



Foto: Sebastião Salgado

Eva Christiansen
Bent H. Claësson
Susanne Foldager
Helene Hoffmann
Peer Jansson
Lene Lier
Bente Rich

Marie Gammeltoft
Anna Lisa Hyltén-Cavallius
Robert Jonassen
Lise Merrild
Jens Richardt Jepsen

Kirsten Behnke
John W. Gotfredsen
Jette LaBianca
Aase Ladefoged

Torben Bille
Niels Michelsen

EN BØRNEPSYKIATRISK

BØRNEPSYKOLOGISK

UNDERSØGELSE AF

6 ASYLBØRN

EN BØRNEPSYKIATRISK BØRNEPSYKOLOGISK UNDERSØGELSE AF 6 ASYLBØRN

En humanitær indsats for asylbørn ved gruppen af
speciallæger og psykologer
oktober 2007

Indledning

Gruppen af speciallæger og psykologer blev etableret i starten af 2007. Baggrunden herfor var, at Dansk Røde Kors (Jørgen Chemnitz) i sommeren 2006 havde oplyst, at kun 50 af i alt 300 børn i den skolepligtige alder i de danske asylcentre vurderedes tilstrækkelig velfungerende til at kunne undervises i en dansk folkeskole på trods af, at Folketinget i 2006 anbefalede, at børnene i asylcentrene så vidt muligt blev undervist i de almindelige kommunale skoler i lokalmiljøet.

I første omgang førte det, at kun så få børn blev vurderet at kunne gå i kommunal skole, til en drøftelse blandt praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, siden blev gruppen udvidet med psykologer med speciale i klinisk børnepsykologi og gruppen er nu udvidet med voksenpsykiatere og børnelæger. Drøftelserne udsprang af en undren over, at vi hver især kun i meget begrænset omfang fik henvist børn og unge fra asylcentrene. Kun i få tilfælde med alvorlige adfærdsforstyrrelser, psykotiske lidelser og selvmordsforsøg havde enkelte praktiserende børnepsykiatere på Sjælland fået henvist børn/unge fra asylcentrene.

I 2006 henviste DRK således 6 børn til praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, hvoraf tre undersøgelser ikke kunne fuldføres, da familierne blev hjemsendt inden undersøgelse var færdige. I 2007 er der indtil nu henvist 3 børn (oktober 2007).

Gruppens aktiviteter med undersøgelse og erklæringsskrivning omkring de enkelte børn er foretaget på baggrund af et ønske om at hjælpe og støtte børn i asylcentre, og indsatsen har været ulønnet. På nuværende tidspunkt består gruppen af i alt 14 praktiserende speciallæger, fem psykologer og en yngre læge.

Gruppen ønskede at tilbyde børn og forældre, at der blev foretaget en børnepsykiatrisk/psykologisk undersøgelse af enkelte børn mhp. at vurdere, hvilke hjælpeforanstaltninger/behandling der ville være behov for, for at Folketingets ønske om at børnene kunne gå i kommunale skoler kunne blive opfyldt.

Kontakten til børn og familier blev etableret via ”Støttekredsen for Flygtninge i Fare”, som efter henvendelse fra os etablerede kontakt med 6 børn, som

gik i asylcentrenes skoler, og hvor forældrene var bekymrede for deres børns psykiske problemer og ønskede en undersøgelse af børnene med henblik på at bedre deres muligheder for en god skolegang. Børnene er således ikke udvalgt mhp. at skulle være repræsentative for børnene i asylcentre, men efter behov/ønsket hos forældrene om en vurdering af børnene.

Efter aftale med forældrene sendte vi i de fleste sager underretninger til de kommunale socialforvaltninger, og efter behov og/eller ønske fra forældrene blev undersøgelsesresultater fremsendt til de lokale Pædagogisk Psykologisk Rådgivninger (PPR) og/eller til det asylcenter, hvor barnet/familien opholdt sig.

Børnenes alvorlige psykiske vanskeligheder og deres meget komplicerede livssituation medfører, at vi som gruppe, ud fra faglige og etiske regler (§15¹), mener, at der er behov for en bredere drøftelse af de livsomstændigheder, børn i asylcentre tilbydes, idet

¹Læge foreningens etiske regler § 15: Ret / pligt til deltagelse i den sundhedspolitiske debat. ”En læge, der bliver opmærksom på forhold, som lægen opfatter som sundhedsfagligt uforsvarlige, bør tilkendegive sin mening herom ved deltagelse i den offentlige debat.”

sværhedsgraden af børnenes vanskeligheder gør, at der er risiko for, at der bliver tale om kroniske forstyrrelser, som vil have betydning for deres senere funktion, uanset om de skal vokse op i Danmark eller andre steder.

Denne rapport skal beskrive/oplyse om:

- nyere undersøgelser om asylbørns og deres forældres helbredstilstand,
- de seks undersøgte børns livshistorie, familieforhold og psykosociale problemer
- disse forhold i et bredere socialt og psykologisk/børnepsykiatrisk perspektiv.

Nyere undersøgelser, som har relevans for vurdering af asylbørns og deres forældres helbredstilstand.

Forekomsten af alvorlige psykiske forstyrrelser hos *flygtninge* i vestlige lande er ukendt. Et systematisk review (Fazel M m.fl. 2005) af 20 udvalgte surveys omfattende 6743 voksne flygtninge fandt 9% diagnosticerede med Post Traumatisk Stress Forstyrrelse (PTSD), og 5% med alvorlig depression (major depression). 5 surveys omfattende 260 flygtningebørn fandt med stor spredning en forekomst på 11% (7 – 17%) diagnosticerede tilfælde af PTSD.

- - - - -

Edith Montgomery beskrev i 1996 forekomsten af aktuelle psykiske problemer hos 311 flygtningebørn fra mellemøsten i alderen 3 – 15 år, umiddelbart efter familiernes ankomst til Danmark. Undersøgelsen var baseret på et struktureret forældreinterview. 67% af børnene blev vurderet klinisk angste med angstrelaterede psykiske symptomer.

- - - - -

En svensk undersøgelse fra 1990 af 2-15 årige flygtningebørn 4 mdr. efter ankomsten til Sverige fandt at ca. 55% led af angst, 35 % havde depressive symptomer og 27 % udviste aggressiv adfærd (Hjern A. 1990).

- - - - -

Børns og forældres reaktioner på naturkatastrofer er beskrevet i flere større undersøgelser. En spørgeskemabaseret undersøgelse af 688 børnefamilier med i alt 756 børn 5 måneder efter et jordskælv i Japan 2004 fandt at over 1/3 af børnene havde adfærdsmæssige vanskeligheder, overvejende PTSD relaterede. Psykiske helbredsproblemer hos forældrene var signifikant associerede med vedvarende PTSD relaterede symptomer hos børnene. Vanskelighederne var hyppigere hos børn < 7 år end hos skolebørn. (Endo T m.fl. 2007)

- - - - -

”Opgivelses-syndromet”.

Indenfor de seneste år er der i Sverige beskrevet et større antal børn i asylsøgende familier, især fra tidligere sovjet republikker og fra det tidligere Jugoslavien. Børnene er vurderet til at være præget af omfattende tab af fysiske og psykiske funktioner, kombineret med social

tilbagetrækning. Sygdomsbilledet kaldes *’depressive devitalization’* eller *’opgivelsessyndromet’* og omfatter forstyrrelser indenfor områderne: spisning, væskeindtagelse, motorik, sprog, egen hygiejne, vandladning og afføring samt social tilbagetrækning (Bodegård 2004a, 2005).

- - - - -

I et aktuelt review (Lyngå v Folsach L, Montgomery E. 2006) undersøges årsager til denne tilstand. Syndromet sammenlignes med det tidligere beskrevne *’Pervasive Refusal Syndrome’* (Lask m.fl. 1991). Blandt årsags faktorer identificeres tidligere børnepsykiatriske vanskeligheder samt børn med en samvittighedsfuld og perfektionistisk personlighed som udsættes for traumatiske stressfyldte begivenheder som barnet ikke kan kontrollere. Syndromet *”depressive devitalization”* synes provokeret af oplevelser, som børn i asylcentre karakteristisk har været udsat for: flugt fra krig i hjemlandet med oplevelser af bombing, skyderier, vold og dødsfald, seksuelle overgreb, tab af familiemedlemmer og senere en re-traumatisering i forbindelse med langvarigt ophold i asylcentre samt psykisk sygdom/svær belastning hos forældrene og i familien.

I en aktuel opgørelse over flygtningebørn henvist til børnepsykiatrisk behandling i Sverige på grund af ”depressive devitalization” fandtes et drastisk fald i henvisninger, tidsmæssigt sammenfaldende med opholdtilladelse til et stort antal børnefamilier (Hessle M 2006).

Undersøgelser af *børn i danske asylcentre* omfatter SFI rapporten ”Livsvilkår for børn med familie på danske asylcentre” (Christensen E, Andersen KV. 2006) samt en spørgeskemaundersøgelse udfyldt af pædagoger og børn i asylcentre (Institut for folkesundhedsvidenskab, KU, under udgivelse, 2007).

Udvalgte resultater fra SFI rapporten skal nærmere omtales som reference til vor kliniske undersøgelse af de seks børn fra asylcentre på Sjælland.

Rapporten består af to dele:

1. En kvantitativ undersøgelse baseret på statistiske data, leveret fra udlændingesservice

Antallet af børn/børnefamilier på asylcentre var pr 1.maj 2006 i alt 243 børnefamilier, hvoraf 260 børn var under skolealderen (dvs. 0 – 6 år) og 309 børn var skolesøgende dvs. 7 – 16 år. Antallet af 0 – 17 årige børn, der boede med deres forældre i asylcentre var i alt 586.

Opholdstid: Flere end halvdelen af børnene havde boet i asylcentre i mere end 2 år, og 233 børn i over 4 år.

Boligforhold: Der beregnes ca. 5 m² pr person. Dvs. 1-2 vær. pr familie med oftest 1-3 børn. Ingen har eget køkken i centrene på Sjælland. Mange deler bad og toilet.

Undervisningen på centrenes skoler følger retningslinierne for modtageundervisning. Undervisningen omfatter fagene dansk, engelsk og matematik, og i varierende omfang kreative og praktiske fag, og der er færre børn i klasserne og færre undervisningstimer end i kommunale skoler.

Ingen af de sjællandske centerskoler giver undervisning i børnenes modersmål. Denne undervisning giver ikke mulighed for dansk afgangseksamen og er dermed ikke adgangsgivende til uddannelsesforløb i Danmark efter skolegang. En del børn er hverken i stand til at læse eller skrive på deres modersmål. Kun 22 af 309 børn gik i folkeskole pr 1. maj 2006.

Helbredsforhold: Udlændingesservice oplyser at det særlig er udgifterne indenfor børne- og ungeområdet som er steget kraftigt. Det drejer sig om døgninstitutioner, specialinstitutioner og støttepersoner. Forfatterne understreger at ”igen må vi konstatere, at vi ikke har data om, hvorvidt alle børn, der har brug for det, modtager hjælp.”.

2. En kvalitativ undersøgelse baseret på tilfældigt udvalgte anonymiserede journaler på 20 børn => 11 år og deres forældre i forskellige faser af asylprocessen. Der er ikke indhentet nye oplysninger, men udelukkende brugt eksisterende oplysninger fra sundhedsplejerske, socialjournal, sundhedsjournal, samt evt. journalmateriale for forældre og søskende, alle oplysningerne er fra Dansk Røde Kors' sagsakter.

14 forældrepar med deres børn kom til Danmark før 2005, og har boet i asylcentre 2 år eller mere.

Antal flytninger mellem asylcentre: For de 20 børns vedkommende var der tale om i gennemsnit 6,3 flytninger. Journalerne beskrev *Alvorlige psykiske og fysiske problemer hos 13 af 14 forældrepar*, der var kommet til Danmark før 2005. Forældrene beskrives i flere tilfælde

som velfungerende ved ankomsten, men efter to og flere år er 13 af de 14 forældre alvorligt psykisk syge. De modtager behandling for deres lidelser men ”I de journaler vi har læst, har vi endnu ikke set, at der har været tale om en varig vellykket behandling ..”.

Børnenes vanskeligheder er sparsomt belyst – dog beskrives, at flere søskendebørn til de udvalgte børn også har alvorlige problemer i 7 familier hvor forældrene har alvorlige problemer, samt at børnenes problemer er forbundet med forældrenes psykiske helbredstilstand.

- - - - -

Forældrenes psykiske helbredstilstand

I en dansk undersøgelse (Kjersem HJ. 1994) belystes bl.a. asylsøgers stress og stressrelaterede sygelighed og disse lidelsers sammenhæng med ventetiden i asylcentre. Analyserne omfattede 7.707 asylsøgere, som efter en 2,5 års periode havde opnået asyl. Analyserne viste en klar sammenhæng med opholdslængden, mest udtalt for ”behandlingskrævende psykiske lidelser”.

- - - - -

En nyere undersøgelse af hollandske asylsøgere viste ligeledes klar sammenhæng mellem asylperiodens

varighed og forekomsten af psykiatiske forstyrrelser.
(Laban CH, Gernaat HBPE. 2004)

Sammenfattende fremgår det af den refererede litteratur at følgende kan karakteriseres som *beskyttende faktorer* som fremmer en sund udvikling hos børnene:

- sund psykisk udvikling hos børnene inden de traumatiske oplevelser
- raske forældre, der magter at yde barnet omsorg og tryghed trods ydre belastninger
- barnets alder > 7 år samt
- integration i nærsamfundet (egen lejlighed, daginstitution, skolegang og venskaber blandt alm. børn og deres familier)

Blandt *risikoforholdene* fremhæver undersøgelse

- en sart og ærekær personlighed evt. med tidligere psykiske problemer
- alder < 7 år
- psykisk sygdom hos forældrene samt

langvarigt ophold på asylcenter.

Den nu foretagne børnepsykiatriske/psykologiske undersøgelse

Siden februar 2007 er hvert barn undersøgt af både børnepsykiater og børnepsykolog.

Undersøgelserne omfatter:

- Samtaler med forældrene om barnets historie og aktuelle psykiske problemer, samt forældrenes opfattelse af barnets behov for støtte.
- Indhentning af evt. børnesagkyndige udtalelser mv. om barnet
- Samtaler, observation og relevante psykologiske tests af barnet
- Gennemgang af endelig udtalelse med forældre/barn og aftale om formidling af undersøgelsens resultater og støtte/behandlingsforslag
- Fremsendelse af udtalelse til relevante instanser efter aftale med forældrene
- Opfølgning af forløbet (endnu ikke afsluttet)

I to tilfælde er der endvidere foretaget en psykiatrisk undersøgelse af moderen.

Børnenes baggrund

Børnene var ved undersøgelsen 7-16 år gamle – tre piger og tre drenge - de havde opholdt sig i danske asylcentre 6-8 år og havde i løbet af denne periode skiftet opholdssted 5-13 gange. To børn, en pige og en dreng på hhv. 12 og 14 år, havde i perioder på henholdsvis 3 mdr. og 2 år gået i folkeskole. De øvrige børn havde gået på skiftende skoler, knyttet til asylcentrene. De ældste børn havde således kun fået undervisning svarende til modtageundervisning i næsten hele deres skoletid. Tre børn kom fra Irak, 3 børn fra Kosovo.

Børnenes

Familiesituation.

Alle familierne var i udsendelsesfasen, dvs. havde fået afslag på ansøgning om ophold i Danmark, og de afventede svar på fornyet ansøgning om humanitært ophold og/eller var i landet, da hjemlandet ikke kunne modtage dem.

Samtlige familier var svært belastede af psykisk sygdom hos mødrene. De to mødre, som blev undersøgt af voksenpsykiater, blev fundet alvorligt psykisk syge. En

tredje mor havde flere gange i længere perioder været indlagt på psykiatriske afdelinger på grund af psykotisk depression med gentagne selvmordsforsøg, og var fortsat alvorligt psykisk syg. På undersøgelsestidspunktet var hun i ambulant psykiatrisk behandling.

I to familier var moderen alene med børnene. I den ene familie var faderen dræbt under flugt fra fængsel, i den anden familie opholdt faderen sig i et andet land.

Fædrene i de fire sidste familier var hovedansvarlig for omsorg for både børnene og den psykisk syge hustru med hjælp fra de ældste børn i familien. Fædrene var stærkt psykisk belastede af den samlede familiesituation og havde desuden egne fysiske lidelser, først og fremmest i muskler og led.

Foruden de børn, vi undersøgte, havde søskende i alle 6 familier (de 5 alvorlige) psykiske problemer, der burde have ført til professionel udredning og hjælp.

Antallet af børn i familierne var 2 – 5.

Ydre belastninger.

Samtlige børn havde boet i asylcentre over halvdelen af deres liv, et barn fra spædbarnsalderen. De ældste børn bar på traumatiserende oplevelser fra hjemland og flugt, som stadig blev genoplevet (flashback) om dagen og gav mareridt om natten.

Ud over disse traumer havde børnene levet under trange boligforhold – oftest kun 2 mindre værelser til hele familien – uden eget køkken og toilet/bad.

Familierne havde flyttet opholdssted så ofte, at bånd der netop var knyttet til andre børn, evt. lærere og andre familier blev brudt gang på gang.

Mulighederne for beskyttelse og tryghed fra forældrene og de nære omgivelser var samtidig blevet mindre og mindre på grund af tiltagende belastning og psykisk lidelse hos forældrene. Forældrenes tiltagende dårlige helbredstilstand, specielt mødrenes alvorlige psykiske lidelser var på undersøgelsestidspunktet i sig selv en svært belastende faktor i børnenes liv.

Samtidig var børnene vidner til et højt stress- angst- og aggressionsniveau blandt de øvrige beboere i asylcentrene, som kom til udtryk i børnenes oplevelser af

knivstikkeri, ildspåsættelse, selvmordsforsøg og seksuelle chikanerier.

Der er således - forbundet med selve opholdet i asylcentrene, asylprocessen og forældrenes og øvrige beboeres helbredstilstand – tale om re-traumatiserende opvækstforhold for børnene, som i sig selv, for hvilket som helst barn, ville indebære alvorlig risiko for psykosociale forstyrrelser.

Børnenes problematik kan således karakteriseres ved varierende grader af traumatisk stress:

- Nogle få børn (de ældste) er præget af traumatiske oplevelser fra hjemlandet
- Alle børn er præget af traumatiske oplevelser fra opholdene i centrene:
 - Alvorligt syge mødre
 - Belastede fædre
 - Psykiske problemer hos søskende
 - Tab af relationer til venner og omsorgspersoner
 - Oplevelse af højt konfliktniveau, pludselige/natlige hjemsendelser af andre asylfamilier, angst, voldsomheder og depression i nærmiljøet

Børnenes reaktionsmønstre kan forstås som yderpunkter i et kontinuum af stress symptomer: Som det ene yderpunkt en apatisk, opgivende reaktion – og som det andet yderpunkt en følelsesmæssig labilitet, præget af lav frustrationstærskel med udadreagerende adfærd. Specielt drengene i vor undersøgelse svingede mellem disse lige uhensigtsmæssige yderpunkter som begge er forbundet med hæmning af naturlige kognitive og emotionelle funktioner.

Mens trygge børn, hvis forældre har ressourcer til at hjælpe dem gennem kriser, kan magte at gennemleve selv svære katastrofer uden blivende forstyrrelser, så er kronisk belastede, utrygge børn, hvis forældre ikke har overskud til at støtte dem, i stor risiko for at udvikle serier af symptomer, som i sig selv medfører en forstyrret udvikling. Tabet af energi, livsglæde og håb er en tilstand som er fagligt velbeskrevet blandt svenske asylbørn, opgivenessyndromet eller i engelsksproget faglitteratur: ”Depressive Devitalization”.

Fire børn i vores undersøgelse – 2 piger og to drenge - kunne karakteriseres som børn med flere symptomer på ”Depressive Devitalization”:

- Social tilbagetrækning
 - Tristhed / depression
 - Tab af intellektuelle, psykiske og fysiske funktioner
- Affektlabile, udadreagerende reaktioner sås hos alle tre drenge.

En 15 årig pige fandtes ved siden af en alvorlig post traumatisk stresstilstand tillige alvorligt deprimeret med psykotiske symptomer og selvmordstanker.

De enkelte børns alder, køn, år og antal opholdssteder i Danmark, symptomer, børnepsykiatrisk diagnose og forældrehelbred fremgår af tabel 1:

Tabel 1

Alder	Køn	År i DK	Antal oph. steder i DK	Symptomer	Diagnose	forældre
16	♂	6	6	Motorisk urolig. Følelsesmæssig umoden. Angst for tab. Socialt tilbagetrukket	F92.8: Blandet adfærdsmæssig og følelsesmæssig forstyrrelse	Mor: Deprimeret med svær angst. Alene med 3 børn
14	♂	6	13	Lav frustrationstolerance m. affektudbrud. Trist, opgivende. Påvirket intellektuel funktion	F43.2: Tilpasningsreaktion. F70.0: Mental retardering i lettere grad.	Mor: PTSD Epilepsi. Alene med 2 børn
12	♂	6	5	Trist, ængstelig. Social tilbagetrækning. Affektudbrud. Let mental retardering.	F43.22: Blandet angst-depressionsreaktion F70: Let mental retardering	Mor: PTSD med hørelshallucinationer Far: psykisk belastet
15	♀	7	8	Alvorlig depression m. suicidal tanker. Hørelshallucinationer. Søvnløshed. Appetitløshed. Håbløshed. Koncentrationsvansk Symptomer på PTSD	F32.3: Depressiv enkeltepisode af svær grad med psykotiske sympt. F43.1: PTSD	Mor: Alvorlig depression m. psykotiske sympt. Far: fysisk og psyksisk belastet
7	♀	7	9	Angst, trist, grædende. Social tilbagetrækning. Tab af sproglige og intell. Færdigheder. Appetitløshed. Enuresis. Søvnforstyrrelse/mar eridt, apati	F93.80: Generaliseret angst i barndommen. F43.1: PTSD	Mor: Alvorlig depression m. psykotiske sympt. Far: fysisk og psykisk belastet
12	♀	8	12	Trist. Social tilbagetrækning. Tab af sproglige og intell. Færdigheder	”Depressive Devitalization”	Mor: angst, grædende, søvnforstyrrelser. Somatiske klager. Social tilbagetrækning Far: psykisk belastet.

Oversigten viser at alle børnene har opholdt sig i Danmark i mere end halvdelen af deres liv, hvor de har haft en opvækst præget af skiftende opholdssteder. Af samtalerne med børn og forældre fremgår det, at børnenes tilstand var blevet stadig mere belastet, kombineret med tiltagende sygelighed og stress i den samlede familie. I alle familier har moderen alvorlige psykiske problemer i form af PTSD kombineret med angst og alvorlig depression. For fire af børnenes vedkommende kan moderen ikke tage sig af børnene. Omsorgsfunktionerne hviler på faderen og de ældste børn. Alle børnene viste tab af intellektuelle færdigheder.

Børnenes og familiernes behandlings- og støttebehov

Ved undersøgelserne af de enkelte børn vurderede vi, at der er akut brug for behandling /støtte til alle børnene, deres søskende og forældre. Behandlingen må gives på tre niveauer:

1. Et individuelt niveau, med behandling og støtte til det enkelte barn. Vi vurderer, at kompleksiteten af barnets symptomer kræver tværfaglig indsats for barnet, herunder behandling/børnefaglig supervision på specialist-niveau, og specialpædagogisk indsats med særlig støtte i skolen således, at undervisning og pædagogisk støtte tilpasses barnets psykiske og intellektuelle funktion.

2.

Familie niveau: Behandling af forældrenes fysiske og psykiske problemer, med særligt fokus på at styrke forældrenes kompetence mht. at drage omsorg for børnene.

Udredning og behandling af de undersøgte børns psykisk belastede søskende.

3.

Nærmiljø: Stabile, gode boligforhold i ikke-stressende miljø, helst i egen lejlighed, integreret i et almindeligt boligmiljø (jf Hessle M 2006) med mulighed for stabile sociale relationer med almindelige danske børn / familier.

Tabel 2 viser de tiltag vi efter afslutning af undersøgelserne har gjort i forhold til at gøre Dansk Røde Kors og Socialforvaltninger opmærksomme på børnenes vanskeligheder og støttebehov. Vi har stillet os til rådighed for de kontaktede instanser mhp. børnefaglig uddybning af børnenes problematik.

Børnenes og deres familiers situation vil blive fulgt op.

Tabel 2

Alder	Køn	Erklæring sendt til:	Underretning sendt til:	Reaktioner
16	♂	1)16/6-07 og 18/9-07: Allerød Kommune, B&U-rådgivningen 2)18/6-07: Dansk Røde Kors	Allerød Kommune	1)Sagsbehandler sagde 17/6-07, at de ikke havde modtaget erklæring og underretning. Derfor genfremsendt 18/9-07. Kvittering modtaget 2/10-07 (dateret 20/9-07) 2)Ingen reaktion fra Dansk Røde Kors.
14	♂	A)28/8-07: 1)Frederiksberg Kommune, B&U-afd. 2)PPR 3)Dansk Røde Kors 4)forælder B) Efter flytning: 18/9-07 1)Allerød Kommune, B&U-rådgivning 2)PPR	A)1)Frederiksberg Kommunes B&U-afd. 2)PPR modtaget opringning 3)Dansk Røde Kors modtaget opringning B)Efter flytning: 1)Allerød Kommune, B&U-rådgivning 2)PPR modtaget opringning	A)1)Der har været 1 møde mellem moderen og Frederiksberg Kommune B&U-afd. d. 20/9-07. De ville sende underretning videre til Allerød efter flytning. 2)PPR skrevet, at de ville tage sagen op til visitationsmøde d. 12/9-07. Det blev ikke til noget, da fam. Flyttedes d. 5/9. B)24/9-07: Modtaget kvittering for underretning fra Allerød Kommune
12	♂	1)7/6-07: Dansk Røde Kors' psykolog, der allerede var i kontakt med det andet barn i fam. 2)forældrene		Ingen reaktion fra Dansk Røde Kors, selvom psykologen havde givet besked om, at hun ville kontakte os. Familien har selv bedt om overflytning til Aunstrup pga. bedre lægecenter til mor. Drengen er kommet i skole og klub på Center Aunstrup. Støtteperson ved ikke, om erklæringen er fulgt med ved flytning.
15	♀	Forældrene		Familien fik humanitær opholdstilladelse umiddelbart efter, undersøgelsen var færdig. Derfor er der ikke afsendt erklæring.
12	♀	1)Center Aunstrup 2)Ny Lejre Kommune 3)forældre	20/8-07: Ny Lejre Kommune	Opringning fra socialrådgiver i Ny Lejre Kommune: Har afholdt samtaler med pigen og fam. Bekymringen for pigens sociale trivsel deles med undersøgelsen.
7	♀	Forældrene modtog efter eget ønske kopier af erklæringen til sundhedspersonalet i asylcenteret	A)april-07: Allerød Kommune, B&U-rådgivning. B)Der er forsøgt opringning til B&U-afd.	A)Modtaget kvittering fra Allerød B)Familien flyttet til Aunstrup juni 07. Henvendelse fra sagsbehandler i Ny Lejre Kommune, der bad om psykiatrisk erklæring på moderen medio sept.07. Erklæring på moderen var sendt til Allerød Kommune. Personalet på Aunstrup kunne ikke genkende pigens problemer. Ikke inviteret til samarbejde.

Diskussion og konklusion

Ved en klinisk børnepsykiatrisk-børnepsykologisk undersøgelse af 6 asylbørn i foråret/sommeren 2007 fandt vi alvorlige psykiske forstyrrelser hos alle 6 børn med tab af kognitive færdigheder hos de fleste og et spektrum af følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer. Børnenes vanskeligheder var komplekse, og vi vurderede, at der ud over forstyrrelser hos børnene, også var tale om betydelige psykiske vanskeligheder hos børnenes mødre, og at børnenes generelle livsomstændigheder var særdeles belastede. Samtidig måtte vi konstatere, at der ikke var iværksat tilstrækkelig hjælp og støtte til børnene og til familierne for at afhjælpe børnenes vanskeligheder.

Vi har i dag en stor viden om de adfærdsmæssige og kognitive konsekvenser af, hvad det vil sige at leve under et stort psykisk pres i længere tid. Børn i asylcentre lever i det man kunne kalde et ”dobbelt afhængigheds/påvirkningsforhold”. De er først og fremmest afhængige af de psykiske reaktioner forældrene møder dem med (affødt af det pres forældrene udsættes for), og dernæst er de afhængige af det pres, der følger

med de livsvilkår, de selv er underlagt. Barnets evne til at sikre egen fremtidig sundhed afhænger således af flere komplicerede forhold.

Psykisk sygdom hos forældrene er en velkendt belastning i børns udvikling, og har i de senere år påkaldt sig stor opmærksomhed og handling, både i sundheds- og socialsektoren (Lier L, Buhl-Nielsen B, Knudsen H. 2001, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. 2007). Børnenes forsøg på at skjule egne problemer, for ikke at belaste familien yderligere, er et velkendt forhold, der nationalt og internationalt har ført til betegnelsen ”små voksne”, ”de usynlige børn” og ”young caretakers”.

Det er for os indlysende, at årelange ophold i skiftende asylcentre, hvor familierne har været indlogeret i overbefolkede værelser uden mulighed for egen husholdning endsiges private bad- og toiletforhold, repræsenterer boligforhold som for længst er erstattet af tidssvarende normer for anstændige rammer om børnefamiliers liv i Danmark. Det er desuden for længst dokumenteret i socialmedicinen, at dårlige boligforhold

har betydelige konsekvenser for beboernes fysiske og psykiske helbred.

Kombinationen af alvorlige psykiske problemer hos både forældre og børn og et nærmiljø præget af tilsvarende problemer, gør det lige så indlysende, at børnenes fremtidige udvikling og trivsel er alvorligt truet. I betragtning af et udbygget dansk tilbud om krisehjælp og anden psykologisk og psykiatrisk behandling til befolkningen i al almindelighed, er det tankevækkende, at børn i asylcentre ikke får tilbudt tilstrækkelig professionel hjælp til at håndtere deres krisefyldte dagligdag.

Medvirkende til børnenes dårlige muligheder for fremtidig social tilpasning - hvad enten deres fremtid bliver i Danmark eller i hjemlandet - er deres nødtørftige skolegang i skiftende skoler tilknyttet asylcentre. Børnene er i årevis undervist svarende til modtagelsesklasser i folkeskolen, selvom et sådant skoleforløb max må vare i to år for tosprogede børn i Danmark. Ingen af børnene har modtaget undervisning i deres modersmål, hvilket vil være en stor

uddannelsesmæssig belastning, hvis de og deres familie hjemsendes. Bliver de i Danmark, er deres skolekundskaber, erhvervet i modtagelsesklasser, ikke tilstrækkelige til at opfylde folkeskolens krav til en afsluttende eksamen og er således ikke adgangsgivende til et uddannelsesforløb.

De tidligere nævnte undersøgelser af nyankomne flygtningebørns psykiske problemer (Montgomery 1996 og Hjern A. 1990), er i sig selv skræmmende nok, men de nyere undersøgelser af asylperiodens re-traumatisering af børn i udvikling tegner et dystert billede af asylmodtagerlandenes mangelfulde opvæksttilbud til børnene.

Opmuntrende er til gengæld, at børnenes vanskeligheder kan reduceres, hvis familien integreres i modtagerlandets almene samfund, jf erfaringerne fra Sverige (Hessle M 2006).

Vor undersøgelse af 6 børn fra Sjællandske asylcentre adskiller sig fra tidligere undersøgelser ved at være kliniske børnepsykiatriske-børnepsykologiske

udredninger af enkelte børn. Tidligere undersøgelser (Montgomery 1996) var dels baseret på forældreinterview, og dels udført ved børnenes og deres familiers ankomst til Danmark. Denne undersøgelse kan således ikke vurdere effekten af selve opholdet i asylcentre.

En aktuel endnu ikke publiceret undersøgelse af de børn der aktuelt opholder sig på asylcentre (Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007) er baseret på spørgeskemaer udfyldt af børnenes lærere og af de børn som var store nok. Denne undersøgelse kan give et fingerpeg om pædagogernes opfattelse af børnenes tilstand og af de ældste børns beskrivelse.

Vor anbefaling er:

- at børnene og deres familier udredes af tilstrækkelig erfarne børnespecialister og at sagerne følges op i handling.
- At familierne integreres i det øvrige samfund både m.h.t. børnenes daginstitution, skole og fritid og forældrenes aktivering i samfundet.

Det var ikke svært at finde frem til seks familier, hvor forældrene var bekymrede for deres barns psykiske problemer og for, at Dansk Røde Kors' Asylafdeling havde fundet deres barn uegnet til kommuneskolen. Ingen af disse børn var tilstrækkeligt undersøgt med henblik på at iværksætte den nødvendige og tilstrækkelige støtte/behandling. På den baggrund kan vi frygte, at resten af denne børnegruppe og deres familier huser lige så store behandlingskrævende vanskeligheder. Et etnisk dansk barn i Danmark, der havde været udsat for det samme i sit liv, ville i de allerfleste tilfælde være undersøgt alene på baggrund af dets traumatiske historie.

Både som specialister i børns udvikling og sundhed og som borgere i Danmark forekommer det os ubegribeligt, at børn i Danmarks varetægt – så at sige upåagtet - kan leve år efter år under disse forhold.

Litteraturliste

Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14

Montgomery E. Flygtningebørn fra mellemøsten. Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre. København 1996

Hjern A. The health of newly resettled refugee children from Chile and the Middle East. *Kungl. Carolinska Medico Chirurgiska Institutet*. Stockholm 1990

Endo T, Shioiri T, Someya T m.fl. Parental mental health affects behavioural changes in children following a devastating disaster: a community survey after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake. *General Hospital Psychiatry* 2007;29:175-176

Bodegaard G. Asylsøkande flyktingbarn utveklar livshotande funktionsbortfall. *Lækartidningen* 2004a;101:1696-99

Bodegaard G. Life threatening loss of function in refugee children: Another expression of pervasive refusal syndrome? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2005; 10:337-50

Lyngå v Folsach L, Montgomery E. Pervasive refusal syndrome among asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2006;11(3):457-73

Lask B, Britten C, Kroll L m. fl. Children with pervasive refusal. *Archives of Disease in Childhood* 1991;66:866-69

Hessle M. Nationell uppföljning av situationen för asylsökande barn med uppgivenhetssymptom. Stockholm September 2006. Statens offentliga utredningar: UD 2004:06

Christensen E, Andersen KV. Livsvilkår för barn med familie på danske asylcentre. Socialforskningsinstituttet 2006; 06:25

(Screening undersøgelse af børn i asylcentre). Institut for Folkesundhedsvidenskab. 2007. (Under udgivelse).

Kjersem HJ. Migrationsmedicin i Danmark. Dansk Røde Kors 1994. PhD afhandling

Laban CH, Gernaat HBPE, Komproe IH m.fl. Impact of long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. J Nerv Mental Dis 2004;192:843-51

Stæhr MA, Munk-Andersen E. Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001-2003. Ugeskr Læger 2006;168(17):1650

Lier L, Buhl-Nielsen B, Knudsen H. Psykisk syge forældre og deres børn. 2001. Socialministeriet og Regeringens Tværministerielle Børneudvalg.

Børn af forældre med psykisk sygdom. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. 2007 (under udgivelse)

Gruppen bag denne rapport:

*De med *, har medvirket direkte i undersøgelsen af børnene og forældrene.*

Eva Christiansen*, praktiserende speciallæge i børne & ungdomspsykiatri.

Bent H. Claësson, Speciallæge i børnepsykiatri, tidl. adm. overlæge, fagfortatter

Sus Foldager*, praktiserende speciallæge i børne & ungdomspsykiatri.

Helene Hoffmann*, praktiserende speciallæge i børne & ungdomspsykiatri.

Peer Jansson*, praktiserende speciallæge i børne & ungdomspsykiatri.

Lene Lier*, PhD, speciallæge i børne&ungdomspsykiatri. Tidl. overlæge og klinisk lektor i børne&ungdomspsykiatri, aktuelt seniorforsker og deltids-praktiserende speciallæge.

Bente Rich, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, MPA, tidligere overlæge.

Marie Gammeltoft*, autoriseret psykolog, specialist i børnepsykologi, specialist i psykoterapi

Anna Lisa Hyltén-Cavallius*, autoriseret psykolog, specialist i børnepsykologi, specialist i psykoterapi, og ekstern lektor på Københavns Universitet i psykologisk testning.

Robert Jonassen*, autoriseret psykolog, specialist i børnepsykologi.

Lise Merrill*, autoriseret psykolog, specialist i børnepsykologi.

Jens Richardt Jepsen*, autoriseret psykolog, specialist i børneuropsykologi.

Kirsten Behnke, Speciallæge i psykiatri.

John W. Gotfredsen*, Speciallæge i psykiatri, overlæge.

Jette LaBianca, Speciallæge i psykiatri, tidl. overlæge i Ungdoms psykiatri, psykiatrisk konsulent Tølløse Børn og Ungdoms Pension.

Aase Ladefoged*, Speciallæge i psykiatri.

Torben Bille, Speciallæge i pædiatri.

Niels Michelsen, Speciallæge i pædiatri.