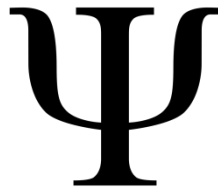




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Psykiske vansker hos mindreårige flyktninger

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Maria Gjengedal

Anette Krohn Sollund

Vår 2017

Veileder: Kjersti Arefjord

Abstract

The world is currently facing the highest number of refugees since the Second World War. Approximately half of those fleeing their own countries are children, and every fifth second a new child is being placed into this situation. Several studies have investigated the mental health of refugee minors and conclude that they are a vulnerable group. The purpose of this paper is to investigate psychological difficulties that are most prevalent among refugee minors, influencing factors and differences between demographics of refugee minors. The thesis further discusses methodological weaknesses of previous research, and how Norway could implement strategies to ensure good mental health, adaptation and development for the refugee minors. This review demonstrates a high prevalence of psychological difficulties among refugee minors, of which PTSD, depression and anxiety are the most prevalent, and that the prevalence of psychological difficulties among refugee minors is higher compared to peer groups of non-refugees. Significant factors include traumatic experiences before and during the flight, stressors after the flight and support from family, friends and the recipient community. Girls, adolescents and unaccompanied refugee minors appear to be especially vulnerable to developing psychological difficulties. Implementing preventive measures and early interventions is vital, and also to follow up the refugees over time. The results indicate that there is a need of more research on the mental health of refugee minors, more longitudinal studies, studies of the youngest refugees and protective factors.

Keywords: Refugee minors, mental health, psychological difficulties

Sammendrag

Verden står i dag overfor det høyeste antall flyktninger siden andre verdenskrig. Omtrent halvparten av de som er på flukt fra eget hjemland er barn, og hvert femte sekund drives et nytt barn på flukt. En rekke studier har undersøkt psykisk helse hos mindreårige flyktninger og viser at de er en sårbar gruppe. Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke psykiske vansker som er mest fremtredende hos mindreårige flyktninger, påvirkende faktorer og forskjeller mellom ulike grupper av mindreårige flyktninger. Videre drøfter oppgaven metodiske svakheter ved forskningen, og hvilke tiltak Norge bør iverksette for å sikre god psykisk helse, tilpasning og utvikling hos mindreårige flyktninger. Litteraturgjennomgangen viser høy forekomst av psykiske vansker blant mindreårige flyktninger, hvorav PTSD, depresjon og angst er mest fremtredende, og at forekomsten er høyere blant mindreårige flyktninger sammenlignet med jevnaldrende grupper av ikke-flyktninger. Sentrale påvirkende faktorer inkluderer traumatiske opplevelser før og under flukten, stressorer etter flukten samt støtte fra familie, venner og mottakersamfunnet. Jenter, eldre og enslige mindreårige flyktninger synes å være spesielt sårbare for å utvikle psykiske vansker. Iverksetting av forebyggende tiltak, tidlig intervensjon og oppfølging av de mindreårige flyktningene over tid vil være viktig. Resultatene indikerer at det er behov for mer forskning på psykisk helse hos mindreårige flyktninger, flere longitudinelle studier, studier av de yngste flyktningene og beskyttende faktorer.

Nøkkelord: Mindreårige flyktninger, psykisk helse, psykiske vansker

Forord

Valg av problemstilling ble inspirert av personlige erfaringer og nysgjerrighet på temaet. Det har vært en spennende læringsprosess hvor vi har fått mye god kunnskap som vi vil ta med oss videre i vårt kliniske arbeid og personlige liv.

Først og fremst vil vi takke vår dyktige veileder Kjersti Arefjord for konstruktive faglige og språklige innspill gjennom hele prosessen. Takk for god veiledning, raske og grundige tilbakemeldinger og et godt samarbeid, til tross for at vi har oppholdt oss på ulike steder under prosessen.

Vi vil også takke Kjersti Aksnes-Hopland ved Universitetsbiblioteket i Bergen for god hjelp med litteratursøk.

Videre vil vi takke hverandre for et flott samarbeid og god støtte gjennom hele arbeidsprosessen, samt andre som har bidratt med gode innspill og oppmuntring i forbindelse med oppgaven og skriveprosessen.

Innhold

Abstract	i
Sammendrag	ii
Forord	iii
Innledning	1
Flyktninger og asylsøkere	2
Psykiske vansker	4
Resiliens og beskyttende faktorer	4
Formål og problemstillinger	5
Metode	7
Søkestrategi	7
Psykiske vansker hos mindreårige flyktninger	8
PTSD	8
Depresjon	9
Angst	9
Andre psykiske vansker	10
Kombinerte psykiske vansker	10
Prognose vedrørende psykiske vansker	11
Mindreårige flyktninger versus jevnaldrende ikke-flyktninger	11
Resiliens	12
Kontakt med hjelpeapparatet	13
Risikofaktorer	14
Traumatiske hendelser	14
Dose-responsforhold	15
Belastende faktorer etter flukten	16

Akkulturasjonsrelaterte utfordringer.....	16
Asylsøkningsprosessen.	16
Sosial isolasjon og manglende støtte i mottakersamfunnet.	17
Familie- og foreldrerelaterte faktorer	17
Separasjon fra foreldre.	17
Foreldres psykiske helse.	18
Andre familierelaterte faktorer.....	18
Individuelle faktorer	19
Kjønn.....	19
Alder.	19
Språkkompetanse.	19
Andre risikofaktorer	20
Beskyttende faktorer.....	20
Familiestøtte og foreldrerelaterte faktorer	20
Sosial støtte, vennerelasjoner og integrering	21
Utdanning	21
Bosituasjon	22
Individuelle faktorer	22
Medfødte ressurser.....	22
Mestring og mestringsstrategier.....	22
Andre beskyttende faktorer	23
Psykiske vansker hos ulike grupper av mindreårige flyktninger	23
Enslige mindreårige flyktninger versus mindreårige flyktninger med følge.....	23
PTSD.....	23
Depresjon.	24

Angst.....	24
Kjønnforskjeller	24
PTSD.....	24
Depresjon.....	25
Angst.....	25
Aldersforskjeller	25
PTSD.....	25
Depresjon	26
Angst.....	26
Mindreårige flyktninger i Norge.....	26
Diskusjon.....	29
Psykiske vansker.....	29
Risikofaktorer og resiliens.....	30
Vedvarende psykiske vansker	31
Manglende kontakt med hjelpeapparatet.....	32
Enslige mindreårige flyktninger versus mindreårige flyktninger med følge.....	33
Kjønnforskjeller	33
Aldersforskjeller	35
Metodiske svakheter	36
Kliniske implikasjoner.....	38
Konklusjon.....	41
Referanser	43

Innledning

Det har til alle tider vært en strøm av mennesker på flukt av ulike årsaker (Warr, 2010). Antallet mennesker på flukt har økt betydelig de siste ti årene, og vi er nå vitne til det høyeste antall flyktninger siden andre verdenskrig (FN-Sambandet, 2017b). Ved inngangen til 2016 var antallet fordrevne mennesker 65,3 millioner, en økning på nesten 27 millioner siden inngangen til 2007 (Flyktningregnskapet, 2016b). Over en tredjedel er på flukt fra sitt eget hjemland (Flyktningregnskapet, 2016a), hvorav over halvparten er under 18 år (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2016a). Hvert femte sekund blir et nytt barn drevet på flukt (Flyktninghjelpen, 2017).

Gjennom media blir vi nesten daglig vist grusomme bilder av redde flyktninger på vei mot Europa, og blir vitner til at mange mister livet i forsøket på å krysse Middelhavet mellom Afrika og Europa. Fra september 2015 til februar 2016 druknet to barn hver dag (Høvring, 2016). Familier blir skilt og barn mister viktige omsorgsgivere. Bevisstheten om at uskyldige barn må reise gjennom flere land og møte en rekke farer for å oppnå trygghet, berører mange.

Majoriteten av dagens flyktninger drives på flukt og søker trygghet i andre land grunnet krig, forfølgelse, tortur og terror (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2017). Fra 2015 til utgangen av 2016, krysset over 1,3 millioner mennesker grensen til Europa (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2016b). 199 400 mennesker med flyktningbakgrunn var bosatt i Norge i begynnelsen av 2016, og det utgjør 3,8 % av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2016). Blant disse hadde 146 000 fått innvilget status som primærflyktninger med reelle beskyttelsesbehov. De øvrige er mennesker som har kommet til Norge gjennom familiegjenforening eller familieetablering. Oppdaterte tall fra Utlendingsdirektoratet (UDI) viser at 3460 mennesker søkte asyl i Norge i 2016, hvorav omtrent en tredjedel var mindreårige (Utlendingsdirektoratet [UDI], 2017b). Ved utgangen av april 2017 var antallet nye asylsøkere 1593, hvorav 69 er enslige mindreårige (Utlendingsdirektoratet [UDI], 2017c).

Flyktninger og asylsøkere

FNs flyktningkonvensjon definerer en flyktning som en person som har flyktet fra hjemlandet sitt med en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, tilhørighet til en bestemt sosial gruppe eller politisk retning, og som ikke kan dra tilbake til sitt hjemland (FN-Sambandet, 2016). Som offisiell flyktning har en bestemte rettigheter formulert i FNs flyktningkonvensjon. Den spesifiserer blant annet at flyktninger ikke kan sendes tilbake til et land hvor de står i fare for å bli forfulgt, samt retten til utdanning, arbeid, helsetjenester og tilgang til rettssystemet etter innvilget oppholdstillatelse i et land (FN-Sambandet, 2017a).

Det skilles mellom flyktninger som på egenhånd søker asyl i et land etter ankomst (asylsøker) og de som får innvilget flyktningstatus av FN før de ankommer mottakerlandet. Sistnevnte blir per definisjon kalt kvoteflyktninger (FN-Sambandet, 2017c). Det er myndighetene i de enkelte land som avgjør om en asylsøker tilfredsstillter vilkårene for å oppnå flyktningstatus og derav innvilget oppholdstillatelse (FN-Sambandet, 2017a). I Norge er det norske utlendingsmyndigheter som tar stilling til og avgjør hvem som får innvilget asyl (Utlendingsnemda, 2010).

Med hensyn til mindreårige skilles det mellom de som flykter sammen med foreldre eller andre voksne med foreldreansvar, og de som er separert fra foreldre eller andre med foreldreansvar. Sistnevnte defineres som enslige mindreårige flyktninger eller asylsøkere og er per definisjon personer under 18 år (FN-Sambandet, 2017c). I Norge går skillet mellom yngre og eldre mindreårige flyktninger ved 15 år (Namdal, 2015).

Flyktningtilværelsen innebærer en rekke belastende hendelser, utfordringer og tap, både før, under og etter flukten (Fazel & Stein, 2002; Felsman, Leong, Johnson, & Felsman, 1990; Henley & Robinson, 2011; Hodes, 2000; Lustig et al., 2004), som øker risikoen for utvikling av psykiske vansker som posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon

hos mindreårige flyktninger (Pacione, Measham, & Rousseau, 2013; Reavell & Fazil, 2017; Trentacosta, McLear, Ziadni, Lumley, & Arfken, 2016).

I hjemlandet opplever mange forfølgelse, eller frykt for forfølgelse, og utsettes for krig, vold og tap av familiemedlemmer og hjem (Heptinstall, Sethna, & Taylor, 2004; Hodes, 2000). Dette fører til flukt fra hjemlandet for å komme i sikkerhet, enten alene eller sammen med sin familie. Spesielt mindreårige gutter blir sendt alene på flukt, da mange kulturer anser gutter som sterkere enn jenter og at de med større sannsynlighet vil klare å komme seg til et mottakerland på egenhånd (Keles, Idsøe, Friborg, Sirin, & Oppedal, 2016; Wiese & Burhorst, 2007).

Fluktfasen preges av vedvarende frykt for å bli oppdaget på veien mot trygghet. Mange opplever å bli holdt tilbake under reisen og må bli værende i midlertidige land over lenger tid (Hodes, 2000). På veien mot trygghet kan de bli utsatt for uhygieniske omgivelser og mangel på mat, rent vann og nødvendig medisinsk hjelp (Flyktninghjelpen, 2017), og dette kan påvirke både fysisk og psykisk helse (Lustig et al., 2004). Mange blir vitne til drap eller alvorlige skader på andre mennesker, og mister sine foreldre eller andre omsorgspersoner (Flyktninghjelpen, 2017). Dette fører til at en rekke mindreårige blir tvunget til å fortsette flukten på egenhånd (Watters, 2008), uten tilstrekkelig voksentilsyn og beskyttelse (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2007a; Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Lustig et al., 2004). Mange utnyttes av menneskesmuglere og utsettes for barnearbeid, tvungen deltakelse i væpnede grupper (Flyktninghjelpen, 2017), vold og seksuelle overgrep (Fazel & Stein, 2003).

Etter ankomst til et mottakerland opplever de mindreårige flyktningene ytterligere utfordringer og belastninger relatert til blant annet asylsøkingprosessen (Heptinstall et al., 2004; McCarthy & Marks, 2010; Reavell & Fazil, 2017; Seglem, Oppedal, & Raeder, 2011),

bosetting (Hodes, 2000; McCarthy & Marks, 2010) og integrering (Huemer et al., 2009; Oppedal & Idsoe, 2015; Seglem, Oppedal, & Roysamb, 2014; Seker & Aslan, 2015).

Psykiske vansker

Mindreårige flyktninger er en sårbar gruppe (Derluyn & Broekaert, 2008; Huemer et al., 2009; Lustig et al., 2004; Marshall, Butler, Roche, Cumming, & Taknint, 2016; McCarthy & Marks, 2010) og viser et bredt spekter av psykiske vansker (Fazel & Stein, 2002, 2003). Høy forekomst av psykiske vansker som PTSD, depresjon og angst, er godt dokumentert hos mindreårige flyktninger (Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn, Broekaert, & Schuyten, 2008; Jakobsen, Demott, & Heir, 2014; Marquardt, Kramer, Fischer, & Prufer-Kramer, 2016). Komorbide psykiske vansker forekommer ofte i denne gruppen (Ehnholt & Yule, 2006; Hirani, Payne, Mutch, & Cherian, 2016; Nasiroglu & Ceri, 2016; Reavell & Fazil, 2017; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004), og forskning viser at psykiske vansker knyttet til flykntingtilværelsen vedvarer over tid (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Jensen, Skårdalsmo, & Fjermestad, 2014; Keles, Idsøe, et al., 2016; Vervliet, Lammertyn, Broekaert, & Derluyn, 2014).

Resiliens og beskyttende faktorer

Til tross for eksponering for en rekke traumatiske hendelser og belastninger, viser mange mindreårige flyktninger god mestring, utvikling og tilpasning (Hirani et al., 2016; Kinzie, Sack, Angell, Manson, & Rath, 1986; Sack, Him, & Dickason, 1999; Trentacosta et al., 2016; Weine et al., 1995). Tilstedeværelse av foreldre og støttende familierelasjoner har blitt vektlagt som viktige beskyttende faktorer mot psykiske vansker hos mindreårige flyktninger, i alle faser av flykntingtilværelsen (Derluyn & Broekaert, 2007; Garbarino, Kostelny, & Dubrow, 1991; Oppedal & Idsoe, 2015; Peltonen & Punamäki, 2010; Sourander, 1998; Trentacosta et al., 2016). Andre beskyttende faktorer er utdanning (Nasiroglu & Ceri, 2016; Pieloch, McCullough, & Marks, 2016), vellykket integrering i mottakerlandet (Sam &

Berry, 1995; Seglem et al., 2014), plassering i fosterhjem (Hodes, Jagdev, Chandra, & Cunniff, 2008) og sosial støtte i mottakerlandet (Oppedal, 2011; Oppedal & Idsoe, 2015). Mindreårige flyktningers psykiske helse og tilpasning er et resultat av en kompleks interaksjon mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer (Almqvist & Broberg, 1999; Derluyn et al., 2008; Marshall et al., 2016; Reavell & Fazil, 2017; Seglem et al., 2014; Weine et al., 1995; Yule, 2000).

Mindreårige flyktninger er en gruppe som lenge har blitt neglisjert med hensyn til forskning og intervensjoner (Bronstein & Montgomery, 2011; Huemer et al., 2009), men forskning på mindreårige flyktningers psykiske helse har fått økt oppmerksomhet de siste årene (Kaplan, Stolk, Valibhoy, Tucker, & Baker, 2016; Marshall et al., 2016; McGregor, Melvin, & Newman, 2015; Reavell & Fazil, 2017). Det finnes per i dag lite forskning på resiliens og beskyttende faktorer (Oppedal & Idsoe, 2015; Pieloch et al., 2016) sammenlignet med risikofaktorer og psykopatologi, men betydningen av å inkludere beskyttende faktorer, resiliens og mestring i forskning på psykisk helse hos mindreårige flyktninger, er vektlagt i flere studier (Bronstein & Montgomery, 2011; Lustig et al., 2004; Pieloch et al., 2016; Trentacosta et al., 2016; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014; Yule, 2000).

Formål og problemstillinger

Mange nordmenn vil i tiden fremover komme i kontakt med mennesker med flyktningbakgrunn, hvorav mange er mindreårige. Dette er en sårbar gruppe med tanke på utfordringer de møter og de potensielle alvorlige konsekvensene dette kan ha for deres psykiske helse. Med denne oppgaven ønsker vi å bidra til økt kunnskap om og forståelse av mindreårige flyktningers psykiske helse, samt hvilke faktorer som bidrar til at noen utvikler psykiske vansker mens andre viser resiliens. Av flere grunner vil slik kunnskap være nyttig. Denne type kunnskap kan bidra til at en i større grad kan tidlig identifisere mindreårige flyktninger med økt risiko for å utvikle psykiske vansker, hvem som har behov for psykisk

helsehjelp og økt grad av støtte, samt hvilke hjelpetiltak som kan være nyttig for denne gruppen.

Denne oppgaven omhandler mindreårige flyktninger. Vi har valgt å inkludere både mindreårige asylsøkere og kvoteflyktninger, ettersom de utsettes for flere av de samme traumatiske hendelsene og belastningene (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar, & Steel, 1997). I tillegg har vi valgt å inkludere både de som flykter sammen med sine omsorgsgivere eller foreldre, og enslige mindreårige. Begrepet mindreårige flyktninger vil heretter referere til mindreårige flyktninger og asylsøkere, både enslige og de som flykter med omsorgsgivere eller foreldre. Dersom vi omtaler noe som er særlig gjeldende for enkelte av gruppene vil dette spesifiseres.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke psykiske vansker som er mest fremtredende hos mindreårige flyktninger, samt betydningsfulle risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan bidra til utviklingen av disse vanskene. Mulige forskjeller i forekomst av psykiske vansker mellom ulike grupper av mindreårige flyktninger, med hensyn til alder, kjønn og om de flykter alene eller med omsorgsgivere, vil også presenteres og drøftes. Avslutningsvis vil metodiske svakheter ved studier inkludert i vår litteraturgjennomgang bli drøftet. Kliniske implikasjoner vil drøftes i lys av hva som nasjonalt kan gjøres for å møte de mindreårige flyktingenes behov på best mulig måte.

På bakgrunn av dette vil oppgaven belyse følgende problemstillinger:

1. Hvilke psykiske vansker er mest fremtredende hos mindreårige flyktninger?
2. Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer påvirker utviklingen av psykiske vansker hos mindreårige flyktninger?
3. Er det forskjeller i forekomst av psykiske vansker mellom ulike grupper av mindreårige flyktninger?

Metode

Søkestrategi

Denne oppgaven er basert på litteratursøk i databasene PsycINFO, Web of Science og Idunn. Søkene i Web of Science og PsycINFO ble gjennomført i januar 2017 og i Idunn i april 2017, og varslingstjenester for artikler publisert etter gjennomføring av søkene har blitt anvendt. Vårt litteratursøk har ikke nødvendigvis fanget opp all relevant litteratur knyttet til tema, og vi har valgt ut litteratur som vi anser mest relevant for våre problemstillinger. Litteraturgjennomgangen gir derfor ikke en fullstendig oversikt over all relevant litteratur på feltet.

I databasene PsycINFO og Web of Science ble følgende søkeord brukt: *emotional, psychological, behavioral, behavioural, behavior, behaviour, cognitive, mental* kombinert med *difficult*, trouble*, challenge*, complaint*, plague, afflict*, worry, worries, symptom*, problem*, outcome*, implication*, consequence*, response*, trauma*. Dette ble videre kombinert med søkeordene *child*, adolescent** og *refugee**. Søket ga 473 treff i PsycINFO og 371 treff i Web of Science.

I databasen Idunn kombinerte vi søkeordene *mindreårige, flyktninger* og *Norge*. Søket resulterte i 63 treff.

Relevante artikler ble valgt ut blant våre treff i de tre databasene. Vi valgte å inkludere forskning som omhandler psykisk helse hos flyktninger og asylsøkere under 18 år, med unntak av noen få studier hvor deltakerne var over 18 år ved måling, men mindreårige ved ankomst til mottakerlandet. Som følge av mye litteratur knyttet til tema har vi valgt å fokusere på nyere studier, men inkludert sentrale eldre studier.

Litteratur sitert i artikler funnet gjennom vårt litteratursøk har også blitt anvendt, og vi har brukt Oria og Google Scholar for å finne frem til denne litteraturen. I tillegg har relevant informasjon blitt innhentet gjennom ulike nettsider og rapporter fra organisasjoner som

arbeider med mindreårige flyktninger, blant annet Redd Barna, Flyktninghjelpen, FN-sambandet og The UN Refugee Agency (UNHCR), nettaviser og statistiske oversikter fra Utlendingsdirektoratet (UDI), Statistisk sentralbyrå (SSB) og Flyktningregnskapet.

Psykiske vansker hos mindreårige flyktninger

En rekke studier har dokumentert forekomst av ulike psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Beiser & Hou, 2016; Derluyn & Broekaert, 2008; Heptinstall et al., 2004; Nasiroglu & Ceri, 2016; Thabet et al., 2004; Trentacosta et al., 2016).

PTSD

Forekomst av PTSD-symptomer hos mindreårige flyktninger er et gjennomgående funn i en rekke studier, med varierende forekomst mellom 4,9-84 % i studiene inkludert i vår litteraturgjennomgang (Betancourt et al., 2012; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009; Geltman et al., 2005; Heptinstall et al., 2004; Marquardt et al., 2016; Sanchez-Cao, Kramer, & Hodes, 2013). En norsk studie viser at 54 % av de mindreårige flyktningene tilfredsstilte kriteriene for en PTSD-diagnose (Jensen, Fjermestad, Granly, & Wilhelmsen, 2015). Sanchez-Cao et al. (2013) fant at 66 % hadde høy forekomst av PTSD-symptomer, og 84 % av mindreårige flyktninger henvist til psykologisk behandling ved en klinikk i Nederland hadde PTSD (Wiese & Burhorst, 2007). Marquardt et al. (2016) fant en betydelig lavere forekomst på 4,9 % hos mindreårige flyktninger i Tyskland.

Fremtredende symptomer på PTSD hos mindreårige flyktninger inkluderer gjentatte mareritt (Fazel & Stein, 2002; McCarthy & Marks, 2010; Oppedal & Idsoe, 2012), unngåelsesatferd (Geltman et al., 2005; Kinzie et al., 1986; Sanchez-Cao et al., 2013), påtrengende tanker og/eller visuelle forestillinger (Ajdukovic, 1998; Fazel & Stein, 2002; Oppedal & Idsoe, 2015; Sanchez-Cao et al., 2013), gjenopplevelse av aspekter ved traumet (Fazel & Stein, 2002; Geltman et al., 2005), konsentrasjonsvansker, lett aktivert og skremt (Fazel & Stein, 2002; Kinzie et al., 1986).

Depresjon

Flere studier har funnet forekomst av symptomer på depresjon, med en variasjon mellom 5,9-52,5 % i studiene i vår litteraturgjennomgang (Ceri et al., 2016; Jakobsen et al., 2014; Kinzie et al., 1986; Marquardt et al., 2016; Montgomery, 2010; Nasiroglu & Ceri, 2016; Papageorgiou et al., 2000; Reavell & Fazil, 2017; Vervliet, Meyer Demott, et al., 2014). En tysk studie fant en forekomst av depresjon på 5,9 % hos mindreårige flyktninger like etter ankomst til Tyskland (Marquardt et al., 2016). En norsk studie viser at 20 % hadde høy grad av depressive symptomer seks måneder etter ankomst (Jensen et al., 2015). Vervliet, Meyer Demott et al. (2014) viser til en høyere forekomst, hvor 44,1 % av de mindreårige flyktningene rapporterte høy grad av symptomer på depresjon ved ankomst til Norge og Belgia. Kinzie et al. (1986) fant at 52,5 % tilfredsstilte kriteriene for en depressiv lidelse.

Rapporterte symptomer er nedstemthet (Fazel & Stein, 2002; McCarthy & Marks, 2010), manglende interesse og glede (Fazel & Stein, 2002; Kinzie et al., 1986), grubling (Kinzie et al., 1986) og endret appetitt (Kinzie et al., 1986; McCarthy & Marks, 2010).

Angst

Studier på angst viser en forekomst mellom 3,8-68,7 % hos mindreårige flyktninger (Ceri et al., 2016; Derluyn et al., 2008; Jakobsen et al., 2014; Jensen et al., 2015; Kinzie et al., 1986; Nasiroglu & Ceri, 2016; Papageorgiou et al., 2000; Wiese & Burhorst, 2007). I en engelsk studie rapporterte en fjerdedel av de mindreårige flyktningene psykiske vansker, hvorav 50 % hadde høy grad av symptomer på angst (Hollins, Heydari, Grayson, & Leavey, 2007). En norsk studie viser at 30 % tilfredsstilte kriteriene for en angstlidelse (Jensen et al., 2015), og Montgomery (2010) fant at 68,7 % hadde symptomer på angst ved ankomst til Danmark. Jakobsen et al. (2014) fant at 3,8 % av de mindreårige flyktningene tilfredsstilte kriteriene for generalisert angstlidelse (GAD) fire måneder etter ankomst til Norge.

Angstsymptomene inkluderer bekymring (Fazel & Stein, 2002; McCarthy & Marks, 2010), søvnevansker (Fazel & Stein, 2002; Hollins et al., 2007), irritabilitet og rastløshet (Fazel & Stein, 2002).

Andre psykiske vansker

Andre psykiske vansker hos mindreårige flyktninger er søvnproblemer (Ceri et al., 2016; Hollins et al., 2007; Pastoor, 2015; Sourander, 1998; Wiese & Burhorst, 2007), atferdsmessige vansker (Jensen et al., 2015; Kinzie, Cheng, Tsai, & Riley, 2006; Sourander, 1998; Wiese & Burhorst, 2007), spesifikke fobier (Nasiroglu & Ceri, 2016), dissosiasjon (Betancourt et al., 2012), relasjonelle vansker (Betancourt et al., 2012; Wiese & Burhorst, 2007), tilpasningsforstyrrelse (Ceri et al., 2016; Kinzie et al., 2006; Möhlen, Parzer, Resch, & Brunner, 2005), lærevansker (Betancourt et al., 2012; Wiese & Burhorst, 2007) og utviklingsmessige forstyrrelser (Kinzie et al., 2006; Wiese & Burhorst, 2007).

På grunn av nødvendige begrensninger vil oppgaven heretter fokusere på de mest fremtredende psykiske vanskene PTSD, depresjon og angst.

Komorbide psykiske vansker

Mindreårige flyktninger tilfredsstiller ikke nødvendigvis kriteriene for en enkelt psykiatrisk diagnose, men viser ofte en kombinasjon av ulike symptomer (Fazel & Stein, 2002). Komorbide psykiske vansker hos mindreårige flyktninger er godt dokumentert (Betancourt et al., 2012; Ceri et al., 2016; Kinzie et al., 1986; Möhlen et al., 2005; Nasiroglu & Ceri, 2016; Sack, Clarke, & Seeley, 1996; Thabet et al., 2004). Ceri et al. (2016) fant at 50 % av de mindreårige flyktningene hadde mer enn én psykisk lidelse eller vanske. En amerikansk studie fant at en kombinasjon av PTSD, traumatisk sorg, generalisert angst og depresjon var vanlig blant mindreårige flyktninger (Betancourt et al., 2012). I samsvar med dette fant Nasiroglu og Çeri (2016) at 7,3 % hadde komorbid depresjon og PTSD, 3,6 % komorbid PTSD og angst og 1,8 % hadde både angst, depresjon og PTSD. Videre viser en

italiensk studie at 81,5 % rapporterte både internaliserende og eksternaliserende vansker som tilbaketrekking, konsentrasjonsvansker og symptomer på angst og depresjon (Thommessen, Laghi, Cerrone, Baiocco, & Todd, 2013). Ulike psykiske vansker påvirker hverandre, og studier har funnet at PTSD øker sannsynligheten for angst og depresjon (Kim, 2016), og at angst og depresjon kan predikere symptomer på PTSD (Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons, & Kleber, 2011).

Prognose vedrørende psykiske vansker

Flere studier viser at psykiske vansker hos mindreårige flyktninger vedvarer over tid (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997; Almqvist & Broberg, 1999; Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Jensen et al., 2014; Keles, Idsøe, et al., 2016; Sack et al., 1999; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014). En norsk studie fant ingen signifikant endring i forekomst av PTSD, depresjon og angst fra seks måneder til 2,5 år etter ankomst (Jensen et al., 2014). En annen norsk studie viser at grad av depressive symptomer var stabilt høyt opp til seks år etter ankomst (Keles, Idsøe, et al., 2016). Sack et al. (1999) fant en vedvarende høy forekomst av PTSD og depresjon tolv år etter bosetting i USA, og ved siste måling tilfredsstilte 35 % av de mindreårige flyktingene kriteriene for PTSD-diagnose og 14 % for depresjon. Videre fant en nederlandsk studie at en gruppe mindreårige flyktninger ikke hadde symptomer på PTSD ved første måling et år etter ankomst, men rapporterte flere PTSD-symptomer to år etter ankomst (Smid et al., 2011).

En dansk studie fant imidlertid en reduksjon i psykiske vansker hos mindreårige flyktninger ni år etter bosetting i Danmark, der antallet med signifikant grad av psykiske vansker ble redusert fra tre fjerdedeler til en fjerdedel (Montgomery, 2010).

Mindreårige flyktninger versus jevnaldrende ikke-flyktninger

En rekke studier viser en høyere forekomst av psykiske vansker blant mindreårige flyktninger sammenlignet med jevnaldrende grupper av ikke-flyktninger, for eksempel

immigranter og innfødte i mottakerlandet (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Beiser & Hou, 2016; Derluyn et al., 2008; Fazel & Stein, 2003; Leavey et al., 2004; Seglem et al., 2014; Thommessen et al., 2013). Mindreårige flyktninger i Norge har høyere forekomst av sosiale og psykiske vansker sammenlignet med norske barn (Tronstad, 2015). En norsk studie av mindreårige henvist til en psykiatrisk avdeling dokumenterer at mindreårige flyktninger har signifikant høyere forekomst av psykiatriske diagnoser enn norske barn, særlig PTSD (Vaage, Garlov, Hauff, & Thomsen, 2007). En annen norsk studie viser en høyere forekomst av depressive symptomer blant mindreårige flyktninger sammenlignet med norske barn og etniske minoritetsbarn (Seglem et al., 2014).

Noen studier viser imidlertid mindre forskjeller mellom mindreårige flyktninger og jevnaldrende ikke-flyktninger (Kinzie et al., 2006; Rousseau & Drapeau, 2003; Slodnjak, Kos, & Yule, 2002). Andre studier har funnet høyere forekomst av hyperaktivitet (Derluyn et al., 2008; Kinzie et al., 2006; Vaage et al., 2007) og risikoatferd (Leavey et al., 2004; Rousseau & Drapeau, 2003) hos grupper av ikke-flyktninger, og Vaage et al. (2007) fant at norske barn oftere var diagnostisert med ADHD sammenlignet med mindreårige flyktninger.

Resiliens

Resiliens er et kompleks begrep som har blitt definert på ulike måter, blant annet som fravær av psykiske vansker over tid og bedring etter eksponering for stress og motgang (Goldstein & Brooks, 2013). Begrepet beskriver individer som klarer seg til tross for å ha opplevd betydelige belastninger i livet (Waaktaar & Christie, 2000), og sikter til positive eller adekvate utfall til tross for alvorlige trusler mot tilpasning eller utvikling (Masten, 2001). I forhold til barn definerer ofte klinikere resiliens på grunnlag av om barnet møter barndommens krav på en vellykket måte, til tross for signifikant livsstress (Kaplan, 2013). Det handler med andre ord om god psykososial tilpasning, adekvat utvikling og god psykisk

helse til tross for signifikante livsbelastninger, som for eksempel traumatiske hendelser og andre påkjenninger relatert til flyktningslivsværelsen.

Flere studier viser til resiliens hos mindreårige flyktninger (Earnest, Mansi, Bayati, Earnest, & Thompson, 2015; Ehntholt & Yule, 2006; Hirani et al., 2016; Hodes, 2000; Huemer et al., 2013; Trentacosta et al., 2016; Weine et al., 1995; Yule, 2002). En litteraturstudie av mindreårige flyktninger i England konkluderer med at de fleste viser resiliens og benytter seg av en rekke ressurser i familien og samfunnet (Hodes, 2000). Weine et al. (1995) fant at bosniske flyktningsungdommer hadde god sosial tilpasning og utvikling til tross for høy grad av traumatiske opplevelser, påtrengende minner og påkjenninger etter ankomst til USA. I løpet av det første året hadde majoriteten av ungdommene lært seg språket, etablert et godt sosialt nettverk, gikk på skole hvor de presterte godt, og hadde deltidsjobber. I samsvar med dette fant en amerikansk oppfølgingsstudie at majoriteten av de mindreårige flyktingene var under utdanning eller i arbeid og hadde hatt en vellykket overgang til det amerikanske samfunnet, til tross for et høyt antall traumatiske opplevelser fra hjemlandet (Sack et al., 1999). I en kvalitativ studie rapporterte de mindreårige flyktingene god eller svært god psykisk helse og velvære, og mange uttrykte et sterkt ønske om å skape en fremtid for seg selv og hjelpe andre i samme situasjon (McCarthy & Marks, 2010). Videre fant Betancourt et al. (2012) at mindreårige flyktinger hadde lav grad av risikoatferd og kriminelle handlinger sammenlignet med andre traumatiserte grupper. Mange mindreårige flyktinger viser resiliens og bidrar til det nye samfunnet (Hirani et al., 2016).

Kontakt med hjelpeapparatet

Flere studier viser at mange mindreårige flyktinger ikke har kontakt med hjelpeapparatet til tross for høy grad av psykiske vansker (Barghadouch et al., 2016; Heptinstall et al., 2004; Sanchez-Cao et al., 2013; Vaage et al., 2007; Weine et al., 2006; Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst, & Sawyer, 2013; Ziaian, de Anstiss, Antoniou,

Sawyer, & Baghurst, 2012). En norsk studie fant at det ikke var noen signifikant forskjell mellom mindreårige flyktninger og norske barn med hensyn til antall henvisninger eller grad av tjenesteanvendelse, til tross for at flyktningene hadde høyere forekomst av ulike diagnoser (Vaage et al., 2007). Barghadouch et al. (2016) fant at mindreårige flyktninger anvendte psykiske helsetjenester i mindre grad enn danske barn. En australsk studie viser at kun 13 % av de mindreårige flyktningene med høyt symptomtrykk mottok psykisk helsehjelp (Ziaian et al., 2013), og en annen australsk studie fant at majoriteten av de mindreårige flyktningene med høy forekomst av depressive symptomer ikke anvendte noen former for psykiske helsetjenester (Ziaian et al., 2012).

Risikofaktorer

Traumatiske hendelser

Forskning viser at mindreårige flyktninger utsettes for en rekke traumatiske hendelser som krig og væpnet konflikt (Geltman et al., 2005; Jensen et al., 2014; Kinzie et al., 2006; Stotz, Elbert, Muller, & Schauer, 2015), forfølgelse (Sourander, 1998), drap på og separasjon fra nær familie (Ehnholt & Yule, 2006; Kim, 2016; Nasiroglu & Ceri, 2016; Stotz et al., 2015) samt vold, fysisk mishandling og tortur (Betancourt et al., 2012; Jensen et al., 2015; Kim, 2016; Nasiroglu & Ceri, 2016; Stotz et al., 2015; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014).

Sammenhengen mellom tidligere traumatiske opplevelser og økt risiko for psykiske vansker hos mindreårige flyktninger er godt dokumentert (Ellis, MacDonald, Lincoln, & Cabral, 2008; Geltman et al., 2005; Hodes et al., 2008; Jensen et al., 2015; Keles, Friborg, Idsøe, Sirin, & Oppedal, 2016; Keles, Idsøe, et al., 2016; Kim, 2016; Nasiroglu & Ceri, 2016; Reavell & Fazil, 2017; Trentacosta et al., 2016). Jensen et al. (2015) fant en sammenheng mellom å ha vært vitne til vold, krig og tap av noen som står en nær, og symptomer på PTSD, angst og depresjon hos mindreårige flyktninger i Norge. En studie av iranske flyktningbarn i USA viser en sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser og symptomer på PTSD

og depresjon (Trentacosta et al., 2016). To norske studier viser at krigsrelaterte traumer påvirker utviklingen av symptomer på depresjon, og at påvirkningen er konstant over tid (Keles, Friborg, et al., 2016; Keles, Idsøe, et al., 2016). Oppedal og Idsoe (2015) hevder at symptomer på PTSD og depresjon er de mest vanlige utfallene av vold og krigsrelaterte tap blant mindreårige flyktninger.

Flere studier viser at traumatiske hendelser før og under flukten i større grad er relatert til utvikling av PTSD enn andre psykiske vansker (Ehnholt & Yule, 2006; Ellis et al., 2008; Heptinstall et al., 2004; Sack et al., 1996; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014). Spesielt krigsrelaterte traumer er relatert til utviklingen av PTSD hos mindreårige flyktninger (Almqvist & Broberg, 1999; Derluyn et al., 2009; Heptinstall et al., 2004; Kinzie et al., 2006; Sack et al., 1996; Stotz et al., 2015). Heptinstall et al. (2004) fant at traumatiske hendelser i hjemlandet, særlig å ha vært vitne til voldelig drap på et familiemedlem, var relatert til PTSD-symptomer hos mindreårige flyktninger, men ikke depresjon. Dette samme funnet gjorde Sack et al. (1996) for krigsrelaterte traumer. Videre fant en metaanalyse av 17 studier med til sammen 7920 barn som har opplevd krig, at forekomsten av PTSD var betydelig høyere blant disse barna sammenlignet med barn som ikke har vært utsatt for krig (Attanayake et al., 2009).

Dose-responsforhold. En rekke studier har funnet en sammenheng mellom antall traumatiske hendelser og grad av symptomer på PTSD, angst og depresjon (Bronstein, Montgomery, & Dobrowolski, 2012; Bronstein, Montgomery, & Ott, 2013; Derluyn & Broekaert, 2007; Drury & Williams, 2012; Ellis et al., 2008; Heptinstall et al., 2004; Kim, 2016; Montgomery, 2010; Ziaian et al., 2013). Derluyn og Broekaert (2007) fant at høyere antall traumatiske hendelser var relatert til høyere grad av angst, depresjon og PTSD hos mindreårige flyktninger i Belgia. En engelsk studie viser en sammenheng mellom kumulative traumer og symptomer på PTSD og depresjon (Watters, 2008). Bronstein et al. (2012) hevder

at antall traumatiske hendelser er den sterkeste prediktoren for PTSD-symptomer hos mindreårige flyktninger, som støttes av studiene til Bean, Eurelings-Bontekoe og Spinhoven (2007) og Ellis et al. (2008).

Belastende faktorer etter flukten

Akkulturasjonsrelaterte utfordringer. Perioden etter ankomst til et mottakerland innebærer en akkulturasjonsprosess for de mindreårige flyktingene (McCarthy & Marks, 2010). Akkulturasjon innebærer atferdsmessige og psykologiske endringer som oppstår når individer fra ulike kulturelle grupper kommer i kontakt med hverandre (Berry & Kim, 1988). Det handler om at et individ tilpasser seg en ny kultur (Shen & Takeuchi, 2001) og tar til seg verdier, holdninger og atferd fra andre kulturelle grupper (Hirani et al., 2016).

Akkulturasjonsprosessen kan innebære en rekke utfordringer, som inn- og utgruppe vansker og diskriminering (Keles, Friborg, et al., 2016; Keles, Idsøe, et al., 2016), som øker risikoen for psykiske vansker (Beiser & Hou, 2016; Beiser, Puente-Duran, & Hou, 2015; Ehntholt & Yule, 2006; Ellis et al., 2008; Hirani et al., 2016; Keles, Friborg, et al., 2016; Keles, Idsøe, et al., 2016; Sam & Berry, 1995; Vervliet, Meyer Demott, et al., 2014). Ellis et al. (2008) fant at opplevd diskriminering i mottakerlandet både predikerte symptomer på PTSD og depresjon, uavhengig av tidligere traumatiske hendelser, og påvirkningen på depresjon var sterkest.

Berry (1997) hevder at dersom det ikke forekommer gjensidig tilpasning og aksept for kulturelle forskjeller mellom individet fra en annen kultur og den dominerende kulturen, kan det medføre psykiske vansker fremfor vellykket integrering.

Asylsøkningsprosessen. Asylsøkningsprosessen og usikkerhet knyttet til innvilging av oppholdstillatelse er relatert til økt forekomst av psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Dura-Vila, Klasen, Makatini, Rahimi, & Hodes, 2013; Ehntholt & Yule, 2006; Fazel & Stein, 2002; Heptinstall et al., 2004; Lidén, Eide, Hidle, Nilsen, & Wærdahl, 2013; Sourander, 1998). Mange opplever manglende kontroll over egen situasjon og fremtid i denne perioden

(Seglem et al., 2011). Asylsøkningsprosessen kan være traumatiserende for mange (Wiese & Burhorst, 2007), og er en sentral årsak til usikkerhet, bekymring og stress hos unge flyktninger (Thommessen, Corcoran, & Todd, 2015; Tronstad, 2015). Usikker asylstatus er relatert til symptomer på PTSD og depresjon hos mindreårige flyktninger (Heptinstall et al., 2004), og forekomst av depressive vansker er høyere blant de som venter på oppholdstillatelse sammenlignet med de som har fått endelig svar på asylsøknaden (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007). Gjentatte forflytninger i asylsøkningsfasen (Goosen, Stronks, & Kunst, 2014) og opphold i asylmottak over lenger tid (Lidén et al., 2013), har også en negativ innvirkning på mindreårige flyktningers psykiske helse.

Sosial isolasjon og manglende støtte i mottakersamfunnet. Flere studier har funnet en sammenheng mellom psykiske vansker, sosial isolasjon og manglende støtte i mottakersamfunnet (Dura-Vila et al., 2013; Ehntholt & Yule, 2006; Geltman et al., 2005; Hodes et al., 2008; Sam & Berry, 1995; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014). Mindreårige flyktninger som ikke opplever tilstrekkelig emosjonell støtte etter ankomst til et mottakerland beskriver depresjon, tristhet, tap og bekymring for familie og venner (McCarthy & Marks, 2010). Sosial isolasjon kan forsterke tidligere opplevelser av tap og medføre ytterligere skade for en allerede sårbar gruppe, og manglende sosial støtte i mottakerlandet er særlig relatert til depresjon (Ehntholt & Yule, 2006).

Familie- og foreldrerelaterte faktorer

Separasjon fra foreldre. Separasjon fra foreldre øker risikoen for psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Drury & Williams, 2012; Lustig et al., 2004) og er relatert til høyere forekomst av symptomer på PTSD (Derluyn et al., 2009; Geltman et al., 2005; McGregor et al., 2015; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014) og depresjon (Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008), samt øker risikoen for angst (Derluyn et al., 2008). Mindreårige

flyktninger som mangler et støttende familiemiljø rundt seg har økt risiko for å utvikle PTSD og andre psykiske vansker (Ajdukovic & Ajdukovic, 1998).

Foreldres psykiske helse. Dårlig psykisk helse hos foreldre er relatert til psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Almqvist & Broberg, 1999; Ehntholt & Yule, 2006; McCloskey & Southwick, 1996; Miller, 1996; Montgomery & Foldspang, 2006; Sack, Clarke, & Seeley, 1995; Trentacosta et al., 2016; Vitus, 2011). Sack et al. (1995) fant en generasjonseffekt for PTSD hos mindreårige flyktninger i USA og deres foreldre. Når en eller begge foreldre hadde PTSD-symptomer var forekomsten av PTSD-symptomer hos barna betydelig høyere sammenlignet med når ingen av foreldrene hadde slike symptomer, og forekomsten var høyest når begge foreldrene hadde PTSD-symptomer. En kroatisk studie viser en høyere forekomst av symptomer på PTSD hos mindreårige flyktninger med angstpregede og engstelige foreldre (Ajdukovic, 1998).

Flere studier har dokumentert at psykiske vansker hos mor utgjør en særlig risiko for barnas psykiske helse (Ajdukovic & Ajdukovic, 1998; Ehntholt & Yule, 2006; McCloskey, Southwick, Fernández-Esquer, & Locke, 1995; Miller, 1996; Montgomery & Foldspang, 2006; Wieggersma, Stellinga-Boelen, & Reijneveld, 2011). Dårlig psykisk helse hos mor er relatert til symptomer på depresjon hos barna, særlig deres døtre (Miller, 1996), og PTSD-symptomer hos mødre predikerer grad av internaliserende vansker hos barna (McCloskey et al., 1995). Det er også funnet at barn av mødre som har opplevd tortur har betydelig flere symptomer på PTSD, angst og depresjon sammenlignet med barn av mødre som ikke har opplevd tortur (Montgomery & Foldspang, 2006).

Andre familierelaterte faktorer. Å ha arbeidsledige foreldre (Thabet et al., 2004; Ziaian et al., 2012), fedre med lav utdanning fra hjemlandet (Montgomery, 2010; Thabet et al., 2004), eldre foreldre (Nasiroglu & Ceri, 2016) eller foreldre som har mistet sin ektefelle (Ziaian et al., 2012) øker risikoen for psykiske vansker hos mindreårige flyktninger, særlig

depresjon. Økonomiske vansker kan også ha en negativ innvirkning på mindreårige flyktningers psykiske helse (Beiser & Hou, 2016; Ehntholt & Yule, 2006; Fazel & Stein, 2002; Heptinstall et al., 2004; Hirani et al., 2016; Keles, Idsøe, et al., 2016), og en litteraturstudie konkluderer med at økonomiske vansker i familien har en direkte effekt på forekomst av PTSD og depresjon hos mindreårige flyktninger (Reavell & Fazil, 2017). Heptinstall et al. (2004) fant imidlertid at alvorlige økonomiske vansker i familien kun var relatert til symptomer på depresjon hos de mindreårige flyktingene.

Individuelle faktorer

Kjønn. En litteraturstudie av mindreårige flyktninger i Canada konkluderer med at jenter generelt har flere psykiske vansker enn gutter (Guruge & Butt, 2015). Jenter er oftere enn gutter diagnostisert med en eller flere psykiske lidelser (Nasiroglu & Ceri, 2016), og flere studier av mindreårige flyktninger viser at det å være jente øker risikoen for angst, depresjon og PTSD (Ajdukovic, 1998; Derluyn et al., 2008; Hodes et al., 2008; Marquardt et al., 2016; Nasiroglu & Ceri, 2016; Slodnjak et al., 2002; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014).

Alder. Flere studier har funnet en sammenheng mellom høyere alder og økt risiko for psykiske vansker som PTSD, angst og depresjon, hos mindreårige flyktninger (Felsman et al., 1990; Hodes et al., 2008; Hollins et al., 2007; Nasiroglu & Ceri, 2016; Papageorgiou et al., 2000; Rothe et al., 2002; Smid et al., 2011).

Språkkompetanse. Språkkompetanse kan påvirke mindreårige flyktningers psykisk helse (Leavey et al., 2004; Sack et al., 1996). En engelsk studie viser at det å ha et annet morsmål enn engelsk er relatert til økt risiko for psykiske vansker, særlig emosjonelle vansker (Leavey et al., 2004). I samsvar med dette fant Sack et al. (1996) at lavere engelskkompetanse predikerte høyere forekomst av symptomer på depresjon, men ikke PTSD.

Andre risikofaktorer

Manglende skolegang etter flukten er relatert til økt risiko for depresjon og PTSD (Nasiroglu & Ceri, 2016), og lav eller manglende utdanning fra hjemlandet øker risikoen for sent begynnende PTSD hos mindreårige flyktninger (Smid et al., 2011).

Beskyttende faktorer

Familiestøtte og foreldrerelaterte faktorer

I møte med stressende, traumatiske hendelser og fare, er voksne et barns viktigste kilde til fysisk beskyttelse og emosjonell støtte (Sourander, 1998). Familiestøtte og tilstedeværelse av foreldre er viktige beskyttende faktorer mot psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Derluyn & Broekaert, 2007; Garbarino et al., 1991; Geltman et al., 2005; Miller, 1996; Oppedal & Idsoe, 2015; Sourander, 1998). Garbarino et al. (1991) hevder at støtte fra foreldre er den mest avgjørende faktoren for hvorvidt mindreårige flyktninger utvikler psykiske vansker eller viser resiliens etter å ha opplevd krig. Støtte fra familien er viktig for et barns evne til å mestre stressende situasjoner knyttet til flyktingtilværelsen (Ajdukovic & Ajdukovic, 1998), og familiesamhold kan redusere ettervirkningene av traumatiske hendelser og fremme psykisk helse (Hirani et al., 2016). Mindreårige flyktninger som har kontakt med familiemedlemmer i hjemlandet opplever høyere grad av sosial støtte og mindre depressive symptomer sammenlignet med de som ikke har kontakt med familien (Oppedal & Idsoe, 2015), og mindreårige flyktninger med et familiemedlem i mottakerlandet har lavere grad av PTSD, angst og depresjon (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007).

Noen studier fremhever mors tilstedeværelse og støtte som spesielt betydningsfullt for mindreårige flyktingers psykiske helse (Ajdukovic & Ajdukovic, 1998; Derluyn et al., 2009; Miller, 1996; Montgomery, 2010).

Andre familierelaterte beskyttende faktorer inkluderer gode foreldre-barn samspill i spedbarnsalder (Waaktaar & Christie, 2000), varm og støttende foreldrestil (Beiser et al., 2015), felles verdioppfatninger i hjemmet (Waaktaar & Christie, 2000) og god psykisk helse hos foreldre (Almqvist & Broberg, 1999; Beiser et al., 2015; Lustig et al., 2004).

Sosial støtte, vennerelasjoner og integrering

Sosial støtte og gode vennerelasjoner kan ha en beskyttende effekt mot psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Almqvist & Broberg, 1999; Eide & Hjern, 2013; Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012; Geltman et al., 2005; Oppedal & Idsoe, 2015). Sosial støtte kan beskytte mot angst og depresjon (Oppedal, 2011; Oppedal & Idsoe, 2015) samt fremme resiliens (Pieloch et al., 2016). I en kvalitativ studie beskrev de mindreårige flyktingene at meningsfulle relasjoner til venner og samfunnet kan bidra til økt velvære og livstilfredshet i mottakerlandet (McCarthy & Marks, 2010). Fellesskap og opplevelse av tilhørighet til en jevnaldrende gruppe kan fremme resiliens (Waaktaar & Christie, 2000), og aksept og det å bli ønsket velkommen inn i mottakersamfunnet kan moderere utviklingen av psykiske vansker etter traumatiske opplevelser (Hirani et al., 2016). Det kan også fremme integrering (Berry, 1997) og øke selvverd (Sam & Berry, 1995), som er relatert til lavere grad av depresjon. Høyere kulturkompetanse, som er et sentralt element ved integrering, er også relatert til lavere grad av depressive symptomer hos mindreårige flyktninger (Oppedal & Idsoe, 2012).

Utdanning

Utdanning kan være en viktig kilde til god psykisk helse og resiliens (Nasiroglu & Ceri, 2016; Pieloch et al., 2016; Thommessen et al., 2015), særlig de første årene etter bosetting (Eide & Hjern, 2013). Montgomery (2010) fant at oppmøte på skolen var relatert til lavere grad av symptomer på angst og depresjon samt bedre tilpasning, ni år etter ankomst til Danmark. I samsvar med dette fant Rousseau, Drapeau og Platt (2004) at opplevelse av

tilhørighet til skolen kan beskytte mot angst og depresjon. En gruppe mindreårige flyktninger i England beskrev utdanning som en av de viktigste faktorene for en vellykket akkulturasjonsprosess, trivsel og livstilfredshet i mottakerlandet (McCarthy & Marks, 2010). Videre viser en engelsk litteraturstudie at positive skoleopplevelser er en beskyttende faktor mot psykiske vansker hos mindreårige flyktninger (Fazel et al., 2012).

Bosituasjon

Studier viser at mindreårige flyktninger som bor i fosterhjem og mindre gruppehjem har lavere forekomst av psykiske vansker sammenlignet med de som bor i store gruppehjem og asylmottak (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Dura-Vila et al., 2013; Geltman et al., 2005), eller i boliger med lav grad av støtte (Hodes et al., 2008). Mindreårige flyktninger som bor i omsorgssentre føler seg tryggere og opplever mindre bekymring enn de som bor i asylmottak (Tronstad, 2015). Videre er det funnet at mindreårige flyktninger som bor i mottak som tilrettelegger for autonomi har lavere forekomst av PTSD, depresjon og angst sammenlignet med de som bor i mottak med strenge restriksjoner (Reijneveld, de Boer, Bean, & Korfker, 2005). Mindreårige flyktninger som bor sammen med eldre søsken har lavere forekomst av PTSD sammenlignet med flyktninger som bor alene i et fosterhjem eller i store gruppehjem med andre flyktninger av lik etnisk bakgrunn (Geltman et al., 2005).

Individuelle faktorer

Medfødte ressurser. Medfødt robusthet, for eksempel lett temperament som medfører gode sosiale ferdigheter og intellektuelle ressurser, kan være beskyttende i møte med belastninger i barndommen (Waaktaar & Christie, 2000).

Mestring og mestringsstrategier. Å føle mestring, enten gjennom å ha en ferdighet, sosial kompetanse eller evne til å håndtere stress, kan fremme resiliens gjennom å øke følelsen av egenverd og kontroll over egen situasjon (Waaktaar & Christie, 2000). Oppedal og

Idsoe (2012) fant at mestringsfølelse og mestringsstro kan beskytte mot utvikling av depresjon. Effektive mestringsstrategier kan moderere effekten av traumatiske minner og fremme resiliens (Eide & Hjern, 2013), og flere studier har identifisert slike mestringsstrategier hos mindreårige flyktninger (Ehnholt & Yule, 2006; Seglem et al., 2014; Trentacosta et al., 2016; Weine et al., 1995). Seglem et al. (2014) fant at aktive mestringsstrategier, som problemløsning og rekonstruering av tanker, predikerte høyere livstilfredshet hos mindreårige flyktninger. Passiv mestring, som unngåelse og tilbaketrekking, var derimot relatert til lav livstilfredshet og flere depressive symptomer. En effektiv strategi kan være å fokusere på de nye mulighetene i mottakerlandet fremfor tap og de vonde opplevelsene knyttet til flykntingtilværelsen, samt være innstilt på å skape en positiv fremtid gjennom utdanning og arbeid (McCarthy & Marks, 2010). En annen strategi er å forsøke å strukturere de vonde minnene gjennom å snakke med foreldre og venner, eller skrive dagbok (Weine et al., 1995). Videre kan det å opprettholde tilknytning til hjemlandet, samtidig som en tar del i det nye samfunnet, fremme integrering og sosial tilpasning (Weine et al., 1995).

Andre beskyttende faktorer

Andre beskyttende og resiliensfremmende faktorer inkluderer god språkkompetanse (Earnest et al., 2015), religiøs tro (Ehnholt & Yule, 2006; Waaktaar & Christie, 2000), å bevare tilknytningen til hjemkulturen (Pieloch et al., 2016) og at familien forsøker å finne mening i de traumatiske hendelsene de har opplevd (Montgomery, 2004). I tillegg kan positiv selvfølelse og god evne til å tilpasse seg nye situasjoner fremme god psykisk helse hos mindreårige flyktninger (Ehnholt & Yule, 2006).

Psykiske vansker hos ulike grupper av mindreårige flyktninger

Enslige mindreårige flyktninger versus mindreårige flyktninger med følge

PTSD. Enslige mindreårige flyktninger har høyere forekomst av PTSD sammenlignet med mindreårige flyktninger med følge av sine omsorgsgivere eller foreldre (Bean, Derluyn,

et al., 2007a; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008; McGregor et al., 2015; Stotz et al., 2015; Wiese & Burhorst, 2007). En norsk litteraturstudie av enslige mindreårige konkluderer med at denne flyktninggruppen har økt risiko for å utvikle alvorlige psykiske vansker som PTSD og depresjon (Dittmann & Jensen, 2010). McGregor et al. (2015) fant at 59 % av de mindreårige flyktingene som var skilt fra sin nærmeste familie hadde skårer på PTSD over klinisk terskel, sammenlignet med 30 % av de som bodde sammen med sin nærmeste familie. Videre viser en tysk studie at enslige mindreårige flyktinger har flere psykiske vansker og oftere mottar PTSD-diagnose enn de som flykter sammen med en omsorgsgiver (Stotz et al., 2015).

Depresjon. Enslige mindreårige flyktinger har betydelig høyere forekomst av depressive symptomer enn mindreårige som flykter sammen med sine foreldre (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008). En belgisk studie fant at 36,7 % av de enslige mindreårige flyktingene hadde klinisk signifikante skårer på depresjon sammenlignet med 5,7 % av de som bodde sammen med begge foreldre (Derluyn et al., 2009).

Angst. Enslige mindreårige flyktinger har høyere forekomst av angst sammenlignet med mindreårige flyktinger med følge (Bean, Derluyn, et al., 2007a).

Kjønnsforskjeller

PTSD. En rekke studier av mindreårige flyktinger viser at jenter har høyere forekomst av PTSD-symptomer sammenlignet med gutter (Derluyn & Broekaert, 2007; Marquardt et al., 2016; Slodnjak et al., 2002; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014). Vervliet, Lammertyn et al. (2014) fant at jenter rapporterte flere PTSD-symptomer enn gutter, seks og 18 måneder etter ankomst til Belgia. Marquardt et al. (2016) fant at jenter oftere var diagnostisert med PTSD enn gutter, med en forekomst på 20,8 % mot 3,8 %. I en studie av mindreårige flyktinger fra Bosnia-Hercegovina rapporterte eldre jenter høyere forekomst av

PTSD enn eldre gutter (Hasanovic, Sinanovic, & Pavlovic, 2005). Blant de yngre flyktingene hadde imidlertid guttene høyest forekomst av PTSD. Andre studier har ikke funnet noen forskjell mellom kjønn i forekomst av PTSD-symptomer (Rothe et al., 2002; Trentacosta et al., 2016).

Depresjon. Flere studier viser at jenter har høyere forekomst av symptomer på depresjon sammenlignet med gutter (Beiser & Hou, 2016; Derluyn & Broekaert, 2007; Kim, 2016; Marquardt et al., 2016; Miller, 1996; Nasiroglu & Ceri, 2016; Seglem et al., 2011; Slodnjak et al., 2002; Stein, Comer, Gardner, & Kelleher, 1999; Trentacosta et al., 2016). Noen studier viser imidlertid motstridende resultater. Ziaian et al. (2012) fant at gutter hadde høyere grad av depressive symptomer enn jenter. Dette gjaldt imidlertid kun blant eldre mindreårige flyktninger. Rousseau og Drapeau (2003) fant ingen signifikant sammenheng mellom kjønn og emosjonelle vansker hos mindreårige flyktninger i Canada. Det samme funnet gjorde Sack et al. (1996) av mindreårige flyktninger i USA.

Angst. Derluyn et al. (2008) fant at jenter hadde høyere forekomst av symptomer på angst sammenlignet med gutter. Dette samsvarer med funn fra flere andre studier (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009). Videre fant Nasiroglu og Ceri (2016) at jenter hadde høyere grad av bekymring sammenlignet med gutter i det samme utvalget.

Aldersforskjeller

PTSD. Flere studier viser at eldre mindreårige flyktninger har høyere forekomst av PTSD-symptomer sammenlignet med yngre mindreårige flyktninger (Ajdukovic & Ajdukovic, 1998; Bean, Derluyn, et al., 2007a; Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Hasanovic et al., 2005; Hodes et al., 2008; Hollins et al., 2007; Rothe et al., 2002; Seglem et al., 2011; Trentacosta et al., 2016). Andre studier viser ingen signifikant sammenheng mellom alder og PTSD-symptomer hos mindreårige flyktninger (Bronstein et

al., 2012; Derluyn & Broekaert, 2007; Jensen et al., 2015; Montgomery, 2010; Stein et al., 1999).

Depresjon. Eldre flyktninger viser høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med yngre (Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008; Hollins et al., 2007; Nasiroglu & Ceri, 2016; Seglem et al., 2011). Hollins et al. (2007) fant at 35 % av de eldre flyktingene rapporterte depressive vansker sammenlignet med 5 % av de yngre flyktingene. Nasiroglu og Ceri (2016) fant at de eldre mindreårige flyktingene oftere var diagnostisert med en depressiv lidelse enn de yngre. Andre studier har ikke funnet noen signifikante aldersforskjeller i forekomst av depresjon (Derluyn et al., 2008; Jensen et al., 2015; Sack et al., 1996; Vervliet, Meyer Demott, et al., 2014).

Angst. Det er også funnet aldersforskjeller i symptomer på angst, der eldre mindreårige flyktninger viser høyest forekomst av symptomer (Felsman et al., 1990; Hollins et al., 2007).

Mindreårige flyktninger i Norge

Hvert år søker flere hundre barn beskyttelse i Norge (Redd Barna, 2010). I 2016 søkte 1174 mindreårige asyl i Norge (UDI, 2017b), hvorav 320 var enslige mindreårige (Utlendingsdirektoratet [UDI], 2017a). Det er langt flere gutter enn jenter som kommer til Norge som enslige (Tronstad, 2015). Antallet enslige mindreårige flyktninger som ankommer Norge er betydelig redusert siden 2015, og det samme gjelder antallet innvilgede asylsøknader (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2017). Antallet begrensede oppholdstillatelser for enslige mindreårige mellom 16 og 18 år, som innebærer at de får innvilget opphold frem til myndighetsalder, har imidlertid økt fra 2015 til 2016.

Barnevernet har ansvaret for den daglige omsorgen for enslige mindreårige under 15 år, og UDI har ansvar for de mellom 15 og 18 år (Namdal, 2015). Mens de venter på behandling av asylsøknaden har de mindreårige rett på et sted å bo, og de under 15 år blir

plassert på omsorgssenter drevet av barnevernet, mens de over 15 år bor på asylmottak i regi av UDI (Tronstad, 2015). De som kommer sammen med sin familie får tilbud om å bo på asylmottak med andre familier og voksne (Redd Barna, 2010).

Alle barn som oppholder seg i Norge har rett til helse- og omsorgstjenester, og dette gjelder også flyktninger og asylsøkere (Helsedirektoratet, 2017a). De har også rett til skolegang (Holbæk-Hanssen, 2017), men skoletilbudet ved asylmottakene synes å variere med hensyn til antall timer, kvalitet og undervisningsopplegg (Lidén et al., 2013). Videre har enslige mindreårige flyktninger rett til å få tildelt en verge som skal ivareta deres juridiske og økonomiske rettigheter i Norge (Utlendingsdirektoratet [UDI], 2016). Det krever et stort engasjement og ansvarstaking fra vergen, og undersøkelser viser at det er stor variasjon i hvor mye og hvordan vergene følger opp de mindreårige flyktingene (Lidén et al., 2013).

En undersøkelse av levekår i mottak for mindreårige flyktninger i Norge viser at asylmottak har lavere standard med hensyn til fysisk utforming, kompetanse blant personale og bemanningstetthet, samt mindre ressurser til miljøarbeid, sammenlignet med omsorgssentrene (Lidén et al., 2013). Flere mottak rapporterte at manglende ressurser og fysiske forhold begrenser driften og utførelse av omsorgsoppgaver, som for eksempel tilstrekkelig helseoppfølging og aktivitetstilbud. Omsorgsarbeidet varierer på tvers av mottakene da det ikke er utarbeidet klare normer for omsorgspraksis og standard ved mottak (Lidén et al., 2013). Tilbudet ved omsorgssentrene er derimot lovregulert (Tronstad, 2015), og det er strenge krav til kvalitet på fagpersonell og omsorgstilbudet som blir gitt til barna (Lidén et al., 2013).

Ved avslag på asylsøknaden blir de enslige mindreårige flyktingene boende på asylmottak frem til de skal returnere til hjemlandet (Tronstad, 2015), mens ved innvilget oppholdstillatelse bosettes de i fosterhjem eller bofellesskap i ulike kommuner i Norge (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017). Det har nylig blitt vedtatt at enslige mindreårige

flyktninger med tidsbegrenset oppholdstillatelse også skal bosettes i kommunene, men først etter et år på asylmottak (Sæther, 2017a). Dette vedtaket har fått sterk kritikk fra blant andre Redd Barna som mener praksisen bryter med barns rettigheter og er skadelig for barna da livet deres settes på vent og deres behov for trygghet og beskyttelse ikke blir ivaretatt. Asylmottak er i utgangspunktet ment som et midlertidig botilbud i en overgangsperiode, og for de som blir boende i en kort periode synes mottakene i Norge å ivareta barnas behov for gode oppvekstbetingelser og omsorg (Lidén et al., 2013). For de som blir boende over lang tid er tilbudet derimot mindre tilstrekkelig, og deres grunnleggende behov for trygghet, egenverdi og tillit blir i mindre grad dekket.

Det siste halvåret har det blitt rapportert om økt uro og utagering på mottakene, og UDI mener en mulig årsak kan være sterk usikkerhet og opplevelse av hjelpeløshet blant enslige mindreårige flyktninger, som et resultat av en økning i begrensede oppholdstillatelser (Eide, Grøvan, Bekkevold, & Ropstad, 2017). Verger og ansatte ved mottak rapporterer om dyp fortvilelse, skuffelse, selvskading og selvmordstanker blant de mindreårige, samt forsvinninger fra mottakene (Sæther, 2017b). Mellom 2013 og 2016 forsvant 781 mindreårige fra norske asylmottak, hvorav 178 var enslige mindreårige (Fyen, 2016). Tallet øker stadig, og i 2016 forsvant 182 (Eide et al., 2017). De fleste som forsvinner er mellom 15 og 18 år, og de forsvinner like etter ankomst eller kort tid etter avslag på asylsøknaden (Espeland, 2013). Noen forsvinner i frykt for at aldersundersøkelser vil avsløre at de er over 18 år, noen reiser til et annet land for å søke asyl, mens andre forsvinninger er mer mistenkelige og det kan være fare for menneskehandel (Utlendingsdirektoratet [UDI], 2014). Det er per i dag lite kunnskap om hvor de forsvunne barna befinner seg, men det antas at noen holder seg skjult hos familie eller venner i Norge, mens andre flykter fra landet (Eide et al., 2017). Redd Barna har kritisert myndighetene og politiet for å gjøre lite for å hindre at barn forsvinner fra asylmottak og for å

finne dem igjen, og de frykter at mange utsettes for vold, menneskehandel og overgrep (Fyen, 2016).

Mange mindreårige flyktninger i Norge har psykiske vansker (Jakobsen et al., 2014; Paulsen, Michelsen, & Brochmann, 2015), og flere opplever diskriminering (Keles, Friborg, et al., 2016). En nylig holdningsundersøkelse viser imidlertid at nordmenn generelt er positivt innstilt til flyktninger og mener de bidrar til positivt mangfold i det norske samfunnet (Holbæk-Hanssen, 2017). Undersøkelsen viser også at 85 % har bidratt for å hjelpe flyktninger, blant annet ved å donere klær, utstyr og penger, og at flertallet mener alle har et ansvar for at flyktninger føler seg velkommen i Norge.

Til tross for et høyt antall traumatiske opplevelser klarer mange mindreårige flyktninger i Norge seg bra (Myhrer & Stenerud, 2011) og rapporterer lik grad av livstilfredshet som etnisk norske- og minoritetsbarn (Seglem et al., 2014). Mange har mye ressurser og motivasjon for å skape et godt liv i Norge og opplever å ha mottatt tilstrekkelig støtte og hjelp fra ansatte på omsorgssentre og bofellesskap for å kunne leve et selvstendig liv (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017).

Diskusjon

Psykiske vansker

Høy forekomst av ulike psykiske vansker hos mindreårige flyktninger er godt dokumentert i presentert forskning, hvorav PTSD, angst og depresjon synes å være mest fremtredende. Forekomsten av disse psykiske vanskene er også gjennomgående høyere blant mindreårige flyktninger sammenlignet med jevnaldrende ikke-flyktninger. Dette er ikke overraskende funn, da mindreårige flyktninger opplever en rekke traumatiske hendelser og betydelige tap. Det har blitt påpekt at psykiske symptomer hos flyktninger burde anses som normale og forventede responser på alvorlige traumatiske hendelser og livsbelastninger, fremfor å patologiseres (Joseph & Williams, 2005).

Variasjon i forekomst kan gjenspeile reelle forskjeller mellom utvalg, og mindreårige flyktninger er også ulike i hva de har erfart, grad av beskyttende faktorer, alder, kjønn, hvilke land de kommer fra og ankommer til. Lavere forekomst av psykiske vansker rapportert i enkelte studier, kan indikere resiliens hos deler av denne gruppen.

Risikofaktorer og resiliens

Presentert forskning indikerer at ulike risikofaktorer er relatert til ulike typer psykiske vansker. Traumatiske opplevelser før flukten synes å være særlig relatert til PTSD. Ulike faktorer etter flukten, som språkkompetanse, diskriminering, sosial støtte, kulturkompetanse og tilhørighet til skolen, samt mors psykiske helse, ser ut til å være særlig relatert til depresjon. Mange mindreårige flyktninger eksponeres imidlertid for flere ulike risikofaktorer, og dette kan være en medvirkende årsak til høy forekomst av både PTSD, angst og depresjon.

Familiestøtte og tilstedeværelse av foreldre synes å være sentrale beskyttende faktorer mot psykiske vansker i møte med belastninger knyttet til flyktingtilværelsen, spesielt traumatiske hendelser. En mulig årsak til at noen mindreårige flyktninger viser resiliens kan være at de har større grad av beskyttende og resiliensfremmende faktorer som effektive mestringsstrategier, sosial støtte og aksept fra samfunnet og venner, utdanning i mottakerlandet og tilstedeværelse av familie. Slike faktorer kan modifisere effekten av traumatiske hendelser, skape trygghet, opplevelse av kontroll og økt selvfølelse, og derav fremme god tilpasning, utvikling og psykisk helse. Det er imidlertid ikke slik at noen er resiliente mot alle typer belastninger (Waaktaar & Christie, 2000) eller har ekstraordinære evner som fremmer god tilpasning, mens andre ikke er resiliente (Masten, 2001). Alle har potensial for å være resiliente, da resiliens er et resultat av funksjoner ved det menneskelige tilpasningssystem (Masten, 2001). Resiliens fremmes trolig av et kompleks samspill mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer, og det er rimelig å anta at høyere antall beskyttende

faktorer vil kunne moderere effekten av risikofaktorene og redusere forekomsten av psykiske vansker.

Vedvarende psykiske vansker

Mange mindreårige flyktninger har psykiske vansker flere år etter ankomst til et mottakerland. Dette kan indikere at lenger tid i mottakerlandet ikke nødvendigvis reduserer psykiske vansker hos mindreårige flyktninger. Forekomst og grad av stressorer etter flukten, som diskriminering, problemer i relasjoner og materielle utfordringer knyttet til medisinsk hjelp og bolig, kan øke og vedvare over lang tid (Vervliet, Lammertyn, et al., 2014).

Asylsøkningsprosessen er ofte lang (Thommessen et al., 2015) og dette medfører at mange lever med sterk usikkerhet og bekymring for fremtiden over lenger tid. I tillegg kan depressive plager (Keles, Idsøe, et al., 2016) og PTSD (Sack et al., 1996) øke grad av stressorer etter flukten. PTSD kan også påvirke evnen til å tilpasse seg nye omgivelser, som igjen kan øke grad av belastninger i mottakerlandet (Ellis et al., 2008). Med andre ord eksponeres mindreårige flyktninger for en rekke risikofaktorer over en lenger periode, og dette kan medvirke til langvarige psykiske vansker.

Vedvarende psykiske vansker kan mulig også forklares med at de ikke fanges opp av hjelpeapparatet. Mangel på tilstrekkelig kultursensitive og validerte diagnostiske kartleggingsinstrumenter for ikke-vestlige populasjoner (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2006, 2007b; Hirani et al., 2016; Huemer et al., 2009; Kim, 2016) kan hindre identifisering av psykiske vansker hos mindreårige flyktninger. Psykiske vansker kan også komme til uttrykk som somatiske helseplager (Lustig et al., 2004). Andre hindringer kan være fravær av omsorgsgivere eller at foreldre underestimerer psykiske vansker hos barna. Tidligere studier har funnet at foreldre, av ulike grunner, har en tendens til å underestimere symptomer og psykiske vansker hos sine barn (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997; Sack et al., 1996; Yule & Williams, 1990). Foreldre kan være motvillige til å erkjenne

at barna har psykiske vansker som følge av traumatiske hendelser familien har opplevd (Yule & Williams, 1990), og egne psykiske vansker kan gjøre dem «blinde» for barnas vansker (Ajdukovic & Ajdukovic, 1998). De psykiske vanskene mindreårige flyktninger opplever er ikke nødvendigvis synlige for omgivelsene, og de må selv formidle sine problemer for at de skal oppdages. Mange skjuler eller nedtoner sine psykiske vansker for å beskytte foreldrene (Ehnholt & Yule, 2006; Yule & Williams, 1990). Dette kan særlig være tilfelle når foreldre selv har opplevd traumatiske hendelser og har psykiske vansker som følge av dette (Yule & Williams, 1990). De kan også skjule sine problemer grunnet frykt for at helsevesenet er tilkoblet immigrasjonsmyndighetene eller politiet (Nadeau & Measham, 2006) og at avsløring av psykiske vansker kan påvirke muligheten for å bli værende i mottakerlandet (Leavey et al., 2004; Ziaian et al., 2012). Mange benekter eller undertrykker også psykiske vansker som en mestringsstrategi, som kan være nødvendig og effektivt i møte med traumatiske hendelser (Goodman, 2004; Leavey et al., 2004) og en mulig forklaring på hvorfor psykiske symptomer for noen først kommer til uttrykk lenge etter traumatiske hendelser har funnet sted (Smid et al., 2011). Etter ankomst til et trygt mottakerland kan imidlertid en slik passiv mestringsstrategi stå i veien for nødvendig hjelp og medføre ytterligere eller langvarige vansker (Smid et al., 2011).

Manglende kontakt med hjelpeapparatet

Mange mindreårige flyktninger har ikke kontakt med hjelpeapparatet og det kan være flere grunner til dette. Mange ønsker å fokusere på fremtiden (Hodes, 2000) eller mangler tro på at behandling vil være nyttig (Weine et al., 2006). Kliniske intervjuer og terapi kan minne dem om tidligere ubehagelige opplevelser som avhør og tortur (Hodes, 2000), og de mindreårige flyktingene kan la være å anvende helsetjenester for å unngå traumestimuli. Ytterligere hindringer kan være språk (Bean et al., 2006; Earnest et al., 2015), kulturelle normer og stigma knyttet til psykisk helse (Colucci, Minas, Szwarc, Guerra, & Paxton, 2015;

Leavey et al., 2004; Nadeau & Measham, 2006), begrenset tilgang til tjenester (Fazel & Stein, 2003) samt manglende kunnskap om behandlingsformer (Myhrer & Stenerud, 2011) og hvor de kan få profesjonell hjelp (Heptinstall et al., 2004; Weine et al., 2006). Lav anvendelse av helsetjenester indikerer at mange mindreårige flyktninger har umøtte behov med hensyn til psykisk helse.

Enslige mindreårige flyktninger versus mindreårige flyktninger med følge

Enslige mindreårige flyktninger har høyere forekomst av symptomer på PTSD, depresjon og angst sammenlignet med mindreårige som flykter sammen med sine omsorgsgivere. De opplever flere traumatiske hendelser, som seksuelle overgrep og vold, enn mindreårige flyktninger med følge av en eller begge foreldre (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Hodes et al., 2008; Seglem et al., 2011; Stotz et al., 2015; Wiese & Burhorst, 2007), og dette kan være en medvirkende årsak til ulikt symptomnivå mellom de to flyktninggruppene.

Ved ankomst til et mottakerland møter enslige flyktninger en ukjent kultur, et fremmed språk, og har en usikker fremtid i møte med hensyn til oppholdstillatelse. Mange bor i store asylmottak eller gruppehjem over lang tid (Tronstad, 2015), med lav grad av voksentilsyn (Bean et al., 2006), samt opplever diskriminering (Hollins et al., 2007; Vervliet, Lammertyn, et al., 2014), sosial isolasjon og ensomhet (Geltman et al., 2005). Tap av foreldre og fravær av essensiell omsorg og beskyttelse i møte med et høyt antall belastninger, i flere faser av flyktningtilværelsen, kan være medvirkende årsaker til høyere forekomst av PTSD, angst og depresjon hos enslige mindreårige flyktninger, sammenlignet med de som ikke er separert fra sine omsorgsgivere.

Kjønnsforskjeller

Blant mindreårige flyktninger opplever jenter flere traumatiske hendelser enn gutter (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009; Hasanovic et al., 2005), og dette kan mulig forklare ulikt symptomnivå. Noen studier har imidlertid funnet

at gutter opplever flere traumatiske hendelser enn jenter (Kim, 2016; Thabet et al., 2004), og dette kan indikere at det er flere faktorer enn antall traumatiske hendelser som påvirker kjønnsforskjeller i psykiske vansker. Det er blant annet foreslått at separasjon fra foreldre og andre erfaringer knyttet til flykntingtilværelsen oppleves mer traumatisk for jenter enn gutter (Derluyn et al., 2009). I tillegg er jenter mer utsatt enn gutter for enkelte typer traumatiske hendelser som seksuelle overgrep og seksuell trakassering, både før, under og etter flukten (Derluyn & Broekaert, 2007; Hollins et al., 2007; Tastsoglou, Abidi, Brigham, & Lange, 2014), tvangsekteskap, tvungen prostitusjon (Derluyn & Broekaert, 2007) og vold (Bean, Derluyn, et al., 2007a). De nevnte faktorene kan medvirke til at jenter har høyere forekomst av psykiske vansker sammenlignet med gutter.

Manglende eller avbrutt skolegang i hjemlandet kan være en ytterligere forklaring. I krigsrammede land går jenter sjeldnere på skole enn gutter, da foreldre ofte prioriterer utdanning for sine sønner og mange jenter giftes bort tidlig og slutter på skolen (Flykntinghjelpen, 2017). Skolen er et viktig tilfluktssted for mindreårige flykntinger i møte med motgang, usikkerhet og en kaotisk hverdag (Nasiroglu & Ceri, 2016), og mindreårige som ikke går på skole blir oftere utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, menneskehandel og barnarbeid (Flykntinghjelpen, 2017). Det er også mulig at lavere grad av utdanning fra hjemlandet øker sårbarhet for negativ påvirkning av stressorer etter flukten (Smid et al., 2011).

En medvirkende faktor kan også være at jenter i ikke-vestlige kulturer tilbringer mer tid sammen med sine mødre sammenlignet med gutter (Miller, 1996), og dermed i større grad påvirkes av dårlig psykisk helse hos mor. Flere jenter er dårlig sosialisert inn i et nytt samfunn sammenlignet med gutter (Nasiroglu & Ceri, 2016), som kan medføre økt fravær av beskyttende faktorer som sosial støtte, integrering og kontakt med jevnaldrende. Registrerte kjønnsforskjeller i psykiske vansker kan også være et resultat av at jenter generelt er mer åpne

om og bedre til å sette ord på sine vansker sammenlignet med gutter (Dittmann & Jensen, 2010).

Aldersforskjeller

Studier i vår litteraturgjennomgang viser gjennomgående høyere forekomst av PTSD, depresjon og angst hos eldre mindreårige flyktninger sammenlignet med yngre. Dette var et noe overraskende funn ettersom yngre barn har lavere grad av indre ressurser til å regulere vanskelige følelser samt håndtere og bearbeide stressende og traumatiske situasjoner, sammenlignet med eldre barn (Sourander, 1998). Eldre barn er imidlertid bedre i stand til å huske (Trentacosta et al., 2016), forstå og reflektere over det de har opplevd, samt konsekvensene det medfører for deres fremtid, sammenlignet med yngre barn (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Hasanovic et al., 2005; Realmuto et al., 1992). I tillegg opplever eldre mindreårige flyktninger et høyere antall traumatiske hendelser enn de yngre (Bean, Derluyn, et al., 2007a; Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Derluyn et al., 2009; Seglem et al., 2011). De må ofte ta mye ansvar og passe på andre familiemedlemmer under flukten (Nasiroglu & Ceri, 2016), som kan medføre at de blir mer eksponert for traumatiske hendelser enn de yngre flyktningene som i større grad skånes av foreldrene (Rothe et al., 2002). De nevnte faktorene kan medvirke til aldersforskjeller i forekomst av psykiske vansker.

En annen årsak kan være at flere eldre mindreårige sendes alene på flukt (Bufdir, 2017), da de anses å være i bedre stand til å ta vare på seg selv og overleve flukten (Derluyn et al., 2009; Wiese & Burhorst, 2007). I enkelte land, som for eksempel Norge, får mange eldre enslige mindreårige kun begrenset oppholdstillatelse og risikerer å bli sendt tilbake til hjemlandet når de blir myndige (Bufdir, 2017). Dette medfører stor grad av usikkerhet, frykt og opplevelse av manglende kontroll (Seglem et al., 2011), og kan medvirke til økt stress og høyere forekomst av psykiske vansker hos eldre flyktninger sammenlignet med yngre. Begrenset oppholdstillatelse og usikkerhet rundt fremtiden kan også føre til at mange er

tilbakeholdne med å integrere seg og etablere et sosialt nettverk, og dermed går glipp av en rekke viktige beskyttelsesfaktorer som sosial støtte og økt kultur- og språkkompetanse.

Mange eldre flyktninger får heller ikke den støtten de trenger med tanke på bosetting, økonomi og utdanning, da de verken anses som barn eller voksne og ofte havner mellom ulike systemer og tjenester i mottakerlandet (Hollins et al., 2007). De går sjeldnere på skole i mottakerlandet sammenlignet med yngre flyktninger (Hollins et al., 2007), og i noen land, for eksempel i Norge, er også omsorgs- og botilbudet til de eldre flyktingene dårligere enn det de yngre får (Espeland, 2013; Lidén et al., 2013). Slike faktorer kan bidra til høyere forekomst av psykiske vansker hos eldre flyktninger sammenlignet med yngre. I tillegg kan stressorer knyttet til flyktingtilværelsen oppleves særlig belastende for eldre mindreårige flyktninger da de er i puberteten (Hirani et al., 2016) som i seg selv er en sårbar periode med personlige og følelsesmessige utfordringer.

Metodiske svakheter

Følgende forhold kan ha påvirket funn i studiene: Få studier har anvendt randomiserte utvalgsprosedyrer. De fleste utvalgene er selektert på bakgrunn av bekvemmelighet eller nettverk, da mindreårige flyktninger av ulike grunner kan være vanskelige å identifisere og komme i kontakt med. Majoriteten av studiene har små utvalg, som kan gjøre det vanskelig å undersøke kjønns- og aldersforskjeller.

Utvalgene varierer med hensyn til tid siden ankomst til mottakerlandet, kjønn (overvekt av gutter i de fleste utvalgene), alder, enslige eller følge av omsorgsgivere, grad og type risiko- og beskyttelsesfaktorer, språkkompetanse, etnisk bakgrunn og mottakerland. Vansker med å få tilgang på deltakere medfører skjevheter i utvalgene (Eide & Broch, 2010) som gjør det vanskelig å sammenligne funn, og påvirker generaliserbarhet og representativitet. Forskjeller i utvalgskarakteristikker kan også gjenspeile reelle forskjeller blant mindreårige flyktninger.

Utvalgene i studiene består av mindreårige flyktninger fra en rekke ulike opprinnelsesland, med ulik etnisk bakgrunn, kultur og situasjon. Mottakerland kan også variere i henhold til lovverk og praksis knyttet til innvilgelse av oppholdstillatelse samt hvordan mindreårige flyktninger blir tatt vare på (Jensen et al., 2014).

Det er betydelig flere studier av eldre mindreårige flyktninger sammenlignet med yngre. Særlig de aller yngste er lite studert.

Det er en betydelig overvekt av kvantitative og kryss-seksjonelle studier. Dette medfører at en ikke kan si noe sikkert om kausalitet og retning av sammenhenger mellom ulike faktorer og psykiske vansker, eller forekomst av psykiske vansker over tid. Ut fra vårt kjennskap til feltet, er det gjennomført få kvalitative og longitudinelle studier, og majoriteten av de longitudinelle studiene har fulgt de mindreårige flyktninger over en relativ kort tidsperiode. I vår gjennomgang av litteratur er det kun to studier som har gjort målinger over lang tid, ni og tolv år etter ankomst (Montgomery, 2010; Sack et al., 1999).

Majoriteten av studiene er basert på selvrapportering i form av spørreskjemaer og ikke-kliniske intervjuer. Få studier har inkludert flere informantgrupper, og kun noen få studier i vår litteraturgjennomgang har gjennomført kliniske intervjuer (Betancourt et al., 2012; Hollins et al., 2007; Jakobsen et al., 2014; Nasiroglu & Ceri, 2016; Sack et al., 1995; Stotz et al., 2015). Det foreligger derfor en fare for underrapportering da mindreårige flyktninger av ulike grunner ofte skjuler sine psykiske vansker. Til tross for at en ikke kan trekke konklusjoner om diagnoser ved bruk av selvrapporteringsmetoder, kan studiene gi en indikasjon på forekomst av psykiske vansker og symptomtrykk.

Studiene har brukt ulike kartleggingsinstrumenter for å måle psykiske vansker og påvirkende faktorer. Ut fra vår kjennskap, er majoriteten av de anvendte kartleggingsinstrumentene og diagnosesystemene utviklet på bakgrunn av vestlige populasjoner, konsepter og forståelse. De mangler kulturell sensitivitet og er ikke validert for

krysskulturelt bruk. Enkelte av kartleggingsverktøyene har imidlertid blitt validert for anvendelse på kulturelt forskjellige grupper av mindreårige flyktninger (Bean et al., 2006; Bean, Derluyn, et al., 2007b; Bean, Mooijaart, & Spinhoven, 2007).

Kliniske implikasjoner

For å kunne yte best mulig helsehjelp til mindreårige flyktninger som ankommer Norge, bør kartlegging av psykiske vansker samt risikofaktorer, beskyttende faktorer og ressurser gjennomføres så tidlig som mulig etter ankomst. Gjentatte målinger av psykisk helse og oppfølging over tid vil være essensielt, da psykiske vansker kan komme til uttrykk først en stund etter ankomst samt vedvare over tid. Det er spesielt viktig å følge opp de mest sårbare gruppene av mindreårige flyktninger, som jenter, eldre og enslige.

Psykologisk behandling bør være tilgjengelig ved behov, og det er viktig at klinikere er oppmerksomme på komorbide psykiske vansker. Kunstterapi (Quinlan, Schweitzer, Khawaja, & Griffin, 2016; Ugurlu, Akca, & Acarturk, 2016), kognitiv atferdsterapi (Ehnholt, Smith, & Yule, 2005; Ooi et al., 2016; Schottelkorb, Dumas, & Garcia, 2012; Unterhitzberger et al., 2015), “eye movement desensitization and reprocessing” (EMDR) (Oras, de Ezpeleta, & Ahmad, 2004), narrativ eksponeringsterapi (Ruf et al., 2010) samt multimodale (Ellis et al., 2013) og psykososiale behandlingsprogram (Möhlen et al., 2005) er intervensjoner som kan redusere psykiske vansker hos traumatiserte mindreårige flyktninger. Sentrale mål og fokus i behandling kan være bearbeiding av traumer, økt emosjonsregulering og utvikling av gode mestringsstrategier, og det er viktig at klinikere og annet helsepersonell har kjennskap til faktorer som kan fremme resiliens og redusere effektene av traumatiske minner.

Da mindreårige flyktninger har ulik bakgrunn og varierer på en rekke områder er det viktig med individuelt tilpasset behandling, god krysskulturell kompetanse blant behandlere samt kultursensitive og aldersadekvate intervensjoner. I tillegg bør de mindreåriges egne

perspektiver og ønsker tas i betraktning ved valg av intervensjoner, da samarbeid og aktiv involvering av de unge flyktningene i terapiforløpet kan medføre opplevelse av kontroll (Colucci et al., 2015).

At mange mindreårige flyktninger med psykiske vansker ikke har kontakt med hjelpeapparatet er bekymringsverdig. For å forebygge langvarige psykiske vansker er det viktig å iverksette tiltak for å øke anvendelse av helsetjenester hos denne gruppen. Utvikling av kultursensitive og krysskulturelt validerte kartleggingsinstrumenter vil være viktig for å sikre at psykiske vansker hos mindreårige flyktninger fanges opp av hjelpeapparatet. Helsedirektoratet (2017b) anbefaler tverrfaglige helseteam og foreslår at teamet kan bestå av psykolog, lege, helsesøster, sykepleiere og andre med flerkulturell og sosialfaglig kompetanse, for eksempel lærere og ansatte ved mottak. Et slikt tverrfaglig team vil trolig kunne øke identifisering av psykiske vansker samt sikre bedre ivaretagelse av de mindreårige flyktnings omsorgsbehov og rett til helsehjelp. Videre vil det være essensielt å gi informasjon om psykisk helse og tilgjengelige helsetjenester til de mindreårige flyktnings og deres foreldre, normalisere deres psykiske vansker med tanke på erfaringer og livssituasjon, samt opparbeide tillit og sikre konfidensialitet. Slike tiltak kan mulig redusere skepsis, stigma og frykt knyttet til behandling og helsevesenet. I tilfeller hvor familier har liten tillit til autoriteter, kan hjemmebaserte eller skolebaserte tiltak være et godt supplement til psykologisk behandling (Fazel & Stein, 2002), og det vil være nyttig å fremme utvikling og anvendelse av slike tjenester i Norge. Skolebasert forebygging for elever i høyrisikogrupper og resiliensfremmende tiltak i lokalsamfunnet har vist seg effektivt for å redusere PTSD og depresjon hos mindreårige flyktninger (Ellis et al., 2013).

Iverksetting av tiltak som reduserer diskriminering, fremmer integrering og samfunnets aksept for kulturelle forskjeller vil også være viktig for å fremme psykisk helse og resiliens hos mindreårige flyktninger. Her kan skolen være en viktig støttespiller, som en

sentral arena for å fremme språk- og kulturkompetanse (Oppedal & Røysamb, 2004) samt etablere sosiale nettverk med jevnaldrende (Oppedal & Idsoe, 2012). Videre har media og politikere en viktig rolle med tanke på å fremme positive holdninger til flyktninger fremfor å fremstille den økte flyktningstrømmen som et problem eller en trussel for Norge. Politikerne bør oppfordre den norske befolkning til å bli kjent med de mindreårige flyktningene samt legge til rette for kontakt, da dette kan øke tillit, positive holdninger og medføre vellykket integrering (Holbæk-Hanssen, 2017).

For å bedre omsorgstilbudet til de mindreårige flyktningene vil en endring av dagens omsorgs- og bosettingspraksis i Norge være fordelaktig. Stortingsrepresentanter har nylig sendt inn et forslag til regjeringen hvor de anbefaler rask bosetting, lovfesting og tydeliggjøring av oppfølgingsansvaret for enslige mindreårige flyktninger, samt at regjeringen fjerner forskriften om begrenset oppholdstillatelse til enslige mindreårige mellom 16 og 18 år (Eide et al., 2017). Dette kan redusere skepsis og negative holdninger til flyktninger, samt redusere frykt, usikkerhet og forsvinninger fra mottak. Det samme gjelder raskere saksbehandling av asylsøknader. Andre nyttige tiltak kan være å redusere antall forflytninger i asylsøkerfasen samt øke standard, personalkompetanse og bemanning ved mottakene.

Kommunen og mottakene må sørge for en meningsfull og strukturert hverdag for de mindreårige flyktningene og legge til rette for relasjonell omsorg og støtte, da voksenstøtte er en viktig beskyttende faktor for deres psykiske helse. En fast voksenkontakt som følger opp de mindreårige over tid kan øke trygghet og stabilitet, i tillegg til å være et viktig bindeledd mellom flyktningene og det norske samfunnet. Videre anbefales det at mottakene hjelper de mindreårige flyktningene med å etablere nye vennskap i Norge samt holde kontakt med venner og familiemedlemmer i hjemlandet.

For de som ankommer Norge med sine foreldre, kan psykologisk behandling samt praktisk, emosjonell og finansiell støtte til foreldrene være viktige tiltak for å fremme psykisk helse blant mindreårige flyktninger.

Konklusjon

Litteraturgjennomgangen viser at mange mindreårige flyktninger har høy forekomst av psykiske vansker, hvorav PTSD, depresjon og angst synes å være mest fremtredende.

Forekomsten av psykiske vansker ser ut til å være høyere blant mindreårige flyktninger enn jevnaldrende grupper av ikke-flyktninger, og for mange vedvarer vanskene over tid.

Resultatene indikerer at jenter, eldre og enslige mindreårige flyktninger er spesielt sårbare for å utvikle psykiske vansker. Flere studier viser også til resiliens hos mindreårige flyktninger, som tyder på at mindreårige flyktninger er en heterogen gruppe. Deres psykiske helse og tilpasning er trolig et resultat av en kompleks interaksjon mellom ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer relatert til individet, familien og omgivelsene, som forekommer både før, under og etter flukten. Sentrale risikofaktorer inkluderer traumatiske hendelser før og under flukten, som krig, vold og separasjon fra foreldre, samt stressorer etter flukten som lang behandling av asylsøknaden, usikker fremtid, mangelfulle boforhold og lav grad av støtte fra familie, venner og mottakersamfunnet. Sosial støtte synes å være særlig viktig for å moderere effekten av ulike risikofaktorer, i alle faser av flyktingtilværelsen.

Ut fra presentert litteratur og forskning har PTSD og traumatiske hendelser mottatt betydelig mer oppmerksomhet enn andre psykiske vansker og risikofaktorer, for eksempel stressorer etter flukten, innen forskning på psykisk helse hos mindreårige flyktninger. Det synes også å være et dominerende fokus på psykopatologi og risikofaktorer sammenlignet med resiliens og beskyttende faktorer. Fremtidig forskning bør i større grad rette oppmerksomheten mot effekten av stressorer etter flukten, beskyttende faktorer og resiliens.

Kunnskapen om psykiske vansker hos de yngste flyktningene er fortsatt mangelfull, og det er behov for flere studier av denne gruppen. Det er også behov for flere longitudinelle studier, da dette vil kunne medføre bedre forståelse av forekomst og utvikling av psykiske vansker over tid. Slik kunnskap kan bidra til bedre helsefremmende og støttende tiltak, og vil være særlig relevant for yrkesgrupper som i tiden fremover vil møte mindreårige flyktninger i sitt arbeid. Videre kan fremtidig forskning på psykisk helse hos mindreårige flyktninger dra nytte av økt bruk av kvalitativ metode, kliniske intervjuer, flere informantgrupper og større utvalg, samt å undersøke krysskulturell validitet av kartleggingsinstrumenter.

Referanser

- Ajdukovic, M. (1998). Displaced Adolescents in Croatia: Sources of Stress and Posttraumatic Stress Reaction. *Adolescence*, 33(129), 209-218.
- Ajdukovic, M., & Ajdukovic, D. (1998). Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10(3), 186-195.
doi:10.1080/09540269874763
- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 351-366. doi:10.1016/S0145-2134(96)00176-7
- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee children 3½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 723-730. doi:10.1097/00004583-199906000-00020
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*, 25(1), 4-19.
doi:10.1080/13623690802568913
- Barghadouch, A., Kristiansen, M., Jervelund, S. S., Hjern, A., Montgomery, E., & Norredam, M. (2016). Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1125-1136. doi:10.1007/s00127-016-1260-1
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir]. (2017, 10. april). Enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. Hentet fra

https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barn_pa_flukt/Enslige_mindre_arige_asylsokere_EMA/

- 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. *Journal of Traumatic Stress, 19*(2), 241-255. doi:10.1002/jts.20093
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007a). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(4), 288-297. doi:10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007b). Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. *Adolescence, 42*(165), 51-71.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Social Science & Medicine, 64*(6), 1204-1215. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.010
- Bean, T., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2007). Validation of the Teacher's Report Form for Teachers of Unaccompanied Refugee Minors. *Journal of Psychoeducational Assessment, 25*(1), 53-68. doi:10.1177/0734282906293688
- Beiser, M., & Hou, F. (2016). Mental Health Effects of Premigration Trauma and Postmigration Discrimination on Refugee Youth in Canada. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(6), 464-470. doi:10.1097/NMD.0000000000000516
- Beiser, M., Puente-Duran, S., & Hou, F. (2015). Cultural distance and emotional problems among immigrant and refugee youth in Canada: Findings from the New Canadian

- Child and Youth Study (NCCYS). *International Journal of Intercultural Relations*, 49, 33-45. doi:10.1016/j.ijintrel.2015.06.005
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34. doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x
- Berry, J. W., & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. I P. R. Dasen, J. W. Berry, & N. Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology: Toward applications* (pp. 207-236). London: Sage Publications.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., & Birman, D. (2012). Trauma History and Psychopathology in War-Affected Refugee Children Referred for Trauma-Related Mental Health Services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 682-690. doi:10.1002/jts.21749
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44-56. doi:10.1007/s10567-010-0081-0
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Dobrowolski, S. (2012). PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 551-557. doi:10.1002/jts.21740
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 285-294. doi:10.1007/s00787-012-0344-z
- Ceri, V., Ozlu-Erkilic, Z., Ozer, U., Yalcin, M., Popow, C., & Akkaya-Kalayci, T. (2016). Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks. *Neuropsychiatr*, 30(3), 145-150. doi:10.1007/s40211-016-0195-9

- Colucci, E., Minas, H., Szwarc, J., Guerra, C., & Paxton, G. (2015). In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 766-790. doi:10.1177/1363461515571624
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12(2), 141-162. doi:10.1080/13557850601002296
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 319-330. doi:10.1016/j.ijlp.2008.06.006
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 54-62. doi:10.1007/s00787-007-0636-x
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291-297. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.07.016
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2010). Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse – en litteraturstudie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(9), 812-817.
- Drury, J., & Williams, R. (2012). Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 277-284. doi:10.1097/YCO.0b013e328353eea6
- Dura-Vila, G., Klasen, H., Makatini, Z., Rahimi, Z., & Hodes, M. (2013). Mental health problems of young refugees: duration of settlement, risk factors and community-based interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 604-623. doi:10.1177/1359104512462549

- Earnest, J., Mansi, R., Bayati, S., Earnest, J. A., & Thompson, S. C. (2015). Resettlement experiences and resilience in refugee youth in Perth, Western Australia. *BMC Research Notes*, 8(1), 236. doi:10.1186/s13104-015-1208-7
- Ehnholt, K. A., Smith, P. A., & Yule, W. (2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 235-250. doi:10.1177/1359104505051214
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01638.x
- Eide, K., & Broch, T. (2010). *Enslige mindreårige flyktninger: Kunnskapsstatus og forskningsmessige utfordringer*. Hentet fra [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf/\\$file/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf/$file/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf)
- Eide, K., & Hjern, A. (2013). Unaccompanied refugee children - vulnerability and agency. *Acta Paediatrica*, 102(7), 666-668. doi:10.1111/apa.12258
- Eide, R. A., Grøvan, H. F., Bekkevold, G. J., & Ropstad, K. I. (2017). *Representantforslag 100 S*. (Dokument 8:100 S, 2016-2017) Hentet fra <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Representantframlegg/2016-2017/dok8-201617-100s/?all=true>.
- Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K., & Cabral, H. J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 184-193. doi:10.1037/0022-006X.76.2.184

Ellis, B. H., Miller, A. B., Abdi, S., Barrett, C., Blood, E. A., & Betancourt, T. S. (2013).

Multi-tier mental health program for refugee youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 129-140. doi:10.1037/a0029844

Espeland, K. E. (2013). *SAVNET- en rapport om enslige asylsøkende barn som forsvinner fra mottak*. Hentet fra <http://press.no/file/rapport-om-asylsokende-barn-som-forsvinner-fra-mottak-ferdig.pdf>

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282. doi:10.1016/s0140-6736(11)60051-2

Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87(5), 366-370. doi:10.1136/adc.87.5.366

Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ*, 327(7407), 134. doi:10.1136/bmj.327.7407.134

Felsman, J., Leong, F., Johnson, M., & Felsman, I. (1990). Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: Adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Social Science & Medicine*, 31(11), 1251-1256. doi:10.1016/0277-9536(90)90132-C

Flyktninghjelpen. (2017, 26. januar). Fakta om barn på flukt. Hentet fra

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

Flyktningregnskapet. (2016a, 20. juni). Flyktninger. Hentet fra

https://www.flyktninghjelpen.no/globalassets/images/fr-2016/statistikk/nye-filer-20-juni/flyktninger/fr-2015-tall-og-statistikk_flyktninger-1.pdf

Flyktningregnskapet. (2016b, 20. juni). Verdens flyktninger og internt fordrevne. Hentet fra

https://www.flyktninghjelpen.no/globalassets/images/fr-2016/statistikk/nye-filer-20-juni/flyktninger-og-idps/fr-2015-tall-og-statistikk_flyktninger-og-idps-1.pdf

FN-Sambandet. (2016, 24. oktober). Hva er en flyktning? Hentet fra

<http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Hva-er-en-flyktning>

FN-Sambandet. (2017a, 2. mai). Flyktningkonvensjonen. Hentet fra [http://www.fn.no/FN-](http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Flyktninger/Flyktningkonvensjonen)

[informasjon/Avtaler/Flyktninger/Flyktningkonvensjonen](http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Flyktninger/Flyktningkonvensjonen)

FN-Sambandet. (2017b, 20. februar). Flyktningssituasjonen i verden. Hentet fra

<http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Flyktningssituasjonen-i-verden>

FN-Sambandet. (2017c, 16. februar). Viktige begreper om flyktninger og asyl. Hentet fra

<http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Viktige-begreper-om-flyktninger-og-asyl>

Fyen, S. (2016, 16. januar). 781 asylbarn forsvunnet fra norske mottak. *Dagsavisen*. Hentet

fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/781-asylbarn-forsvunnet-fra-norske-mottak-1.675482>

Garbarino, J., Kostelny, K., & Dubrow, N. (1991). What children can tell us about living in danger. *American Psychologist*, *46*(4), 376-383. doi:10.1037/0003-066X.46.4.376

Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J. M., & Wise, P. H. (2005). The “Lost Boys of Sudan” Functional and Behavioral Health of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *159*(6), 585-591. doi:10.1001/archpedi.159.6.585

Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2013). Why Study Resilience? I S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp. 3-15). Springer.

Goodman, J. H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research*, *14*(9), 1177-1196.

doi:10.1177/1049732304265923

Goosen, S., Stronks, K., & Kunst, A. E. (2014). Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal

- medical record study. *International Journal of Epidemiology*, 43(1), 94-104.
doi:10.1093/ije/dyt233
- Guruge, S., & Butt, H. (2015). A scoping review of mental health issues and concerns among immigrant and refugee youth in Canada: Looking back, moving forward. *Canadian Journal of Public Health*, 106(2), 72-78. doi:10.17269/cjph.106.4588
- Hasanovic, M., Sinanovic, O., & Pavlovic, S. (2005). Acculturation and Psychological Problems of Adolescents from Bosnia and Herzegovina during Exile and Repatriation. *Croatian Medical Journal*, 46(1), 105-115.
- Helsedirektoratet. (2017a, 11. april). Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Rettigheter, ansvar, organisering. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>
- Helsedirektoratet. (2017b, 11. april). Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Tverrfaglige helseteam. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=tverrfaglige-helseteam-10060>
- Henley, J., & Robinson, J. (2011). Mental health issues among refugee children and adolescents. *Clinical Psychologist*, 15(2), 51-62. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00024.x
- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(6), 373-380. doi:10.1007/s00787-004-0422-y
- Hirani, K., Payne, D., Mutch, R., & Cherian, S. (2016). Health of adolescent refugees resettling in high-income countries. *Archives of Disease in Childhood*, 101(7), 670-676. doi:10.1136/archdischild-2014-307221

Hodes, M. (2000). Psychologically Distressed Refugee Children in the United Kingdom.

Child Psychology and Psychiatry Review, 5(2), 57-68. doi:10.1111/1475-3588.00286

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. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x

Holbæk-Hanssen, J. (2017). *Holdninger til barn på flukt*. Hentet fra

<https://www.reddbarna.no/nyheter/nordmenn-flest-er-positive-til-flyktninger>

Hollins, K., Heydari, H., Grayson, K., & Leavey, G. (2007). The mental health and social circumstances of Kosovan Albanian and Albanian unaccompanied refugee adolescents living in London. *Diversity in Health and Social Care*, 4, 277-285.

Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 13. doi:10.1186/1753-2000-3-13

Huemer, J., Volkl-Kernstock, S., Karnik, N., Denny, K. G., Granditsch, E., Mitterer, M., . . . Steiner, H. (2013). Personality and psychopathology in African unaccompanied refugee minors: repression, resilience and vulnerability. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(1), 39-50. doi:10.1007/s10578-012-0308-z

Høvring, R. (2016, 18. november). 10 farer som truer barn på flukt. Hentet fra

<https://www.flyktninghjelpen.no/perspektiv/2016/barn-pa-flukt-10-farer-som-truer/>

Jakobsen, M., Demott, M. A., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10(1), 53-58. doi:10.2174/1745017901410010053

Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking

children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116.

doi:10.1177/1359104513499356

Jensen, T. K., Skårdalsmo, 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(1), 29. doi:10.1186/1753-2000-8-29

Joseph, S., & Williams, R. (2005). Understanding posttraumatic stress: Theory, reflections, context and future. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 423-441.

doi:10.1017/S1352465805002328

Kaplan, H. B. (2013). Reconceptualizing Resilience. I S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp. 39-57). Springer.

Kaplan, I., Stolk, Y., Valibhoy, M., Tucker, A., & Baker, J. (2016). Cognitive assessment of refugee children: Effects of trauma and new language acquisition. *Transcultural Psychiatry*, 53(1), 81-109. doi:10.1177/1363461515612933

Keles, S., Friborg, O., Idsøe, T., Sirin, S., & Oppedal, B. (2016). Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethnicity & Health*, 21(3), 300-317.

doi:10.1080/13557858.2015.1065310

Keles, S., Idsøe, T., Friborg, 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*, 1-15. doi:10.1007/s10802-016-0251-8

Kim, Y. J. (2016). Posttraumatic Stress Disorder as a Mediator Between Trauma Exposure and Comorbid Mental Health Conditions in North Korean Refugee Youth Resettled in South Korea. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(3), 425-443.

doi:10.1177/0886260514555864

- Kinzie, J. D., Cheng, K., Tsai, J., & Riley, C. (2006). Traumatized refugee children: the case for individualized diagnosis and treatment. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(7), 534-537. doi:10.1097/01.nmd.0000224946.93376.51
- Kinzie, J. D., Sack, W. S., Angell, R. H., Manson, S., & Rath, B. (1986). The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: I. The Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 370-376. doi:10.1016/S0002-7138(09)60259-4
- Leavey, G., Hollins, K., King, M., Barnes, J., Papadopoulos, C., & Grayson, K. (2004). Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 191-195. doi:10.1007/s00127-004-0724-x
- Lidén, H., Eide, K., Hidle, K., Nilsen, A. C. E., & Wærdahl, R. (2013). *Levekår i mottak for enslige mindreårige asylsøkere*. Hentet fra <http://www.samfunnsforskning.no/Publikasjoner/Rapporter/2013/2013-003>
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., . . . Saxe, G. N. (2004). Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24-36. doi:10.1097/01.chi.0000096619.64367.37
- Marquardt, L., Kramer, A., Fischer, F., & Pruffer-Kramer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health*, 21(2), 210-218. doi:10.1111/tmi.12649
- Marshall, E. A., Butler, K., Roche, T., Cumming, J., & Taknint, J. T. (2016). Refugee youth: A review of mental health counselling issues and practices. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(4), 308-319. doi:10.1037/cap0000068

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi:10.1037//0003-066x.56.3.227
- McCarthy, C., & Marks, D. F. (2010). Exploring the health and well-being of refugee and asylum seeking children. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 586-595.
doi:10.1177/1359105309353644
- McCloskey, L. A., & Southwick, K. (1996). Psychosocial Problems in Refugee Children Exposed to War. *Pediatrics*, 97(3), 394-397.
- McCloskey, L. A., Southwick, K., Fernández-Esquer, M. E., & Locke, C. (1995). The Psychological Effects of Political and Domestic Violence on Central American and Mexican Immigrant Mothers and Children. *Journal of Community Psychology*, 23(2), 95-115. doi:10.1002/1520-6629(199504)23:2<95::AIDJCOP2290230202>3.0.CO;2-A
- McGregor, L. S., Melvin, G. A., & Newman, L. K. (2015). Familial Separations, Coping Styles, and PTSD Symptomatology in Resettled Refugee Youth. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(6), 431-438. doi:10.1097/NMD.0000000000000312
- Miller, K. E. (1996). The Effects of State Terrorism and Exile on Indigenous Guatemalan Refugee Children: A Mental Health Assessment and an Analysis of Children's Narratives. *Child Development*, 67(1), 89-106. doi:10.2307/1131688
- Montgomery, E. (2004). Tortured Families: A Coordinated Management of Meaning Analysis. *Family process*, 43(3), 349-371. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00027.x
- Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology*, 22(2), 477-489.
doi:10.1017/S0954579410000180
- Montgomery, E., & Foldspang, A. (2006). Validity of PTSD in a sample of refugee children: can a separate diagnostic entity be justified? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(2), 64-74. doi:10.1002/mpr.186

- Myhrer, H. R., & Stenerud, E. (2011). Enslige mindreårige flyktninger i kommunene. Faglige perspektiv på bosettingsarbeidet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 88(2), 82-92.
- Möhlen, H., Parzer, P., Resch, F., & Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 81-87.
doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01513.x
- Nadeau, L., & Measham, T. (2006). Caring for Migrant and Refugee Children: Challenges Associated with Mental Health Care in Pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145-154.
- Namdal, M. (2015). Utsettes enslige asylbarn på mottak for diskriminering i strid med FNs barnekonvensjon? *Lov og rett: norsk juridisk tidsskrift*, 54(2), 87-105.
- Nasiroglu, S., & Ceri, V. (2016). Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2941-2948. doi:10.2147/NDT.S119506
- Ooi, C. S., Rooney, R. M., Roberts, C., Kane, R. T., Wright, B., & Chatzisarantis, N. (2016). The Efficacy of a Group Cognitive Behavioral Therapy for War-Affected Young Migrants Living in Australia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 1641. doi:10.3389/fpsyg.2016.01641
- Oppedal, B. (2011). The Role of Social Support in the Association Between Perceived Discrimination and Mental Health Among Young Immigrants in Norway. *International Journal of Developmental Science*, 5(1-2), 85-99. doi:10.3233/DEV-2011-11076
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2012). Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation. *Anales de Psicología*, 28(3), 683-694. doi:10.6018/analesps.28.3.155981

- 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. doi:10.1111/sjop.12194
- Oppedal, B., & Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian journal of psychology*, 45(2), 131-144. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00388.x
- Oras, R., de Ezpeleta, S. C., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 199-203. doi:10.1080/08039480410006232
- Pacione, L., Measham, T., & Rousseau, C. (2013). Refugee children: mental health and effective interventions. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 341. doi:10.1007/s11920-012-0341-4
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2), 84-90. doi:10.1007/s007870050002
- Pastoor, L. d. W. (2015). The mediational role of schools in supporting psychosocial transitions among unaccompanied young refugees upon resettlement in Norway. *International Journal of Educational Development*, 41, 245-254. doi:10.1016/j.ijedudev.2014.10.009
- Paulsen, V., Michelsen, H., & Brochmann, M. (2015). *Barnevernets arbeid med barn i asylsøkerfasen. Faglige utfordringer og barrierer i mottaksapparatet*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2360065/Barnevernets%20Barbeid%20med%20barn%20i%20asyls%25C3%25B8kerfasen%20WEB.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Peltonen, K., & Punamäki, R.-L. (2010). Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. *Aggressive Behavior, 36*(2), 95-116.
doi:10.1002/ab.20334
- Pieloch, K. A., McCullough, M. B., & Marks, A. K. (2016). Resilience of children with refugee statuses: A research review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 57*(4), 330-339. doi:10.1037/cap0000073
- Quinlan, R., Schweitzer, R. D., Khawaja, N., & Griffin, J. (2016). Evaluation of a school-based creative arts therapy program for adolescents from refugee backgrounds. *The Arts in Psychotherapy, 47*, 72-78. doi:10.1016/j.aip.2015.09.006
- Realmuto, G. M., Masten, A., Carole, L. F., Hubbard, J., Groteluschen, A., & Chhun, B. (1992). Adolescent Survivors of Massive Childhood Trauma in Cambodia: Life Events and Current Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 5*(4), 589-599.
doi:10.1007/BF00979227
- Reavell, J., & Fazil, Q. (2017). The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *Journal of Mental Health, 26*(1), 74-83.
doi:10.1080/09638237.2016.1222065
- Redd Barna. (2010). *Mens vi venter- En hilsen fra barn som søker asyl i Norge* C. M. Bjune (Ed.) Hentet fra <http://nafo.hioa.no/wp-content/uploads/2013/10/Mens-vi-venter.-En-hilsen-fra-barn-som-s%C3%B8ker-asyl-i-Norge.pdf>
- Reijneveld, S. A., de Boer, J. B., Bean, T., & Korfker, D. G. (2005). Unaccompanied Adolescents Seeking Asylum: Poorer Mental Health Under a Restrictive Reception. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(11), 759-761.
doi:10.1097/01.nmd.0000185870.55678.82
- Rothe, E. M., Lewis, J., Castillo-Matos, H., Martinez, O., Busquets, R., & Martinez, I. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Among Cuban Children and Adolescents After Release

From a Refugee Camp. *Psychiatric Services*, 53(8), 970-976.

doi:10.1176/appi.ps.53.8.970

Rousseau, C., & Drapeau, A. (2003). Are refugee children at-risk group? A longitudinal study of cambodian adolescents. *Journal of Refugee Studies*, 16(1), 67-81.

doi:10.1093/jrs/16.1.67

Rousseau, C., Drapeau, A., & Platt, R. (2004). Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian Refugees: influence of time, gender, and acculturation. *Medicine, Conflict & Survival*, 20(2), 151-165.

doi:10.1080/1362369042000234735

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445. doi:10.1002/jts.20548

Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic Stress Disorder across Two Generations of cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1160-1166. doi:10.1097/00004583-199509000-00013

Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J. (1996). Multiple Forms of Stress in Cambodian Adolescent Refugees. *Society for Research in Child Development*, 67(1), 107-116.

doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01722.x

Sack, W. H., Him, C., & Dickason, D. (1999). Twelve- year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of*

Child and Adolescent Psychiatry, 38(9), 1173-1179. doi:10.1097/00004583-

199909000-00023

Sam, D. L., & Berry, J. W. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 36(1), 10-24. doi:10.1111/j.1467-

9450.1995.tb00964.x

- Sanchez-Cao, E., Kramer, T., & Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child: Care Health, and Development, 39*(5), 651-659. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*(2), 57-73. doi:10.1037/a0027430
- Seglem, K. B., Oppedal, B., & Raeder, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian journal of psychology, 52*(5), 457-464. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00883.x
- Seglem, K. B., Oppedal, B., & Roysamb, E. (2014). Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 38*(3), 293-303. doi:10.1177/0165025414520807
- Seker, B. D., & Aslan, Z. (2015). Refugee Children in the Educational Process: An Social Psychological Assessment. *Journal of Theoretical Educational Science, 8*(1), 86-105. doi:10.5578/keg.8234
- Shen, B.-J., & Takeuchi, D. T. (2001). A Structural Model of Acculturation and Mental Health Status Among Chinese Americans. *American Journal of Community Psychology, 29*(3), 387-418. doi:10.1023/A:1010338413293
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry, 170*(4), 351-357. doi:10.1192/bjp.170.4.351
- Skårdalsmo, E. M. B., & Harnischfeger, J. (2017). Vær snill! - Råd fra enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger til voksne omsorgsgivere. *Tidsskriftet Norges Barnevern, 94*(01), 6-21. doi:10.18261/issn.1891-1838-2017-01-02

- Slodnjak, V., Kos, A., & Yule, W. (2002). Depression and parasuicide in refugee and Slovenian adolescents. *Crisis, 23*(3), 127-132. doi:10.1027//0227-5910.23.3.127
- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P., & Kleber, R. J. (2011). Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(5), 742-755. doi:10.1080/15374416.2011.597083
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect, 22*(7), 719-727. doi:10.1016/S0145-2134(98)00053-2
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2016, 17. juni). Personer med flyktningbakgrunn, 1. januar 2016. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger>
- Stein, B., Comer, D., Gardner, W., & Kelleher, K. (1999). Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(9), 464-469. doi:10.1007/s001270050221
- 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*(1), 25863. doi:10.3402/ejpt.v6.25863
- Sæther, J. M. (2017a, 17. februar). Uforståelig. *Dagsavisen*. Hentet fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/uforstaelig-1.926217>
- Sæther, J. M. (2017b, 18. januar). Unge asylsøkere går til grunne. *Dagsavisen*. Hentet fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/unge-asylsokere-gar-til-grunne-1.914166>
- Tastsoglou, E., Abidi, C. B., Brigham, S. M., & Lange, E. A. (2014). (En)Gendering Vulnerability: Immigrant Service Providers' Perceptions of Needs, Policies, and Practices Related to Gender and Women Refugee Claimants in Atlantic Canada. *Refuge: Canada's Journal on Refugees, 30*(2), 67-78.

Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533-542. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00243.x

The UN Refugee Agency [UNHCR]. (2016a). *Global Trends Forced Displacement in 2015*. Hentet fra <http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf>

The UN Refugee Agency [UNHCR]. (2016b). *Regional Refugee and Migrant Response Plan for Europe*. Hentet fra <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/52619>

The UN Refugee Agency [UNHCR]. (2017). Refugees. Hentet fra <http://www.unhcr.org/refugees.html>

Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R., & Todd, B. K. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 7-10. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.10.007

Thommessen, S. A. O. T., Corcoran, P., & Todd, B. K. (2015). Experiences of arriving to Sweden as an unaccompanied asylum-seeking minor from Afghanistan: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Violence*, 5(4), 374-383. doi:10.1037/a0038842

Trentacosta, C. J., McLear, C. M., Ziadni, M. S., Lumley, M. A., & Arfken, C. L. (2016). Potentially traumatic events and mental health problems among children of Iraqi refugees: The roles of relationships with parents and feelings about school. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(4), 384-392. doi:10.1037/ort0000186

Tronstad, K. R. (2015). Barn og unge i asylsøkerfasen – hvem er de og hvordan går det med dem? I B. Berg & K. R. Tronstad (Eds.), *Levekår for barn i asylsøkerfasen* (pp. 29-47). Trondheim: NTNU: Samfunnsforskning. Hentet fra

https://www.bufdir.no/Global/Barnevern/Kunnskap/Laevekar_for_barn_i_asylsoekerfasen.pdf.

Ugurlu, N., Akca, L., & Acarturk, C. (2016). An art therapy intervention for symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety among Syrian refugee children. *Vulnerable Children and Youth Studies, 11*(2), 89-102.
doi:10.1080/17450128.2016.1181288

Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry, 15*(1), 260. doi:10.1186/s12888-015-0645-0

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (2014, 26. mars). Enslige mindreårige som forlater mottak. Hentet fra <https://www.udi.no/aktuelt/enslige-mindrearige-som-forlater-mottak/>

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (2016). Asylprosessen. *Samfunnsspeilet, SSB, 4*, 10-13.

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (2017a, 27. januar). Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere (2016). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-2016/>

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (2017b, 27. januar). Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn (2016). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2016/>

Utlendingsdirektoratet [UDI]. (2017c, 10. mai). Statistikk og analyse. Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/>

Utlendingsnemda. (2010, 2. mai). Retten til vern som flyktning. Hentet fra <http://www.une.no/Menneskerettigheter/Menneskerettighet2/>

Vaage, A. B., Garlov, I., Hauff, E., & Thomsen, P. H. (2007). Psychiatric symptoms and service utilization among refugee children referred to a child psychiatry department: a

- retrospective comparative case note study. *Transcultural Psychiatry*, 44(3), 440-458.
doi:10.1177/1363461507081641
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337-346. doi:10.1007/s00787-013-0463-1
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., 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. doi:10.1111/sjop.12094
- Vitus, K. (2011). Zones of indistinction: family life in Danish asylum centres. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 12(1), 95-112.
doi:10.1080/1600910x.2011.549349
- Waaktaar, T., & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider: håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Hentet fra
<http://www.nb.no/nbsok/nb/ce9b26c1d29a6af94014cf7be5794648.nbdigital?lang=no#3>
- Warr, S. (2010). Counselling refugee young people: an exploration of therapeutic approaches. *Pastoral Care in Education*, 28(4), 269-282. doi:10.1080/02643944.2010.481307
- 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&dq=Refugee+children:+towards+the+next+horizon&ots=mxNf-_PsYi&sig=LZ6D2EKEujIYusoJ3KVhgMO57HI&redir_esc=y#v=onepage&q=Refugee%20children%3A%20towards%20the%20next%20horizon&f=false
- Weine, S., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Vojvoda, D., Hartman, S., & Robbins, J. P. (1995). Adolescent Survivors of "Ethnic Cleansing": Observations on the First Year in

- America. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1153-1159. doi:10.1097/00004583-199509000-00012
- Weine, S., Feetham, S., Kulauzovic, Y., Knafl, K., Besic, S., Klebic, A., . . . Pavkovic, I. (2006). A family beliefs framework for socially and culturally specific preventive interventions with refugee youths and families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 1-9. doi:10.1037/0002-9432.76.1.1
- Wiegersma, P. A., Stellinga-Boelen, A. A., & Reijneveld, S. A. (2011). Psychosocial problems in asylum seekers' children: the parent, child, and teacher perspective using the Strength and Difficulties Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 85-90. doi:10.1097/NMD.0b013e31820446d2
- Wiese, E. B., & Burhorst, I. (2007). The Mental Health of Asylum-seeking and Refugee Children and Adolescents Attending a Clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596-613. doi:10.1177/1363461507083900
- Yule, W. (2000). Emanuel Miller Lecture From pogroms to ethnic cleansing: Meeting needs of war affected children. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 41(6), 695-702. doi:10.1111/1469-7610.00657
- Yule, W. (2002). Alleviating the Effects of War and Displacement on Children. *Traumatology*, 8(3), 160-180. doi:10.1177/153476560200800304
- Yule, W., & Williams, R. M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3(2), 279-295. doi:10.1007/BF00975151
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2013). Emotional and Behavioural Problems Among Refugee Children and Adolescents Living in South Australia. *Australian Psychologist*, 48(2), 139-148. doi:10.1111/j.1742-9544.2011.00050.x

Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Sawyer, M., & Baghurst, P. (2012). Depressive symptomatology and service utilisation among refugee children and adolescents living in South Australia. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(3), 46–152.

doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00620.x