



Etniske minoritetsbørn med psykisk syge eller traumatiserede forældre

SUS
Socialt Udviklingscenter SUS



- Afsæt i det almene og blik for det særlige 4
Af Bjarne Møller, seniorkonsulent, Socialt Udviklingscenter SUS
- Psykiatريفirståelse i Danmark og i traditionelle indvandrerlande 8
Af Marianne Kastrup, overlæge, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri
- Småbørn med psykisk syge forældre med anden etnisk baggrund 12
Af Lene Lier, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, seniorforsker
- Sundhedspleje til etniske minoritetsfamilier med psykisk sygdom – god praksis 16
Af Anne-Dorthe Roland, projektkoordinator og integrationskonsulent, Karlebo Kommune
- En daglig udfordring 22
Af Birgit Haastrup, pædagog, Pernille Laursen, souschef og Susanne Elling, leder, Børnehaven Bøllefryd, København
- Kend familiens historie 25
Af Dorte Tostenæs, souschef, Børnehuset Mågebo, Brøndby
- Fra Beirut til Bellahøj 29
Af Farah Mulkana, socialrådgiver, Etnisk Rådgivningscenter NOOR
- Projekt Hayat – Erfaringer fra et gruppeforløb for traumatiserede flygtningebørn . 32
Af Ulla Johnson, sundhedsplejerske, Kirstine Holgersen, psykolog og Erik Møller, pædagogisk konsulent, Lyngby-Taarbæk Kommune
- Børn af psykisk syge asylansøgere – nogle refleksioner 38
Af Amalia Carli, klinisk psykolog og Anne Kirsti Ruud, klinisk pædagog, Nic Waals Institutt, Oslo
- Etnisk Rådgivningscenter NOOR 49
Af Lion Rokx og Dorthe Hansen Torstensen, socialpædagoger/konsulenter, Etnisk Rådgivningscenter NOOR

Forord

Før en række konferencer om sindslidende fra etniske minoriteter, som Socialt Udviklingscenter SUS holdt i 2000, pegede entydigt på, at der manglede opmærksomhed og viden om etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre.

Samtidig har blandt andet SUS' arbejde med temaet "Børn med psykisk syge forældre" gang på gang understreget vigtigheden af, at børnene – som minimum – får særlig opmærksomhed.

Med afsæt i disse erfaringer søgte og fik SUS i 2002, af Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration, en bevilling til at indsamle og bearbejde den eksisterende viden om etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre.

Med en supplerende bevilling fra Undervisningsministeriets Tips- og Lottomidler er det blevet muligt at udgive magasinet her.

I magasinet kan du læse om, hvordan en opvækst med psykisk syge forældre kan påvirke etniske minoritetsbørn. Selv om der er forskel på at være psykisk syg og at være traumatiseret som følge af fx krig og tortur, har vi valgt ikke at skelne skarpt mellem de to begreber.

Det skyldes, at børn og unges grundlæggende reaktioner og behov i meget vid udstrækning er sammenlignelige i de to situationer.

Magasinet rummer også eksempler på, hvordan ansatte i social- og sundhedssektoren kan støtte og hjælpe børnene og de unge – og deres forældre.

Vi håber, at magasinet kan være med til at inspirere medarbejdere i psykiatriens og socialforvaltningens forskellige grene til at skærpe opmærksomheden på de etniske minoritetsbørn og deres behov. Med de konkrete eksempler på indsatser håber vi også at kunne give inspiration til, hvordan børnenes – og forældrenes – behov for støtte kan imødekommes. Både inden for de eksisterende tilbud og i nye initiativer.

Tak til Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration og til Undervisningsministeriet for økonomisk støtte. Tak til alle skribenter og til de øvrige videns- og ressourcepersoner, som har stillet deres viden og erfaringer til rådighed. Og til de etniske minoritetsbørn, som beredvilligt har givet os et indblik i deres liv.

God læselyst.



> Af Bjarne Møller, seniorkonsulent, Socialt Udviklingscenter SUS

Afsæt i det almene og blik for det særlige

Siden 1995 har der i Danmark som i en række andre lande været skærpet fokus på børn, som vokser op med psykisk syge forældre. Det har betydet, at mange ansatte i socialsektoren og i psykiatrien er blevet mere opmærksomme på børnene og deres behov, ligesom der er etableret en række initiativer til støtte for børnene – og for deres syge forældre. Selv om mange børn i dag ikke får den opmærksomhed og støtte, som de har brug for, er der i løbet af de seneste 9-10 år sat en udvikling i gang, som på sigt kan være med til at gøre livet lettere for alle, der vokser op med en psykisk syg mor eller far.

■ Her halter hjælpen

En gruppe, som endnu ikke har nydt godt af de nye initiativer, er de etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre, som er kommet til Danmark som flygtninge eller indvandrere. Kun et meget lille antal af disse børn er knyttet til og får hjælp gennem de nyetablerede støttetilbud til børn med psykisk syge forældre. Det er der tilsyneladende flere grunde til. En af dem er, at mange medarbejdere i socialforvaltninger, daginstitutioner og i psykiatrien er usikre på, hvordan de bedst kan støtte og hjælpe de etniske minoritetsbørn. Og deres forældre.

Medarbejderne savner viden, rutiner, støtte og erfaringsudveksling med kolleger. Usikkerheden kan betyde, at de medarbejdere, som fx er i kontakt med den psykisk syge forælder på en

psykiatrisk afdeling, ikke spørger til børnenes situation. Omvendt taler pædagogen eller læreren i skolen måske ikke med barnet om forholdene i hjemmet og om forældrens psykiske sygdom. Det mindsker mulighederne for, at barnet kan få den nødvendige støtte, og det betyder, at det alene er op til barnet at opsøge hjælp.

■ En balancegang

For mange medarbejdere er usikkerheden og den deraf følgende risiko for handlingslammelse kædet sammen med behovet for viden om indvandrernes eller flygtningenes kulturelle baggrund, deres sygdomsopfattelser, måder at kommunikere på, familiemønstre mv. At disse temaer har betydning for reaktioner og tanker er uomgængeligt. På den anden side kan fx den kulturelle baggrund ikke bruges som tilstrækkelig forklaring på, hvorfor det individuelle menneske reagerer, som det gør. Det handler med andre ord om ikke at stirre sig blind på den kulturelle anderledeshed – gøre alting til kulturforskelle – og dermed fjerne sig fra at forstå og leve sig ind i forældrenes eller barnets følelser og adfærd. Indvandrere og flygtninge, børn og forældre, har i de fleste tilfælde problemer, som kan afhjælpes med de kendte socialfaglige metoder. Der skal langt fra altid specialistviden til.

Omvendt er det naturligvis vigtigt ikke at overse væsentlige kulturelle forskelle. At arbejde med

etniske minoritetsbørn er i hvert enkelt tilfælde en balancegang mellem det almene og det særlige (Barfod, 1998).

■ Udfordrende barrierer

Ikke kun medarbejdernes manglende viden kan hindre, at etniske minoritetsbørn får den nødvendige støtte. En del flygtninge og indvandrere holder sig tilbage i forhold til at søge hjælp til psykiske problemer. Det kan hænge sammen med ukendskab eller manglende tillid til det danske social- og sundhedssystem, sproglige barrierer, andre kulturelle opfattelser af psykiske sygdomme og behandling mv. Alt sammen forhold, som kan betyde, at forældre og børn ikke opsøger hjælp, at de gør det på et meget sent tidspunkt, eller at det bliver meget vanskeligt – og nogen gange næsten umuligt – at tilrettelægge og gennemføre hjælpen.

■ Forskellighed

Når vi påtager os opgaven at støtte eller hjælpe etniske minoritetsbørn med en psykisk syg mor eller far, er det vigtigt, at vi tager afsæt i den almene viden om børn med psykisk syge forældre. Samtidig skal vi inddrage de særlige forhold, der kan gøre sig gældende for det enkelte barn: den kulturelle baggrund, familieforhold mv.

I denne sammenhæng er det vigtigt at slå fast, at etniske minoritetsbørn ikke udgør en homogen gruppe. Der er forskel på at have sine rødder i Somalia, Libanon eller Irak. Også flygtninge og indvandrere fra samme geografiske område er forskellige. Og børn og familier er forskellige. Endelig er der forskel på psykiske sygdomme og på at være psykisk syg eller traumatiseret efter voldsomme begivenheder som krig, vold og tortur. Det stiller krav om varieret

tilgang til børnene og deres forældre og til åbenhed og nysgerrighed over for det individuelle og det særlige.

Som nævnt i indledningen, er der de senere år høstet meget ny viden og mange gode erfaringer med, hvordan ansatte i socialforvaltninger og i psykiatrien kan støtte børn med psykisk syge forældre. Det giver også et godt udgangspunkt, når målgruppen er etniske minoritetsbørn med traumatiserede eller psykisk syge forældre. I det følgende vil nogle af disse erfaringer blive beskrevet.

■ Tal med børnene

Næsten alle børn med psykisk syge forældre beretter om, at de har savnet nogen at tale med, og at de har savnet viden og information om forældrenes sygdom.

Det er stadig en udbredt forestilling, at børn skal skånes for det vanskelige i livet. For børn med psykisk syge forældre betyder det, at vi ikke går ind i den virkelighed, som de vokser op i. Det opfatter børnene som om, vi ikke vil, ikke kan eller ikke orker at høre om deres liv og vanskeligheder. Og det forstærker børnenes oplevelse af isolation. Børn kan ikke beskyttes mod deres eget vanskelige liv med vores tavshed.

Børn med en psykisk syg mor eller far har brug for at tale med nogen om deres oplevelser af usikkerhed, angst, bekymring, frustration mv. De har brug for hjælp til at forstå, bearbejde og håndtere deres dagligdag og den verden, de oplever.

Hvis behovet ikke bliver imødekommet, vil børnene bruge mange kræfter på at forstå og leve med den situation, de befinder sig i. De vil typisk prøve at fortolke situationen og forklare forældrenes adfærd på en måde, som sætter



> Afsæt i det almene og blik for det særlige

mor eller far i et godt lys, mens barnet selv tager ansvaret og bærer skylden for forældrens sygdom.

Hvad barnet har brug for at tale om, varierer med alder, udviklingsniveau og barnets og familiens situation. Under alle omstændigheder er det vigtigt at give og fastholde håb samt at aflaste barnets skyldfølelse. Forvent ikke, at andre taler med barnet. Ansvaret er også dit!

■ Psykiatriens opgaver

I voksenpsykiatrien har der ikke tidligere været tradition for at tale med patienterne om deres forælderrolle og om de konsekvenser, sygdommen kan have for deres børn. Takket være de seneste års erfaringer og undersøgelser på en række psykiatriske afdelinger er der også her ændringer at spore.

Voksenpsykiatrien har også et ansvar for, at børnene får den opmærksomhed og støtte, de har brug for, og for at forældrene får støtte til at udfylde deres forælderrolle. Det betyder, at psykiatrien skal give den støtte, som de i kraft af deres funktion, uddannelse og erfaringer er specialister i. Medarbejderne her skal hjælpe forældrene med at skabe kontakt til socialforvaltningen, og de skal sikre, at børnenes og familiens behov bliver formidlet til socialforvaltningen eller andre relevante myndigheder, jf. Servicelovens regler om underretningspligt.

Alle voksenpsykiatriske afdelinger bør medtænke et barneperspektiv i behandlingen af den voksne. Det betyder blandt andet, at personalet som en naturlig del af en visitationsprocedure spørger den syge, om han eller hun har børn, hvor de aktuelt befinder sig, hvem der tager sig af dem, om de får støtte fra socialforvaltningen osv. Ud over at personalet gennem en sådan samtale får væsentlige oplysninger og evt. kan

sikre umiddelbar hjælp til børnene, får den syge også mulighed for at dele sine bekymringer for barnet. Med andre ord er en sådan samtale et godt udgangspunkt for at inddrage barneperspektivet i den videre behandling.

■ Samarbejde og koordinering

I socialforvaltningens børneafdeling ved man meget om børns behov, udvikling, behandling og mistrivsel.

I psykiatrien ved man meget om psykisk sygdom, diagnosticering og behandling. Heri ligger et af dilemmaerne i indsatsen over for børn med psykisk syge forældre: Der er tale om to forskellige sektorer med hver sin kultur, og der er ikke tradition for samarbejde.

Det betyder blandt andet, at socialforvaltningernes børne- og familieafsnit sjældent formidler viden, iagttagelser og bekymringer for børn og unge til psykiatrien. Tilsvarende viser praksis, at væsentlig viden ikke altid formidles mellem de enkelte afdelinger i en kommunes socialforvaltning. Når det ikke sker, øges risikoen for, at børnene ikke får den støtte, de eventuelt har brug for.

Omvendt er det naturligvis vigtigt, at vi lever op til Forvaltningslovens regler om tavshedspligt, ligesom vi også skal vise respekt for børnenes og forældrenes ønsker og rettigheder.

Reglerne om tavshedspligt er gennem årene blevet brugt som argument for ikke at give oplysninger videre. Imidlertid understreges det i både reglerne og den tilhørende vejledning, at tavshedspligten aldrig må forhindre, at et barn eller en ung får den relevante støtte. Hensynet til barnet vejer med andre ord tungere end hensynet til forældrene. ■

■ Litteratur

Ahlgreen, Birgitte (2001): Usynlige unge. Børn og unge med psykisk syge forældre. Hans Reitzels Forlag.

Barfod, Anita (1998): Etniske sindslidende i klemme. Fagligt Netværk Socialpsykiatri. Socialt Udviklingscenter SUS.

Blinkenberg, Søren (red.) (2003): Når børn lever sammen med psykisk syge forældre. Psykiatrifondens Forlag.

Glistrup, Karen (2002): Hvad børn ikke ved...har de ondt af. Familiesamtaler i voksenpsykiatrien. Hans Reitzels Forlag.

Holm, Per, Møller, Bjarne og Perlt, Birger (red.) (1999): Når mor eller far er psykisk syg 2. En artikelsamling. Socialt Udviklingscenter SUS.

Holm, Per, Møller, Bjarne og Perlt, Birger (1998): Små skuldre – store byrder. Videofilm og tekst-hæfte. Socialt Udviklingscenter SUS.

Lier, Lene, Buhl-Nielsen, Bernadette og Knudsen, Hans (2001): Psykisk syge forældre og deres børn. Det Tværministerielle Børneudvalg. Socialministeriet.

Møller, Bjarne (red.) (2002): Børn med psykisk syge forældre. God praksis. Socialt Udviklingscenter SUS.

Stenbak, Else (red.) (2003): God praksis i dag-institutioner. Børn med psykisk syge forældre. Et inspirationshæfte. Socialt Udviklingscenter SUS.

Stenbak, Else og Hagensen, Pauline (2004): Børn som pårørende. Socialt Udviklingscenter SUS.

> ... det opfatter børnene som om,
vi ikke vil, ikke kan eller ikke orker
at høre om deres liv og vanskeligheder.
– Og det forstærker børnenes
oplevelse af isolation...



- Kulturen spiller en væsentlig rolle for fortolkningen og forståelsen af en psykisk lidelse. Hvad der i én kultur ses som et symptom på sygdom, betragtes i en anden kultur som normalt. Det har også betydning i behandlingen – og for behandleren, der må have en respektfuld nysgerrighed over for det anderledes og være åben over for psykiske lidelsers forskelle og mangfoldigheder.

> Af Marianne Kastrup, overlæge, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

Psykiatriforståelse i Danmark og i traditionelle indvandrerlande

Set fra en biologisk synsvinkel er vi mennesker stort set ens, uafhængigt af hvorfra på kloden vi stammer.

Inden for det psykiatriske spektrum er lighedspunkterne på tværs af kulturer alt andet lige således større, jo mere man nærmer sig den biologisk/organiske del af spektret, hvorimod den psykosociale del viser langt større divergens fra kultur til kultur. Som den engelske psykiater Roland Littlewood (1996) anfører, så forklarer biologisk/genetiske aspekter ikke meget inden for det transkulturelle område.

De eksisterende diagnosesystemer, der anvendes i psykiatrien, er udviklet i Vesten og præget af en vestlig tankegang. Det kan lede klinikere til at antage, at psykisk sygdom, der findes blandt vestlige patienter, findes på samme måde blandt patienter af anden etnisk baggrund. Bhugra og Bhui (2001) fremhæver, at man ved at anlægge det perspektiv blandt andet løber ind i det problem, at psykiatriske lidelser, som ikke kan identificeres med et vestligt udviklet diagnostisk system, simpelthen ikke synes at eksistere.

Ofte vil man som behandler anlægge en synsvinkel, hvor man understreger lighedspunkterne uafhængigt af kultur. Denne universalistiske tilgang ser vi blandt andet repræsenteret i det, som Arthur Kleinman (1977) betegner som den „gamle“ transkulturelle psykiatri. Ifølge Kleinman bygger den på en styrkelse af en biomedicinsk model og et fokus på psykiske sygdomme som biologiske enheder. Sygdommens

kerne ses især som biologisk bestemt og universel på tværs af kulturer.

WHO's store epidemiologiske undersøgelser om de psykiske lidelsers forekomst i forskellige kulturer, blandt andet IPSS-studiet (International Pilot Study of Schizophrenia), er eksempler herpå (Kleinman, 1977). Studiet har vist (Leff, 1988), at skizofreniens symptomer er ganske ensartede på tværs af kulturer, men Leff understreger, at de instrumenter, der anvendtes ved afgrænsningen af sygdommen, er udviklet i Vesten med risiko for at være genstand for kulturel stereotypi.

■ Psykiatriens område

Lad os se, hvorledes vi herhjemme afgrænser psykiatrien.

Ifølge „Klinisk psykiatri“ (Hemmingsen m.fl., 2000), der er den gængse psykiatriske lærebog i lægestudiet, søger psykiatrien at integrere flere teoretiske og kliniske praktiske dimensioner.

Det drejer sig om en fænomenologisk synsvinkel, hvorved det kliniske grundlag for at tage stilling til det enkelte sygdomstilfælde tilvejebringes; en biologisk synsvinkel, hvor man opstiller og efterprøver teorier om sindslidelsers årsagsforhold og neurobiologiske virkningsmekanismer; en psykodynamisk synsvinkel med fokus på personlighedsudvikling, jeg-strukturer

og forsvarsmekanismer og endelig en socialpsykiatrisk synsvinkel, der beskæftiger sig med betydningen af samspillet med det sociale netværk, stressfaktorer, levevilkår mv.

I lærebogen understreges, at psykiatrisk sygdom fastlægges ud fra lægelige kriterier baseret på en beskrivelse af de psykopatologiske fænomener, der afgrænses som værende sygelige.

■ „Disease“ og „illness“ begreberne

Hvis sygdom beskrives ud fra en traditionel biomedicinsk opfattelse, så ses den typisk som en – eller flere – uønskede funktionsforstyrrelser, der kan konstateres og afgrænses ved en klinisk undersøgelse (Nielsen m.fl., 2002). Det er denne tilgang til psykopatologiske fænomener, der betegnes som „disease“, og som typisk henviser til en medicinsk referenceramme, hvor sygdomsforløb og årsagsforhold forsøges baseret på evidens. Vi taler med andre ord om et paradigme (Castillo, 1997), hvor man forsøger at identificere biologiske faktorer som årsag til psykisk lidelse.

I modsætning hertil ser Kleinman (1977) den „nye“ transkulturelle psykiatri som en forståelsesramme baseret på antropologiske metoder med størst vægt på en forståelse af sygdomme i deres sociale og kulturelle kontekst.

For at forstå de psykiatriske lidelser er det vigtigt at foretage undersøgelser af anvendte begreber og instrumenter og udvikle test, der tager hensyn til sproglige og kulturelle egenarter i stedet for at overføre instrumenter og test fra én kulturkreds til en anden.

Genstandsområdet er i langt højere grad undersøgelser og afgrænsning af de respektive kulturers forståelse og opfattelse af sygdom, forklaringsmodeller, opfattelser af selvet og beskri-

velser af relationen mellem psyke og soma. Vægten lægges i mindre grad på psykosernes form, men mere på deres indhold, hvor individets personlige forestilling og forklaringsmodel er i centrum (Alberdi, 2002).

Med en medicinsk antropologisk forklaringsmodel (Baez og Kastrup, 2003) ændres sygdomsopfattelsen til et samspil mellem biologien og det sociale miljø. Den biomedicinske „disease“-opfattelse dækker ikke nødvendigvis, hvad patienten opfatter som psykisk sygdom. „Illness“-betegnelsen kendetegner den måde, en patient og dennes pårørende ser på sygdommen. Således kan en patient fremføre klager af psykisk art, som han eller hun selv opfatter som sygelige, men som set fra en biomedicinsk vinkel ikke kan betegnes som sådanne. Omvendt er der tilstande, som patienten selv oplever som normale, men som – set fra en medicinsk vinkel – må betegnes som sygelige. „Illness“-begrebet betegner således en mere folkelig opfattelse og kan tage sit udgangspunkt i en folkelig viden.

■ Kulturens betydning

Disse to væsensforskellige synsvinkler viser, hvorledes psykisk sygdom og opfattelsen af den er afhængig af kultur, sociale forhold, politik mv. Beskrivelsen af de psykiatriske sygdomme er ligeledes påvirkelige af den kultur, hvori de finder sted. Som påpeget af Baez og Kastrup (2003), er dette blandt andet beskrevet af The Group for the Advancement of Psychiatry (GAP, 2002). Kultur er således en bærer af fortolkningen og forståelsen af en psykisk lidelse.

Kulturen kan ifølge GAP være medvirkende faktor ved udviklingen og formningen af psykisk lidelse. Man kan med andre ord sige, at kulturen kan modulere den kliniske tilstand, og symptomerne kan afspejle, hvad der er oppe i tiden i en given kultur. Kulturen er med til at afgrænse,



> ...En respektfuld nysgerrighed

over for det anderledes,

en villighed til at se kritisk

på egne stereotyper

og en åbenhed over for

de psykiske lidelsers diversitet

og mangfoldighed.

om en adfærd skal betegnes som et symptom, eller den skal ses som et normalt fænomen. Det omgivende samfund er medvirkende til at bestemme, hvilken holdning man skal have til et givent symptom, og om der evt. skal gribes ind over for den.

Kulturen har en diagnostisk funktion, idet vi som behandlere bliver bedre til at foretage en diagnostisk vurdering, hvis der foreligger en beskrivelse af patientens kulturelle baggrund og identitet.

Kultur har en beskyttende virkning, idet blandt andet familieforhold og socialt netværk i en given kultur kan have positiv betydning for sygdommens forløb og det terapeutiske arbejde.

Endelig har kultur betydning i relation til planlægning af behandling og sikring af, at behandlingstilbuddet er acceptabelt for den enkelte og dennes familie.

Som behandlere skal vi være opmærksomme på, hvorledes kulturen kan påvirke psykopatologi, og hvorledes udviklingen af psykiatrisk service er påvirkelig af kulturelle faktorer. Det er også vigtigt at holde sig for øje, at undersøgelser fra udlandet (blandt andet Smaje, 1995) har vist, at patienter med en anden etnisk baggrund ikke nødvendigvis ser psykiatri og psykiatrisk praksis som noget positivt, men i stedet som en måde, hvorpå samfundet kan retfærdiggøre at undertrykke afvigende adfærd, og hvor psykiatrisk personale kan ses som udøvere af denne kontrol.

■ Behandlingsaspekter

Det understreges ofte, ikke mindst fra medicinske antropologer, at der blandt patienter med anden etnisk baggrund er andre forklaringsmodeller på psykisk lidelse. I deres arbejde med at

> De eksisterende diagnosesystemer, der anvendes i psykiatrien, er udviklet i Vesten og præget af en vestlig tankegang.

udvikle en model for psykiatrisk behandling i et multikulturelt samfund noterer Kirmayer og medarbejdere (2003) med en vis forbavselse, at spørgsmålet om forskellige forklaringsmodeller ikke syntes at give anledning til større problemer hos patienterne. Det viste sig, at mange patienter kunne håndtere pluralistiske modeller, hvilket gjorde dem i stand til at gøre brug af både det biomedicinske og det traditionelle tilbud. De vanskeligheder, der opstod, var snarere foranlediget af behandlerne, som fastholdt en en-strengt handlingsplan med ringe tolerance over for patienters mere pluralistiske holdning.

Behandlere bør være opmærksomme på og have forståelse for både „disease“- og „illness“-aspekterne (Castillo, 1997), og den subjektive opfattelse af den psykiske lidelse er betydningsfuld at få afdækket for at få indsigt i, hvilken mening lidelsen har for patienten.

For at lykkes som behandler i et samfund med patienter fra flere kulturer skal vi udvise en respektfuld nysgerrighed over for det anderledes, en villighed til at se kritisk på egne stereotypier og en åbenhed over for de psykiske lidelsers diversitet og mangfoldighed. ■

■ Litteratur

Alberdi, Francisco (2002): Tendenser i den transkulturelle psykiatris historie I: Alberdi, Francisco m.fl. (red.): Transkulturel psykiatri. Hans Reitzel.

Baez, Armando og Kastrup, Marianne: Psykiske lidelser hos indvandrere. Månedsskrift for praktisk lægegerning, 2003, årg. 81, nr. 12, s. 1641-52.

Bhugra, Dines og Bhui, Kamaldeep (2001): Cross-cultural psychiatry. A practical guide. London: Arnold.

Castillo, Richard J. (1997): Culture and mental illness. A client-centered approach. Pacific Grove: Brooks/Cole publishing company.

Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) (2002): Cultural assessment in clinical psychiatry. Report no. 145, Washington: APA press.

Hemmingsen, Ralf m.fl. (red.) (2000): Klinisk psykiatri. Munksgaard.

Kirmayer, Laurence J. m.fl. (2003): Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies, Canadian Journal of Psychiatry, 2003, nr. 48, s. 145-53.

Kleinman, Arthur (1977): Depression, somatization and „the new cross-cultural psychiatry“. Social Science and Medicine, 1977, nr. 11, s. 3-10.

Leff, Julian (1988): Psychiatry around the globe. A transcultural view. London: Gaskell.

Littlewood, Roland (1996): Cultural psychiatry. An introduction. I: Borgå, Per m.fl. (red.): Kulturell psykiatri. Stockholm: Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin.

Nielsen, Jette Møller m.fl. (2002): Sygdomsopfattelser i almen praksis – i relation til patienter med somatiserende lidelser. Ugeskrift for læger, 2002, årg. 164, nr. 46, s. 5372-6.

Smaje, Chris (1995): Race and ethnicity. True colors. Health Services Journal, 105: 28-9.

- Børn med en anden etnisk baggrund end dansk påvirkes generelt på samme måde som danske børn, når der er psykisk sygdom i familien. Men når far eller mor er *alvorligt psykisk syg*, er flygtninge- og indvandrerbørn dårligere stillet. Børnene bliver henvist senere og er ofte mere skadede i deres udvikling.

> Af Lene Lier, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, seniorforsker

Småbørn med psykisk syge forældre med anden etnisk baggrund

Støtten til familier og børn, hvor en forælder med anden etnisk baggrund end vesteuropæisk er psykisk syg, er en kompliceret udfordring for social- og sundhedssystemet i Danmark, især når det drejer sig om forældre, der ikke forstår og taler tilstrækkelig godt dansk eller engelsk, er relativt uudannede og dårligt integrerede i det danske samfund.

En af de vanskeligheder, forældrene oplever, er deres usikkerhed i forhold til for os almindelige sociale rutiner i sundheds- og socialvæsen, og den underforståede måde at tænke og handle på, som man som etnisk dansker uden at tænke nærmere over det automatisk vokser op med. Den professionelle usikkerhed er ligeledes stor, når en dansk psykiater skal vurdere forældrens sygdom, og når barnets udvikling inden for rammerne i en anden kultur skal bedømmes.

Selv om vi ikke her i Danmark endnu har undersøgelser, der kan fortælle os, hvor mange psykisk syge forældre – danske som nydanske – der findes på landsplan, så viser undersøgelser fra Stockholm, hvor forholdene er sammenlignelige med de danske, at der er relativt flere psykisk syge forældre med anden etnisk baggrund, og at de har flere børn.

Mødre med en traditionel islamisk baggrund kan allerede i graviditeten blive konfronteret med

andre rutiner end i hjemlandet. Mødet med mandligt personale er et velkendt problem. Forventningerne om, at nybagte mødre skal være i fuldt sving allerede i barselsperioden, er også helt anderledes end i den hjemlige kultur, hvor moren i 40 dage efter fødslen mange steder bliver aflastet fra alle praktiske opgaver af de øvrige kvinder omkring hende. Således var det i øvrigt også mange steder her i Danmark langt ind i 1800-tallet. Forventningen om, at faren deltager i at passe barnet er ligeledes fremmed for mange.

Psykisk sygdom i graviditeten medfører ofte, at den gravide kvinde (dansk som ikke-dansk) udebliver fra de forebyggende jordemoderundersøgelser. Dette fører til øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel, idet det øgede antal komplikationer i denne gruppe ikke bliver opdaget i tide.

Heller ikke på dette område har vi tal for hyppigheden af komplikationer, men ud fra en klinisk viden er der god grund til at frygte, at psykiatriske problemer hos gravide ikke-danske kvinder let overses, og at disse kvinder ikke i tilstrækkelig grad er i stand til at tage imod – og føle sig støttet af – de forebyggende tilbud.

På spæd-/småbarnspsykiatrisk afsnit på Bispebjerg Hospital, fik vi i den periode, jeg var overlæge i afsnittet (1992-2001), jævnligt henvist



> Ofte havde manden ikke viden om psykiske sygdomme og var ikke klar over baggrunden for konens adfærd.

småbørn med psykisk syge mødre med anden etnisk baggrund. Der var to grunde til henvisning: 1) at familiens sagsbehandler ønskede en undersøgelse af børnenes og forældrenes funktion og/eller 2) at henviseren ønskede et støtte- eller behandlingsforløb.

Sammenlignet med de henviste danske mødre og børn drejede det sig ofte om meget syge mødre – psykotiske, skizofrene eller svært depressive kvinder – hvor det psykiatriske behandlingsforløb først sent var kommet i gang. Børnenes udvikling var oftest allerede tydeligt påvirket. Til forskel fra lige så syge danske mødre var der stort set altid en far i hjemmet, men sjældent familie på morens side i landet. I det følgende skal jeg komme ind på nogle fællestrekk i disse sager.

■ Morens sygdomsforløb

Ofte viste det sig, så vidt det kunne bedømmes, at moren havde været syg længe, måske allerede i hjemlandet, inden hun kom til Danmark i forbindelse med ægteskab med en herboende mand. Hun var som nævnt ofte alene, uden eget familienetværk, der kunne hjælpe hende, og hun kunne ikke leve op til mandens og hans families forventninger.

Ofte havde manden ikke viden om psykiske sygdomme og var ikke klar over baggrunden for konens adfærd. Derfor kunne det vare længe, inden hun kom i psykiatrisk behandling. I flere tilfælde husker jeg situationer, hvor kvinden først i svært psykotisk tilstand blev indlagt på psykiatrisk afdeling. I tiden inden var familiesituationen spændt, og børnene ofte forsømte, mere eller mindre overladt til sig selv.

Det kunne være svært på psykiatrisk afdeling at afgøre, hvor alvorlig morens lidelse var – og i

hvilken grad sygdommen var påvirket af hendes isolerede og til tider problematiske familiesituation og fremmede kultur. Ligeledes kunne det være meget vanskeligt at bibringe manden og hans familie tilstrækkelig forståelse for sygdommens natur og de begrænsninger, den medførte i forbindelse med blandt andet forældreevnen.

Efter udskrivelsen så vi i adskillige tilfælde, at moren mistede kontakten med behandlingssystemet, ophørte med den medicinske behandling – og langsomt blev meget syg igen og til sidst genindlagt.

En anden gruppe forældre var mindre alvorligt syge, men også i betydelig grad handicappede i deres forældrefunktioner. Det drejede sig typisk om fædre, torturofre og/eller flygtninge, med en posttraumatisk belastningsreaktion. Øgede familiære krav kombineret med den uro, et lille barn skaber med sin gråd og ofte uforudsigelige adfærd, kunne vise sig ubærlige for faren, som med sine vedvarende søvnproblemer, øgede lydfølsomhed og stadige alarmtilstand kunne komme til at reagere pludseligt og voldsomt. For barnets mor blev den familiære situation meget anstrengt, og det var almindeligt, at begge forældre følte sig isolerede og magtesløse over for problemerne.

Depressioner hos mødre af let til moderat grad var en anden hyppig henvisningsårsag. Flere af mødre blev ekstremt passive, andres symptomer mindede helt om danske mødre med depressioner.

Begge disse forældregrupper var som regel bedre uddannede, kunne kommunikere direkte med os oftest på engelsk, og var motiverede og samarbejdende om den tværfaglige hjælp, de måtte have brug for. I nogle familier valgte faren at bo alene og være på besøg hos familien, for ikke at udsætte sig selv og resten af familien for hans reaktioner ved overbelastning.

■ Børnenes tilstand

Børn med alvorligt psykisk syge mødre

Henviseren, hvad enten det drejede sig om en henvisning fra social- eller sundhedssystemet, var naturligvis bekymret for børnene.

Fælles for henvisningerne af børn fra omkring 1 års alderen var, at disse allerede i alt for lang tid havde levet under kummerlige forhold præget af morens sygdom og manglende opmærksomhed og forståelse fra faren og familien med hensyn til børnenes behov, både fysisk og psykisk. I familier med flere børn så vi udviklingsproblemerne fremtræde forskelligt, svarende til børnenes alder. De ældre børn – fra 1½ års alderen – var ofte i daginstitution, hvor deres fremmøde var meget ustabil, og hvor man må undre sig over, at institutionen ikke for længst havde råbt vagt i gevær.

Børnenes udvikling var sjældent alderssvarende, nok mere på grund af almen forsømmelse, understimulation og sygdomsprægede kontaktmønstre i forældre-barn-forholdet end af børnenes intellektuelle potentiale. Men mest bekymrende var deres sociale udvikling. Spædbørnene var typisk passive, afvisende over for kontakt og tilbage i udviklingen af pludresprog og motorik – og som sådan „nemme“ børn. I 1-3 års alderen kunne de blive tiltagende vanskelige, med uforkuseret, impulsstyret motorisk aktivitet, ofte udadrettede adfærdsproblemer, svære at fastholde ved krav og med ringe sprogudvikling og kontaktevne. Efterhånden så vi hos børnehavebørnene enten en tiltagende tilpasning, hvor selv små børn på 3-5 år tog vare på mindre søskende, uanset egne tydelige psykosociale problemer (ofte piger) eller børn med tiltagende udadrettede adfærdsvanskeligheder (ofte drenge).

Børn, hvis forældre var mindre alvorligt syge
Her drejede det sig oftest om børn med depres-

sive mødre eller familier, hvor typisk faren led af posttraumatiske belastningsforstyrrelser (flygtninge/torturofre). Familiernes baggrund var ofte uddannelsesmæssigt bedre, ligesom deres sociale status tidligere i hjemlandet havde været bedre.

Børnene havde sjældent så alvorlige problemer som i familierne med alvorlig psykisk sygdom, men kunne være utrygge, noget urolige eller tværtimod for tilpassede, ofte med psykosomatiske problemer for eksempel spiseproblemer.

■ Det børnepsykiatriske behandlingsforløb

I de lettere tilfælde var der ingen forskel på behandling og anbefalede sociale støtteforanstaltninger til børnene i disse familier og i danske familier, ud over, at vi nok i højere grad prøvede at styrke mulighederne for støtte til forældre og børn i nærmiljøet ved et samarbejde med egen læge, sundhedsplejerske og daginstitution.

I de alvorligt syge familier var der derimod en række forøgede vanskeligheder. Dels blev børnene *henvist senere* og var mere skadede i deres udvikling, end vi så i lige så syge danske familier. Dels kunne det være svært, for ikke at sige *umuligt, at forklare forældrene*, også den psykisk raske far, hvor alvorlige barnets problemer var, og hvilke hjælpeforanstaltninger vi derfor anbefalede sagsbehandleren, især hvis det drejede sig om behandling uden for hjemmet – hvilket børnenes tilstand meget ofte nødvendiggjorde.

Sagsbehandlerne var oftest helt enige i vores anbefalinger, men da forældrene ikke kunne acceptere behandling uden for hjemmet, måtte der evt. tages en beslutning om tvang.

Og disse forløb endte alt for ofte med en afvisning af anbringelsen og en anbefaling om at støtte den psykisk raske far i at tage tilstrækkelig omsorg for børnene. Disse forløb havde alle odds imod sig. Faren havde sjældent tilstrækkelig forståelse for alvoren af den syge mors begrænsede forældreevne, og sjældent kapacitet til – og mulighed socialt for – at være primær omsorgsperson for ofte flere behandlingskrævende børn, uanset al den støtte, man ofte fra socialvæsenet forsøgte at yde familie og børn. Ofte modtog vi senere på ny en henvisning med henblik på at vurdere børnenes nuværende tilstand, som da var endnu mere alvorlig end sidst.

■ Sammenfattende

Grundlæggende bliver børn med *alvorligt psykisk syge forældre* med anden etnisk baggrund påvirket i deres udvikling af forældrenes sygdom og de familiære følger på samme måde som danske børn. Men behandlingen af forælders sygdom kommer ofte senere i gang, er svær at

fastholde og ofte begrænset af sprog/forståelsesproblemer. Det varer typisk længere, inden børnene bliver henvist. Samlet bliver konsekvensen, at børnene når at blive mere alvorligt skadede. Dertil kommer, at behandlingsmulighederne ligeledes bliver begrænset af de sociale børne- og unge udvalg, som ofte modsætter sig anbefalingerne fra både sagsbehandler og børnepsykiater, således at børnene ikke får den nødvendige professionelle behandling.

Forældre med knap så store problemer og deres børn er mere ligestillede med danske familier både i behandlingstilbud og – forløb.

Der er stort behov for både epidemiologisk undersøgelse af omfang og alvor af psykiske lidelser hos forældre med anden etnisk baggrund samt de børnepsykiatriske/psykologiske/ sociale hjælpeforanstaltninger, der ydes til deres børn. Desuden er der behov for kliniske forløbsundersøgelser af arten og prognosen af børnenes udviklingsforstyrrelser. Der findes i dag hverken undersøgelser af den ene eller den anden type. ■

> Spædbørnene var typisk passive, afvisende over for kontakt og tilbage i udviklingen af pludresprog og motorik.



- Sundhedsplejersken har et særligt ansvar for at udvikle god praksis i arbejdet med etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre. Hun kommer i alle hjem og bliver som regel mødt med stor tillid. Og netop tillid er et nøgleord i arbejdet med familien, hvor sundhedsplejersken fungerer som faglig og menneskelig sparrings- og refleksionspartner.

> Af Anne-Dorthe Roland, projektkoordinator og integrationskonsulent, Karlebo Kommune

Sundhedspleje til etniske minoritetsfamilier med psykisk sygdom – god praksis

Hun sidder over for mig i skrædderstilling på gulvet. Den lille spinkle nyfødte dreng er svøbt i en dyne uden betræk. Hun er ung, men hendes øjne er tunge af alvor. Hendes mand har hilst høfligt på mig, da jeg kommer ind i den lille meget sparsomt indrettede lejlighed. Høflig, men med et flakkende og smertefuldt blik i øjnene, som straks vækker mine bange anelser. Han forlader lejligheden med et nik, efterladende sin kone med mig og tolken. Hun ser på os med stor tillid og forhåbning, som om vi er de eneste tilbage på denne jord, der kan hjælpe hende! Det er hendes første barn, og usikkerheden er stor. De erfarne kvinder, som kunne have hjulpet hende i hjemlandet, er langt, langt borte. Hun er klog og veluddannet, og hendes øjne hænger ved vores læber, som om hun aner, at vi er den livline, hun har manglet, siden hun landede fra et land i Mellemøsten ni måneder tidligere. Hun prøver at tage de ord ind, vi siger, i håbet om, at de kan skabe lidt orden i hendes indre kaos og i den overvældethed, hun føler ved at være alene med et spædbarn, som hun ikke har den ringeste erfaring med at passe. Tolken og jeg prøver at fastholde fokus på den nyfødte dreng og hende. Men hun vil et andet sted hen med samtalen. Det er svært at få det sagt, men det opleves som en nødvendighed for hende at fortælle os, at manden er ødelagt af noget unævneligt. Han er „mærkelig“, snakker med sig selv og er meget mistroisk over for alt og alle. Han

er helt anderledes, end da hun lærte ham at kende i hjemlandet før krigen og flugten. Han er tit væk hele dagen, strejfer om og efterlader hende alene. Han kan ikke holde ud at være sammen med andre mennesker ret længe ad gangen – og kan slet ikke tåle barnets gråd.

Hun har nænsomt, men umiskendeligt indviet os i familiens „skjulte handicap“.

Denne familie er unik på en måde, men samtidig deler den skæbne med mange andre flygtningefamilier, som er kommet hertil fra totalitære stater, fra borgerkrig eller andre konfliktområder. Den skæbne, de deler, er blandt andet, at de er ramt hårdt på sjælen og sindet af de oplevelser, de har været udsat for (tortur eller traumer), og lider af den følgetilstand, som i litteraturen benævnes PTSD (post traumatisk stress syndrom). Mennesker, som har levet længe under angstfyldte og traumatiserende forhold, og som senere udvikler PTSD, har øget risiko for at udvikle klassiske psykiatriske sygdomme som skizofreni, også selv om de kommer i behandling (Jessen og Khanna, 2003).

Ifølge Edith Montgomerys interviewundersøgelse af flygtningefamilier fra Mellemøsten i 1993 (Montgomery, 2000) er 30 pct. af de voksne flygtninge ramt af tortur, 50 pct. af børnene lever i en familie, hvor mindst en af forældrene har været udsat for tortur, og 90 pct. børnene,

> Det er vigtigt at vide,
at ordet træet på arabisk
også har betydningen: nedtrykt,
mistet lysten til at leve,
deprimeret, trist.

som kom hertil i den periode, var vokset op i krigsområder med egne angstfyldte og traumatiserende oplevelser.

■ Tillid over tid

Det er et „skjult handicap“ at leve med eftervirkningerne af tortur og anden grusomhed. Det skjulte handicap kan være svært at få øje på for sundhedsplejersken, og modet til at få øje på det kan mangle, fordi det er et smertefuldt og svært rum at være i sammen med familien.

De fleste af os har ikke erfaringer med så grænseoverskridende grusomhed, som disse mennesker har oplevet, og vægrer os ved at se det i øjnene. Det stiller derfor store krav til faglighed og kompetencer og til sundhedsplejerskens personlige mod og styrke at udvikle god praksis i arbejdet med etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre. Og rigtig god praksis i arbejdet udvikler sig bedst i et kollegialt fællesskab, hvor ledelse og kolleger er enige om, at disse familier kræver særlig opmærksomhed.

Sundhedsplejen har et særligt ansvar for at udvikle god praksis i arbejdet med etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre, fordi hun kommer i alle hjem og som regel bliver budt inden for i disse familier med stor tillid.

Tillid er et nøgleord i dette arbejde, og tillid opbygges over tid. Torturoverleveren er ramt på sin basale tillid, og mange flygtninge har en mistillid til offentligt ansatte med sig i bagagen, som bygger på, at offentligt ansatte i mange lande bruges som stikkere. På trods af det siger en flygtningefamilie næsten altid ja tak til tilbuddet om sundhedspleje.

Tilliden opbygges som nævnt over tid, og tavsheden forsøger at dække over det faktum, at der er psykisk sygdom i hjemmet.

Sundhedsplejersken skal opøve sine evner til at lytte til det mellem linjerne og lade de små tegn blive et mønster, som langsomt kan bruges til at spørge ind til familiens historie. Det er sjældent, at en kvinde i første besøg bryder tavsheden og fortæller om „det skjulte handicap“ som i eksemplet ovenfor. Som oftest får vi det at vide lige, når vi lykkelige og lettede skal til at udskrive barnet i 8 måneders eller 1 års alderen. Eller aldrig!

- God praksis er derfor at kategorisere en flygtningefamilie som behovsfamilie, indtil det modsatte er bevist. Det giver mulighed for ekstra tid til at få opbygget en tillidsfuld relation, og til at aflægge besøg ud over 1 års alderen.
- God praksis er at vove at sætte temaet på dagsordenen. At spørge til familiens historie ad flere gange og bruge sin faglige viden til at stille de spørgsmål, som kan hjælpe familien med at dele deres smertefulde historie med dig.
- God praksis er at lytte til familiens historie med empati og respekt. At være med til at italesætte håbet for dem, lyse ind i den ukendte fremtid for dem og spejle de ressourcer og muligheder, de har for at gøre noget for sig selv og deres børn.

■ De små tegn

Hvad er det for små tegn, sundhedsplejersken skal være opmærksom på?

- *En mor, der fortæller, at manden ofte er væk fra hjemmet i lang tid ad gangen. Han travler omegnen tynd, for han kan ikke tåle at høre børnene græde eller den almindelige støj fra legende børn.* Hvis han er hjemme, lukker han sig typisk enten inde på et af værelserne



eller sidder foran fjernsynet og lytter til de hjemlige nyheder. Han kan ikke lade være. Men han bliver påvirket af det, bliver enten meget fortvivlet eller vred og skaber en stemning i hjemmet, som børnene ikke forstår, som både forvirrer dem og skræmmer dem. Han er der, men er der alligevel ikke. Eller kvinden fortæller, at hun må gå ud med børnene på de særeste tidspunkter for at skærme dem fra fars vrede og uro, eller at det er hende og børnene, som må opholde sig på værelset og være stille for ikke at forstyrre.

- *Familiens døgnrytme er meget anderledes end i andre familier.* De vil gerne have sene besøg, børnene kommer sent i institution, eller alle går rundt i nattøj og ser trætte ud langt ud på formiddagen. For om natten starter den klassiske triade i symptombilledet, nemlig angst, søvnforstyrrelser og mareridt. Sønnen indfinder sig som regel først langt hen på morgenstunden, og mange kvinder er meget solidariske med deres mænd. De sidder oppe med dem om natten og prøver at lindre deres smerter for dem. Det betyder, at når børnene vågner tidligt på morgenen, er forældrene næsten lige faldet i søvn. Og kvindens arbejdsdag starter på ny.
- *Kvinden er ofte meget træt, snakker meget om sin træthed, om at det er svært at orke det hele.* Og når man har lagt øre til hendes beretninger om de lange vågne nætter, forstår man det godt. Men det er vigtigt at vide, at ordet træt på arabisk også har betydningen: nedtrykt, mistet lysten til at leve, deprimeret, trist. Så det er vigtigt at udforske, hvad det er for en træthed, hun føler, hun lider af. Specielt set i lyset af, at de senere års forskning har vist, at mange kvinder lider af en tilpasningsreaktion, som ofte er af depressiv karakter (Gottlieb m.fl., 2000). Nogle af symptomerne på en tilpasningsreaktion er bekymring, nedtrykthed, afmagtsfølelse og

følelse af ikke at kunne overskue sin livssituation samt vanskeligheder ved at klare dagligdags gøremål. Tilpasningsreaktionen er en overset diagnose både i somatikken og i psykiatrien.

- *Familien har ofte problemer i deres kontakt til „det officielle“ Danmark.* De kan ikke overskue alle de love og regler og undtagelser i lovene, der er. De bliver vrede og føler sig snydt ved afslag, de ikke forstår. Mistænksomheden til systemet er stor. En mistænksomhed, som har rødder i de erfaringer, de bærer med sig fra hjemlandet. Der opstår ofte konflikter på rådhuset, manden mister selvkontrollen i sin vrede og afmagt og bliver bortvist, med besked om ikke at vise sig mere. Han skræmmer de danske kvindelige professionelle, og med en bortvisning bliver han efterladt alene i sin smerte og sin vrede.
- *Familien er meget alene.* De har ikke megen kontakt med de andre familier i området, de gemmer sig med deres problemer. Man kan fange det ved omkring højtiderne at spørge til, hvem de har fejret det med. Ofte har de været alene. De har få oplevelser uden for hjemmet og uden for det lokale boligområde.

Det er de små tegn, som skal få „klokken til ringe“ hos sundhedsplejersken, og hun skal skærpe sit blik på forældreevne, samspil, ressourcer og muligheder samt behovet for en særlig indsats.

> De fleste af os har ikke erfaringer

med så grænseoverskridende grusomhed,

som disse mennesker har oplevet,

og vægrer os ved at se det i øjnene.

■ Belastninger påvirker forældreevnen

PTSD og tortur kan påvirke forældreevnen og samspillet og dermed barnets udviklingsmuligheder af følgende grunde:

- *Den generelle stemning i hjemmet, som er præget af træthed, depression. Små børn spejler mor og far og bliver små depressive babyer eller småbørn, som er karakteriseret ved at være triste og uden mimik. Deres naturlige nysgerrighed er sat helt på „pause“, de er indadvendte og initiativløse. De lidt større børn kan have perioder med mere normal adfærd, men svinger ofte meget med fars eller mors tilstand og kan udvikle symptomer svarende til den syge forældres.*
- *Der kan være en sammensværgelse om at tie om fortiden, eller det modsatte, nemlig at være meget optaget af fortiden og konflikten i hjemlandet, så krigen så at sige flytter med ind i hjemmet. Store børn, som har været med på flugten, har egne traumatiske oplevelser med i bagagen, hvilket giver en forstyrret udviklingsproces og ofte problemer med at klare øjeblikkelige og senere udviklingsmæssige opgaver (Montgomery, 2000). Hvis det er tavsheden, der præger hjemmet, har de børn, som har været med på flugten som regel ikke fået nogen tilfredsstillende forklaring på, hvorfor familien måtte af sted. De skaber deres egne forklaringer, hvor de ofte påtager sig skyld for det, der er sket, en skyldfølelse, som de går alene med. Små børn født her i landet bliver sekundært traumatiseret ved at leve med en far eller mor, som udstråler smerte, ved at fjernsynet bringer en fjern krig, som de ikke forstår, ind i hjemmet, men som de fornemmer gør far og mor kede af det.*

- *Det er svært for den traumatiserede at indgå i en tæt og følelsesmæssig belastende relation i lang tid, fordi kontakten til andre mennesker er nedsat på grund af tab af følelsesmæssig tilgængelighed, manglende rummelighed og selvbeherskelse.*
- *Der er en uforudsigelighed for børnene i relationen. Far kan være der uden at være der. Han kan også være der på en god måde, men pludselig farer han op uden forståelig grund. Og det er ikke altid til at vide, hvordan han er, når barnet kommer hjem fra institution eller skole.*
- *Der kan være store problemer med at regulere barnets selvstændighed, selvhævdelse og aggression. Mange er gode til at „mødre“ i barnets første leveår. Men det bliver problematisk og svært i selvstændighedsalderen, hvor barnet selv træder mere i karakter som person og kræver det samme af forældrene. Det er en periode, som stiller store krav til forældrenes forhandlingskompetence. Det er en svær kunst i disse familier, hvilket der er flere grunde til:*
 - træthed og udmattelse
 - andre erfaringer med børneopdragelse
 - manglende netværk til at drøfte problemer og muligheder med.

Temaet i selvstændighedsperioden er adskillelse, og adskillelse kan for nogle familier være meget angstprovokerende.

Men på trods af de svære belastninger, forældre lever med, er der også mange ressourcer: uddannelse, erfaringer, mod, styrke og et stort, stort ønske om at skabe et bedre liv for deres børn. Det er gennem børnene, at vi kan nå forældrene. Hvis de børn skal få det godt, kræver det meget stor faglighed hos de professionelle, der møder familien. Faglighed og mod til at gå i dialog med familien. En evne til at kunne støtte

> Sundhedspleje til etniske minoritetsfamilier med psykisk sygdom – god praksis

dem i en erkendelsesproces om egen situation og om, hvordan den påvirker deres børn.

Hvilke muligheder der er, afhænger i høj grad af den enkelte familie og de ressourcer, de bringer med, men også af kommunens praksis og de professionelles holdning.

- God praksis er at være bevidst om, at sundhedsplejerskens funktion i familien både er at være faglig og menneskelig sparrings- og refleksionspartner. Måske især for kvinden, som mangler sit naturlige kvindenetværk, det hun ville trække på hjemme, når der stod barnepleje og børneopdragelse på dagsordenen. Det er nødvendigt, at dele sin faglighed og sine erfaringer, det, man ser, og de konsekvenser, det kan have for børnene, tydeligt og konkret med dem.
- Det er ofte kvinden, der bliver brugt som integrationsagent af de professionelle i disse familier. Hvis hun er den psykisk raske, er der brug for at understøtte hendes kompetencer som forælder i en ny kultur, med alt hvad det indebærer fra at være primær omsorgsperson til at forstå spillereglerne i det nye land. Det er derfor god praksis at være støtte og omsorgsperson for kvinden i en periode.
- God praksis er at være sin rolle som „spejl“ på det danske bevidst og sætte dilemmaer i forhold til det flerkulturelle forældreskab på dagsordenen med familien.
- God praksis er at lade de erfarne sundhedsplejersker påtage sig de vanskeligste familier, men løbende sørge for at inddrage og oplære nyt personale.
- God praksis er at tilbyde sundhedsplejersken supervision, så hun ikke brænder ud.
- God praksis er at inddrage tværfaglige samar-

bejdspartnere for ikke at være alene med de komplekse problemstillinger.

- God praksis er at udvise stor, stor ydmyghed og tålmodighed og frem for alt at lytte til familiens egen opfattelse af situationen, når der skal arbejdes med løsninger, som skal styrke familiens ressourcer og fremtidige muligheder.

■ Hvad kan vi gøre?

Vi kan arbejde sammen med familien om at få børnene i vuggestue og børnehave. Det vil skabe et frit rum, hvor der er struktur, normalitet, glæde, mulighed for leg og udvikling. Det giver mor en pause, mulighed for hvile, for at lave husarbejdet i fred og ro, for at gå til danskundervisning, en pause, som giver hende mulighed for at have overskud til børnene, når de kommer hjem.

Sundhedsplejersken kan påtage sig, at være brobygger mellem familien og institutionen. Et godt introduktionsmøde, inden barnet begynder i institutionen, eventuelt med tolk. I begyndelsen holdes møder hver 14. dag eller en gang om måneden for at afklare misforståelser og fortælle om barnets liv i institutionen.

Vi kan arbejde med netværksskabende aktiviteter af forskellig art både i mono- og i tværfagligt regi for at bryde kvindens og familiens isolation. Arbejde aktivt for, at familien deltager i forældremøder og andre aktiviteter i institution og skole.

Vi kan bruge vores forskellige fagligheder godt og koordineret. Arbejdet i disse familier udfordrer det tværfaglige samarbejde på godt og ondt, men vi lykkes kun med at hjælpe familierne,

hvis vi koordinerer vores indsats godt. Der er brug for at tænke utraditionelt og for fleksible løsninger. Det er nødvendigt at være bevidst om tillids-/mistillidsaspektet, når nye professionelle skal introduceres i familien. Det er en god ide at lade den, som har familiens største tillid introducere nye mennesker eller nye ideer. Hvis det er pædagogen fra børnehaven eller sundhedsplejersken, som har den tætteste kontakt til familien, er det hende, der er den primære kontaktperson og tovholder i det tværfaglige samarbejde.

Det er en stor udfordring både menneskeligt og fagligt at arbejde i familier med en traume- eller torturproblematik. Det kræver faglighed, erfaring, mod og engagement. Ofte bliver man grebet af stor afmagt og fortvivlelse, fordi det er så svært at gøre noget, der på afgørende vis ændrer familiens situation. Men det oplever vi også i danske familier med komplicerede sociale og psykologiske problemstillinger. Afmagten skyldes måske ikke i så høj grad familien, som systemets manglende evne eller vilje til at skabe løsninger, der for alvor føles som en kærlig og forstående håndsrækning. Vi har mange muligheder for at øve os i at arbejde på netop den måde, når vi arbejder med de traumeramte familier. ■

■ Litteratur

Eriksen, Thomas Hylland og Sørhaim, Torunn Arntsen (2000): Kulturforskelle. Kulturmøder i praksis. Gyldendal Uddannelse.

Gottlieb, Annemarie m.fl. (2000): Projekt for etniske minoriteter. Afsluttende rapport. Lokalpsykiatri vest, Århus Amt, Team for Tværkulturel Psykiatri.

Gustafsson, Lars H. (1989): Krigens Barn. Oslo: Kommuneforlaget.

Gottlieb, Annemarie i Jessen, Tatiana og Khanna, Enlisa (red.) (2003): Veje til mangfoldighed, kapitel 6. Forlaget Frydenlund.

Lauritsen, Marianne og Nørregaard, Stine Marie (red.) (2002): Når det almindelige bliver ualmindeligt vigtigt. En bog om børn med traumer. Specialpædagogisk forlag.

Montgomery, Edith (2000): Flygtningebørn. Traume, udvikling, intervention. Dansk Psykologisk Forlag.

Svensen, Grete (1985): Flygtninge og det psykosociale arbejde. Mellemfolkeligt Samvirke.

> Det er god praksis er at udvise stor, stor ydmyghed og tålmodighed og frem for alt at lytte til familiens egen opfattelse af situationen.



- Det er en stor opgave for en almindelig daginstitution som Børnehaven Bøllefryd at give børn med psykisk syge forældre et skub i en positiv retning og etablere et godt samarbejde med forældrene. Og det gør det ikke lettere, at børnehaven som regel selv skal finde ud af de fleste forhold omkring familiens situation.

> Af Birgit Haastrup, pædagog, Pernille Laursen, souschef og Susanne Elling, leder, Børnehaven Bøllefryd, København

En daglig udfordring

Der går som regel nogle måneder, fra barnet begynder i børnehaven, til personalet begynder at se et afvigende mønster i barnets reaktioner. Mange børn med psykisk syge forældre rokker frem og tilbage, trækker sig fra leg og fællesskab med andre børn eller er usikre over for de voksne.

Børnene er ofte tilbage i udvikling på et eller flere punkter. Samtidig er det kendetegnende, at mange af børnene kun møder sporadisk frem i børnehaven.

Nu følger proceduren med at få indkaldt forældrene til en samtale, underrette lokalforvaltningen og sætte pædagogiske handlinger i værk.

Den største udfordring er som regel at få forældrene i tale. Børnehaven ved på dette tidspunkt intet om forældrenes problemer. Den type information får vi kun, hvis forældrene selv fortæller det, eller hvis lokalcenteret skønner det nødvendigt.

Personalet kan gå rigtig galt i byen ved samtalerne med forældrene. Vi risikerer at presse forældrene ud i situationer, de ikke kan magte, for eksempel ved at indgå aftaler, som forældrene ikke har mulighed for at leve op til, eksempelvis at møde til en aftalt tid.

I nogle tilfælde lykkes det personalet at få skabt en tillid hos forældrene, der fører til et samarbejde omkring barnet. Men det kan også gå helt skævt og ende med, at forældrene føler sig bekræftet i en forestilling om offentlige personers indblanding i familiens private forhold.

■ Skjuler sygdommen

Der synes ikke at være væsentlig forskel på etniske minoritetsbørn med psykisk syge forældre og børn af psykisk syge danske forældre. Børnenes handlinger og reaktioner ligner hinanden. Men det er vores erfaring, at forældre fra etniske minoriteter ofte skjuler psykisk sygdom længere. Vi fornemmer, at det skyldes skam over sygdommen – og en stor frygt for at miste børnene. Frygten er forbundet med mistillid til offentlige institutioner. Og derudover er der de sproglige barrierer.

Det er som regel fædre, der har psykiske problemer. Vi har ingen erfaring med psykisk syge mødre. I de familier, vi arbejder med, har børnene en rask mor, som kan være noget for børnene, men hun kan leve et ensomt og isoleret liv. Ensomheden og isolationen gælder også børnene. De har ofte mange søskende, men ingen kammerater.

Vi deler sjældent forældrene op i enten psykisk syge eller torturofre. Børnene har tilsyneladende samme reaktionsmønstre, og forældrenes forhold ligner hinanden.

■ Børnenes problemer

Vi ser tit, at det ældste barn i en familie med psykisk syge forældre har det rigtig svært. Der lægges et stort ansvar på barnets skuldre, og i dagligdagen i børnehaven kan det betyde, at barnet ikke kan tage på tur, ikke kan lege selv og danne kammeratskaber uden at have øje for sine søskende. Vi oplever ikke, at de yngre søs-



kende har det samme ansvar. Uden at have belæg for påstanden fornemmer vi, at pigerne klarer sig bedre end drengene. Måske skyldes det, at drengene pålægges et stort ansvar for familien udadtil, mens pigerne fungerer som morens hjælper.

Børnene er ikke sprogligt aldersvarende på dansk. De kan være det på deres modersmål, men ifølge forældrene er de det oftest ikke. Som nævnt indledningsvis rokker børnene ofte – for at finde indre ro. Denne rokken kommer oftest, når der er uro i børnegruppen, eller når det sker noget uforudset i institutionen. Børnene er svære at fastholde i en aktivitet i længere tid og har meget svært ved at koncentrere sig. De er tæt knyttet til søskende, og de har svært ved at deltage i en aktivitet uden dem.

Vi fornemmer, at de fleste af børnene med en psykisk syg forælder ikke har legetøj i hjemmet. Når de begynder i børnehaven, er deres forståelse for brug af legetøj minimal. En af de første opgaver for medarbejderne er derfor at lære barnet, hvad legetøjet kan bruges til. Manglende adgang til legetøj, oplevelser i naturen og angsten for at komme til skade kan være væsentlige grunde til, at børnene generelt er motorisk hæmmede.

■ Deler ansvaret med barnet

Udgangspunktet i det pædagogiske arbejde med børnene er at forsøge at overtage noget af det ansvar, der hviler på den ældste – at dele ansvaret med barnet – og samtidig anerkende, at barnet har fået ansvaret hjemmefra.

I børnehaven tilbyder vi børnene oplevelser, som de ikke får med deres forældre. Ture i skoven, i teateret, zoo og lignende. Vi forsøger at inddrage forældrene og inviterer dem med, for

at børnene kan dele oplevelsen med dem. Det lykkes desværre sjældent.

Med udgangspunkt i den viden, vi får om familien, er det målet at få gang i et samarbejde, der fokuserer på, hvad vi sammen skønner er det bedste for barnet.

Samarbejdet med forældrene er problematisk på grund af sprogbarrieren. Den gør det svært at få et overblik over familiens situation og et indblik i børnenes liv i hjemmet. Forældrene fortæller oftest ingenting, og børnene fortæller også meget lidt selv.

Til tider reagerer forældrene uforudset, for eksempel ved at rive barnets tegning i stykker, slå eller true andre børn og personale. Reaktionen kommer som regel i forbindelse med, at barnet er kommet til skade, eller hvis barnets tøj er gået i stykker eller blevet beskidt. Til tider oplever vi, at børnene fortæller deres forældre om hændelser, vi ikke kan genkende. Hvis barnet for eksempel har slået en af de andre børn, vender barnet historien til egen fordel. Måske for at få sympati – måske fordi det er forbundet med megen uro og smerte for barnet at fortælle sandheden. I de tilfælde husker vi forældrene på deres egen barndom, så de måske gennem egne erfaringer kan se det som en „normal“ udvikling for børn.

Vi oplever, at børnenes skolegang er meget vigtig for forældrene. Derfor prioriterer vi samarbejdet i forbindelse med skolestart højt. Det er vigtigt, at børn med så ringe mulighed for forældreopbakning får en god og positiv start i skolen.

■ Kræver rummelighed og indføling

Det er en stor opgave for en almindelig daginstitution at have børn med psykisk syge forældre.



> En daglig udfordring

24



> Ensomheden og isolationen

gælder også børnene.

De har ofte mange søskende,

men ingen kammerater.

Samarbejdet er vanskeligt, og truslerne fra forældrene er svære at tackle. Arbejdet er på mange måder uforudsigeligt, og man står tit i uventede situationer. De ansatte skal derfor have en stor personlig ballast for at kunne rumme disse børn og forældre.

En pædagog beskriver det således: „Jeg fornemmer, at jeg trækker mig for at beskytte min egen person i forbindelse med meget voldsomme optrin fra forældrene. Det kan for eksempel være trusler om at sætte ild til et barn, der har drillet eller slået deres søn, eller råben og skrigen over beskidt eller manglende tøj.“

Arbejdet kræver en utrolig stor indføling, og selv om empatien for psykisk syge og torturofre er til stede, er forståelsen af deres situation og deres adfærd stadig meget svær og ofte baseret på rene gætteri. Arbejdet med børnene og deres familier kræver desuden meget tid, specielt ved aflevering og afhentning. Vi forsøger altid at være to personer til stede for at afværge optrin – men også for at få skabt en smule fortrolighed og tryk i forholdet.

Vi forsøger i det hele taget at skubbe børnenes udvikling i en positiv retning, ved at skabe faste og trygge rammer og tydelige regler. Vi tror på, at børnene kan udvikle sig positivt, men isolationen og ensomheden vil altid være svær at fjerne.

Arbejdet med børnene og forældrene bliver gjort mere vanskeligt end godt er af, at institutionen selv skal finde ud af langt de fleste forhold omkring familiens situation. Det ville være ulige lettere at vide end at erfare. Den tid, medarbejderne bruger på at observere og beskrive, forsøge at samarbejde med forældrene og forsøge pædagogiske tiltag, kunne være brugt mere målrettet på barnet og familien. ■

- At kende familiens historie har stor betydning for, at daginstitutionen kan arbejde målrettet med børn og familier fra etniske minoriteter, når der er psykisk sygdom i familien. Sådan lyder i hvert fald erfaringerne fra Børnehuset Mågebo i Brøndby.

> Af Dorte Tostenæs, souschef, Børnehuset Mågebo, Brøndby

Kend familiens historie

Mange pædagoger giver udtryk for, at de ikke ved nok om barnets og familiernes kultur og baggrund, og at det ofte giver problemer, når de i forskellige situationer reflekterer over barnets situation. Mange giver også udtryk for, at det er vanskeligt at skelne mellem kulturelle forskelle og syn på barnet. Manglende viden kan give fejlanalyser og dermed skabe mange misforståelser mellem familien og daginstitutionen.

I Børnehuset Mågebo har vi de seneste år arbejdet med og haft fokus på, hvordan disse børn og deres familier kan tilgodeses og støttes i en almindelig daginstitution. Jeg vil beskrive nogle af de ting, vi har ændret i mødet med familierne samt hvilken viden vi har erfaring med, man bør have i arbejdet med barnet.

■ Historien er vigtig

En meget væsentlig ting er at kende noget af familiens historie, for at kunne sætte sig ind i, hvilken historie barnet er en del af.

Før i tiden tog vi det ofte for givet, at en rundvisning i huset og de papirer, som familien udfylder ved indskrivningen, var nok til, at de per automatik gav de relevante oplysninger om deres barn og familien.

Dette viste sig hurtigt ikke at holde stik og sammenholdt med, at vi ofte havde fokus på, at de skulle forstå alle de praktiske ting, vi som institution havde brug for, gik der ofte lang tid, før vi fik den væsentlige viden, der skulle til,

både i forhold til, hvordan vi skulle arbejde med barnet, men også en vis forståelse af, hvem den enkelte familie var.

Hvordan kunne vi så få de oplysninger, som vi synes manglede?

Det vigtigste er at tage udgangspunkt i barnet eller børnene og lade forældrene fortælle så meget som muligt om, hvordan det var at blive forældre, hvad deres barn godt lide at lege med, og hvad de kan lide at lave sammen med deres barn.

Derudover begyndte vi at spørge om, hvordan der så ud, der hvor de boede tidligere, om de havde boet på landet eller i byen, var fra en stor familie, hvilken uddannelse de havde osv. Ved at få familien til at fortælle deres historie får man hurtigt et indtryk af, hvem man nu skal til at samarbejde med, og ved en helt almindelig interesseret dialog lærer man hurtigere hinanden at kende.

Gennem samtalerne får vi for eksempel kendskab til deres syn på opdragelse, får at vide, om familien har oplevelser fra krig, har været udsat for traumer, hvilken tillid de har til vores samfund mv.

Vi har ikke selv oplevet krig. Ej heller mærket på egen krop, hvordan det kan føles. Til gengæld kan vi have stor teoretisk viden om krigens rædsler. Det betyder imidlertid ikke, at vi ikke kan være aktive i en god dialog eller være med til at hjælpe, men blot at vi fører dialog med mennesker, der har nogle oplevelser, som ligger langt fra de erfaringer, vi har.

Ved disse møder slutter vi altid af med at spørge forældrene, hvordan de forestiller sig, at indkøringen af deres barn skal være. Nogle har et meget tydeligt billede af, hvordan de ønsker det, mens andre gerne vil have vejledning, da de ingen erfaring har med daginstitutioner.

For at give et billede af hvordan vi forsøger at tilrettelægge arbejdet med minoritetsbørn med psykisk syge eller traumatiserede forældre, har jeg valgt at fortælle om det konkrete arbejde med en familie som vi lærte at kende i Børnehuset for ca. seks år siden.

■ En familie på flugt

Familien er en flygtningefamilie fra Irak med tre børn: to drenge, Mohammed og Hassan på hhv. 7 og 5 år, samt en pige, Aysha på 3 år. Faren har siddet i fængsel i Irak og har været udsat for forskellige former for tortur.

Vi lærte som sagt familien at kende for omkring seks år siden, da deres to mindste børn skulle begynde i daginstitutionen. Kommunens børnesektor havde besluttet, at børnene skulle have en pædagogisk friplads, idet børnesagsbehandleren i samråd med familien vurderede, at det var vigtigt for børnenes udvikling og trivsel.

I forbindelse med visitationen af børnene gav børnesagsbehandleren i kommunen, os en kort information om familiens situation. Dette var familien selvfølgelig bekendt med.

Faren var meget plaget både fysisk og psykisk af de ting, han havde været udsat for og fik forskellige former for medicin. Han var tilknyttet RCT (Rehabiliteringscentret for torturofre) i København, hvor han var i gang med et behandlingsforløb. Faren havde blandt andet talt med dem om hans bekymring for børnene, og særligt

omkring Hassan på 5 år. Han fortalte endvidere, at det var blevet besluttet i samråd med begge forældre og børnesagsbehandleren, at drengen skulle begynde et forløb med samtaleterapi i en børnegruppe på RCT.

Ved det første møde med forældrene havde vi en begrænset viden, vi kunne tage afsæt i. Og nok så vigtigt: vi kendte til familiens bekymring for deres børn, og særligt for Hassan.

Begge forældre gav udtryk for, at de var bekymrede for deres mindste dreng. De fortalte, at han brugte meget tid på at sidde stille derhjemme. Han ville ikke ned på legepladsen og sagde ofte, at han havde ondt i benet, maven eller hovedet. De beskrev ham som en meget klog dreng, og kunne derfor ikke forstå, hvorfor han ikke legede aktivt som sine søskende.

Vi spurgte dem, om børnene var født i Irak eller her i landet, og de fortalte, at Mohammed og Hassan var født i Irak, og Aysha i Danmark. Endvidere fortalte de, at det havde været meget svært at være på flugt med to små børn. Vi spurgte, om de havde lyst til at fortælle, hvad der havde været svært, og moren fortalte, at det sværeste havde været at få børnene til at være stille. Et par gange under flugten skulle de smugles forbi steder, hvor der var vagter, og her var morens vigtigste opgave at sørge for, at børnene var musestille.

Aysha beskrev forældrene som en glad, tillidsfuld, grinende og energisk pige, der var rigtig god til at skabe kontakt. De fortalte, at når de var ude at handle, fik hun altid smil og opmærksomhed fra andre. Mohammed beskrev de som eftertænksum, men også igangsættende og kreativ, han var glad for at gå i skole, intellektuelt fulgte han godt med, men han havde stadig ikke fundet sig nogle bedste venner.

Vi sluttede samtalen med at aftale, hvordan

starten skulle være for børnene i daginstitutionen, og vi gjorde dem bekendt med, at jeg ville være deres kontaktperson, og særligt tage mig af Hassan. Yderligere aftalte vi med forældrene, at vi ud over den korte daglige snak kunne tale sammen med jævne mellemrum, om hvordan det gik med deres børn og dem som familie. Det ville de meget gerne. De fortalte, at de ikke kendte mange her i landet, og at de meget gerne ville tale med mig. Der var ofte ting, de undrede sig over, og de havde en forventning om, at jeg måske kunne give dem nogle svar.

I løbet af de næste par måneder koncentrerede jeg mig om at skabe en positiv kontakt til Hassan. Det lykkedes, og Hassan blev mere og mere fortrolig med mig. Jeg brugte blandt andet kræfter på at hjælpe ham ind i nogle relationer til de andre børn. Dette var yderst vanskeligt, han var meget svært at overtale, når jeg eller de andre børn ville have ham med i en leg. Han befandt sig bedst ved at sidde ved siden af mig og samtale om forskellige ting, allermest nød han at lytte, når jeg fortalte historier om min egen barndom.

En væsentlig iagttagelse, jeg gjorde, var, at han var meget alvorlig. Det var meget sjældent, han smilede, og når han gjorde, var det kun med munden. Hans øjne så altid alvorlige og eftertænksomme ud. Nogle dage var han meget stille og gav udtryk for, at han havde ondt i hovedet eller i benene. Der begyndte efterhånden at tegne sig et mønster, som havde meget sammenhæng med farens fysiske og psykiske smerter.

Dette talte jeg med forældrene om, og de kunne bekræfte, at de selv havde observeret, at når faren havde det dårligt, reagerede Hassan på nogenlunde samme måde.

Vi lavede en handleplan, hvor institutionen skulle være særlig opmærksom på at få Hassan ind

> Ved at få familien til at fortælle deres historie får man hurtigt et indtryk af, hvem man nu skal til at samarbejde med...



i nogle venskaber med et par jævnaldrende drenge. Det skulle gøres ved at tage afsæt i små historier, da vi havde iagttaget, at det var her, vi havde den bedste og tætteste kontakt.

Dette begyndte at udvikle sig, efter at han havde gået i børnehuset et par måneder. I de tre måneder, det tog, arbejdede jeg meget med historiefortælling og fortællinger, børnene selv fortalte. De historier, jeg fortalte, skulle børnene tegne til. Efterhånden blev det til en hel bog med små historier og tegninger. Historierne og tegningerne brugte vi i samtalerne med både børnene og forældrene.

Sammen med andre fagpersoner omkring familien deltog jeg ca. hver tredje måned i et møde på RCT. Her fortalte vi hver især om vores oplevelser, og personalet på RCT fortalte om, hvilke oplevelser de havde. Forældrene havde mulighed for at spørge til det, der kom frem, og personalet på RCT var samtidig behjælpelige med at koordinere, hvilken indsats vi hver især skulle gøre i den næste periode.

Hassan var jo tilknyttet samtaleterapi-gruppen, og det var værdifuldt for vort arbejde i hverdagen at kunne få psykologens vurderinger af Hassan og det, som hun oplevede, han var påvirket og optaget af.

På det andet møde lige før afrundingen af mødet spurgte moren, om hun kunne få et par minutter, der var noget, hun gerne ville sige. Her fortalte hun indledningsvis, at hun var meget taknemmelig over den indsats, vi alle gjorde for hendes mand og børn. Hun gjorde meget ud af at rose os alle enkeltvis, og sagde så meget ydmygt, at der var noget, hun nu godt turde sige.

Hun sagde: Jeg er meget taknemmelig for, at vi er kommet her til landet. Jeg er glad for den lejlighed vi bor i, jeg er glad for den hjælp, I

giver til mig og min familie, med der er en ting, jeg gerne vil fortælle jer – det, jeg siger nu, er ikke for at genere jer, men jeg, vil gerne fortælle, hvordan det er at være mor til tre børn og gift med en mand, som jeg elsker, men også en mand, der er syg. Jeg kan bedst beskrive det ved at fortælle, hvordan en weekend kan være hjemme hos os. Hun kiggede over på sin mand, som nikkede til hende, og sagde videre:

I weekenden er vi næsten hele tiden hjemme, min mand kan ofte ikke tåle støj, fordi han er syg. For at skåne ham og for, at han ikke bliver mere syg eller angst, skal jeg sørge for, at børnene ikke larmer. Så opholder jeg mig det meste af tiden med børnene i det ene værelse og forsøger at lave nogle aktiviteter, som ikke larmer så meget. Jeg ved, at min mand holder utrolig meget af sine børn, og de holder meget af ham, men i sådan nogle weekender er det meget svært for mig. Jeg skal både passe min mand, som er syg, og jeg skal sørge for, at mine børn har det godt. I sådan nogle weekender har jeg det næsten som om, jeg er i fængsel i mit eget hjem.

Jeg har gengivet morens udtalelser, sådan som jeg husker, at hun formulerede dem. Jeg synes, at de siger alt om, hvordan det må være at leve med mange oplevelser af krig, tortur m.m. og samtidig leve som en familie i et nyt land og med en inderlig vilje til at give sine børn den bedst mulige fremtid.

Jeg har ikke fortalt alt om familien her, men beskrevet nogle af de ting, vi lærte ved at lære denne familie at kende. Især har de givet os mange refleksioner over, hvor vigtigt det er at kende familierne til de børn, vi i hverdagen skal samarbejde med.

Familien har ikke længere børn i børnehuset, men de kommer jævnligt forbi og fortæller, hvordan de har det. ■

- Mødet med en ny kultur kan udløse kriser og konflikter i familien og kan føre til både fysisk og psykisk sygdom. For (sags)behandleren, som kommer i kontakt med flygtninge- og indvandrerfamilier, er det vigtigt at have nogle redskaber til at forebygge, at det går skævt ved ankomsten til det nye land.

> Af Farah Mulkana, socialrådgiver, Etnisk Rådgivningscenter NOOR

Fra Beirut til Bellahøj

Der er 3,8 km fra Rigshospitalets barselsafdeling til højhusene ved Bellahøj, hvor det nybagte forældrepar Huda og Firaz bor. Taxaen er et kvarter om at køre dem hjem.

Det tager præcis den samme tid for Hudas tanker at flyve 3005 km til Beirut og tilbage til Bellahøj. Hun tænker på en lignende situation for otte år siden, da hendes storebror fik sit første barn. Hudas mor og far er kørt til hospitalet for at hente deres svigerdatter og barnebarnet. 14-årige Huda nynner, mens hun venter på dem og hjælper familien med forberedelserne til modtagelsen. I hjemmet er der feststemning. Nære familiemedlemmer er allerede kommet, og flere af naboerne har kigget ind for at spørge, om de kan hjælpe med noget. Hudas bror og svigerinde bliver meget glade for modtagelsen og festen, og da den nybagte mor trækker sig tilbage, fordi hun har behov for at hvile sig, fester familien videre.

Som traditionen siger, er der de næste 40 dage åbent hus-stemning i hjemmet, hvor folk møder op med chokolade, blomster og gaver til babyen og dens mor. Det er Hudas mor og resten af familien, der opvarter gæsterne og tager sig af svigerindens store børn, huset og andre pligter, mens svigerinden er skånet fra daglige gøremål og får lov til at holde sig mest på sit værelse, hvor hun hviler og sover eller hygger sig sammen med babyen. Familien hjælper også med at passe babyen, når der er behov for det.

På et splitsekund flyver Hudas tanker tilbage fra Beirut, da taxaen stopper ved højhusene i Bellahøj. Huda trækker babydynen til omkring sit sovende nyfødte barn for at beskytte det mod småregnen, som lige er begyndt. Hun skynder sig mod hoveddøren, mens Firaz betaler taxachaufføren og tager sig af Hudas weekendtaske. Da Firaz åbner døren og går ind i deres lille stille lejlighed, bliver Huda ved med at stå i døren, som om hun venter på, at nogen vil komme og byde hende velkommen og tage babyen ud af hendes arme.

To dage efter bliver hun indlagt på den psykiatriske afdeling. Firaz fortæller lægen, at det eneste, Huda har sagt i de seneste to dage, er at gentage spørgsmålet: „Hvor er de“?

■ Kulturmøde med konflikter

Huda og Firaz's historie er ikke enestående. Den pakistanske læge Iqbal A. Khan og bibliotekar Ragnhild Osterloh publicerede i 1994 en rapport om sundhedssituationen blandt indvandrere med muslimsk baggrund i Danmark[1].

Rapporten peger på, at kulturmødet giver konflikter i familien og dermed øger sygeligheden, især depressioner og neuroser. Desuden rammes etniske minoriteter – især unge mænd – dobbelt så hyppigt som danskere af hjerteproblemer, som man ved ofte er stressrelaterede.

[1] Khan, Iqbal A. og Osterloh, Ragnhild: Indvandrernes sundhedstilstand. ISRA, 1994.

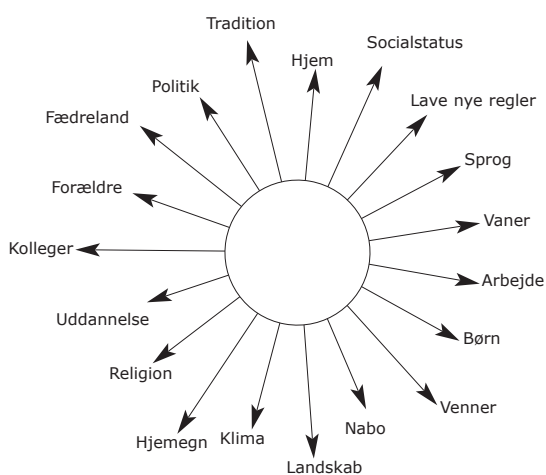
> ... Han sover dårligt, er irriteret og depressiv,
har svært ved at koncentrere sig... – har slet ikke lært
sproget, har ingen venner og er sur på samfundet osv.

> Fra Beirut til Bellahøj

Situationen bliver ikke bedre af, at de fleste flygtninge har været gennem en række traumatiske oplevelser. Mange af dem har været i fængsel, har været udsat for tortur og er blevet skadet både fysisk og psykisk. Disse belastninger har pådraget dem psykiske lidelser og posttraumatisk stress disorder (PTSD). Ofte er asylperioden u hensigtsmæssig lang og usikker og opleves som endnu et trauma. Alt dette skader deres selvfølelse og ressourcer, så det senere viser sig, at de også fungerer dårligt socialt og ikke er i stand til at være en støttende ægtefælle eller påtage sig rollen som forældre.

Ved migration mister indvandrere og flygtninge alt, hvad de er vant til, men først og fremmest deres identitet. Se illustrationen.

Tab efter eksil/immigration



De stærke prøver at skabe en ny identitet i det nye fremmede land, mens de svage bliver ramt af identitetskriser, som kan være alt fra en lettere form for belastning, som tilpasningsproblemer, til alvorlige psykiatriske lidelser.

De fleste etniske minoriteter er vant til en kollektivistisk livsform og en anderledes familie-

struktur end den danske. Børnene opdrages til samhørighed med familien og samfundet, hvor selvstændighed ikke opfattes som en identitets-skabende værdi. Identitet skabes i relation med familien. Fællesskabet er vigtigere end individualitet. Der er gensidig afhængighed og gensidigt ansvar, derfor er fællesskab det vigtigste i ens liv. Enhver lejlighed, både glædelig og sørgelig, bliver delt med ens netværk. Hvis én i familien har et problem, er det hele familiens problem, og det er alle familiemedlemmers ansvar, at problemet bliver løst.

Både opgaverne og ansvaret er fælles, og det enkelte menneske står aldrig alene med ansvaret for en kæmpe opgave eller føler sig ensom i rollen som ung teenager, nygift, nybagt eller enlig mor/far. Der er altid nogen til at støtte og vejlede. Hvis man ikke har sin familie i nærheden, står naboer og venner til rådighed som erstatning for familien. Man bliver langsomt oplært i en ny rolle af andre erfarne i netværket, til man bliver så dygtig, at man selv en dag kan vejlede og støtte andre.

Folk i lande uden et offentligt socialt sikkerhedsnet klarer problemer som arbejdsløshed og nye roller internt i familien. Denne styrke forsvinder brat ved eksil eller immigration. Som regel forlader en ung pige sine trygge, vante omgivelser, når hun rejser til sin mand i et fremmed land. Til en mand, som er tortureret flygtning og diagnosticeret PTSD-patient. Hun opdager snart, at han sover dårligt, har mareridt, er irriteret og depressiv, har svært ved at koncentrere sig, har konstant hovedpine, dårlig hukommelse, slet ikke har lært sproget, ingen venner har, er sur på samfundet osv.

Hustruen får en stærk følelse af manglende støtte og føler sig ensom. Når man taler med hende, har hun i begyndelsen svært ved at udtrykke sin følelser for fremmede personer gennem en tolk. Situationen føles kaotisk, når



hendes indlærte vaner og måder at forholde sig til at fungere i dagligdagen ikke er brugbare mere. Der er ingen til at lære hende, hvordan hun skal udfylde sin ny rolle i det ny samfund. Følelsen af magtesløshed og utilstrækkelighed kan udløse vrede, frustration, regressiv adfærd og hjemve. Hun udtrykker alle de følelser ved at sige, at hun savner sin familie.

■ Redskaber til behandleren

Når man som behandler hører, at hun savner sin familie, tænker man, at det vil gå over, og at hun har behov for at blive beskæftiget. Et stykke tid klager hun over smerter i kroppen. Hvis de bliver ignoreret, og hun bliver presset til at blive aktiveret, lægger hun sig og bliver syg. Ofte bliver familien betragtet som „en besværlig familie“, og behandleren føler, at man ikke kan „komme videre“ med dem. For at undgå den kedelige situation er der nogle redskaber, som behandleren kan bruge.

- Etabler meget hurtigt efter ankomsten til landet en ordentlig kontakt mellem klienten og sagsbehandleren, ved at sikre flere samtaler, hvor sagsbehandleren lærer klienten at kende.
- Sørg for, at kontakten er kontinuerlig i begyndelsen.
- Sørg for, at klienten får tillid til sin sagsbehandler, ved at klienten har mulighed for at komme i kontakt med sagsbehandleren, når hun har behov for det. Ofte er sagsbehandleren det eneste netværk, klienten har ud over sin ægtefælle.
- Giv altid klienten en ny dato for samtale (også selv om det først er om tre-fire måneder), for at give klienten tryghed og undgå, at hun kontakter sagsbehandleren i „tide og utide“.
- Vær åben for klientens kultur.
- Vis interesse i klientens livshistorie og spørg.
- Giv klienten mulighed for at møde andre, hvor de kan tale om tab ved migration, og hvordan de skal forholde sig til relevante, konkrete situationer, hvor familien mangler.
- Tal med klienten om roller som far/mor, mand/kone og det at være fremmed i Danmark.
- Planlæg de kommende konkrete situationer sammen med klienten og spørg, hvordan de plejede at gøre det i hjemlandet, hvordan det er her, og hvordan man indgå et kompromis.
- Gør klienten opmærksom på hendes ressourcer og brug dem positivt – og synliggør succeser.
- Vær opmærksom på det almene, det kulturspecifikke og det unikke.
- Undgå fordomme og generaliseringer. ■

- Lyngby-Taarbæk Kommune har gode erfaringer med en særlig psykosocial indsats for traumatiserede flygtningebørn. Projekt Hayat[1] arbejdede ud fra STROF-modellen, der lægger vægt på struktur, tid og tale, ritualer, organiseret leg og forældrestøtte.

> Af Ulla Johnson, sundhedsplejerske, Kirstine Holgerson, psykolog og Erik Møller, pædagogisk konsulent, Lyngby-Taarbæk Kommune

Projekt Hayat

– Erfaringer fra et gruppeforløb for traumatiserede flygtningebørn

T 2002 gennemførte vi to gruppeforløb i Projekt Hayat. I første gruppe deltog to drenge og syv piger i alderen 9 til 13 år. Alle fra Irak. I anden gruppe deltog otte børn fra Irak, Iran, Afghanistan, Somalia og Moldavien. Her var aldersspredningen 11-13 år.

Deltagerne i grupperne mødtes 10-12 gange, en gang om ugen, i 2 timer. Møderne fandt sted om formiddagen, i børnenes skoletid.

Vi var 3 medarbejdere knyttet til grupperne: en sundhedsplejerske, en psykolog og en pædagogisk konsulent. Projekt Hayat var etableret med støtte fra Socialministeriet.

Oprindeligt var initiativet defineret som et projekt for krigstraumatiserede flygtningebørn. Undervejs viste det sig imidlertid, at børnenes vanskeligheder ikke kun kunne forstås som reaktioner på krigsrelaterede oplevelser i hjemlandet. Vanskelighederne måtte i høj grad også ses i sammenhæng med forældrenes reaktioner på direkte traumatisering og deres aktuelle situation i dag, i Danmark.

■ Umødte behov og svære problemer

Vores erfaringer fra arbejdet med børnene i projekt Hayat og samarbejdet med de voksne omkring dem har vist os, at denne gruppe børn har et stort umødt behov for, at der bliver rettet opmærksomhed mod de svære problemstillinger, de oplever i familier med traumatiserede forældre. Det er derfor vigtigt for os at understrege, at tilbud, der retter sig mod børnegrupper, nødvendigvis også må være tilbud, der inddrager overvejelser i forhold til forældrenes situation, som ofte viser sig at udgøre kernen i børnenes problemstilling.

I forbindelse med projektet har vi ønsket at vise, at man med relativt simple foranstaltninger kan koordinere en psykosocial indsats, der kan hjælpe børn med at bearbejde en lang række af de problemstillinger, som er almindelige hos børn med flygtningebaggrund og som alle har at gøre med deres oplevelser i forbindelse med krig, forfølgelse, flugt fra hjemlandet, adskillelse osv. Hertil kommer betydningen af at have forældre, der lider af traumer med baggrund i fængsling og tortur samt fortællinger i familien i ønsket om at beskytte børnene. Hos børnene kunne vi iagttage at:

[1] Hayat er arabisk og betyder „liv“.

> At man bare kan sige,
hvordan man har det,
og at man kan løse
problemet.“ (pige)

- Flere beskrev problemer relateret til at være barn i en familie, hvor de voksne selv havde problemer.
- Flere havde svært ved at udtrykke og forholde sig til smertefulde oplevelser i deres liv og gik derfor ofte alene med deres tanker uden nogen at dele bekymringer og oplevelser med.
- Flere klagede over søvnproblemer og symptomer af psykosomatisk karakter.
- Nogle havde som følge heraf koncentrations- og indlæringsvanskeligheder i skolen.

I projektperioden har vi iagttaget:

- at børnene fik en forståelse for sammenhængen mellem deres baggrund og egne psykiske reaktioner
- at børnene opdagede, at de ikke var alene om at have svære erfaringer; en normalisering blev iagtsat
- at børnene oplevede fordele ved at dele tanker, oplevelser og bekymringer med andre
- at børnene blev bedre til at definere og holde fast i egne følelser og behov
- at børnene skabte bæredygtige netværk imellem sig
- at børnene oplevede et meningsfyldt fællesskab med andre børn, som resulterede i en højere grad af social selvtilid ved slutningen af projektperioden
- at børnenes identitetsfølelse blev styrket gennem oplevelsen af en større sammenhæng og kontinuitet i deres liv

- at deltagelse i projekt Hayat havde positiv indflydelse på børnenes sprogindlæring.

■ Vigtigt at inddrage forældrene

De børn, vi mødte, havde forskellig historie, baggrund og reaktionsmønstre. Inden grupperne blev etableret gennemførte medarbejderne derfor to og to interview med børnenes forældre. Interviewene foregik i hjemmene og havde til formål at informere om projektets målsætninger og indhold, lade forældrene udtrykke deres spørgsmål i forbindelse med børnenes deltagelse samt at give forældrene mulighed for at beskrive familiens og barnets historie og aktuelle situation. Konkret skulle forældrene desuden give tilladelse til barnets deltagelse i projektet. Vores generelle erfaring var, at forældrene var meget åbne over for os og havde et stort behov for at fortælle deres og familiens historie. De udtrykte alle, at de var glade for, at vi påtog os opgaven at støtte deres børn.

Inden første børnegruppe samledes, valgte vi ligeledes at gennemføre børneinterview. Interviewene foregik på børnenes skoler og havde til formål dels at formidle information om projektet til børnene, dels at supplere den information, vi allerede havde fået om børnene og deres baggrund gennem forældreinterviewene. I børneinterviewene fik vi information om barnets baggrund fortalt med barnets egne ord. Udbyttet af interviewene var imidlertid begrænset, og i anden projektperiode valgte vi derfor inden projektstart at samle de deltagende børn på deres skoler for at præsentere os selv og fortælle om formålet med og forløbet i gruppen. Børnene fik på den måde også lejlighed til at møde de andre børn, som skulle deltage i gruppen.

I begyndelsen af artiklen understreger vi betydningen af i så vid udstrækning som muligt at

> Jeg har lært mig selv
at kende mere
og at kende de andre.
(pige)

> Projekt Hayat

inddrage forældrene aktivt i arbejdet med børnene. I overensstemmelse hermed havde vi i første projektperiode planlagt to forældremøder.

Til det første forældremøde mødte ingen forældre imidlertid frem. Mødet var annonceret skriftligt gennem breve til forældrene på arabisk, og et par dage inden mødet ringede tolken til samtlige hjem for af hensyn til serveringen at høre, hvor mange der ville komme. Allerede her fornemmede tolken mange forbehold, selv om ingen af høflighed meldte direkte afbud.

Tolkens forklaring på det manglende fremmøde var dels, at der i børnenes hjemland Irak ingen tradition er for forældremøder, dels at det er et problem at få mindre børn passet. Desuden ville mødet kollidere med familiens aftensmåltid. Hvis vi havde valgt at invitere hele familien og for eksempel havde bedt dem om at tage en ret med fra hver familie, ville de med større sandsynlighed være kommet. Dette ville dog blive et meget stort arrangement, som ikke gav os den mulighed for formidling omkring vores arbejde med børnene, som vi havde forudsat. Som en konsekvens af dette valgte vi ikke at holde det andet møde med forældrene, men i stedet at intensivere samarbejdet med børnenes skoler. I forbindelse med afslutningen af de to grupper besluttede vi desuden at gennemføre individuelle opfølgningssamtaler med forældre til enkelte af børnene.



[2] For uddybning, se Krigens barn af Lars Gustafsson, Kommuneforlaget 1989.

■ Metoder og indhold i gruppeforløbet

I projekt Hayat valgte vi at bruge STROF-modellen som metode i undervisningen der skulle give viden om psykologiske reaktioner i forbindelse med psykisk belastning (psykoedukation). STROF[2] står for

- S** Struktur – forudsigelighed, ritualer, skabe orden i kaos
- T** Tale og Tid – der skal sættes ord på og gives tid
- R** Ritualer
- O** Organiseret leg
- F** Forældrestøtte.

Alle børnemøderne forløb efter en fast struktur:

- a. Projektets medarbejdere mødtes hver gang en time før børnene og gennemgik dagens program. Når børnene kom, havde vi tændt fyrfadslys, vi spillede dæmpet afspændingsmusik, og vi modtog dem i døren. Bordet var dækket med saftvand og kiks. Børnene tog herefter deres sko af og sokker på, som vi havde købt til dem. Så fulgte en fast hilserunde, hvor vi alle sagde goddag med navns nævnelse omkring bordet. Herefter gennemgik vi dagens program.
- b. Ved gruppens første møder gennemgik vi reglerne i gruppen, som handlede om samværsformer og tavshedspligt – at man ikke uden for gruppen måtte fortælle noget om andre børn (men gerne om sig selv), at man skulle lytte til hinanden uden at afbryde, og at man ikke måtte drille hinanden med noget, der var blevet sagt i gruppen.

> At man kunne forklare,
hvordan man havde det,
hvis der var noget
man ikke rigtigt kunne sige
til de andre. (pige)

c. Vi havde herefter lidt løs hyggesnak om, hvad børnene havde oplevet i ugens løb og om, hvad de havde syntes om det, vi lavede ved gruppens forrige møde. Som regel fulgte en relativt stille leg for at ryste gruppen sammen, inden vi gik over til dagens temaaktivitet, som børnene både arbejdede med individuelt og i fællesskab. Efter temaaktiviteterne planlagde vi ofte fysiske bevægelseslege, inden den medbragte frokost blev spist. Under frokosten var der tid til mere løs hyggesnak, og børnene havde mulighed for på skift at spille deres medbragte bånd eller cd'er. Under frokosten forberedte vi også børnene på temaaktiviteterne ved næste gruppemøde.

d. Hver gang sluttede vi af med en farvelrunde, hvor vi stod i en rundkreds med hinanden i hånden, sagde farvel til hver enkelt med navns nævnelse og lod et håndtryk vandre rundt i kredsen. Når bussen kom, fulgte vi børnene ud og vinkede farvel.

e. Når bussen var kørt, evaluerede medarbejderne dagen, skrev dagbog om både gruppeprocessen og de enkelte børn og planlagde det næste gruppemøde. I sidste del af projektpærioden var vi opmærksomme på at forberede børnene på afslutningen af forløbet.

Det overordnede formål med de temaaktiviteter, vi havde planlagt i Hayat, var at hjælpe børnene til at bearbejde de problemstillinger, som er typiske for børn med flygtningebaggrund. Dette ud fra opfattelsen af, at man fremmer integration og social og emotionel trivsel ved gennem psykoedukativt arbejde at støtte børns identitetsdannelsesproces og oplevelse af sammenhæng i deres liv.

Vi arbejdede med følgende temaer:

- Livshistorie
- Følelser
- Søvn og drømme

- Ressourcer og mestring
- Ønsker og drømme for fremtiden.

I arbejdet med temaaktiviteterne indgik desuden samtale om forholdet til forældrene og særlige problemstillinger i forbindelse hermed som en naturlig og meget betydningsfuld del.

■ Erfaringer fra projektet

Det er vores generelle opfattelse, at kombinationen af psykoedukation og STROF fungerede særdeles godt. Vores erfaring med psykoedukation er, at metoden kan imødekomme behov hos børn, der ikke er vant til at formulere sig omkring oplevelser, tanker og følelser i forbindelse med psykisk belastning. I forbindelse med STROF-modellen er det desuden blevet klart for os, at denne gruppe børn har et stort behov for den tryghed og struktur, der ligger i brugen af ritualer og som modellen vægter højt. Ligeledes fandt vi, at STROF-modellens inddragelse af leg stemte godt overens med det ønske om og behov for leg, som vi særligt i første gruppeforløb kunne iagttage hos børnene. I første gruppe gav børnene således ret hurtigt udtryk for, at de gerne ville lege mere. Vi kunne iagttage, at de spontant gav sig hen i de planlagte lege med en entusiasme, man normalt ikke forventer af børn på deres alderstrin. Vi tolkede dette som et signal om, at børnene, som det er kendetegnende for flygtningebørn, havde et uopfyldt behov for at give sig hen i leg og valgte derfor at lægge flere legeaktiviteter ind i det planlagte forløb.

En anden væsentlig erfaring havde at gøre med børnenes selvbestemmelse med hensyn til deltagelse i aktiviteterne. I første børnegruppe lod vi børnene have en høj grad af selvbestemmelse. Det resulterede dog i, at nogle fik et meget skiftende udbytte af aktiviteterne, og vi besluttede derfor at være mere vedholdende i vores krav om aktiv deltagelse. Konsekvensen

> At vi har haft det sjovt. Jeg synes,
det var det bedste – ikke ligesom
ekstra dansk. (pige)

> *Projekt Hayat*

var, at vi i andet gruppeforløb kunne iagttage en højere grad af tryghed hos den enkelte og en stærkere følelse af forpligtelse over for arbejdet i gruppen.

I lighed hermed havde vi forudsat, at børnene ville deltage mere aktivt i dialogen omkring de forskellige emner, end tilfældet blev. Vi forstod dette som et tegn på, at børnene ikke var vant til at udtrykke sig verbalt om følelsesladede emner, og ændrede som følge heraf i andet gruppeforløb vores rolle til i højere grad at være aktivt formidlende.

Gruppens sammensætning og alder

Igennem arbejdet med børnegrupperne blev det tydeligt, at det har stor betydning for gruppeprocessen, hvorledes gruppen er sammensat.

I første projektperiode sammensatte vi en gruppe, hvori der deltog to søskendepar, og hvor aldersspredningen var fra 9 til 13 år. I forløbet viste det sig, at den konkrete konstellation af de to søskendepar havde en negativ indvirkning i forhold til disse børns udbytte. Derudover må vi konstatere, at en aldersspredning på fire år i denne aldersgruppe er for stor. I andet gruppeforløb valgte vi derfor ikke at lade søskende deltage samt at indsnævre aldersspredningen til to år.

Efter arbejdet med begge børnegrupper er det vores vurdering, at det vil være en fordel for gruppeprocessen og børnenes udbytte, at drenge og piger ikke deltager i samme gruppe.

Medarbejderne

Vi vurderer, at det var en stor gevinst for projektet, at medarbejderne havde forskellig faglig baggrund og derfor forskellig tilgang til børn og deres familier, både konkret og i tankerne.

Projektgruppen blev sammensat af medarbejdere, der hver især havde en særlig interesse i at

arbejde med flygtningebørn, og det var således det personlige engagement og den faglige interesse, der bragte medarbejderne sammen.

Som en vigtig og naturlig del af vores evalueringsforløb valgte vi at give børnene mulighed for at udtrykke deres egen mening om forløbet. Vi interviewede både børnene i grupper og enkeltvis. Gruppeinterviewene var semistrukturerede, mens de individuelle interview var strukturerede. Alle børn fik i de individuelle interview stillet følgende fire spørgsmål:

- 1 Hvad var det bedste ved gruppen?
- 2 Hvad kunne man lave om, hvis der skulle laves en ny gruppe?
- 3 Hvad har du lært ved at være med i projekt Hayat?
- 4 Hvad vil du huske fra gruppen om tre år?

Børnene i første børnegruppe blev interviewet et halvt år efter gruppens afslutning, den anden børnegruppe ca. en måned efter afslutningen. De følgende citater stammer fra de individuelle evalueringer med børnene i projektet:

„Jeg har lært, at man kunne snakke med sine venner om det, man føler. Når man er ked af det, behøver man ikke sidde og græde – måske kan man lave noget andet – snakke med ens venner eller søskende.“ (pige)

„At man kan tale sammen, og at man kan tale om følelser.“ (dreng)

„At man skulle være på skolen.“ (pige)

„At man kunne forklare, hvordan man havde det, hvis der var noget man ikke rigtigt kunne sige til de andre.“ (pige)

Hvis vi kort skal opsummere de erfaringer, vi har gjort os i Projekt Hayat, kan man sige, at det er vigtigt:

> Det var rigtig godt at vide mere om de andre, og hvad de synes, og hvad de drømte. (pige)

- at tilbudet forankres lokalt i børnenes hverdagsammenhæng, for eksempel i skolerne
- at aldersspredningen i gruppen ikke overstiger to år
- at børnene modenhedsmæssigt modsvarer hinanden
- at søskende ikke deltager i samme gruppe
- at drenge og piger ikke deltager i samme gruppe
- at kombinationen af psykoedukation og STROF fungerer godt i arbejdet med denne gruppe børn
- at leg og udflugter indgår som en del af denne type arbejde.

■ Afslutning

Vi vælger at slutte denne artikel med et par ord om den benovelse og ydmyghed, vi må udtrykke, når vi ser, hvorledes de børn vi har mødt i Projekt Hayat klarer sig på trods af deres livserfaringer. Vi må selvfølgelig ikke lukke øjnene for skadevirkninger af børnenes erfaringer, men heller ikke overse deres exceptionelle mestring, deres livshistorier taget i betragtning. Skal man arbejde fremadrettet med denne gruppe børn, må man anerkende, at børnene har en række ressourcer og styrker, som kan mobiliseres, når der er behov for det, og at det er i disse, vi først og fremmest må tage vores udgangspunkt, når vi møder dem. ■

En egentlig forløbsbeskrivelse af Projekt Hayat kan læses i rapporten „Hayat – liv til flygtningebørn. Grupper for flygtningebørn i Lyngby-Taarbæk Kommune. Projektrapport. Marts 2003“. Rapporten kan rekvireres i Børne – og Fritidsforvaltningen i Lyngby-Taarbæk Kommune hos Erik Møller på Tlf. 45973375 eller på mail-adresse erm@ltk.dk.

Citaterne i teksten stammer fra den individuelle evaluering med børnene i Projekt Hayat.



> At vi gik derover en gang til – jeg savner det. (pige)

- Vær åben om sygdommen. Snak med forældrene om barnet – og snak med barnet om forældrene. Ikke alle børn med en psykisk syg mor eller far har brug for hjælp fra børne- og ungdomspsykiatrien, men alle børn har behov for gode samtaler med en voksen, der kender barnets og familiens situation. Samtaler, hvor barnets oplevelser og tanker er i fokus.

Af Amalia Carli, klinisk psykolog og Anne Kirsti Ruud, klinisk pædagog, Nic Waals Institutt, Oslo

Børn af psykisk syge asylansøgere – nogle refleksioner

Denne artikel bygger i høj grad på forfatternes egne erfaringer fra klinisk arbejde og konsultationer og videregiver nogle refleksioner over børn af asylsøgere og flygtninge, som oplever, at mor og/eller far bliver psykisk syg. Indledningsvis ser vi på flygtningenes livssituation i hjemlandet, under flugten og efter ankomsten til Norge. Senere kommer vi ind på nogle generelle betragtninger om børn, som oplever, at forældre bliver psykisk syge, og på nogle særlige forhold, som gælder for børn med minoritetsbaggrund. Afslutningsvis har vi nogle forslag til retningslinjer for arbejde med børn af psykisk syge forældre.

■ Belastninger knyttet til flygtningetilværelsen

Ifølge beregninger foretaget af seniorforsker Helge Hagen ved SINTEF[2] var der i februar 2003 ca. 15.000 børn under 18 år, som havde en psykisk syg forælder under behandling i Norge (Dagsavisen, 13.02.03). En del af disse børn har forældre, som er kommet til Norge som asylsøgere eller kvoteflygtninge. Det er denne minoritet blandt asylsøger- og flygtningebørn, vi beskæftiger os med i denne artikel. I nogle tilfælde kan forældrenes psykiske tilstand indebære, at de ikke er i stand til at give børne-

ne tilstrækkelig god omsorg, men som vi skal se senere, behøver det ikke at være tilfældet.

Vi må passe på med at betragte flygtninge som „syge“. Men når vi arbejder med flygtninge, må vi alligevel være bevidste om, at *„Flygtninge har en øget risiko for at få psykiske lidelser. Det gælder særligt posttraumatiske symptomer, depressioner og somatisering. Man bør huske på, at øget risiko ikke betyder, at alle bliver syge. Majoriteten klarer sig godt trods de belastninger, de har været udsat for.“* (Lavik, 1999).

Både kliniske erfaringer med og forskning om flygtninge i Norge og andre lande viser, at en betydelig del af de mennesker, som bliver tvunget til at flygte fra forfølgelse, krig og overgreb i hjemlandet ofte er præget af fysiske og psykiske belastninger over lang tid. Reaktionen efter påvirkninger som for eksempel langvarigt fængselsophold og grusom tortur, internering, voldtægter, fare for eget og nærtståendes liv, flugt med mange strabadser og en vedvarende usikkerhed, både i hjemlandet, under flugten og under asylsøgeropholdet, kan give sig udtryk i forskellige former for psykiske lidelser af reaktiv såvel som kronisk art.

Flere artikler i tidligere udgivelser af „Linjer“ (tidsskrift fra Psykosocialt center for flygtninge

[2] Norsk forskningsinstituttion (red.)

[3] Centeret indgår pr. 1. januar 2004 i Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Seksjon for flyktninghelse og tvungen migrasjon – www.nkvts.no (red.)

ved Oslo Universitet, red.[3]) henviser til, at der er en højere forekomst af psykiske lidelser blandt flygtninge end hos normalbefolkningen[4], jf. også Lavik (1999). Blandt de tilstande, som beskrives, finder vi blandt andet depressive lidelser, posttraumatiske stresslidelser (PTSD), psykosomatiske lidelser, problemer i mellem-menneskelige forhold samt for nogle en lavere tærskel for aggressionsudbrud.

■ Enkeltstående og vedvarende belastninger

Asylsøgere og flygtninge kan have oplevet belastninger i hjemlandet, under flugten, under processen med at søge asyl og efter at være blevet bosat i Norge. Påvirkninger i hjemlandet kan dreje sig om enkeltstående tilfælde af overgreb og mishandling fra politiet eller krigshandlinger, forfølgelse, fængsling og andre reelle farer over længere tid. Ikke sjældent bliver familien adskilt og spredt som følge af omstændighederne før og efter flugten. En eller begge forældre kan være blevet fængslet eller tvunget til at gå under jorden. Det hænder, at en af forældrene har været forsvundet i lang tid eller er blevet myrdet. Børnene kan have været anbragt flere gange, hos kendte og ukendte, og i nogle tilfælde tvunget til at flygte uden forældrene. Den socioøkonomiske situation kan have været prekær over lang tid – far kan have mistet sit job eller være kommet i fængsel, familien kan have oplevet nød i længere eller kortere tid. Forældrene kan have haft problemer med at sørge tilstrækkeligt for børnenes behov for mad, husly, skole og sundhed, noget som i sig selv er en ekstra stressfaktor for børnene, men også for de voksne, som føler sig afmægtige.

Gennem medierne får vi til tider kendskab til både voksne og børn, som bliver opdaget – levende eller døde – idet de forsøger at komme ind i et vestligt land i overfyldte fartøjer, i tog, i containere. I samtaler med asylsøgere – voksne og børn – er det sjældent, at vi får detaljer om, hvordan sådanne rejser foregår, og hvad mennesker oplever undervejs. I nogle tilfælde får vi direkte eller indirekte kendskab til familiemedlemmer, som er blevet tilbage i hjemlandet, eller i et transitland. Nogle forældre har oplevet, at småbørn er forsvundet eller er døde i et transitland. Uanset omstændigheder er flugten en stor belastning for de fleste.

Flygtningefamilier kan over længere tid have levet under kummerlige forhold i flygtningelejre eller i transitlande. Ofte har de måttet klare sig med minimal støtte, kun lidt mad, dårlige sanitære forhold, ingen eller ringe medicinsk tilsyn. En del børn kan bære præg af at have oplevet sult og nød i vigtige perioder i livet. I en del transittlande lever folk i fare for yderligere overgreb, hvis de bliver opdaget. Kvinder, børn og unge er ekstra udsatte for seksuelle overgreb under alle flugtstadier, men også når de er kommet til det nye land. Mennesker, som har klaret sig under langvarige belastninger under flugten, kan efter ankomsten til Norge opleve afmagt og føle sig umyndiggjort.

En mor kom til Norge som kvoteflygtning med flere små børn. I flere år havde hun alene haft ansvar for en stor familie. På egen hånd havde hun klaret flugten gennem flere lande, og hun havde en respekteret rolle i den flygtningelejr, hvor hun boede. Efter ankomsten til Norge oplevede hun flere situationer som forvirrende, og det førte til, at hun blev indlagt med magt på en psykiatrisk institution. Den flotte, aktive kvinde

[4] Se for eksempel Sverre Varvin (Linjer nr. 2/2000), Solveig Dahl (Linjer nr. 1/2001), Edvard Hauff (Linjer nr. 2/2000), Birgit Lie (Linjer nr. 1/1996).



blev til et psykiatrisk tilfælde, og den mestrende mor oplevede, at børnene blev taget fra hende. Selv om flygtninge befinder sig i tryk havn i Norge, kan de opleve migrationsprocedurer og mødet med social-, sundheds- og skolemyndigheder som forvirrende og til tider krænkende.

■ Stress knyttet til asylsituationen

Asylprocedurer er krævende i alle lande, og det er ikke sjældent, at familierne forsøger at få ophold flere steder, før de får den endelige opholdstilladelse. Med udsigt til et afslag kan det at søge tilflugt i en kirke være et desperat forsøg på at få lov til at blive i Norge. Omsorgsfunktionen kan blive varetaget, men børnene kan også være magtesløse vidner til forældrenes desperation og fortvivlelse, som fører til, at de ikke formår at drage omsorg for børnene. Indimellem hænder det, at forældre i sådanne situationer bliver overvældet af depressive eller paranoide tilstande, forsøger at begå selvmord eller reagerer stærkt på anden måde.

Asylsøgere og flygtninge kan, som andre dele af befolkningen, også være udsat for belastninger af strukturel art – som arbejdsløshed, problemer med at skaffe sig bolig eller lignende. Nogle kan til tider have interpersonlige problemer – som ægteskabskonflikter – og personlige vanskeligheder – som sygdom; forhold som gør det vanskeligt at følge norsk-undervisningen, som skaber en utilfredsstillende arbejdssituation og lignende. Selv efter at have været bosat i Norge i længere tid kan flygtninge og asylsøgere også opleve belastninger som følge af racisme eller andre krænkende hændelser. Det er en belastning at føle sig anderledes, eller at oplevelser ikke bliver troet, og ikke at kunne forstå, hvad der bliver sagt om en selv eller ens børn. Både sprogvanskeligheder og mangel på viden om, hvordan det norske samfund er indrettet, kan føre til, at et ellers velfungerende menneske

ikke fatter, hvem der bestemmer hvad og hvorfor om vedkommendes eget og familiens liv. Dette kan være kontinuerlige belastninger for mange asylsøgere, og kan til tider få velfungerende mennesker til at bryde sammen.

■ Traumatiserede flygtninge som forældre

Hensynet til børnene har ofte vejet tungt, da forældrene tog beslutningen om at flygte og søge asyl i et andet land. Vores kontakt med asylsøgere og flygtninge, personalet på asylcentre samt ansatte ved kommuner og amter bekræfter vores indtryk af, at de allerfleste asylsøger- og flygtningeforældre er optaget af børnenes ve og vel og forsøger at opfylde deres behov, så godt det lader sig gøre. Selv under de særdeles vanskelige omstændigheder som blandt andet flugt, fængsling og ophold på asylcenter repræsenterer.

■ Forældrenes reaktioner kan præge børnene

Forældrefunktionen indebærer til tider store krav, stress og uforudsigelige situationer. Mennesker med alvorlige posttraumatiske tilstande kan være overfølsomme over for belastninger og have lav stresstolerance. De kan kun tåle lidt støj og få krav, og de kan let komme til at reagere stærkt på for eksempel børnenes vilde leg og høje lyde eller i situationer, hvor forældremyndighed og kontrol bliver udfordret. For børnene kan reaktionerne virke uforudsigelige eller urimelige.

Mennesker, som er udsat for store belastninger, kan til tider fungere dårligt som følge af blandt andet smerter og dårlig søvn. Dette kan indskrænke deres muligheder for at fungere i studie- og arbejdslivet, socialt samt i familiesam-

> Den flotte, aktive kvinde blev til et psykiatrisk tilfælde, og den mestrende mor oplevede, at børnene blev taget fra hende.

menhæng, og de kan også have ringe kontakt med andre mennesker. Dette kan igen komme til at præge børnenes livskvalitet.

Af og til møder vi flygtninge og asylsøgere som – i lighed med en del forældre med etnisk norsk baggrund – er meget ængstelige og overbeskytter børnene – og børn, som ikke vover at forlade forældrene, som helst sover med dem, og som nægter at gå i skole. Et eksempel på dette er følgende:

En lille pige med en deprimeret enlig mor, med lille netværk, blev henvist af sin læge. Her valgte vi – som i lignende tilfælde – at se bort fra religiøst eller kulturelt tilhørsforhold og huske på, at dette er en problematik, som ligner den, som andre barn med psykisk syge forældre møder.

I et andet tilfælde blev en far psykisk nedbrudt, efter at han havde været udsat for et racistisk overgreb, og nogle havde forsøgt at påkøre ham i en mindre by, mens han gik tur med et barn i skolealderen. Begge forældre havde oplevet tortur og forfølgelse i hjemlandet og reagerede stærkt på hændelsen, blandt andet med angst og depression. Barnet var da syv år gammelt og nægtede at gå i skole, var ængstelig for at sove alene og ville passe på forældrene.

Den traumatiske baggrund kan være specielt knyttet til alvorlige traumer i hjemlandet, men det generelle billede kan have mange lighedstræk med det, vi ellers kender fra andre klienter i Norge. Fælles for hændelserne, vi har nævnt, er, at de kan have medført betydelig stress for de involverede voksne. I nogle tilfælde kan forældre, som er fysisk eller psykisk nedbrudte, have vanskeligt ved at tage vare på børnene eller være ekstra ængstelige for dem og overbeskytte dem. I sådanne tilfælde kan børnene påtage sig forælderrollen og dermed en omsorgsfunktion over for forældrene.

Et eksempel på et barn med stort ansvar for forældrene var en 15 år gammel dreng, som var spærret inde på 22 kvadratmeter med mor, far og to søskende, midt om sommeren og, som han selv formulerede det, uden noget at tage sig til. Familien skulle sendes ud af Norge efter at have boet her i flere år. Begge forældre var fortvivlede, mor græd meget, far var syg. Sandsynligvis er de nu „hjemme“ i et bombet hus, de engang havde i Kosovo. Som andre børn og unge i lignende situationer var drengen ængstelig for forældrenes helbred og lod være med at plage dem med sine egne følelser og bekymringer.

Flere af de børn, vi har mødt, har forældre, som ikke defineres som psykisk syge, men som er både fysisk og psykisk plaget af den situation, de er i. Børnene tager da hensyn til mors tristhed eller fars hjerte, bærer et stort ansvar for dem og vil ikke belaste dem med egne bekymringer, uanset hvor fortvivlede de selv er.

■ Når forældre bliver psykisk syge

Det er vigtigt at gentage, at de fleste asylsøgere og flygtningeforældre ikke får psykiske problemer eller bliver psykisk syge som i de tilfælde, vi har beskrevet. Alligevel oplever en del børn med flygtningebaggrund, at forældre har en psykisk lidelse. Som for andre børn er der her en gråzone mellem alvorligt psykisk syge og forældre, som reagerer på store belastninger og voldsomme oplevelser. Disse reaktioner kan være forbigående eller tilbagevendende.

Vi har direkte gennem klinisk arbejde og indirekte gennem konsultationer erfaret, at forældre kan blive syge efter at være kommet til Norge, mens andre har været det i længere tid, før de kom til landet.

> Noget af det værste, børn oplever,
er at blive angrebet fysisk og verbalt
af forældrene.

> Børn af psykisk syge asylansøgere – nogle refleksioner

Et eksempel:

Flere børn, hvis mor blev psykotisk – og gravid – i et transitland. Hun fik status som FN-flygtning. Umiddelbart efter ankomsten til Norge blev hun indlagt på psykiatrisk sygehus, hvor hun fødte et barn til.

Børn, hvis mor blev psykotisk kort tid efter ankomsten. Børnene blev så anbragt på et børnehjem uden at kunne snakke norsk eller forstå, hvorfor de var her, eller hvor mor var blevet af.

Vi er blevet kontaktet, når enlige mødre – i asylcentre eller med ulovligt ophold i landet – har forsøgt at begå selvmord, hvilket gjorde børnene meget angst og stillede store krav til dem. Børnene forsøgte at tackle dette, så godt de kunne: ringe efter ambulancen, forklare morens situation, tolke for hende og følge hende til sygehuset, før de så blev anbragt på et børnehjem. Derfra måtte børnene fortsætte „forhandlingen“ med aktuelle instanser om deres egen, søskendes og morens fremtid.

Ovennævnte er eksempler på alvorlige dysfunktioner og stærke reaktioner hos overbelastede forældre. Vi må alligevel være opmærksomme på, at selv forældre, som ikke reagerer således, i perioder, eller over lang tid, kan have reduceret evne til omsorg og empati som følge af blandt andet ekstreme oplevelser, som fængsling, tortur og andre overgreb, samt vedvarende stress i et fremmed land, med dårlig økonomi, lidt eller vanskeligt socialt liv, ensomhed og lignende.

■ Tabuer

At have en psykisk lidelse er fortsat belagt med skam – også i Norge. Dette har myndighederne målrettet forsøgt at modarbejde, blandt andet med informationskampagner. Populærviden-

skabelige tidsskrifter som Psykisk Helse og Voksen for barn, samt tv og radioprogrammer er med til at give information om og afstigmatisere psykiske lidelser. Vi kan ikke regne med, at det er sådan i de fleste lande i verden. I lande, hvor sundhedsbudgettet generelt og budgettet for psykisk sundhed specielt ikke får lignende prioritering, må vi forvente en større grad af tabuisering og stigmatisering. Folk kan mangle viden både om, hvad psykisk lidelse er, om prognoser, og hvilke behandlingsmuligheder der findes.

Her er nogle eksempler på, hvordan de psykiatriske tilbud er i lande, hvor mange af vore flygtninge kommer fra: I et avisinterview fortalte psykiatrisk sygeplejer Kim Riseth, som arbejdede i Irak før den amerikanske invasion, at der kun fandtes et psykiatrisk sygehus til landets 22 millioner indbyggere. I de kurdiske områder i Nordirak fandtes der to psykiatere til 3,6 millioner indbyggere (Riseth, 2002). Ligeså kunne ergoterapeut Emad El Rozzi formidle, at under den nuværende krise i de palæstinensiske områder blev alt forebyggende arbejde inden for psykisk sundhed standset for at give prioritet til arbejdet med dem, der var såret i konfrontation med israelske styrker. Sådanne tilstande reducerer ikke bare tilgængeligheden til behandling af psykiske lidelser, men forringer også muligheden for at arbejde forebyggende og med aftabuisering af psykiske sygdomme for den øvrige befolkning.

■ Behov for information og formidling af håb

Skam og skyldfølelse samt tab af håb kan være følger af at blive konfronteret med en psykisk lidelse i familien, som det var det i Norge for flere år tilbage. I vores arbejde med familierne har vi derfor set vigtigheden af at formidle noget af den historiske udvikling i Norge, når det gælder viden om psykiske lidelser. Samtidig



er det vigtigt at tage pårørendes reaktioner alvorligt, og ikke mindst være opmærksom på, hvilke alternative behandlinger de ser for sig i tråd med det, de har været vant til i hjemlandet. Her kan der være store forskelle, individuelt og mellem de lande, de kommer fra. Vi har oplevet alt fra, at mennesker med psykosetilstande giftes bort eller behandles med bøn i håb om, at sygdommen forsvinder, til at pårørende er imødekommende over for de behandlingsformer, vi kan tilbyde her i landet.

■ Ringe netværk

Erfarne fagfolk – deriblandt Eldrid Hestmann, Arne Vikan og Torgeir Husby (1995) – understreger, at ikke alle børn af psykisk syge forældre vil have behov for opfølgning ved børne- og ungdomspsykiatrien eller de sociale myndigheder. Dette forudsætter, at der er andre voksne, som barnet kender og har tillid til, som kan træde ind som en, som lytter, forklarer og giver omsorg. Imidlertid kan børn fra minoriteter, og særligt børn af flygtninge og asylsøgere, ofte mangle netværket – bedsteforældre, tanter, venner – som kan træde ind, ligesom vi kan forvente hos børn med etnisk norsk baggrund, eller hos indvandrerfamilier med mange slægtninge i Norge.

Uanset barnets baggrund og status er det meget vigtigt nøje at vurdere eventuelle omsorgspersoner, som kan erstatte forælderen over kortere eller længere perioder, for eksempel ved indlæggelser. Selv om et udvidet religiøst eller etnisk netværk kan ønske at bistå familien, må vi her bruge de samme kriterier for at fastlå omsorgskompetencen hos midlertidige omsorgspersoner som for andre børn. Her har vi erfaret, at der ofte „syndes“ som følge af hast-

værk, mangel på netværk samt pres fra forældrens familie eller etniske netværk om ikke at placere barnet „hos norske“, dvs. på institution eller i et norsk beredskabshjem[5]. For barnet derimod er det vigtigste at få ro, forklaring på det, der sker, samt sikre kontinuitet i omsorgen. Anbringes barnet på et børnehjem eller hos en norsk familie, er det imidlertid vigtigt, at der er medarbejdere, som barnet kan identificere sig med og snakke med på sit modersmål. Dette vil blandt andet gøre det lettere for barnet at komme tilbage til forældrene, når de bliver raske.

■ Børn af psykisk syge forældre

Flere klinikere og forskere har været optaget af den udsatte stilling mange børn af psykisk syge forældre har. En af dem er oversygeplejerske Nina Smeby. Hun påpeger, at børn af psykisk syge forældre er det svageste led i psykiatrien, og mener, at det tager lang tid at ændre psykiatriens holdning, så man ser på patienterne også som forældre. (Dagsavisen, 13.02.03). Psykiater Jo Erik Brøyn (1998) referer til forskning, som viser, at 20-30 pct. af psykiatriske patienter har mindreårige børn. 75 pct. af børnene bor med den syge forælder, og 35 pct. af børnene bor alene med den syge.

Ifølge psykiater Tor Helge Notland er der flere grunde til, at man ikke er opmærksomme på børnene, når forældrene bliver psykisk syge. Blandt andet, at behandleren ikke registrerer eller ved, at patienten har børn, ikke orker at forholde sig til problemstillingen, ikke mener, at børn er hans ellers hendes ansvar eller angår behandlingen, eller fordi behandleren frygter, at den gode alliance med patienten ødelægges, hvis børnene inddrages. (Dagsavisen 13.02.03).

[5] Familier som stiller sig til rådighed for akutanbringelser, frem til mere permanente løsninger kan iværksættes (red.)



Psykiater Wenche Førland (1994) peger på, at mens patientens relation til egne forældre som oftest har en central rolle i terapi med psykisk syge voksne, ser det ud som, man over længere tid har glemt, at en del patienter selv har børn, som bliver påvirket af forældrenes tilstand. Hun henviser blandt andet til forskning, som tyder på, at børn som oftest kun får lidt information om det, som foregår, når forældrene bliver syge. Faglitteratur viser, at børn af psykisk syge forældre ofte har problemer i skolen, sociale vanskeligheder og udadreagerende adfærd. Det nævnes, at de ofte er isolerede, og at det i tilfælde, hvor mor er depressiv fører til blandt andet indlæringsvanskeligheder.

■ Hvordan kan man så give børn tilstrækkelig information om forældrenes psykiske lidelser?

Førland siger også, at børn kun undtagelsesvist bliver snakket til om forældrenes tilstand. Men der er prisværdige forsøg i gang med at ændre på dette blandt andet ved at inkludere et barneperspektiv i voksenpsykiatrien. Her kan det nævnes, at Red Barnet har drevet tre forskellige projekter støttet af Helse og rehabilitering[6] med fokus på børn med psykisk syge forældre (Morildprojektet og Blakstadprojektet I og II) .

Børn med syge forældre har behov for en forklaring på sygdommen. De kan få fortalt, at *„det er vanskeligt at forklare, men der er noget, som hedder psykisk sygdom. Det ligger ikke helt i kroppen, men mest i folks tanker, hvordan de tænker på sig selv og andre.“* Det er vigtigt at undgå at bagatellisere eller forenkle forældrenes sygdom. Børn skal have begreber på, hvad de

selv oplever, og på det, som forældrene fejler: depression, mani-depressiv, suicidal etc.

Man må tydeliggøre forskelle mellem tilstande, som tilsyneladende har ligheder, som for eksempel at have angst versus at være bange, eller være deprimeret versus at være ked af det. Alle børn har oplevet at være bange eller ked af det og har behov for at blive støttet i, at dette er normale reaktioner og ikke tegn på, at de er ved at blive syge, ligesom de har oplevet deres forældre med diagnosen angst eller depression er blevet det. Børn må på samme måde have oplysning om, at voksne, som lider af virkelighedsforstyrrelser, ikke magter at acceptere virkeligheden, som den er, selv om voksne og børn omkring dem forsøger at få dem på andre tanker.

Det er vigtigt at understrege over for børn, at det er vanskeligt at forstå, hvorfor voksne bliver psykisk syge, og at det er uden for barnets rækkevidde at formå at trøste forældrene, så de bliver raske. Meningen med en sådan intervention er at fratage barnet ansvaret for at bidrage til forældrens helbredelse. Samtidig vil det være positivt for barnet at kunne have en aktiv rolle og følelse af at være til hjælp.

■ Aggressive forældre

Noget af det værste, børn oplever, er at blive angrebet fysisk og verbalt af forældrene. Voksne med alvorlige psykiske lidelser som psykose kan komme til at reagere på måder, som kan virke krænkende, skræmmende og sårende for børn, men som alligevel kan blive forsøgt forklaret ud fra forældrenes sygdom. Vanskeligere kan det være for børn at forsone sig med, at forældre,

[6] Organisation som forvalter overskud af et lotteri. Frivillige organisationer og offentlige institutioner i et samarbejde med frivillige organisationer, kan søge støtte til projekter.

> Over for børn, som har oplevet

et overgreb, må det understreges,

at dette ikke er en diagnose, men noget,

som er blevet „gjort mod dem“.

som fungerer rimeligt godt på arbejde, socialt og/eller i studier, kan komme til at angribe børn med krænkende bemærkninger eller brug af stærkt seksuelt ladede ord. Børnene kan blive anklaget for at have ødelagt forældrenes liv. I disse tilfælde vil børnene også have behov for støtte til at forstå, at forældrenes ordbrug ikke har noget med barnets væremåde at gøre, men med forældrenes psykiske tilstand og belastende erfaringer.

Uanset forældrenes sygdom er det vigtigt at understrege over for børn, at sådanne udsagn drejer sig om „syge pletter“ hos forældrene, og at de ikke kan forklares ud fra barnets opførsel. For mange børn og unge vil det være nødvendigt at lære at leve med forældrenes sygdom og benytte sig af andre voksnes støtte for at klare dette på den bedst mulige måde.

■ Læg vægt på det almenmenneskelige

Generalisering er vigtigt, særligt for børn fra minoriteter. Børn skal have forklaring på, at sådanne sygdomme ikke har nogen sammenhæng med kultur, hudfarve, religion osv., men at det derimod drejer sig om tilstande, som er tæt knyttet til vanskelige oplevelser hos den syge. Vi mener, at det er vigtigt at påpege dette, fordi særligt børn med minoritetsbaggrund let kan tro, at der er noget galt med dem selv, deres folk eller deres familie.

■ Hav barnets oplevelser i fokus

Børn kan have haft mærkelige oplevelser og vil have behov for at fortælle om det, de har gennemgået eller observeret. Det kan være vigtigt at få frem, hvordan det har været for barnet at opleve, at mor har ligget på sofaen i lang tid, har fået grådanfald, ikke orket at lave husarbej-

de eller lignende. Man kan for eksempel sige til barnet, at „*jeg ved, at mor har ligget meget på sofaen, og jeg tænker på, hvordan du har haft det imens.*“ Børn må have anledning til at formidle underlige ting, forældrene har gjort eller sagt. Det er vigtigt, at voksne validerer barnets oplevelser og bekræfter over for barnet, at det de har oplevet faktisk *er underligt*.

Erfaringer viser, at det for mange børn kan være godt at få luftet egne tanker og oplevelser med en neutral person. Men vi må være sensitive og respektere, at nogle børn ikke vil snakke om forældrenes sygdom med os. For ikke at øge tabuisering omkring forældrenes tilstand kan vi understrege, at vi kan snakke om det, hvis barnet vil, eller at vi kan være tilgængelige på et senere tidspunkt. Vi kan formidle, at det ikke er underligt, at barnet ikke ønsker at snakke med os lige nu, og at det er noget vi ofte oplever, når vi arbejder med andre børn og unge.

De fleste børn har haft en anelse om, at forældrene var ved at blive syge. Det er vigtigt at lade børn fortælle om, hvornår de forstod, at far eller mor var ved at blive syg – hvad har de set, som fik dem på tanken om, at der var noget galt (igen)? Det, at nogen hører på ens egen historie, viser sig at være en vigtig faktor for barnets mestring.



■ Brug af analoge historier

En mulighed for at tilnærme sig barnets oplevelser er at bruge analoge historier, som for eksempel: *„nogle af de børn, som har haft forældre indlagt her, har fortalt os, at...“* Det kan være lettere for barnet at formidle sig, når det er et andet barn, det handler om, og de kan tage imod følelsesmæssig støtte på denne måde.

■ Tag afmagten fra barnet

Børn kan føle sig afmægtige, når forældrene bliver syge. Det er derfor vigtigt at fortælle børn, hvem der nu skal passe på mor eller far, og hvordan (medicin, indlæggelser, samtaler) – og hvem, der skal passe på børnene.

Børn af psykisk syge forældre er ofte forældrenes hjælpere og kan have følt sig ansvarlig for deres tilstand, følt at de ikke har været søde nok, hjulpet nok, forstået nok. Børn kan have skyldfølelse over, at forældrene blev syge. Før vi afviser dette og får børnene fra tanken om, at det er deres fejl, er det vigtigt at give sig tid til at høre på, hvordan børnene selv føler omkring dette, og hvilke tanker de har gjort sig om deres bidrag til forældrenes sygdom.

■ Arvelighed og „smitte“

Det sker, at børn spekulerer på, om de selv kan opleve en sådan sygdom. Børn må kende risikoen for at få forældrenes sygdom. Blandt andet ved man, at børn af psykisk syge forældre kan have større risiko for at blive syge, hvis de ikke får hjælp, og ikke har nogen at snakke med om det, de oplever. Det bør vi forklare børnene, netop som indgang til en samtale om, hvor vigtigt det er at give udtryk for egne følelser og oplevelser.

■ Giv støtte til barnets sædvanlige liv

Det er vigtigt, at barnets identitet ikke i unødigt grad bliver knyttet til det at være barn af psykisk syge forældre. Barnet har behov for at tænke om sig selv: *„Jeg er Lisa, som er 11 år, og som kan lide at spille håndbold.“*

■ Udfordringer og krav til behandlere

Det er vigtigt, at de voksnes behandlere magter at tage ansvar for patienternes børn, – med henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller underretning til de sociale myndigheder, når det er nødvendigt. Men også gennem direkte samtaler, da det kan være vigtigt for børn at hilse på den, som tager sig af forælderen, og at høre fra dem, hvad forældrene fejler, og hvordan de bedst kan hjælpes.

■ Børns oplevelser ved indlæggelse af forældre

Forskning om børn af psykiatriske patienter (Hestmann, Vikan og Husby, 1995) viser, at selv beskedne oplysningstiltag over for børn af psykiatriske patienter ser ud til at give bedre tilpasningsmuligheder. Det er vigtigt, at børn får forklaring på, hvilken slags institution forældrene er indlagt på, evt. kan besøge dem på psykiatrisk sygehus. Her må barnet forberedes både på vanskelige situationer knyttet til mødet med forælderen i den tilstand, han eller hun befinder sig i, og på oplevelser med andre patienter, som kan gøre stærkt indtryk.



■ Strategier efter forældrenes sygdom

Man bør introducere strategier til mestring over for barnet. Fortælle, at det drejer sig om sygdom, som kan gå og komme tilbage igen. Det er vigtigt at drøfte med barnet, hvordan han eller hun vil tackle dette, hvad kan barnet og andre involverede gøre, hvis forælderen bliver syg igen? Det kan også være hensigtsmæssigt at forberede barnet på, at der kan komme nye løfter, som brydes, planer, som ikke bliver til noget osv. Selv om mors ønske er, at hun bliver rask, kan det være, at det tager tid. Jævnaldrende betyder meget for børn, og de har behov for at blive forberedt på, hvad de kan sige, hvis de bliver spurgt om, hvorfor de er på børnehjem, hvor mor eller far er henne, hvad de fejler osv.

■ Vurdering af forældrefunktionen

Psykiaterne Jo Erik Brøyn og Wenche Førland peger på vigtigheden af at kortlægge forældrefunktionen hos den, som lider af psykiske lidelser. Brøyn refererer blandt andet til Kari Killens bog „Sveket – omsorgsvikt er alles ansvar“ (1994), hvor hun karakteriserer en tilstrækkelig god omsorgsperson som den, som har: „*empati og positivt engagement i barnet, prioriterer barnets behov foran egne og er i stand til at rumme egen smerte og frustration uden at afreagere på børnene.*“ Killen henviser til, at for at vurdere forældrene, må man tage i betragtning, hvordan forældrenes sygdom påvirker deres opfattelse af barnet, hvilken virkelighedsopfattelse forældrene formidler til barnet, samt hvilken grad af uforudsigelighed, forældrenes adfærd viser. Killen siger: „*Umodenhed påvirker forældrefunktionen mere end psykiatrisk sygdom*“ og „*vigtigere end en eventuel psykiatrisk diagnose er morens evne til at skabe social kontakt og venskab samt hendes arbejdsevne og funktion i hverdagen.*“ (Ibid.).

■ Afsluttende kommentarer

Det er vigtigt at huske, at børn uanset baggrund vil have behov for at blive kommet i møde, noget vi som behandlere har et ansvar for.

Generelt set bør vi arbejde efter retningslinjerne for, hvordan man kommunikerer med børn i krisituationer. Det vil sige at 1) skabe mening, 2) bidrage til at mestre og tackle situationer, barnet møder, 3) give barnet ros for det, han eller hun kan, og 4) formidle håb i forhold til barnet, men ikke nødvendigvis i forhold til forældrenes sygdomsforløb.

Man bør tage sig i agt for at øge barnets oplevelse af at være et offer. Over for børn, som har oplevet et overgreb, må det understreges, at dette ikke er en diagnose, men noget, som er blevet „gjort mod dem“. *Noget de har erfaret, som vil kunne give dem en større forståelse for børns behov i fremtiden. På samme måde, over for børn med psykisk syge forældre, bør vi kunne sige „du har en erfaring, du har oplevet noget, som gør, at du ved bedre, hvad børn har behov for, hvordan du selv kan blive en bedre mor eller far.“*

Psykolog Margrethe Kjær understreger børns behov for at snakke med en neutral person, som kan hjælpe barnet med at knytte mening til det, han eller hun oplever, og hjælpe det til at få et begrebsapparat. Fagfolk, som har viet opmærksomhed til barn med psykisk syge forældre, påpeger vigtigheden af åbenhed med både forældre og børn. Altså: Snak med børnene om forældrene – og snak med forældrene om børnene. Ikke alle børn med psykisk syge forældre vil have behov for at blive henvist til børne- og ungdomspsykiatrien. Men alle vil have behov for gode samtaler, hvor barnets oplevelser og tanker er i fokus, samtaler med voksne, som kerer sig, og som forstår barnets og forældrenes situation. ■

■ Litteratur og referencer

Brøyn, Jo Erik (1998): Bliver barn af psykiatrisk syke framtidens pasienter? Foredrag holdt på Lundbeck symposium 28.1.1998.

Carli, Amalia (2002): Barn af psykisk syke forældre – hvilke fallgruver finnes i 2. og 3. linjetjenestene? Seminar „Flygtninge som pasienter i psykiatriske afdelinger“, PSSF, 17.-18. oktober 2002.

Carli, Amalia (2003): Multitraumatiserte barn og familier. Bearbejdelse af en konsultasjonsmateriale, PSSF-rapport, nr. 11, Universitetet i Oslo.

Christianson, Sven-Åke (1994): Traumatiske minnen. Stockholm: Natur och Kultur.

Dagsavisen, 13. februar 2003.

Dahl, Solveig (2001): Kvinner, menneskerettigheter og helse. Linjer, nr. 1/2001, Psykososialt senter for flyktninger, Oslo Universitet.

El Rozzi, Emad: Personlig meddelelse.

Førland, Wenche (1994): Psykiske lidelser – omsorgsevnen hos voksne, konsekvenser for barna. NOPUS-rapport 2.94. Fokus på barn.

Hauff, Edvard (2000): Flyktnings psykiske helse rykker opp på den internasjonale dagsorden. WHO mobiliserer. Linjer, nr. 2/2000, Psykososialt senter for flyktninger, Oslo Universitet.

Hestmann, Eldrid, Vikan, Arne og Husby, Torgeir (1995): Psykiatriske pasienters barn – hva gjøres. Tidsskrift for den norske lægeförening, nr. 23, 1995.

Killen, Kari (1994): Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget

Lavik, Nils Johan (1999): Flyktnings Psykiske Helse Psykososialt senter for flyktninge, Universitetet i Oslo.
www.med.uio.no/ipsy/pssf/psysos.htm

Lie, Birgit (1996): Psykososiale problemer blant nylig ankomne flyktninger i Norge. Linjer nr. 1/1996. Psykososialt senter for flyktninger, Oslo Universitet.

Melle, Ingrid og Johansen, Rune (2002): De usynlige børn – når mor eller far har schizofreni. Tidsskrift for den norske lægeförening, nr. 23, 14.11.2002.

Riseth, Kim (2002): Saddam som terapi. VG, Oslo, 10.10.2002.

Ruud, Anne Kirsti (1996): Kommunikasjon med barn utsatt for omsorgssvikt/overgrep. I Kjær, Margrethe (red.): Skjønner du? Oslo: Kommuneforlaget.

Ruud, Anne Kirsti (2001): Barn af forældre med psykisk lidelse. Foredrag ved Sinsen DPS, 25.01.2001.

Veileder for arbeid med flyktninger, PSSF.
www.med.uio.no/ipsy/pssf/psysos.htm

Varvin, Sverre (2000): Traume og mentale prosesser. I Linjer, nr. 2/2000, Psykososialt senter for flyktninger, Oslo Universitet.

Ytterhus, Borgunn og Almvik, Arve (1999): Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke forældre? Tidsskrift for den norske lægeförening, nr. 18,1999.

- Etnisk Rådgivningscenter NOOR er Københavns Kommunes rådgivnings- og behandlingstilbud til flygtninge og indvandrere. Centret tilbyder samtidig konsulentbistand til kommunens institutioner og ansatte i deres arbejde med borgere fra etniske minoriteter.

> Af Lion Rokx og Dorthe Hansen Torstensen, socialpædagoger/konsulenter, Etnisk Rådgivningscenter NOOR

Etnisk Rådgivningscenter NOOR

Midt i hjertet af Nørrebro pulserende liv af designerbutikker, etniske gavebutikker, trendy cafeer, shawarmabarer og et hav af grønthandlere ligger Etnisk Rådgivningscenter NOOR. Den gamle Nørrebro Skole på Sankt Hans Torv danner de fysiske rammer om det kommunale behandlingstilbud. Ud over at tilbyde behandling og rådgivning til flygtninge og indvandrere er NOOR også en konsulentvirksomhed, der yder konsulentbistand til institutioner og medarbejdere i Københavns Kommune, der arbejder med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Det er den tidligere „Indvandrerådgivningen“ som i januar 2001 blev omstruktureret og ændrede navn til Etnisk Rådgivningscenter NOOR (i det følgende ERC NOOR). Med denne omdannelse skete der både en ændring i målgruppe og funktion. Fra at være en rådgivende virksomhed for borgere med anden etnisk baggrund end dansk blev institutionen et behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge, psykisk syge med anden etnisk baggrund end dansk og særlig komplicerede psykosociale familie-problemstillinger.

Såvel behandlingen som konsulentvirksomheden er baseret på tværfagligt arbejde. Personalegruppen er opdelt i to team, der er tværfagligt sammensat. Hvert team består af socialrådgivere, socialpædagog, støtte- og kontaktperson, psykologer og en administrativ medarbejder. Det ene team har en kropsterapeut, som dog har klienter på tværs af teamene.

Derudover er der, til rådighed for begge team,

en hjemmehos-pædagog, en psykiatrisk lægekonsulent, en afspændingspædagog ca.10 timer ugentligt og fast tilknyttede tolke.

Personalet er tværkulturelt, altså sammensat af medarbejdere med forskellig kulturel baggrund. Dette er med til at skabe og styrke mangfoldigheden samt styrke kollegers viden om og forståelse for andre kulturers virkeligheder og forståelsesrammer. Samtidig er det et vigtigt signal til klientgruppen om rummelighed og imødekommenhed.

■ Tilbud med vægt på helhed

I ERC NOOR skal klienterne være tilknyttet mindst to tilbud. Det er altså ikke nok kun at være tilknyttet en socialrådgiver, at modtage kropsterapeutisk eller psykologisk behandling. Der er endvidere mulighed for at deltage i DST, *Det Socialpædagogiske Tilbud*, hvor der arbejdes projektorienteret i mandegrupper, kvindegrupper og en mor/barn-gruppe.

Klienterne har ofte et så komplekst traume eller så komplekse oplevelser, at det er nødvendigt at helhedsbehandle. Problemstillingerne eller symptomerne står sjældent alene. Ved at tilbyde flere behandlingstilbud i ét, samt en bred tværfaglighed, har vi mulighed for at imødekomme hele mennesket. Vi kan desuden arbejde med klientens familie, hvis dette er ønsket, idet vores erfaringer viser, at både ægtefælle og eventuelle børn ofte er meget påvirket af klientens problemstillinger. Der kan være tale om en decideret sekundær traumatisering.



■ Henvisning og procedure

Henvisninger til ERC NOORs behandlingstilbud kan kun ske via praktiserende læge eller speciallæge. Henviseren udfylder henvisningsskemaet sammen med klienten, og det bliver underskrevet af begge parter.

■ Visitation

Når henvisningsskemaet er modtaget i ERC NOOR, ser visitationsudvalget, hvori alle hovedfaggrupper er repræsenteret, på henvisningen. Her vurderes det, om der mangler vigtige oplysninger, og om klienten hører til vores målgruppe. Herefter fordeles sagen til et af de to team, som udpeger en tværfaglig duo til at foretage de første visiterende samtaler med klienten. Under disse samtaler afgøres det, hvilke tiltag der vil være nødvendige for kunne imødekomme klientens behov.

■ Konsulentvirksomhed

Alle i Københavns Kommune, som arbejder med borgere med anden etnisk baggrund end dansk, har mulighed for at søge om konsulentbistand i ERC NOOR. Det er gratis at rekvirere denne bistand og er derfor et åbent tilbud til praktiserende læger, psykiatrien, sagsbehandlere, dag- og døgninstitutionspersonale med flere. Selve konsulentbistanden kan have meget forskellig karakter. Vores eksterne samarbejdspartnere har ofte brug for en sparringspartner til:

- at få overblik over de problemstillinger, som ligger i sagen
- at få overblik over eventuelle nødvendige oplysninger, som er relevante for sagen og bør indhentes
- at prioritere de problemstillinger, som ligger i sagen

- at lægge strategi for videre interventioner i sagen
- at fastlægge succeskriterier for strategien/processen.

Vores konsulentbistand kan opdeles i følgende tilbud:

Rådgivning

Målet med denne form for konsulentvirksomhed er at rådgive rekvirenterne om deres sager og komme med forslag vedrørende de næste tiltag i en sag. Her er ERC NOORs erfaring med målgruppen det centrale. Et typisk konsulentforløb er gennemgang af sagen, hvorefter vi som konsulenter vil forsøge at komme med løsningsforslag, som rekvirenten kan bruge. Dette kan være henvisninger til andre institutioner eller en ny interventionsstrategi vedrørende sagen. Ofte sker denne form for rådgivning ved vores telefonvagt, som er bemandet tirsdag til fredag fra klokken 9 til 15, men vi tager også gerne ud til rekvirenten. Karakteren af denne rådgivning er primært klientsager.

Supervision

ERC NOORs konsulenter tilbyder også supervision, i begrænsede perioder og begrænset omfang. Målet med denne del af konsulentbistanden er at hjælpe rekvirenten med at blive mere målrettet, reflekterende og give mulighed for at føle sig mere sikker i mødet med de problemstillinger, der skal løses.

Undervisning

ERC NOORs konsulenter tilbyder undervisning. Det kan blandt andet være om ligheder og forskelle mellem den danske kultur og andre kulturer, eller det kan være undervisning i kendetegn for sygdomsbilleder som PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), og ikke mindst den betydning det har for den traumatiseredes pårørende og dennes muligheder i samfundet.

> NOOR betyder lys på flere sprog bl.a.

tyrkisk, arabisk og urdu. NOOR betyder

lys fra himlen. Lys, der evner at skabe

ro i den enkelte person, grupper af

personer eller på steder, hvor det lyser.

Sagskoordinering

Især i store familier ser vi, at der er mange professionelle involveret. Typisk er der flere familie-medlemmer, som er i berøring med socialarbejdere på den ene eller anden måde. Tit ser vi også, at alle har så travlt med at gøre deres bedste for at hjælpe familien, at der sker en „parallelforskydning“ i opgaver, som kendetegnes ved, at klienterne henter ydelser hos „den forkerte“. På grund af disse sagers kompleksitet og mængden af professionelle involveret i sagen, er der risiko for at tabe overblikket over, hvem der tager sig af hvilke arbejdsområder. ERC NOORs konsulenter arbejder i sådanne tilfælde på at få klarlagt strukturen og hjælpe de involverede parter til at få et endnu bedre samarbejde samt at få fordelt de forskellige arbejdsopgaver på en hensigtsmæssig måde.

Netværksdannelse

Et af ERC NOORs konsulenttilbud er at danne netværk for institutioner, som har opgaver, der ligner hinanden og gerne vil sætte fokus på arbejdet med klienter med anden etnisk baggrund end dansk. I de sidste år har værestederne for psykisk syge i Københavns Kommune haft et netværk. Deltagerne i netværket mødes hver tredje måned og deler og drøfter specifikke problemstillinger, erfaringer og ikke mindst succeser. Målet er, at vi lærer af hinandens erfaringer og kan følge med i de tendenser, der må være i forhold til arbejdet i disse institutioner. I august 2003 dannede vi et netværk for de socialpsykiatriske bosteder i Københavns Kommune, med henblik på at få gang i en dialog om problemstillinger og tendenser, der ses i forhold til beboere med anden etnisk baggrund end dansk.

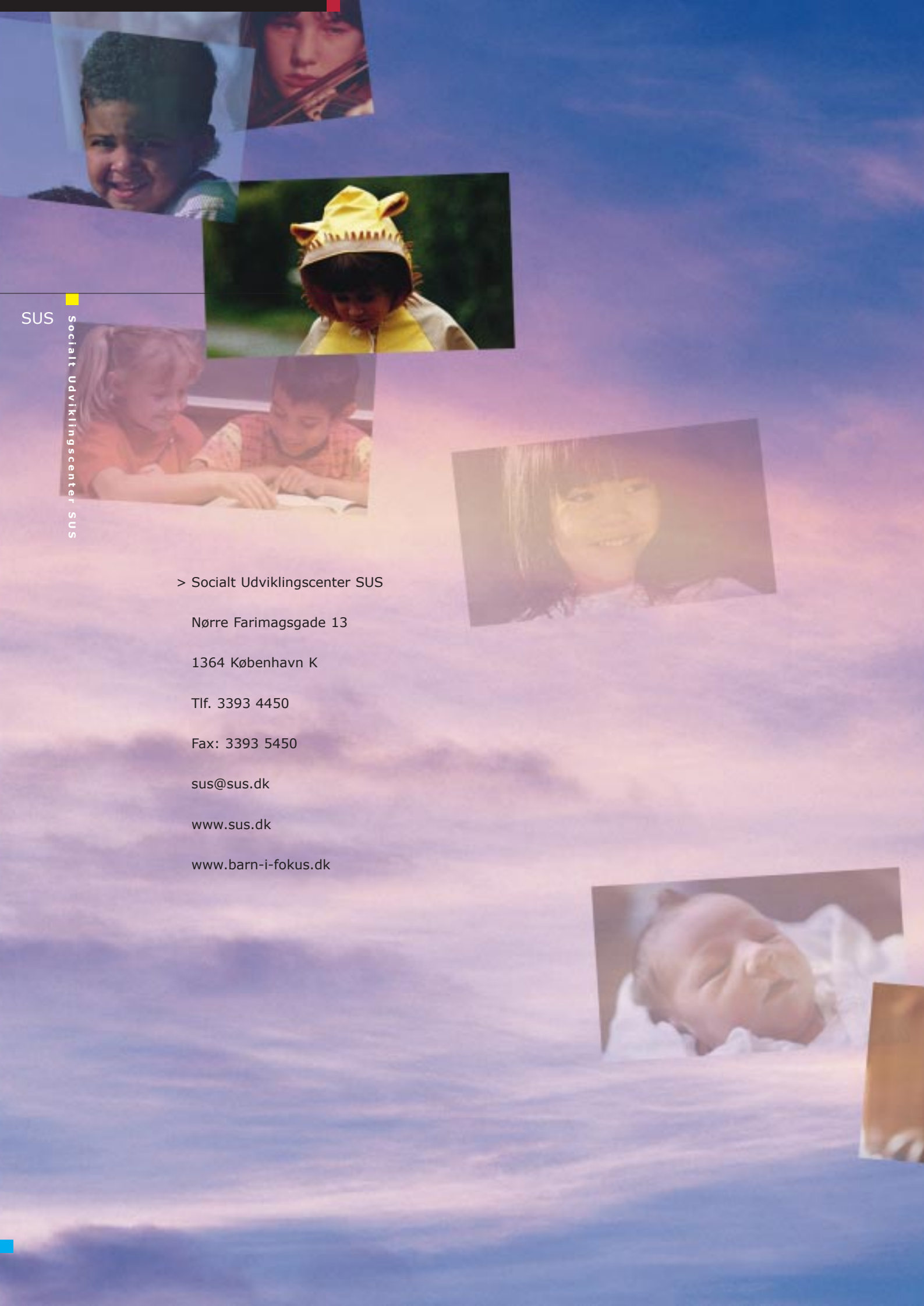
■ Tendenser i forhold til konsulenttilbuddet

Vores erfaring er, at rekvirenterne ud over at have behov for løsningsforslag til sagerne, gerne vil blive bedre til at tackle målgruppen ved at få mere viden, og ikke mindst lære metoder til at tackle de specifikke problemstillinger. Vores konsulentbistand bliver konstant udfordret af nye efterspørgsler, og en løbende udvikling af vores tilbud er derfor nødvendigt. En mere og mere globaliserende „socialverden“ byder på mange forskellige udfordringer, som kræver en mere fleksibel tilgang fra vores side. ERC NOORs konsulentbistand har som formål at klæde vores samarbejdspartnere bedre på og synliggøre problematikken omkring vores målgruppe ud fra et helhedssyn, eller ud fra et fagspecifikt perspektiv.

■ Hvad der ellers rører sig i ERC NOOR

Ud over kerneydelserne, rådgivnings- og behandlingstilbuddene samt konsulentfunktionen, har ERC NOOR p.t. følgende tilbud til flygtninge og indvandrere samt medarbejdere i kommunen:

Projektet **Bedre sent end aldrig** er for familie-sammenførte arabisktalende kvinder, der er kommet til Danmark, før integrationsloven trådte i kraft. Deres ægtefæller har PTSD-syndromet. Formålet med projektet er blandt andet, at der skal ske en afklaring af ressourcer og muligheder for den enkelte, og ske en realistisk fremtidsplanlægning under hensyn til ægtefællens sygdom. Det Etniske Konsulent Team er et samarbejde med Døgnkontakten og giver konsulentbistand og mægling til ansatte i Københavns Kommune vedrørende tvangsægteskabs-lignende problemer og generationskonflikter. ■



SUS

Socialt Udviklingscenter SUS

> Socialt Udviklingscenter SUS

Nørre Farimagsgade 13

1364 København K

Tlf. 3393 4450

Fax: 3393 5450

sus@sus.dk

www.sus.dk

www.barn-i-fokus.dk