke utgangspunkt EMF fra Afghanistan har når de kommer til ankomstlandet, og i tillegg gjennomføre forebyggende handlinger for å redusere psykisk stress og fremheve sosial funksjon og tilfredshet, samt det terapeutiske aspektet for å hjelpe de som har behov for det på best mulig måte.

## 6 Referanser

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, violence, & abuse*, 6(3), 195–216.  
<https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Andersen, A. (2018, 12. januar). For ensidig fokus på traumer? *Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Sør)*.  
<https://rvtssor.no/aktuelt/173/for-ensidig-fokus-pa-traumer-stressbevisst-praksis-like-viktig-som-traumebevisst-praksis/>
- Askeland, M. (2022, 19. januar). *World Watch List [WWL], 2022*. Open Doors.  
[https://www.opendoors.no/wwl2022?fbclid=IwAR0z0mm2JjKX9z6AzDoe\\_yqWoI9FvwUKgwct3QPPunX0mOnRIKjnJrNwpkA](https://www.opendoors.no/wwl2022?fbclid=IwAR0z0mm2JjKX9z6AzDoe_yqWoI9FvwUKgwct3QPPunX0mOnRIKjnJrNwpkA)
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2006). Validation of the multiple language versions of the reactions of adolescents to traumatic stress questionnaire (RATS). *Journal of Traumatic Stress*, 19, 241–255.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20093>
- Berg, B. (2016). Barn på flukt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 136(11), 1052.  
<https://tidsskriftet.no/2016/06/gjesteskribent/barn-pa-flukt>
- Berk, L. E. (2013). *Child Development* (9. utg.). Pearson Education.
- Bistandsaktuelt (2021, 1. september). *Slik blir afghanere på flukt tatt imot*.  
<https://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2021/slik-blir-afghanere-pa-flukt-tatt-imot/>

Bistandsaktuelt (2022, 10. februar). *Taliban-topper sender egne døtre på skoler og universiteter.*

<https://www.bistandsaktuelt.no/afghanistan-kvinneres-rettigheter-menneskerettigheter/taliban-topper-sender-egne-dotre-pa-skoler-og-universiteter/302740>

Brekke, J. P., Birkvad, S. R., & Erdal, M. B. (2019). *Losing the Right to Stay. Revocation of immigrant residence permits and citizenship in Norway— Experiences and effects.* (Report 2019:9) Institutt for samfunnsforskning.

[https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2599967/Rapport\\_9\\_19\\_Losing\\_the\\_right\\_to\\_stay\\_Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2599967/Rapport_9_19_Losing_the_right_to_stay_Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Bronstein, I., Montgomery, P., & Dobrowolski, S. (2012). PTSD in Asylum-Seeking Male Adolescents From Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress, 25*(5), 551–557.

<https://doi.org/10.1002/jts.21740>

Bronstein, I., & Montgomery, P. (2013). Sleeping Patterns of Afghan Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents: A Large Observational Study. *Plos One, 8*(2), e56156.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056156>

Brubakk, K. G. (2021). Diagnose: Moria. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet 2.

mai 2022 fra <https://tidsskriftet.no/2021/02/leder/diagnose-moria>

Buudir (2021, 14. mai). *Barneekteskap: Håndtering av barneekteskapsaker i barneverntjenesten.*

[https://ny.buudir.no/fagstotte/produkter/barneekteskap\\_handtering\\_av\\_barneekteskapsaker\\_i\\_barneverntjenesten/#heading-contentlink-115563](https://ny.buudir.no/fagstotte/produkter/barneekteskap_handtering_av_barneekteskapsaker_i_barneverntjenesten/#heading-contentlink-115563)



Bækkelund, H. (2021, 12. april). *Hva er traumer og traumebehandling*.

Psykologforeningen.no

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-traumer-og-traumebehandling>

Child Outcomes Research Consortium (CORC). (u.å.). *Child Revised Impact of Events Scale (CRIES)*. Hentet 13. mai 2022 fra

<https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/child-revised-impact-of-events-scale-cries/>

Christophersen, E. (u.å.). *Derfor er det så vanskelig å søke asyl i Norge*. Hentet 11. mars 2022 fra

<https://www.flyktninghjelpen.no/shorthand/stories/derfor-er-det-sa-vanskelig-a-soke-asyl-i-norge/index.html>

Cohen, S. (1996). Psychological stress, immunity, and upper respiratory infections. *Current Directions in Psychological Science*, 5(3), 86–90.

<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772808>

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*. 64(5), 577–584.

<https://doi:10.1001/archpsyc.64.5.577>

Dæhlen, M. (2021, 14. september). *Forskere i Afghanistan flykter landet*. Forskning.no.

<https://forskning.no/om-forskning/forskere-i-afghanistan-flykter-landet/1908376>

Edelman, S., & Kidman, A. D. (1997). Mind and cancer: Is there a relationship? – A review of evidence. *Australian Psychologist*, 32(2), 79–85.

<https://doi.org/10.1080/00050069708257358>

Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2017). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 394–402.

<https://psykologtidsskriftet.no/sovn-og-sovnproblemer/2007/04/sovnforstyrrelser-ved-psykiske-lidelser>

Flyktningshjelpen (2019, 6. mars). *Hus vasket vekk av flom i Afghanistan*.

<https://www.flyktningshjelpen.no/nyheter/2019/mars/Hus-vasket-vekk-av-flom-i-Afghanistan/>

Flyktningshjelpen (u.å.). *Fakta om barn på flukt*. Hentet 14. mars 2022 fra

<https://www.flyktningshjelpen.no/fakta-om-barn-pa-flukt>

FN-Sambandet (2020a, 21. desember). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. fra

<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>

FN-Sambandet (2020b, 22. desember). *Flyktningskonvensjonen*.

<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/flyktninger/flyktningskonvensjonen>

FN-Sambandet (2022a, 20. april). *Flyktninger*.

<https://www.fn.no/tema/flyktninger/flyktninger>

FN-Sambandet (2022b, 22. april). *Afghanistan*.

<https://www.fn.no/Konflikter/Asia/afghanistan>

Folkehelseinstituttet (2012, 9. november). *Traumatiske hendelser og posttraumatisk stress er forbundet med psykiske lidelser*.

<https://www.fhi.no/historisk-arkiv/nyheter/2014/ps/traumatiske-hendelser-og-posttrauma/>

Hammerstad, B. O. (2015, 12. november). *Vil ha fosterforeldre med interesse for religion*.

Dagen.no.

<https://www.dagen.no/nyheter/vil-ha-fosterforeldre-med-interesse-for-religion/>

Hertzberg, A. (2006). Mental helse-rehabilitering i Afghanistan: Vann og pepper under et tre.

*Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(1), 48–51.

<https://psykologtidsskriftet.no/reportasje/2006/01/mental-helse-rehabilitering-i-afghanistan-vann-og-pepper-under-et-tre>

Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008) Risk and resilience

for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents.

*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723–732.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., &

Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2(8), 356–366.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Ireland, P. (2021, 18. juni). 82,4 millioner mennesker på flukt i pandemiens år.

Flyktningregnskapet.

<https://www.flyktninghjelpen.no/shorthand/fr/82.4-millioner-mennesker-paa-flukt-i-pandemiens-aar/index.html>

Jakobsen, M., DeMott, M. A. M., & Heir, T. (2017). Validity of screening for psychiatric

disorders in unaccompanied minor asylum seekers: Use of computer-based

assessment. *Transcultural Psychiatry*, 54(5– 6), 611–625.

<https://doi.org/10.1177/1363461517722868>

Jensen, T. K., Skardalsmo, E. M. B., & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental

health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(29).

<https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>

Jentoft, S., Nielsen, V. O., & Roll-Hansen, D. (2011). *Hvor mange kvinner dør i svangerskap?* Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hvor-mange-kvinner-dor-i-svangerskap>

Johnson, S. U., Johnson, M. S., Sele, P., & Hoffart, A. (2019). Kompleks post-traumatisk stresslidelse. Fra latent konstrukt til nettverksforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/06/kompleks-post-traumatisk-stresslidelse>

Keles, S., Idsøe, T., Friberg, O., Sirin, S., & Oppedal, B. (2016). The Longitudinal Relation between Daily Hassles and Depressive Symptoms among Unaccompanied Refugees in Norway. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 1413–1427.

<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0251-8>

Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1295–1319.

<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>

Kirkeberg, M. I., & Lunde, H. (2020). *Enslige mindrearige flyktninger 1996–2018. Demografi, utdanning, arbeid og inntekt*. Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/enslige-mindrearige-flyktninger-1996-2018>

Kulasingam, A. S., Strøm, F., Lunde, H., & Bratholmen, N. V. L. (2021)

*Overføringsflyktninger 2020*. Statistisk sentralbyrå.

[https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/overforingsflyktninger-2020/\\_attachment/inline/0f95580d-97ee-4563-a98e-27907bfbcc63:8597a9e6a62487d92a9b2adbdbed0383f0276b12/RAPP2021-32.pdf](https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/overforingsflyktninger-2020/_attachment/inline/0f95580d-97ee-4563-a98e-27907bfbcc63:8597a9e6a62487d92a9b2adbdbed0383f0276b12/RAPP2021-32.pdf)

Kvestad, I., Boe, T., Sayyad, N., Skogen, J. C., Randal, S., & Lehmann, S. (2021). Potential traumatic events and symptoms of post-traumatic stress in unaccompanied refugee minors-a comparison with youth in foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01876-6>

Leger Uten Grenser. (2022, 10. februar). *Afghanistan*.

<https://legerutengrenser.no/land/afghanistan>

Maier, S. F., Watkins, L. R., & Fleshner, M. (1994). Psychoneuroimmunology: The interface between behavior, brain, and immunity. *American Psychologist*, 49(12), 1004–1017.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.12.1004>

Merchant, K. & Nyborg, I. (2021, 29. september). *Er et samarbeid med Taliban vanvidd eller den rette veien å gå?* Forskersonen.no

<https://forskersonen.no/afghanistan-bistand-kronikk/er-et-samarbeid-med-taliban-det-rene-vanvidd-eller-den-rette-veien-a-ga/1916477>

Muller, L. R. F., Buter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(8).

<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>

Muller, L. R. F., Gossmann, K., Hartmann, F., Buter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). 1-year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany. *BMC Public Health*, *19*(908).

<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7263-6>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) (u.å.). *Behandling av PTSD*. Hentet 10. mai 2022 fra

<https://www.nkvts.no/kunnskapsbasert-traumebehandling/behandling-av-ptsd/>

Neumayer, S. M., Skreslett, A., Borchgrevink, M. C., & Gravråkmø, S. m.fl. (2006).

*Psykososialt arbeid med flyktningbarn*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

[https://www.rvtsvest.no/wp-](https://www.rvtsvest.no/wp-content/uploads/2015/11/PsykososialtArbeidFlyktningbarnVeileder.pdf)

[content/uploads/2015/11/PsykososialtArbeidFlyktningbarnVeileder.pdf](https://www.rvtsvest.no/wp-content/uploads/2015/11/PsykososialtArbeidFlyktningbarnVeileder.pdf)

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *51*(7), 530–536.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>

Nordanger, D. Ø. (2019). Regulerende omsorg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *55*(10), 904–905.

<https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2017/10/regulerende-omsorg>

Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, *56*(2), 203–211.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12194>

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D.,

Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E.,

McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated

guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 372(71), 1–9.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Evaluation of a Trauma-Focused Group Intervention for

Unaccompanied Young Refugees: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(5),

531–536.

<https://doi.org/10.1002/jts.22218>

Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F., & Goldbeck, L. (2018). Effectiveness of a trauma-

focused group intervention for young refugees: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1171–1179.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12908>

Pfeiffer, E., Sachser, C., Tutus, D., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2019). Trauma-focused

group intervention for unaccompanied young refugees: "Mein Weg" – predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(18).

<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0277-0>

Ramel, B., Taljemmark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). Overrepresentation of

unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springerplus*, 4(131).

<https://doi.org/10.1186/s40064-015-0902-1>

Røde Kors. (u.å.). *Afghanistan*. Hentet 25. februar fra

<https://www.rodekors.no/vart-arbeid/internasjonalt/asia/afghanistan/>

- Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R., & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health, 45*(6), 605–611. <https://doi.org/10.1177/1403494817715516>
- Sarkadi, A., Adahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., Fängström, A., & Salari, R. (2018). Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(4), 467–479. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9>
- Sarkadi, A., Bjarta, A., Leiler, A., & Salari, R. (2019). Is the Refugee Health Screener a Useful Tool when Screening 14-to 18-Year-Old Refugee Adolescents for Emotional Distress? *Journal of Refugee Studies, 32*(1), 141–150. <https://doi.org/10.1093/jrs/fey072>
- Schnyder, U., Bryant, R. A., Ehlers, E., Foa, E. B., Hasan, A., Mwiti, G., Kristensen, C. H., Neuer, F., Oe, M., & Yule, W. (2016). Culture-sensitive psychotraumatology. *European Journal Psychotraumatology, 7*, 31179. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31179>
- Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(6), 769–780. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1246-5>



- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P. R., & Kleber, R. J. (2011). Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(5), 742–755.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597083>
- Solberg, O., Nissen, A., Vaez, M., Cauley, P., Eriksson, A. K., & Saboonchi, F. (2020). Children at risk: A nation-wide, cross-sectional study examining post-traumatic stress symptoms in refugee minors from Syria, Iraq and Afghanistan resettled in Sweden between 2014 and 2018. *Conflict and Health, 14*(67).  
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00311-y>
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2021, 25. mai). Personer med flyktningbakgrunn.  
Hentet fra  
<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
- Stotz, S. J., Elbert, T., Muller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(25863).  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25863>
- Thoresen, B. (2015, 30. september). *Traumer: Skam den viktigste følelsen*. Psykiskhelse.no  
<https://psykiskhelse.no/bladet/2015/traumer-skam-den-viktigste-folelsen>
- Toates, F. (2011). *Biological Psychology*. (3. utg.). Pearson Education.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin Journal, 132*(6), 959–992.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (u.å.a). *Ventetider for de som har søkt om beskyttelse (asyl)*.

Hentet 9. februar 2022 fra

<https://www.udi.no/ord-og-begreper/ventetider-for-de-som-har-sokt-om-beskyttelse-asyl/?c=afg#link-10670>

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (u.å.b). *Antall ordinære asylsøkere til Norge i 2022 og 2022*

*(januar 2022)*. Hentet 2. mai 2022 fra

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikknoter/antall-ordinare-asylsokere-til-norge-i-2022-og-2023-januar-2022/>

UNCHR (u.å.). Afghanistan. Hentet 13. mai 2022 fra

<https://www.unhcr.org/afghanistan.html>

Unicef (u.å.). *Beskyttelse mot krig, vold og overgrep. Barn på flukt*. Hentet 3. februar 2022

fra

<https://www.unicef.no/vart-arbeid/internasjonalt/beskyttelse>

Unterhitzberger, J., Wintersohl, S., Lang, M., König, J., & Rosner, R. (2019). Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13*(22).

<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0282-3>

van Es, C. M., Sleijpen, M., Velu, M. E., Boelen, P. A., van Loon, R. E., Veldman, M.,

Kusmallah, N., Ekster, P. J. C., & Mooren, T. (2021). Overcoming barriers to mental health care: multimodal trauma-focused treatment approach for unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15*(53).

<https://doi.org/10.1186/s13034-021-00404-3>

- Vasic, J., Grujicic, R., Toskovic, O., & Milovancevic, M. P. (2021). Mental Health, Alcohol and Substance Use of Refugee Youth. *Frontiers in Psychiatry, 12*(713152).  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.713152>
- Vervliet, M., Demott, M. A. M., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(1), 33–37.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12094>
- Vik, S. D. (2014). Nyfødtmedisin i Afghanistan. *Tidsskrift for Den norske legeförening 134*(23–24), 2294–2296.  
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2014--2294-6.pdf>
- Vårt land. (2022, 31. januar). *Afghanistan kollapsar. 10 millionar er på flukt. Slik kjem dei seg til Europa.*  
<https://www.vl.no/nyheter/2022/01/31/afghanistan-kollapsar-10-millionar-er-pa-flukt-slik-kjem-dei-seg-til-europa/>
- Watters, C. (2008). *Refugee children: towards the next horizon*. Hentet fra  
<https://books.google.co.uk/books?hl=no&lr=&id=RbSOphIFjRwC&oi=fnd&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M., Lowy, M. T., & Mason, J. W. (1991). Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 30*(10), 1031–1048.  
[https://doi.org/10.1016/0006-3223\(91\)90123-4](https://doi.org/10.1016/0006-3223(91)90123-4)
- Zimmermann, L. K., & Stansbury, K. (2004). The influence of emotion regulation, level of shyness, and habituation on the neuroendocrine response of three-year-old children. *Psychoneuroendocrinology, 29*, 973–982.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2003.09.003>

**Tabell 1***Studiekarakteristikk fra inkluderte studier*

Studie	Landet til studien	Utvalget	Temaet/spørsmål	Konklusjon
Bronstein et al., 2012	Storbritannia	222 EMF-gutter fra Afghanistan 0 jenter 13–18 år	Prevalens av PTSD i et stort utvalg av afghanske EMF. Så også på forholdet mellom PTSD hos de med sammensatte traumer, immigrasjonsstatus, og bosituasjon. Brukte RATS-spørreskjema.	Estimerte at sannsynligvis har 34 % av barna PTSD. Sammensatte traumer korrelerte med høyere nivå av posttraumatisk stress, og at barna som bor i semi-uavhengig omsorg hadde større sannsynlighet til å rapportere høyere skårer på RATS enn de som bodde i fosterhjem. Samtidig må man se med forsiktighet på disse funnene, da bosituasjonen i UK ikke er en standardisert måte å ha slik gjennomføring på for EMF. Det kan variere. Forfatterne trekker også frem de som ikke har PTSD, at dette også er en ganske stor gruppe som man også må tenke på. Det er heller ingen sammenligningsgruppe i denne studien. På tross av begrensningene til studien, reflekterer den ganske bra på hvordan den største asylsøkende gruppe har det i UK.

Bronstein & Montgomery, 2013	Storbritannia	222 EMF-gutter fra Afghanistan 0 jenter 13–18 år	Forske på søvnmønster hos afghanske enslige mindreårige flyktningbarn i UK, og relasjonen mellom deres selvrapporterte søvn og PTSD-symptomer.	Som ventet, er det en sterk assosiasjon mellom økte søvnproblemer og skårer som er over cut-off for PTSD på RATS hos barn i denne studien hva gjelder mareritt, men også for økt ventetid for innsovning. De som skårte over cut-off på PTSD, rapporterte økt ventetid for innsovning med minst 20 minutt sammenlignet med non-PTSD.
Jakobsen et al., 2017	Norge	160 EMF-gutter (123 fra Afghanistan og 34 fra Somalia) 0 jenter 15–18 år	Evaluerer validitet til HSCL-25 og HTQ, Part IV. Enslige mindreårige flyktninger fikk muligheten til å svare på dette innen fire måneder etter ankomst til Norge.	Mest prevalente diagnosen var PTSD som var til stede i 48 (30,6 %) av casene. Screening-instrumentene hadde høy sensitivitet for både PTSD, depresjon og angst. Validiteten var god, uavhengig av språk- og leseferdigheter.
Jensen et al., 2014	Norge	75 EMF (38 fra Afghanistan, 12 fra Eritrea, 9 fra Somalia, 6 fra Sri Lanka og 10 fra andre land) 83 % gutter (62 stk) 17 % jenter (13 stk)	Oppfølgingsstudie av enslige mindreårige flyktningbarns mentale helse (deriblant PTSD) seks måneder etter ankomst til Norge. Oppfølgingen tok sted ca. 1,9 år senere. Oppfølgingen ble administrert på over en ettårsperiode.	Ingen gjennomsnittlig endring i nivå av PTSD, depresjon, angst eller eksternaliserte problemer fra kort tid etter ankomst til nesten to år senere. Det var en signifikant økning i rapportering av stressfulle

		13,5–20,7 år (16,5 år i gjennomsnitt)		<p>livshendelser fra tidlig ankomst til to år senere. Ingen signifikant kjønnsforskjell. Dette er konsistent med funn fra Bean og kollegaer i Nederland og Vervliet og kollegaer i Belgia, og indikerer et kronisk forløp av stressreaksjoner og at mentale helseproblemer ikke endrer seg signifikant over tid. Ikke overraskende, da disse ungdommene har erfart opptil flere traumer i sine hjemland, og de har flyktet uten omsorgspersoners beskyttelse og omsorg. Virkningen av å være uten tilknytningspersoner kan være skadelig for deres mentale helse og bidra til opprettholdelse av PTSD og andre symptomer. 11 % rapporterte høy skåre på selvmordstanker. Studien sier ikke noe om hvorfor så mange ungdommer opplever konstant eller forhøyede problemer. Samtidig, mange barn viste tegn på</p>
--	--	---	--	--

				bedring på tross av sin seriøse traumatisering og flere tap. Dette kan skyldes at de er i et trygt miljø borte fra krigsrelaterte traumer, som har ført til mindre stress og færre mentale helseproblemer.
Kvestad et al., 2021	Norge	81 EMF (38 fra Afghanistan, 14 fra Eritrea, 14 fra Syria, 8 fra Somalia, 7 fra andre land) sammenlignet med 303 i fosterfamilie fra Norge  67 EMF-gutter 14 EMF-jenter  Fra 15–20 år (Fosterbarn – 11–17 år.	Beskrive frekvensen og typer eksponering for potensielle traumatiske hendelser hos enslige mindreårige flyktningbarn og sammenligne deres eksponeringsprofil med ungdommer i fosterfamilie. I tillegg beskrive PTSD-symptombelastning og profil hos enslige mindreårige flyktningbarn og sammenligne med de i fosterfamilie. Viktig for å vite hvordan man skal hjelpe enslige mindreårige flyktningbarn ved ankomst og hjelpe å identifisere intervensjoner spesielt for å forbedre langtids utfall for enslige mindreårige flyktningbarn.	Forskjell hos ungdommer i forsterfamilie og enslige mindreårige flyktningbarn i både eksponering for potensielle traumatiske hendelser og PTSD-symptomer. Gir klinisk relevante forskjeller. Enslige mindreårige flyktningbarn som en gruppe, bærer en større byrde i forhold til eksponering til en større belastning av ulike potensielle traumatiske hendelser sammenlignet med ungdommer i Norge generelt, og ungdommer i fosterhjem spesielt. Sammenlignet med PTSD: Fosterbarn skårer mer polarisert med lave og høye skårer, mens for enslige mindreårige flyktningbarn er det en alt-i-alt høyere

				subklinisk symptommengde. Enslige mindreårige flyktningbarn opplever mer traumatiske reaksjoner gjennom symptomer som urovekkende tanker, mareritt og vonde kroppslige følelser i høyere grad enn ungdommer i fosterfamilie.
Muller et al., 2019a	Tyskland	<p>98 asylsøkende barn</p> <p>(54 fra Afghanistan, 14 fra Syria, 11 fra Eritrea og 19 fra andre land)</p> <p>88 gutter 10 jenter</p> <p>68 EMF (29 fra Afghanistan, 39 fra andre land)</p> <p>30 med følge (25 fra Afghanistan)</p> <p>16,28 år i gjennomsnitt</p>	Systematisk undersøke erfaringene fra traume og nivået av psykologisk stress hos både de med følge og EMF (uten følge) som har ankommet Tyskland fra migrantkrisen i 2015–2017. Målet var å sammenligne de med følge med EMF i forhold til erfaring av traumatiske hendelser, om de viste høyere nivå av psykologisk stress, og identifisere faktorer som kan være assosiert med høyere nivå av psykopatologi.	29,6 % av alle deltakerne oppfylte diagnosen for kriteriene til PTSS. EMF rapporterte signifikant mer traumatiske erfaringer enn de med følge, også ved kontroll på alder. Siden EMF er mer utsatt, mottar de høyere profesjonell støtte, som resulterer i sammenlignbare nivåer av psykiske plager selv om de har opplevd flere traumatiske hendelser enn de med følge. EMF får spesiell støtte som møter deres behov, mens de med følge på sin side bor med sine foreldre eller omsorgspersoner, som kan streve med sine egne mentale utfordringer og post-migrasjonstressorer selv.



				Flere positive coping-strategier viser lavere nivå av psykologisk stress. F.eks. spille sport og møte venner. Det er avgjørende å evaluere og styrke asylsøkende barns ressurser, sånn at de kan fungere som positive coping-strategier som kan minske deres symptomer.
Muller et al., 2019b	Tyskland	72 asylsøkende barn (36 fra Afghanistan, 9 fra Eritrea, 8 fra Syria, 7 fra Irak og 12 fra andre land) 65 gutter 7 jenter  47 EMF (ikke presisert hvor mange som er fra de ulike land) 25 med følge  17 år i gjennomsnitt. Bodd i Tyskland i nesten 3 år.	Om symptomnivå har endret seg siden forrige undersøkelse.	Et betydelig antall asylsøkende barn viste bedring i symptomer. Men samtidig var det mange på tross av bedring som hadde høyt nivå av psykologisk stress. Ikke forskjell mellom EMF og de med følge. Det som var forskjell, var status på asyl. De som fortsatt ventet på svar eller hadde fått avslag på oppfølgingsstudien, viste signifikant mer symptomer enn de som hadde blitt akseptert.
Pfeiffer & Goldbeck, et al., 2017	Tyskland	29 EMF-gutter (14 fra Afghanistan, 3 fra Eritrea, 2 fra Gambia, 2 fra Pakistan, 2 fra Albania, 1 fra Syria, 1 fra Somalia, 1 fra Sudan, 1 fra	Evaluerer gjennomførbarheten av traume-fokusert gruppeintervensjon "Mein Weg", og gir data på effekten i forhold til reduksjon av PTSS.	De fant en signifikant reduksjon i PTSS hos deltakerne. Spesielt med å gjenoppleve symptomer, unngåelse, og negative endringer i kognisjon og

		<p>Irak, 1 fra Nigeria og 1 fra Ghana)</p> <p>14–18 år, hovedsakelig fra Afghanistan.</p> <p>Kriterie: mellom 13 og 21 år.</p>		<p>affekt. Flere deltakere rapporterte flere PTSS. Disse funnene indikerte at alvorlig stressede UYR (EMF) og de med gjenværende relevante symptomer etter å ha fullført gruppeintervensjonene, trengte å henvises til formell traumefokusert psykoterapi. Flere deltakere oppfylte fortsatt PTSD-kriteriene. Disse ble også henvist videre.</p>
Pfeiffer et al., 2018	Tyskland	<p>99 EMF-gutter (45 fra Afghanistan, 11 fra Syria, 10 fra Gambia, 7 fra Somalia, 7 fra Iran, 3 fra Eritrea, 2 fra Senegal, 2 fra Irak, 2 fra Etiopia, 2 fra Pakistan, 8 fra andre land)</p> <p>13–21 år</p>	<p>Se om Mein Weg-intervensjonen i tillegg til UC (Usual care) er mer effektiv i å redusere PTSS sammenlignet med UC alene.</p>	<p>Mein Weg: signifikant reduksjon i PTSS. Samme som pilotstudien. Denne effekten ble ikke identifisert i UC-gruppen.</p>
Pfeiffer et al., 2019	Tyskland	<p>50 EMF (19 fra Afghanistan, 31 fra Midtøsten og Afrika)</p> <p>47 gutter (94 %) 3 jenter (6 %)</p>	<p>Effekt av Mein Weg</p>	<p>Mein Weg effektfull, ikke bare post-intervensjon, men også for tre måneder senere i selvrappotering PTSS og depresjon.</p>

		13–21 år		
Ramel et al., 2015	Sverige	261 (167 fra Afghanistan, 94 fra andre land) 56 EMF (42 fra Afghanistan, 14 fra andre land) 53 gutter 3 jenter 205 med følge 59 gutter 146 jenter 12–17 år	Målet med denne studien var å sammenligne innlagt psykiatrisk behandling mellom EMF og de med følge.	EMF var overrepresentert i både frivillig og ufrivillig i innlagt psykiatrisk behandling. EMF har høyere nivå av mentale helseproblemer, inkludert PTSD, depresjon, angst og emosjonelle og atferdsmessige problemer. EMF har høyere emosjonelt stress enn de med følge. EMF utøvde mer selvskading eller suicidal atferd enn de med følge. EMF var overrepresentert i innlagt psykiatrisk behandling. Mer pga. akutt stressreaksjon og mindre grad av PTSD. Men, underliggende posttraumatisk stress kan ha begrenset kapasiteten til å mestre ekstra stress.
Salari et al., 2017	Sverige	208 EMF (205 totalt i tabell 2 i studien) (169 fra Afghanistan, 12 fra Iran, 11 fra Syria, 5 fra Irak, 2 fra Pakistan, 2 fra Somalia, 2 fra Eritrea, 2 fra	Undersøkte om et kort spørreskjema, CRIES-8, kunne bli brukt som screeningverktøy for PTSD hos EMF i deres rutinemessige helsesjekk.	CRIES-8 hadde god indre konsistens, selv om det trengte noen mindre justeringer. 76 % scoret over cut-off og var derfor regnet som risiko for PTSD. CRIES-8 er et brukbart verktøy i

		<p>Etiopia, 1 fra Libya og 1 fra Libanon)</p> <p>204 gutter (98 %) 4 jenter (2 %)</p> <p>9–18 år</p>		<p>kliniske settinger, men barn burde få hjelp og støtte og instruksjoner i hvordan man skal fullføre spørreskjemaet. Det høye tallet på de som screenet positivt for PTSD-symptomer, indikerer behovet for en mer grundig mental helsevurdering og tidlig intervensjonsprogram for å adressere EMFs mentale helseutfordringer.</p>
Sarkadi et al., 2018	Sverige	<p>46 EMF (sier bare at majoriteten er fra Afghanistan)</p> <p>43 gutter 3 jenter</p> <p>14–18 år</p>	<p>Evaluerer TRT (Teaching Recovery Techniques) i en samfunnssetting og beskriver programmets effekt på symptomer av PTSD og depresjon hos EMF. Og undersøker deltakernes erfaringer med programmet.</p>	<p>TRT er en lovende forebyggende intervensjon for EMF med PTSD-symptom. Signifikant forskjell mellom pre- og post-måling på depressive og PTSD-symptom ble funnet, på tross av at 62 % av deltakerne opplevde negative livshendelser under programmet, og at de var i midten av asylprosessen. Det betyr ikke at TRT skal bli behandlingstilbudet for EMF med PTSD-symptomer, men at det kan være det første steget i en trappetrinn-modell.</p>

Sarkadi et al., 2019	Sverige	<p>29 flyktningbarn (18 fra Afghanistan, 1 fra India, 1 fra Irak, 1 fra Sri Lanka, 7 fra Syria, 1 fra Venezuela)</p> <p>19 EMF (oppgir ikke hvor mange som er fra ulike opprinnelsesland)</p> <p>10 med følge (står en skrivefeil med 12 i studien, men regnet meg frem til at 10 stk. av totalt 29 deltakere er 34,5 %).</p> <p>7 jenter 22 gutter</p> <p>14–18 år</p>	Se nytten av Refugee Health Screener-13 (RHS-13) hos ungdommer som er flyktninger. Samlet skårer fra RHS-13 og CRIES-8, testet indre konsistens og validitet av RHS, og sammenlignet ungdomsskårene med vurderinger fra større studier basert på voksne flyktninger i Sverige.	RHS viste utmerket indre konsistens. RHS og CRIES-8 korrelerte moderat. I tillegg identifiserte RHS 16 av 21 respondenter som hadde skåret positivt på CRIES-8. Korrelerte godt med et traumescreening-spørreskjema spesielt tilpasset barn. Funnene foreslo også at EMF er spesielt sårbar gruppe med store byrder av mentale helseproblemer, som også er vist i tidligere studier. RHS viste at de som har fått innvilget asyl, scoret signifikant lavere på RHS sammenlignet med de som fortsatt ventet på avgjørelsen, som igjen er samme beskrivelsen for voksne flyktninger.
Sierau et al., 2019	Tyskland	<p>105 EMF-gutter (62 fra Afghanistan, 36 fra Syria og 7 fra andre land (Iran, Irak, Libya og Eritrea))</p> <p>14–19 år</p>	Analyserer forskjellen mellom oppfattet sosial støtte fra familie, jevnaldrende og voksne mentorer i EMF med subgruppe-analyse av jevnaldrende og mentorstøtte i EMF med og uten familiekontakt. Undersøkte videre om sosial støtte fra hver av disse tre sektorene	EMF mottar mest sosial støtte fra sine familier, etterfulgt av jevnaldrende og voksne mentorer. EMF uten familiekontakt mottar mindre jevnaldrende- og mentorstøtte sammenlignet med EMF med

			<p>modererte forholdet mellom stressende livshendelser (SLE) og mental helse hos EMF med familiekontakt.</p>	<p>familiekontakt. Lavere sosial støtte fra mentorer økte risikoen for PTSD, depresjon og angst etter stressende livshendelser, mens lavere sosial støtte fra jevnaldrende økte assosiasjonen mellom stressende livshendelser og angstsymptomer. Mentor- og jevnaldrende støtte i landet man bor i, er relevant for prosessering av stressende livshendelser. EMF uten familiekontakt representerer en "dobbel byrde"-gruppe, siden de kan føle mindre støtte fra andre sosiale nettverk.</p>
Smid et al., 2011	Nederland	<p>582 EMF (250 fra Angola, 52 fra Sierra Leone, 52 fra Kina, 41 fra Guinea, 23 fra Afghanistan, og 164 fra andre land) 436,5 gutter (75 %) 145,5 jenter (25 %)</p> <p>11–17,5 år</p>	<p>Få oppmerksomhet på den høye risikoen for traumerelatert mentalt stress, inkludert symptomer på PTSD, depresjon og angst i flyktningbarn gjennom gjenbosettings-prosessen, i tillegg til å fremheve kapasiteten av PTSD-symptomer å ha fremgang over tid, og identifisere risikoen for late-onset PTSD.</p>	<p>Høy prevalens for å screene positivt for PTSD for rundt 40 % både etter ett og to års oppfølging etter gjenbosetting. Late-onset PTSD var assosiert med høyere alder, lav utdannelse og antall rapporterte stressende livshendelser ved første evaluering. Rapporterte høyere stressende livshendelser hos late-onset PTSD enn hos non-PTSD, som var som forventet.</p>

Solberg et al., 2020	Sverige	<p>1129 flyktningbarn (404 fra Afghanistan, 151 fra Irak og 574 fra Syria) 600 gutter 529 jenter</p> <p>805 med følge (155 fra Afghanistan, 139 fra Irak og 511 fra Syria) 324 EMF (249 fra Afghanistan, 12 fra Irak og 63 fra Syria) 16–18 år</p>	<p>PTSD-prevalens hos mindreårige flyktninger fra Afghanistan, Syria og Irak som har gjenbosetting i Sverige. Hypotetiserte blant annet at EMF ville ha høyere prevalens for PTSD enn de med følge, og at PTSD-prevalens hos jenter ville være signifikant høyere enn hos gutter.</p>	<p>RM generelt viste høy prevalens for PTSD-symptomer. EMF fra Afghanistan var de med høyest PTSD-prevalens og er den største gruppen av EMF i EU. Det ble ikke oppdaget kjønnsforskjell i hvor utsatte de var for PTSD.</p>
Stotz et al., 2015	Tyskland	<p>32 flyktningbarn gutter (fra Afghanistan, Iran, Irak og Afrika) 18 EMF 14 med følge</p> <p>11–20 år (var under 18 da de søkte asyl)</p>	<p>Undersøke skam og skyld i flyktningbarn og vurdere i hvilken grad en større kumulativ eksponering til traumatiske stressfaktorer ikke bare vil resultere i mer alvorlige symptomer på PTSD, men også i høyere nivåer av skam og skyldfølelse.</p>	<p>Følelse av skyld og skam i tillegg til traumesymptomer var assosiert med antall traumatiske hendelser deltakerne hadde erfart. Posttraumatisk skyld og skam var begge korrelert med PTSD-symptom alvorlighetsgrad. Funnene indikerer at kumulativt stress, som eksponering til flere traumatiske hendelser, gir en risikofaktor for den mentale helsen, inkludert større lidelse og funksjonsnedsettelse grunnet skam og skyld.</p>

Unterhitzberger et al., 2019	Tyskland	22 EMF-gutter (19 fra Afghanistan og 3 fra andre land)  15–19 år 17,1 gjennomsnittsalder	Se på manualisert individual traumefokusert kognitiv atferdsterapi for EMF med PTSD som involverer deres profesjonelle omsorgspersoner.	Etter intervensjonen viste det signifikant nedgang i PTSD-symptom. Bedringen viste seg å være stabil etter seks uker og seks måneder. Omsorgspersonene rapporterte signifikant nedgang i depressive og atferdsmessige symptomer i deltakerne. Etter seks mnd, de som ikke fikk godkjent asyl, økte PTSD-symptomer, men denne effekten var ikke-signifikant.
van Es et al., 2021	Nederland	41 EMF (1 fra Afghanistan, 9 fra Syria og 31 fra Eritrea)  27 gutter 14 jenter  16,5 gjennomsnittsalder	Evaluere gjennomførbarheten av korttids multimodal traumefokusert terapi spesielt for EMF. Ønsker å se på barrierer å overvinne for psykisk helsevern og å redusere symptomer på PTSD og depresjon.	Resultatene er lovende og gir en førsteindikasjon på at denne tilnærmingen overkommer barrierer til psykisk helsevern, og at behandlingen er delvis gjennomførbar.
Vasic et al., 2021	Serbia	184 flyktningbarn (147 fra Afghanistan, 7 fra Irak, 3 fra Pakistan, 14 fra Syria, 8 fra Irak og 5 fra andre land)  144 EMF 40 med følge  155 gutter 29 jenter	Undersøke prevalens av alkohol- og stoffmisbruk blant unge flyktningbarn sammen med erfaringen av psykologiske vanskeligheter.	53,3 % av deltakerne viste betydelige symptomer på PTSD. 28 % bruker tobakk. 13 % alkohol. 4,6 % marijuana. 1,3 % bruker LSD, amfetamin, lim, beroligende midler eller kokain. Jentene uttrykte større emosjonelle vanskeligheter,



		11–18 år		<p>mens guttene oftere brukte stoff. Signifikant negativ korrelasjon med antall år med utdanning og individuell tilbøyelighet til stoffbruk. Byrden av migrasjon øker tilbøyeligheten til stoffmisbruk, som en konsekvens av knappe mestringsressurser og stress med omstilling. Migranter er sårbare til stoffmisbruk, da de har sett eller personlig erfart stress og traumer, inkludert tap av hjem, levebrød, vold, tortur og familieseparasjon.</p>
Vervliet et al., 2014	Norge og Belgia	<p>307 EMF totalt (202 fra Afghanistan, 47 fra Somalia, 20 fra Guinea og 38 fra andre land)</p> <p>204 EMF-gutter fra Norge (154 fra Afghanistan, 42 fra Somalia, 0 fra Guinea og 8 fra andre land)</p> <p>87 EMF-gutter fra Belgia (48 fra Afghanistan, 3</p>	Studere mental helse for EMF kort tid etter deres ankomst til Norge og Belgia gjennom å bruke selvrapporteringsskjema.	Høy prevalensscore av angst, depresjon og PTSD-symptomer ble funnet. I tillegg ble det funnet spesielle assosiasjoner til antall traumatiske hendelser som EMF rapporterte. Resultatet indikerer at alle EMF har et høyt støttebehov ved ankomst til landet de skal bo i.

		fra Somalia, 12 fra Guinea og 24 fra andre land) 16 EMF-jenter fra Belgia (0 fra Afghanistan, 2 fra Somalia, 8 fra Guinea og 6 fra andre land)		
--	--	---	--	--

**Tabell 2***Studier som har undersøkt prevalens for PTSD hos EMF*

Studie	Målemetode	Antall deltakere og kontekst	Estimert prevalens
Bronstein et al., 2012	Reactions of Adolescents to Traumatic Stress [RATS] → korresponderer med DSM-5-kriteriene	222 EMF-gutter fra Afghanistan 13–18 år	<b>34,3 % hos EMF-gutter fra Afghanistan</b>
Jakobsen et al., 2017	Hopkins Symptom Checklist-25 [HSC] & Harvard Trauma Questionnaire [HTQ]	160 EMF-gutter 15–18 år	30,6 % for hele utvalget
Jensen et al., 2014	Child PTSD Symptom Scale [CPSS]	75 EMF (38 fra Afghanistan) 62 gutter 13 jenter 13,5–20,7 år	62,6 % for hele utvalget
Kvestad et al., 2021	Child and Adolescent Trauma Screen [CATS]	81 EMF (47 % fra Afgh) 67 gutter 14 jenter 303 fosterbarn fra Norge 15–20 år EMF 11–17 år fosterbarn	35,4 % for hele utvalget
Muller, et al., 2019a	Child and Adolescent Trauma Screen [CATS], DSM-5	98 flyktningbarn (54 fra Afgh) 68 EMF (29 fra Afgh) 30 med følge (25 fra Afgh)  16,78 år i gj.snitt	64,7 % EMF PTSS for hele utvalget 36,7 % med følge PTSS 29,6 % av alle barna PTSD-diagnose
Pfeiffer & Goldbeck, 2017	Child and Adolescent Trauma Screen [CATS], DSM-5	29 EMF gutter (14 fra Afgh) 14–18 år	48,3 % for hele utvalget
Salari et al., 2017	Childrens Revised Impact of Eventscale [CRIES-8]	208 EMF 98 % gutter 2 % jenter 81,4 % fra Afgh  8–18 år	76,4 % screenet positive for PTSD for hele utvalget  <b>76,6 % PTSD prevalens hos de fra Afghanistan</b>
Sierau et al., 2019	Posttraumatic Stress Disorder Checklist [PCL-5]	105 EMF gutter (62 fra Afgh) 14–19 år	30,5 % for hele utvalget

Smid et al., 2011	Reactions of Adolescents to Traumatic Stress [RATS]	582 EMF (4 % fra Afgh) 75 % gutter 25 % jenter 11–17,5 år	40 % for hele utvalget
Solberg et al., 2020	Childrens Revised Impact of Eventscale [CRIES-8]	1129 flyktningbarn (404 fra Afghanistan) 600 gutter 529 jenter 805 med følge 324 EMF 16–18 år	42 % for hele utvalget 37,1 % med følge 53,7 % EMF  56,1 % totalt fra Afghanistan 48,9 % med følge fra Afghanistan <b>60,2 % EMF fra Afghanistan</b>
Stotz et al., 2015	UCLA PTSD Index	32 flyktningbarn gutter 18 EMF 14 med følge 11–20 år	50 % for EMF for hele utvalget 0 % for de med følge
van Es et al., 2021	Childrens Revised Impact of Eventscale [CRIES-13]	41 EMF (2,4 % fra Afgh) 27 gutter 14 jenter	82,8 % forhøyet PTSD-symptom for hele utvalget
Vasic et al., 2021	Childrens Revised Impact of Eventscale [CRIES-1]	184 flyktningbarn (147 fra Afgh) 144 EMF 40 med følge 155 gutter 29 jenter 11–18 år	53,3 % for hele utvalget
Vervliet et al., 2014	Stressful Life Events Checklist [SLE], Reactions of Adolescents to Traumatic Stress [RATS] & Harvard Trauma Questionnaire [HTQ]	307 EMF totalt 204 EMF gutter fra Norge (154 fra Afgh) 87 EMF gutter fra Belgia (48 fra Afgh) 16 EMF jenter fra Belgia (0 fra Afgh)	52,7 % totalt fra hele utvalget 52 % gutter fra Norge 53,6 % gutter fra Belgia 56,3 % jenter fra Belgia

**Tabell 3***Studier som har undersøkt korrelater hos EMF med PTSD*

Studier	Antall deltakere	Korrelater som er undersøkt	Signifikant/ikke signifikant
Bronstein & Montgomery, 2013	222 EMF gutter fra Afghanistan 13–18 år	Søvn	Signifikant
Stotz et al., 2015	32 flyktningbarn 18 EMF 14 med følge 11–20 år	Skyld og skam	Skyld: Ikke signifikant mellom eksponering for traume og total skyldfølelse. Skam: Signifikant mellom antall traumatiske hendelser og intensitet og varighet av patologisk følelse av skam. Skyld og skam sterkt relatert til graden av PTSD, spesielt hos EMF.
Vasic et al., 2021	184 flyktningbarn (147 fra Afgh) 144 EMF 40 med følge 155 gutter 29 jenter 11–18 år	Alkohol- og stoffmisbruk	

**Figur 1***PRISMA flytdiagram for utvelgelsesprosessen*