

Udarbejdet af: Center for Udsatte Flygtninge

Flygtninges mentale sundhed

06.10.2016

Indhold

Introduktion	1
Mental sundhed – PTSD og andre psykiske sygdomme	2
Risiko- og beskyttelsesfaktorer	3
Interventioner	5
Konklusioner	5

Introduktion

Flygtninge har ofte haft meget voldsomme oplevelser i deres hjemland og under flugten, som har sat dybe spor og præger deres liv i lang tid efter. Belastende omstændigheder før, under og efter flugten kan påvirke deres helbred på både kort og lang sigt.

Dette notat skitserer konsekvenserne heraf for flygtninges mentale sundhed, beskyttelses- og risikofaktorer samt effekter af interventioner.

Notatet er baseret på et omfattende litteraturstudie af international forskning, *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers*, som er udarbejdet af Umar Ikram og Karien Stronks for the Health Council of the Netherlands.¹ Studiet er publiceret i 2016.

¹ Ikram & Stronks, *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A literature Review for the Health Council of the Netherlands*, Health Council of the Netherlands, 2016. Online: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijk_e_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf (besøgt d. 4. oktober 2016).

Mental sundhed – PTSD og andre psykiske sygdomme

Overordnet tyder forskning på, at flygtninge – som følge af de oplevelser, de har været udsat for – generelt har dårligere psykisk helbred end den øvrige befolkning. Psykosociale problemer kan aftage over tid, eller de kan udvikle sig til psykisk sygdom.

Forskningsbaseret viden om trivsel og psykosociale problemer blandt flygtninge er yderst sparsom – tilgængelige studier fokuserer i stedet på psykiske sygdomme.

En af de psykiske lidelser, der er overrepræsenteret blandt flygtninge, er PTSD. PTSD er en forkortelse for Post Traumatic Stress Disorder, der almindeligvis oversættes som posttraumatisk stressforstyrrelse.

De mest valide studier af prævalensen af PTSD indikerer, at 13-25% af flygtninge bosat i højindkomstlande har PTSD.² Den estimerede prævalens af PTSD varierer betragteligt på tværs af studier, og mindre valide studier viser højere prævalensrater.

Et hollandsk studie fra 2014 fandt, at 16,3% af flygtninge i Holland fra Afghanistan, Somalia og Iran havde PTSD på undersøgelsestidspunktet. Halvdelen af disse havde udviklet PTSD flere år efter ankomsten til Holland – såkaldt late-onset PTSD. Studier af Afghanske flygtninge bosat i højindkomstlande har fundet, at 25-50% har PTSD, mens studier af syriske flygtninge i Libanon og Tyrkiet har vist en prævalens på 36-76%. Et studie af irakiske asylansøgere i Holland fandt en livstidsprævalens for PTSD på 36,7%.

Der er generelt indikationer på, at andelen med PTSD forbliver høj også flere år efter flugten, om end den aftager med årene.

Der er en høj grad komorbiditet mellem PTSD og depression. De mest valide studier viser, at 8-25% af flygtninge i højindkomstlande lider af depression, og størstedelen af disse har desuden PTSD.

Forskningen i øvrige psykiske sygdomme er ikke så velfunderet, men tyder på, at eks. psykoser og selvmord/selvmoedsforsøg er mere udbredte blandt flygtninge end blandt andre.

² De mest valide studier er eks. kendetegnet ved randomiseret udvælgelse, store stikprøver, diagnostisk interview og justerede estimater.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Forskningen peger på bestemte risiko- og beskyttelsesfaktorer i relation til mental sundhed og psykisk sygdom blandt flygtninge. Disse faktorer knytter sig til oplevelser i hjemlandet og under flugten, personlige karakteristika samt ikke mindst forholdene i eksillandet.

Nedenstående tabel opsummerer risiko- og beskyttelsesfaktorer:

Flygtninge og mental sundhed	
Risikofaktorer	Beskyttelsesfaktorer
Traumatiske begivenheder i hjemland eller under flugt – forøget risiko ved flere traumatiske begivenheder	Positive personlige coping-strategier med fokus på nutid og fremtid
I præ-asylfase: Usikkerhed om status, hyppige skift i indkvartering samt frihedsberøvelse	Socialt netværk og støtte
Alder og køn – ældre og børn samt kvinder har forøget risiko	Familiesammenføring og nærhed til familie
Manglende socialt netværk og støtte	Forældres åbenhed om traumatiserende begivenheder over for børn – aldersafstemt og sensitivt
Adskillelse fra familie	Opretholdelse af social status
Tab af social status	Beskæftigelse
Ændrede kønsroller	Sprogkundskaber
Lav socio-økonomisk status i eksillandet	Praktisering af religion
Konfliktfyldt forældre/barn-relation	Adgang til kultursensitive sundhedsydelser
Tab af kultur og værdier	Egen varig bolig
Sprogvanskeligheder	
Oplevet diskrimination	
Begrænset adgang til / brug af sundhedsydelser	

Flygtninge, der har været udsat for flere traumatiske begivenheder i hjemlandet eller under flugten, har større risiko for at udvikle psykisk sygdom.

Personlige karakteristika som køn og alder spiller en rolle. Således tyder det på, at ældre flygtninge samt uledsagede flygtningebørn har en forhøjet risiko for at udvikle psykiske sygdomme. Det samme gælder for kvindelige flygtninge.

De sociale omstændigheder i eksillandet har betydning. Mange flygtninge har mistet familie og sociale netværk, og studier viser, at manglen på sociale netværk og støttemuligheder samt tvungen adskillelse fra familie påvirker flygtnings mentale helbred negativt og bidrager til stress og psykiske problemer. Omvendt styrker tilstedeværelsen af familie og/eller andre sociale netværk og social støtte flygtnings mentale sundhed. Familiesammenføring påvirker således flygtnings mentale helbred positivt, da det mindsker bekymringer, tilfører social støtte og tilfører mening til opstart af ny tilværelse..

Desuden har socio-økonomisk status og adgang beskæftigelse betydning for flygtnings mentale sundhed – dårlige socio-økonomiske omstændigheder er en negativ stressfaktor. Det kan dreje sig om lavt (anerkendt) uddannelsesniveau, økonomiske bekymringer, arbejdsløshed og lav indkomst. Opretholdelse af social status og adgang til beskæftigelse fremmer således flygtnings mentale sundhed.

Tab af social status er desuden en særlig risikofaktor hvad angår psykisk helbred. Statustab kan eksempelvis hænge sammen med manglende anerkendelse af uddannelse, klientgørelse og afhængighed af velfærdsydelser, fattigdom, arbejdsløshed eller henvisning til ufaglært beskæftigelse. Det betyder, at flygtninge, der har haft en høj socio-økonomisk status i hjemlandet – eks. akademisk uddannelse eller højstatusjob – kan være i større risiko for psykiske problemer på grund af større oplevet tab.

Statustab kan også hænge sammen med kønsroller og ændrede forventninger til mænd eller kvinder i eksillandet.

I det hele taget kan udfordringer med kulturel tilpasning udgøre en stressfaktor og sundhedsmæssig risiko – herunder hører også sprogvanskeligheder og oplevet diskrimination. Forskelle mellem forældre og børn hvad angår kulturelle orienteringer og mestringsstrategier er ligeledes en risikofaktor.

Endelig er manglende adgang til eller brug af sundhedsydelser en risikofaktor. Adgang til sundhedsydelser med interkulturelle kompetencer kan have en positiv sundhedsmæssig indvirkning.

Øvrige beskyttelsesfaktorer inkluderer konstruktive personlige coping-strategier, at forældre taler med sine børn også om det svære (tilpasset deres alder og på en sensitiv måde), og egen varig bolig.

Afslutningsvis er det værd at notere, at kausaliteten også går den anden vej – det vil sige, at mental sundhed kan være en forudsætning for succesfuld sociokulturel og -økonomisk integration.

Interventioner

Sociale interventioner for at forbedre flygtnings forhold kan have positiv betydning for flygtnings mentale sundhed. Det kan dreje sig om beskæftigelsesorienterede indsatser eller interventioner målrettet børn (og forældre) i en skolekontekst. Der er dog begrænset dokumentation af effekten af sociale interventioner.

Hvad angår behandling, er kognitive terapiformer effektive til behandling af flygtninge med PTSD eller depression. Narrativ eksponeringsterapi er virkningsfuld for PTSD-ramte.

Konklusioner

Litteraturstudiets overordnede konklusioner er:

1. 13-25% af flygtninge har PTSD og/eller depression.
2. Der er væsentlige forskelle i udbredelse af psykiske problemer i forskellige grupper af flygtninge – afhængig af eks. alder, køn og oplevelser i hjemlandet.
3. Forhold i eksillandet er af afgørende betydning for flygtnings mentale sundhed.
4. Sociale interventioner for at forbedre flygtnings socio-økonomiske forhold kan have positiv betydning for flygtnings mentale sundhed, men der er begrænset dokumentation af deres effekt.
5. Forskellige former for kognitiv terapi – herunder narrativ eksponeringsterapi – har positiv effekt for flygtninge med PTSD.
6. Barrierer for adgang til og brug af sundhedsydelser bør adresseres.