

Teaching Recovery Techniques som första linjens intervention till ensamkommande flyktingbarn med PTSD

Sammanfattning

- Sverige har under de senaste åren tagit emot omkring 40 000 ensamkommande barn.
- Undersökningar visar att över 70 procent av ensamkommande barn lider av posttraumatiskt stressyndrom, eller PTSD.
- Många personer med PTSD lider samtidigt av andra psykiska problem. Vanligast är ångest och depression. Självmordstankar och planer är inte ovanligt.
- PTSD kräver insatser för att inte riskera att leda till långsiktiga problem, bäst stöd i forskningen har kognitiv beteendeterapi.
- Tillgången till vård varierar kraftigt. Många ungdomar får inte hjälp av BUP. Till Röda Korsets behandlingsenhet är köerna ca 8 månader långa. Med andra ord räcker inte samhällets resurser till för att ge ensamkommande den hjälp de behöver.
- Teaching Recovery Techniques (TrT) är en gruppintervention som riktar sig till unga med PTSD. Den kom till i Bosnien då många barn led av krigstrauman, samtidigt som resurserna var begränsade.
- TrT innefattar fem gruppträffar med undervisning om normala reaktioner på trauman, samt praktiska tekniker för att hantera PTSD-symtom. Gruppledarna har gått en tre dagar lång utbildning i TrT, och behöver ingen tidigare terapeutisk erfarenhet.
- CHAP har under ca ett års tid gjort en pilotstudie med TrT, som visat på positiva resultat.
- Av de ungdomar som deltog hade 84% mild till måttlig depression och 45% rapporterade att de hade självmordstankar.
- Bland de ungdomar som gjort både för- och eftermätningar minskade både PTSD- och depressionssymtomen signifikant, trots att 62% rapporterade negativa livshändelser under programmets gång.
- De kvalitativa intervjuerna med ungdomarna resulterade i sex olika kategorier, som speglar TrT:s programteori: normalisering, socialt stöd, redskap, begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet.

Bakgrund

Under 2015 kom över 70 000 minderåriga flyktingar till Sverige, drygt hälften av dessa var ensamkommande flyktingbarn. De flesta var mellan 16 och 17 år och kom från framför allt Afghanistan, Somalia och Syrien (Migrationsverket 2016).

Barn som tvingats fly från sitt hemland utan sina föräldrar befinner sig i en mycket utsatt och sårbar situation. Både på grund av att flykten i sig medför större osäkerhet, och fler faror, och för att de saknar den trygghet i tillvaron som bara föräldrar eller vuxna nära anhöriga kan utgöra. Utöver den påfrestning det innebär för ett barn att lämna sin familj och sitt hemland bär en stor del av ungdomarna med sig mycket svåra erfarenheter av traumatiska upplevelser. Många har exponerats för våld och sett andra människor dödas eller skadas. Och en del har själva blivit skadade eller utsatta för våld, tortyr eller våldtäkt. Många har förlorat en eller båda föräldrarna eller någon annan familjemedlem (Jensen et al., 2014).

Uppå detta utgör den svenska asylprocessen en enorm påfrestning med långa väntetider och en stor osäkerhet under en utdragen period. En studie från Nederländerna visar att längden på asylprocessen är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa hos flyktingbarn (Laban et al., 2004).

Mot denna bakgrund är det inte förvånande att många ensamkommande flyktingbarn i Sverige i dag mår mycket dåligt. Mycket pekar dessutom också på att psykisk ohälsa bland ensamkommande flyktingbarn inte nödvändigtvis går över med tiden. En Norsk studie från 2014 visar att den psykiska hälsan bland ensamkommande flyktingbarn inte förändrades signifikant över en 18-månadersperiod efter ankomsten (Vervliet, Lammertyn et al. 2014)

I en annan studie har man följt ensamkommande barn över tid och sett att många hade fortsatt stora problem med psykisk ohälsa även efter att de fått uppehållstillstånd (Oppedal&Idsoe, 2014).

För att få en bild av läget i Uppsala har CHAP låtit genomföra en studie, där ensamkommande barn fått fylla i screeningformuläret CRIES-8, som skattar symptom på PTSD.

Studien utfördes under hösten 2015 och våren 2016, i samarbete med Asylhälsan Cosmos i Uppsala. 208 ensamkommande barn fyllde i formuläret och det visade sig att så många som 76 % fick ett positivt utfall (över på 17 poäng). Genomsnittet låg på 22,7 av 40 poäng.

Antal deltagare	Deltagare som fått ≥ 17 poäng	Procent med ≥17 poäng	Genomsnitt poäng
208	159	76,4	22,7

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Posttraumatiskt stressyndrom är en normal konsekvens av att ha blivit utsatt för eller bevittnat farliga eller skrämmande händelser som krig, katastrofer, olyckor, eller annan livshotande situation. Minnena av händelsen är så starka att de har en tendens att tränga sig på oinbjudna. Samtidigt väcker de så smärtsamma känslor att en naturlig reaktion blir att tränga bort dem. Detta resulterar i allmänhet i tre typer av psykiska symtom: återupplevande, undvikande och överspändhet (APA, 2013).

Återupplevande innebär en känsla av att händelsen återupprepas genom till exempel påträngande minnen, flashbacks, eller mardrömmar.

Undvikande kan innebära att personen på grund av rädsla för att påminnas om den traumatiska händelsen aktivt undviker platser, aktiviteter eller andra saker som kan framkalla minnesbilder från traumat. Konsekvenserna kan bli att personen blir passiv och till synes likgiltig, och upplever sig sakna en framtid.

Överspändhet kan yttra sig i form av sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och lättskrämdhet. Detta riskerar att få följder för personens sociala situation och är inte sällan förenat med problem på boendet och i skolan.

Symtom på Posttraumatiskt Stressyndrom:

- **Återupplevande**
- **Undvikande**
- **Överspändhet**

Studier

visar på att

symtomen på PTSD inte nödvändigtvis går över med tiden, utan funnits kvar två år efter att barnet lämnat sitt hemland (Jensen et al., 2014)

Risken är dessutom stor att den som lider av PTSD också drabbas av andra psykiska problem som ångest och depression (Flory et al., 2015).

Behandling av PTSD

PTSD kräver i regel långsiktig individuell behandling med främst kognitiv beteendeterapi (Keeshin & Strawn 2014). Tillgängligheten till den här typen av vård i Sverige varierar dock kraftigt och för många ensamkommande har det inte funnits någon hjälp alls att få.

Resurserna på BUP räcker inte till och köerna är långa. Vissa BUP-mottagningar tar inte emot patienter under asylprocessen eftersom man anser att situationen är för otrygg för att barnen ska kunna tillgodogöra sig behandlingen. Andra BUP-mottagningar tillåter inte nyinskrivningar för patienter som är äldre än 16 år (Hultmann, 2008). På Röda Korsets öppenvårdsverksamhet, som fungerar som ett komplement till BUP, är väntetiden för tillfället mellan sex och tolv månader.

Med andra ord är resurserna alldeles för små i jämförelse med behoven. PTSD riskerar därför att utvecklas till ett folkhälsoproblem med framtida kostnader för samhället, och ett stort lidande för individen som följd.

Teaching Recovery Techniques

Teaching Recovery Techniques är en första linjens insats som riktar sig till barn mellan 8 och 18 år med symtom på PTSD. Principen för programmet är traumafokuserad kognitiv

beteendeterapi, vilken är den metod som främst rekommenderas för att behandla PTSD (Keeshin & Strawn, 2014).

Metoden är utvecklad av Children and War Foundation, och kom till under Balkankriget då många barn med krigstrauman hade behov av snabba insatser (Yule, Dyregov, Raundalen & Smith, 2013).

Programmet är upplagt för att snabbt kunna nå många barn under omständigheter med knappa resurser.

Grunden för programmet är gruppträffar där deltagarna under fem tillfällen får undervisning om PTSD och dess vanligaste symtom och effekter. Grupperna kan ledas av personal utan tidigare terapeutisk erfarenhet efter att de gått en tre dagar lång utbildning i TrT.

Under de första två träffarna fokuserar man på påträngande minnen, tankar och känslor. Och hjälper barnen att förstå att deras PTSD-symtom är normala reaktioner på onormala händelser. Barnen får också lära sig att reglera och kontrollera de smärtsamma minnena.

Vid tredje träffen behandlas förhöjt fysiologiskt påslag, eller överspändhet, och tekniker med bland annat andningskontroll, muskelavslappning lärs ut tillsammans med sömnråd.

Vid de två sista träffarna, då man fokuserar på undvikande, får barnen hjälp att våga exponera sig för sina minnen och att se framåt.

Genom att till en början normalisera barnets reaktioner, hjälper man dem att förstå sina symtom och att de inte håller på att bli galna. Metoderna som sedan lärs ut är tänkta att återge barnet kontrollen över sina kropp och sina tankar, och genom detta uppleva att PTSD-symptomen minskar .

Före den första gruppträffen får barnen välja var sin omsorgsperson som ska fungera som stöd under utbildningen. Omsorgspersonerna får gå på två träffar där de går igenom vad barnen får lära sig om PTSD, och de olika teknikerna.

Teaching Recovery Techniques (TrT)

- **Fem gruppträffar**
- **Gruppledarna har genomgått en 3-dagars utbildning men behöver ingen tidigare terapeutisk erfarenhet**
- **Undervisning om PTSD och varför vi reagerar som vi gör= psykoedukation**
- **Undervisning i tekniker för att hantera symtomen på PTSD**

Pilotprojektet

Under hösten 2016 och våren 2017 genomförde CHAP ett pilotprojekt med TrT. 21 personer som var anställda på bland annat asylhälsa, elevhälsan, och HVB-hem i Uppsalaområdet deltog i en tredagars utbildning för att bli TrT-gruppledare.

Under hösten 2016 startade de sedan egna TrT-grupper med ensamkommande ungdomar. Ungdomarna rekryterades från bland annat Asylhälsan, Röda Korsets väntelista, elevhälsan och olika HVB-hem för ensamkommande flyktingbarn. Till en början screenades 139 ungdomar för PTSD-symtom med CRIES-8, och samtliga ungdomar (126) som fick ett positivt resultat erbjöds att delta i en TrT-grupp. Alla ungdomar och omsorgspersoner som deltog gav sitt informerade samtycke till att delta i studien. I de fall där ungdomarna inte fyllt femton gavs även tillstånd från god man.

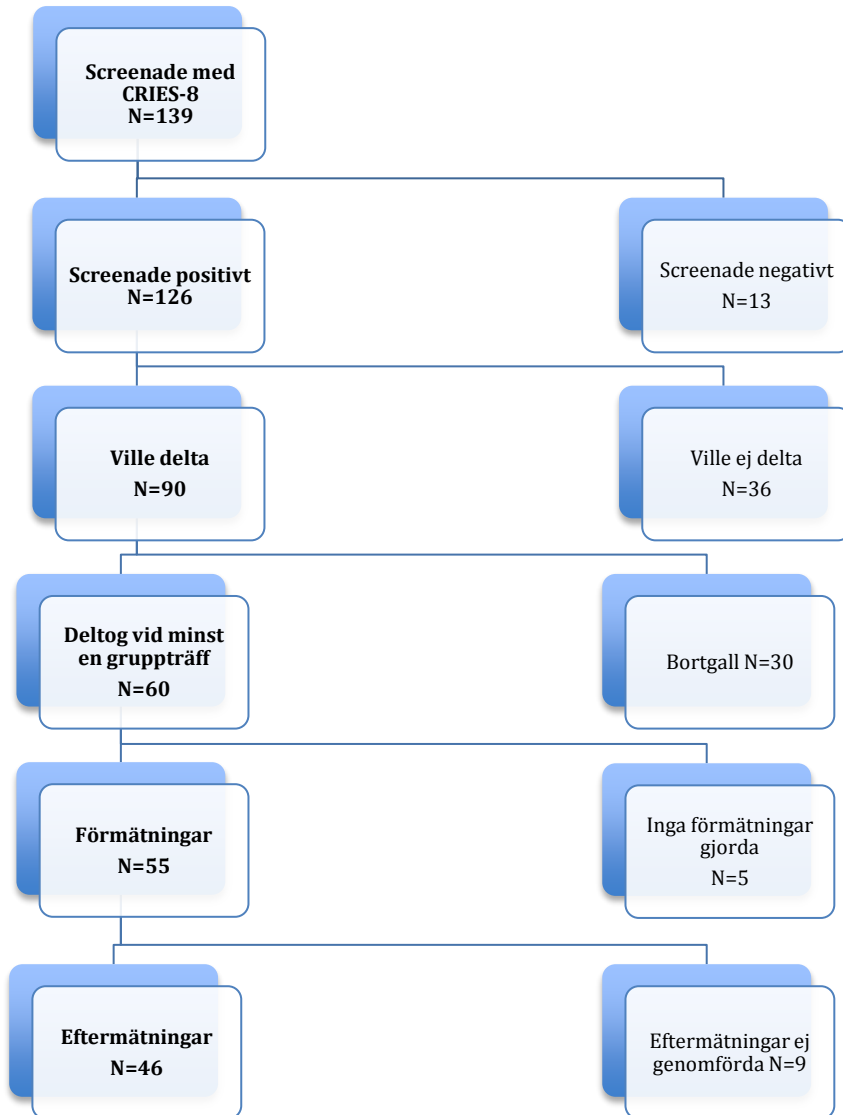
Vid den första gruppträffen fick ungdomarna återigen fylla i formuläret för PTSD-symtom, CRIES-8. Den här gången ombads de även att fylla i ett formulär för depression, MADRS-S, med bland annat frågor om självmordstankar, och dessutom ett formulär angående livshändelser. Frågorna om livshändelser rörde familjen, skolan, boendet och asylprocessen. Exempel på sådana händelser var byte av boende eller besked om att någon anhörig skadats eller avlidit. Resultaten för dessa tre mätningar fick utgöra baslinjen för analyserna.

Resultat

Sammanlagt screenades 139 ensamkommande barn, och av dessa fick 126 personer (91%) ett positivt utfall på PTSD-symtom (med CRIES-8). Alla som screenats positivt erbjöds att delta i TrT, och 90 av dessa tackade ja.

Av dessa 90 var det sedan 60 som deltog under minst en session av programmet. Vid första sessionen gjordes förmätningar på 55 av barnen (i en grupp på 5 barn missade man förmätningar). 46 av dessa 55 barn fyllde sedan i eftermätningar vid uppföljningen två veckor efter den femte och avslutande TrT-sessionen. Men andra ord var det 46 barn som kunde inkluderas i analysen av mätningarna.

Flödesschema över deltagare



Kvantitativa resultat

Bland de barn som gjorde förmätningar med CRIES-8 låg genomsnittspoängen för PTSD-symtom på 29,02 (maxpoäng är 40, och gränsvärdet för positivt utfall är 17 poäng). På depressionsskalan MADRS-S låg medelvärdet på 29,26 (av 54 poäng, gränsvärdet för måttlig depression är 20 och för svår depression 35 poäng). Andelen ungdomar som testade positivt för depression vid förmätningen var 84%, och ca 45% svarade också att de hade självmordstankar eller -planer.

Under projektets gång rapporterade 62% av ungdomarna att de råkat ut för negativa livshändelser. Den vanligast förekommande negativa livshändelsen var att en vän fått avslag på sin asylansökan.

- **84% hade måttlig eller svår depression**
- **45% hade självmordstankar eller -planer**
- **62% upplevde negativa livshändelser under kursens fem veckor**
- **100% var mitt i asylprocessen**

Skillnader i poäng för CRIES-8 och MADRS-S före respektive efter interventionen

	Medelvärde före TrT	Medelvärde efter TrT
CRIES8	29,02	25,93
MADRS-S	29,26	23,39

Mellan för- och eftermätningarna förbättrades 26 ungdomar. Totalt återhämtade sig 22%, vilket innebär att de fick under 17 poäng på CRIES-skalan. På depressionsskalan var det 33% som återhämtade sig. De flesta ungdomar hade oförändrade siffror, vilket under omständigheterna skulle kunna betraktas som en framgång.

Ungdomar som:	PTSD-symtom	Depressionssymtom
Tillfrisknat	10	15
Förbättrats	3	1
Oförändrad	29	28
Försämrats	4	2

De som hade höga siffror på CRIES-8 före genomgången TrT hade större chanser att förbättras, liksom de barn och ungdomar som svarat att de hade självmordstankar eller -planer.

Kvalitativa resultat

För att höra hur ungdomarnas själva beskriver sina upplevelser av TrT-grupperna har fokusgruppsintervjuer genomförts med flera av dem. När vi analyserat vad som kommit fram i intervjuerna har Analysen av materialet resulterade sedan i sex kategorier: normalisering, socialt stöd, redskap, begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet.



Normalisering

”Man trodde att man var ensam om de här tankarna men sen när man kom in i gruppen och såg de andra, då kände man, ja men nu känns det lite lättare för att jag är inte ensam i det här problemet.”

Många ungdomar beskrev att de betydde mycket att träffa andra personer med liknande erfarenheter. Att det fanns andra som upplevt likartade händelser fick dem att känna sig lugnare och mindre ensamma.

Socialt stöd

”Jag hade känslan att vi håller på och hjälper varandra i gruppen.”

Flera deltagare sa att det uppskattade den sociala gemenskapen i grupperna. Några beskrev att de kände en tillit i gruppen och att det kändes tryggt att öppna sig och ”lätta på hjärtat”. En av deltagarna berättade att om han inte hört de andras berättelser och beskrivningar, så hade han själv inte heller vågat berätta, utan hade istället hållit allt inom sig och mått mycket sämre.

”Det var väldigt bra för mig att träna i grupp. Jag fick lära mig hur man blir av med dåliga minnen och det man inte vill tänka på, då kan man hantera det”.

Redskap

”De här teknikerna vi har lärt oss har varit bra. Lugnet man fick efter att man gjort de här övningarna, det var fantastiskt, att kunna känna det här lugnet.”

Flera ungdomar uttryckte att de var tacksamma över att ha fått tillgång till teknikerna i programmet. De uppskattade bland annat övningar i muskelavslappning, andningskontroll och ”en trygg inre plats”.

Begriplighet

”Och en annan sak som är viktigt att intala sig är att det är över nu och helst ska det inte upprepas, det hör till det förflutna”

Att förstå tidigare erfarenheter och kunna sätta dem i relation till nuvarande känslorna och upplevelser beskrevs som viktiga inslag i gruppträffarna.

”De saker som har hänt oss, det glömmet man ju aldrig. De andra har inte våra problem. Andra människor, de är ju mer fria.”

Meningsfullhet

”Det absolut svåraste man kan vara med om är att lämna sin familj och flytta någon annanstans och inte kunna träffa dem. Vi har lämnat det här bakom oss så jag tror vi kan klara av vad som än händer.”

Ungdomarna kämpade med att finna en mening i sina erfarenheter och att hitta ett sätt att förhålla sig till framtiden. Många pojkar kände sig uppgivna och påverkades mycket starkt av vad som pågick i deras hemländer. En del av dem beskrev det som att allt de kunde göra var att ”härda ut”.

Andra hade strategier för att distrahera sig, som att lyssna på musik, gå ut, träffa vänner, eller tala med någon de litar på.

Någon nämnde acceptans, och att försöka hantera situationen som den var, trots smärtsamma minnen och oro över den rådande situationen. De kunde också se det som meningsfullt att delta i TrT.

”Jag skulle jättegärna rekommendera andra människor som befinner sig i samma situation som oss, som vi befann oss i då, att komma hit och få med sig verktyg för att kunna hjälpa sig själva att må bättre.”

Hanterbarhet

”När jag kom till den här gruppen hade jag ingen kontroll alls över mig själv, för att allt jag har varit med om har påverkat mig väldigt mycket och det var det som styrde mig. Gruppen hjälpte mig att få kontroll över mig själv. Jag har blivit lugnare sen jag kom till den här gruppen och lärde mig de här teknikerna för att kunna hjälpa mig själv ...”

Återkommande i ungdomarnas beskrivningar var begreppet kontroll, som nämndes som en betydelsefull faktor. Ungdomarna beskrev att de med hjälp av teknikerna/verktygen lärt sig satt kontrollera sig själva och sina olika reaktioner. Till exempel påverkades de inte av tunga minnesbilder i samma utsträckning som det gjorde förr.

Implementering

För att undersöka hur utförarna (alltså gruppledarna) upplevde det att arbeta med TrT gjordes kvalitativa intervjuer med cirka hälften av gruppledarna.

Gruppledarna var överlag positiva till programmet. De var både motiverade och införstådda med programmets syfte. Samtidigt var det många som upplevde att arbetet var mer tidskrävande än de förväntat sig. De påpekade också att det funnits en otydlighet kring ansvarsfördelning och kommunikation framför allt i början av projektet

Stark motivation från gruppledarnas sida och flexibilitet från arbetsgivarna har dock motverkat problem.

De slutsatser vi kan dra utifrån intervjuerna är att det är viktigt att lägga fokus på planeringsstadiet och att tydligt definiera roller och ansvar före startern.

Det är även viktigt med en horisontell kommunikation mellan gruppledarna, alltså ett nätverk mellan utförarna, där erfarenheter kan utbytas.

Det är också viktigt att arbetsgivarna är med på vad projektet innebär eftersom deras stöd är avgörande för ett lyckat genomförande. En rimlig tid att avsätta för att kunna genomföra TrT-grupper är 20 procent av arbetstiden.

På gång framöver

Till hösten kommer ytterligare tre utbildningar inom TrT att hållas för blivande gruppledare i samarbete med BRIS och SKL. En av de tre utbildningar kommer att rikta sig till gruppledare som ska led TrT-grupper för personer över 18 år.

Flera av de gruppledare som deltagit i pilotprojektet planerar också att starta nya grupper.

Forskningsbehov

Från CHAPS sida ser vi behov att fortsätta testa TrT i nya sammanhang, dels på familjer och dels på barn under 8 år (åldersspannet i dag är 8-18 år). För att vidare säkra evidens har CHAP också planer för att genomföra ytterligare en studie, då med en kontrollgrupp (RCT), med ungdomar som till exempel står på väntelista för att delta.

Referenser

American Psychiatric Association. (2000). Mini Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR. Washington, DC: Pilgrim Press AB.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Children and War Foundation. Children´s Revised Impact of Event Scale. Hämtat den 28 november, 2016 från http://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2011/06/Anvisningar-CRIES-8_se.pdf

Children and War Foundation. Depression self-rating scale for children, DSRS (Birleson). Hämtat den 28 november, 2016 från <http://www.childrenandwar.org/measures/depression-self-rating-scale-for-childrenbirleson/>

Dyregrov, A., Horowitz, M.J., Smith, P. & Yule, W. (1998). The Children´s Revised Impact of Event Scale. Children and War Foundation 1998. Svensk översättning Anders Broberg, Göteborgs universitet. Hämtad den 16 december, 2016 från http://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2011/06/Anvisningar-CRIES-8_se.pdf

Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 141–150.

Hultmann, O. (2008). Ensamkommande barn – psykologiska perspektiv. Opublicerad examensuppsats för handledar- och lärar-utbildning, steg 3-nivå, Svenska föreningen för klinisk hypnos. Hämtad den 10 juni, 2017 från http://fouivast.com/download/18.617428bd117abc0da4880002233/1359469014653/oles_uppsats.pdf

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

Keeshin BR, Strawn JR. (2014) Psychological and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(2):399-411, x.

Laban, C. J., Gernaat, Hajo B. P. E, Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, Joop T.

- V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 843-851. doi:10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15
- Lag (2016:752). Om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. Hämtat den 3 november, 2016 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lag-2016752-om-tillfalliga-begransningar-av_sfs-2016-752
- Migrationsverket (2016). Asylsökande och asylsökande ensamkommande barn 2000-2014 Hämtat den 25 oktober 2016 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asylsokande---de-storsta-landerna.html>
- Migrationsverket (2016-07-20). 20 juli 2016: Ny lag som påverkar asylsökande och deras familjer. Hämtat den 31 oktober, 2016 från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Nyheter/2016-07-20-20-juli-2016-Ny-lag-som-paverkar-asylsokande-ochderas-familjer.html>
- Migrationsverket (2016-10-01). Inkomna ansökningar om asyl. Hämtad den 25 oktober, 2016 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>
- Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in denmark-the effect of length of stay and number of relocations: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8(1), 293-293. doi:10.1186/1471-2458-8-293
- Oppedal B, Idsoe T. (2015) The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol*. 2015;56(2):203-11.
- Psykologförbundet (2016-03-09) Remissvar: Utkast till lagrådsremiss, Begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. Hämtat den 3 november, 2016 från <http://www.psykologforbundet.se/Forbundet-tycker/Flyktingkatastrofen/>
- Smith, P., Dyregrov, A., & Yule, W. (1999, revised 2002, 2012). *Children and War: Teaching Recovery Techniques*. Children and War Foundation, Bergen, Norway. 61
- Socialstyrelsen (2013). Ensamkommande barn och ungas behov - En kartläggning. Hämtad den 3 december, 2016 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-37>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). Uppdrag Psykisk Hälsa. Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa- framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt. Hämtat den 4 november, 2016 från <http://www.psynk.se/forstalinjen.1837.html>
- Tufnell, G. & Dejong, M. (2008). Stress and post-traumatic stress disorder. *Pediatrics and child health*, 19(2), 79-83.
- UNHCR - FN:s flyktingorgan (2016). Fakta och siffror om människor på flykt. Hämtat den 25 oktober, 2016 från <https://sverigeforunhcr.se/statistik#fakta>

Verksamhetsberättelse (2015). Röda Korsets Behandlingscenter i Uppsala.

Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol.* 2014;55(1):33-7.

Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. (2014) Longitudinal follow-up of the Mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23(5):337-46.

Yule, W. (1997). Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress in Childhood. In I. Sclare (Ed) *Child Psychology Portfolio*. Windsor: NFER-Nelson. 35-38.

Yule, W., Dyregrov, A., Raundalen, M., & Smith, P. (2013). Children and war: The work of the children and war foundation. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-8.
doi:10.3402/ejpt.v4i0.18424