



Estetisk – Filosofiska fakulteten
specialpedagogik

Lisa-Maria Pettersson

***100 tigrar i djungeln:
En studie om Posttraumatiskt
Stressyndrom hos barn***

“100 tigers in the jungle: A study in Post Traumatic Stress Disorder in children.”

Examensarbete 15 högskolepoäng
Lärarprogrammet

Datum: 09-10-03

Handledare: Ingmarie Sellin

Abstract

This essay will present actual research around the concept of Post- Traumatic Stress Disorder, how it can reveal itself in school children and how it can influence young people's learning ability and capacity to retain knowledge.

The purpose is, above all, to clearly diagnose PTSD so that children with this complex of problems can receive good possibilities in learning and understanding.

The question at hand is responded to by interviewees with an expertise on the subject and one "story", collectively with literary studies.

The results illustrate that there can be neurological and biological, as well as social explanations for PTSD but it is seldom a permanent diagnosis. It is though something to take very seriously. PTSD can lead to severe psychobiological consequences, mostly by causing damage in one particular part of the brain, known as hippocampus. The hippocampus is essential in terms of memory and concentration. Other negative effects caused by PTSD might be a disturbed cognition, difficulties in the ability to store information or a deterioration of language. All of these consequences affect the child's ability to learn in a negative way.

The essay demonstrates how educators can simplify a PTSD diagnosed child's difficulties and how school time can be adjusted to fit their needs. The importance of educator's getting deep knowledge of the diagnosis is emphasized. Children with this diagnosis need an individual designed study plan and one must take much consideration with the learning difficulty that hinder these young people.

Keywords: PTSD, children, trauma, hippocampus.

Sammanfattning

I denna uppsats presenteras aktuell forskning kring begreppet PTSD (Posttraumatiskt Stressyndrom), hur det kan visa sig hos barn i skolan och hur det kan påverka barns inläring och kunskapande.

Syftet är framför allt att synliggöra diagnosen PTSD så att barn med denna problematik kan få bra möjligheter till lärande.

Frågeställningarna besvaras genom intervjuer med för ämnet relevanta personer och en berättelse, samt litteraturstudier.

Resultatet visar att det kan finnas såväl neurologiska och biologiska, som sociala orsaker till PTSD men att det sällan är en permanent diagnos. Det är dock något som bör tas på största allvar. PTSD kan ge svåra psykobiologiska konsekvenser, framför allt påverkas den del av hjärnan som kallas hippocampus och som har betydelse för minnesfunktionen och koncentrationsförmågan. Andra konsekvenser kan vara kognitiva störningar, svårigheter att lagra av information eller ett försämrat språk. Alla dessa faktorer påverkar barnets inlärningsförmåga negativt.

Undersökningen visar på vikten av att pedagoger får gedigen kunskap om diagnosen och lyfter fram hur skolan kan underlätta för barn med dessa svårigheter. Barn med en PTSD-diagnos behöver en individuellt anpassad studieplan där skolgången kan anpassas för deras särskilda behov anpassas till den inlärningsproblematik som dessa barn lider av.

Nyckelord: PTSD, barn, trauma, hippocampus.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT	2
SAMMANFATTNING	3
1. BAKGRUND	5
1.1 Definition av begreppet PTSD	6
1.2 Ämnespresentation	6
1.2.1 Diagnosen PTSD	6
1.3 Syfte	6
1.3.1 Avgränsning	6
1.4 Problemformuleringar	7
2. FORSKNING	7
2.1 Symtombilder och kännetecken för diagnostisering	7
2.2 Faktorer som påverkar utvecklandet av PTSD	8
2.3 Biologiska och neurologiska konsekvenser	8
2.4 Psykologiska konsekvenser	9
2.4.1 Dissociation	9
2.5 Konsekvenser för inläring	9
2.6 Diagnostisering och behandling	10
3. Vad säger styrdokumentet?	10
4. METOD	11
4.1 Urval för intervjuer	11
4.2 Genomförande	12
4.2.1 Intervju med Christina Görning	12
4.2.2 Intervju med Wendy D'Andrea och Bessel van Der Kolk	12
4.2.3 Samtal med Anders Eliasson	12
4.2.4 Intervju med "Jenny"	13
4.3 Urval av skrivet material	13
4.4 Bearbetning av insamlat material	13
4.5 Validitet/Reliabilitet	13
4.6 Etiska övervägningar	14
5. RESULTAT	14
5.1 Intervjuer, samtal och berättelse	14
5.1.1 Intervju 1	14
5.1.2 Intervju 2	16
5.1.3 Intervju 3	18
5.1.4 "Jennys" berättelse	20
5.2 Sammanfattning	22
6. DISKUSSION OCH ANALYS	25
6.1 Förslag till vidare forskning	28
7. REFERENSER	29
7.1 Skrivna källor	29
7.1.1 Tryckta källor	29
7.1.2 Vetenskapliga artiklar	29
7.1.3 Opublicerade källor	30
7.2 Övriga källor	30
7.3 Muntliga källor	30

1. Bakgrund

Då jag intervjuade psykoterapeut Christina Görning¹ inför mitt arbete ”Att kämpa för att leva (Pettersson, 2008a)” fick jag kunskap om att hippocampus i hjärnan krymper vid diagnostiserad PTSD, något som medför inlärningsproblematik och minnessvårigheter och därmed kraftigt påverkar barns prestationsförmåga i skolan. Görning nämner även hur vårt samhällsklimat har hårdnat, med fler och fler dysfunktionella familjer. Detta tillsammans med att Sverige tar emot ett större antal flyktingar gör att trauman hos barn blir allt vanligare. Detta fångade mitt intresse och jag började fundera över hur PTSD påverkar barns kunskapande och tillvaro i skolan.

Inriktningen på min lärarutbildning är specialpedagogik och det har pratats väldigt mycket om ADHD, autism och läs- och skrivsvårigheter medan det under de 60 poäng jag har läst i ämnet aldrig har ens nämnts begreppet PTSD². Ingen av mina kurskamrater kände heller till vad det var. Jag känner därför att det är oerhört viktigt att lyfta fram denna problematik eftersom den är allt mer utbredd och det är därför av yttersta vikt att vi lär oss hur vi ska bemöta dessa barn.

I ett pressmeddelande³ skriver Skolverket om vikten av att olika myndigheter samarbetar för att på ett bättre sätt kunna fånga upp barn som far illa. På detta vis hoppas man kunna minska risken för att utsatta barn ”faller mellan stolarna”. Man rekommenderar bland annat en ”*ökad samverkan mellan skola [...] samt barn- och ungdomspsykiatri* (Skolverket, 2009)” och lyfter frågan om barnet i centrum;

”Det är också viktigt att fokus flyttas från samverkan till målet för samverkan. Organisationen får anpassa sig efter barnets behov och inte tvärtom. En effektiv samverkan förutsätter att inblandade myndigheter drar fördel av varandras skilda kompetenser och ser till hela situationen för det enskilda barnet.” (Skolverket, 2009)

Detta var något som jag blev positivt överraskad av och som ytterligare visar på vikten av att barn med diagnosen PTSD får den hjälp de behöver och har rätt till.

¹ I uppsatsen kallas hon ”Psykoterapeut X, p.g.a. de regler som var uppsatta för just denna uppsats. Hon har godkänt att hennes namn skrivs ut i sin helhet här.

² Posttraumatiskt Stressyndrom; för vidare förklaring, se 1.1 Definition av begreppet PTSD.

³ Se bilaga 1.

1.1 Definition av begreppet PTSD

PTSD står för Post- Traumatic Stress Disorder, alternativt post traumatic stress disease⁴ (på svenska PTSS; Posttraumatiskt Stressyndrom⁵). I denna uppsats kommer jag fortsättningsvis att använda mig av förkortningen PTSD eftersom det är det mest vedertagna begreppet.

1.2 Ämnespresentation

1.2.1 Diagnosen PTSD

Personer som diagnosticeras med PTSD har varit utsatta för ett extremt trauma som för vem som helst skulle vara överväldigande och ligger utanför det normala livets händelser. Faktorer som utlöser och påverkar graden av PTSD kan vara traumatiska händelser som:

- Övergrepp, exempelvis av sexuell karaktär.
- Misshandel och hot, exempelvis kidnappning.
- Olycksfall och svår sjukdom, hos barnet självt eller hos närstående.
- Förlust av familjemedlem.
- Att ha bevittnat våld, naturkatastrofer eller olyckor.
- Att ha upplevt krig, våld, utsatthet, flykt etc. (Silva, 2004; van der Kolk, 2007)

PTSD är en diagnos som sällan uppmärksammas i skolsammanhang, men vid fastställd diagnos behöver barnen få rätt bemötande och vi som pedagoger behöver på bästa sätt underlätta för barnen att tillgodogöra sig undervisning. Många av de här barnen lider i tysthet och diagnosen blir vanligare. Det handlar exempelvis inte längre bara om flyktingbarn som får diagnosen, utan även barn som lever i dysfunktionella hem. (Görsing, 2008-02-15)

1.3 Syfte

Att synliggöra diagnosen PTSD så att barn med denna problematik kan få bra möjligheter till lärande.

1.3.1 Avgränsning

Jag har medvetet valt att inte ta upp situationen för barn med PTSD i förskolan. Detta på grund av att det inte finns någon känd forskning kring hur PTSD yttrar sig hos och påverkar så små barn. Jag inriktar mig därför på barn i grundskolan, d v s från förskoleklass till år 9.

⁴ <http://www.psykologguiden.se/www/pages/?ID=151&PTSS>

⁵ Ibid.

1.4 Problemformuleringar

- Hur kan PTSD visa sig hos barn i skolmiljö?
- Hur påverkar PTSD lärande och kunskapande i skolmiljö?
- Vad kan pedagoger göra för att underlätta skoldagen för dessa barn?

2. Forskning

En viss del av materialet jag hänvisar till nedan har inte publicerats för allmänheten utan har delgivits mig av författarna. Dessa är markerade med *. På grund av sekretessen och det faktum att de ännu inte publicerats kan jag inte lämna ut dessa artiklar som bilagor utan hänvisar till Wendy D'Andrea på "The Trauma Center at JRI", Boston USA⁶.

2.1 Symtombilder och kännetecken för diagnostisering

Barn som har genomlevt ett trauma kan uppvisa flera olika former av symtom och reaktioner, både fysiska och psykiska (Søndergaard, 2005). En vanlig reaktion är att barnet undviker saker eller situationer som påminner om det som hänt. Det kan dra sig undan människor vilket oftast tar sig uttryck i att det inte längre vill leka med sina kamrater. (Ellneby, 2004; van der Kolk, 2007)

Andra vanliga försvarsmekanismer är förnekande eller att försöka glömma. Vanligt förekommande är även dissociation, vilket innebär att barnet återupplever traumat som om det hände i nuet och "försvinner" bort, traumat blir för svårhanterligt och ett sätt att skydda sig blir att koppla bort sig från tillvaron. (Van der Kolk, 2007) Typiskt för det tillståndet är att barnet återupplever den traumatiska händelsen om och om igen genom tankar och drömmar eller inre bilder. Det känner en stark oro inför sådant som påminner om det som skett. (Ellneby, 2004; Spinazzola, 2005) Minnena kan till exempel sättas igång av en doft eller ett ljud och är oftast undermedvetna, d v s barnet vet inte självt vad som satt igång återupplevandet. Barnet kan vid sådana tillfällen bli svårt att få kontakt med. (Spinazzola, 2005; van der Kolk, 2007) De yngre barnen kan använda sig av leken som redskap för att hantera traumat. Man ser då ofta samma lek upprepas om och om igen. (Søndergaard, 2005; van der Kolk, 2007) Exempel på övriga symtom eller tecken på PTSD är överdriven vaksamhet, retlighet och vredesutbrott, sömnstörningar, huvudvärk,

⁶ Telefon (617) 232-1303 x209 eller e-post wdandrea@jri.org

trötthet, svettningar, darrningar, hjärtklappning, illamående samt olika ångestsymtom som separationsrädsla, främlingsrädsla och rädsla för monster eller djur. (Ellneby, 2004)

2.2 Faktorer som påverkar utvecklandet av PTSD

Exponering för trauman under barndomen är relativt vanligt och kan leda till betydande psykiskt lidande men det leder inte alltid till en utveckling av PTSD (D'Andrea m fl, 2009*). Det finns en rad olika teorier kring vilka faktorer som kan medföra att vissa människor utvecklar PTSD medan andra inte gör det, trots att de kan ha upplevt exakt samma sak. Abdulbaghi (1999) tar upp frågeställningar som hur bland annat olika sociala, kulturella och familjära faktorer kan påverka huruvida en människa utvecklar PTSD eller inte.

2.3 Biologiska och neurologiska konsekvenser

Forskning som gjorts av bland andra Briere & Spinazzola (2005) visar att tidigt och långvarigt trauma påverkar människor betydligt mer omfattande än vad många förstår. I en studie har man med hjälp av EEG visat på tydliga samband mellan barndomstrauman som misshandel eller allvarliga övergrepp och störningar i hjärnans utveckling (Ito m fl, 1998; Teicher m fl, 2003). Speciellt känsliga områden är hjämbalken (Corpus Callosum), vänster sida av hjärnbarken, amygdala samt hippocampus. Påverkan på dessa områden kan leda till funktionsnedsättningar och bidra till bland annat psykiatriska sjukdomar (Teicher m fl, 2003). I en studie har man observerat den del av hjärnan som kallas CC (Corpus Callosum = hjämbalken) hos barn som utsatts för vanvård eller våld. Hos dessa barn har CC visat sig vara upp till 17 % mindre än hos kontrollgruppen. Studien utgår ifrån att barnmisshandel kan kopplas till störningar av hjärnans utveckling, där framför allt Corpus Callosum har visat sig vara speciellt känslig. (Teicher m fl, 2004)

Van der Kolk (2006) belyser hur PTSD påverkar minnesfunktion och lagring av information. Watts-English m fl (2006) nämner en rad negativa psykobiologiska konsekvenser av PTSD, exempelvis kognitiva störningar, försämrat språk och inlärningssvårigheter. Annan forskning visar på växande bevis för att vanvård och PTSD hos barn och ungdomar kan resultera i neurobiologiska förändringar, inklusive påverkan av hjärnstruktur och -funktion (Cohen m fl, 2002). Enligt nyligen upptäckta forskningsresultat finns det också en skillnad i hur "vanlig" stress påverkar den psykobiologiska förmågan jämfört med posttraumatisk stress (Cohen m fl, 2002).

2.4 Psykologiska konsekvenser

Forskarna betonar hur allvarligt PTSD är eftersom det, exempelvis genom dissociation (se punkt 2.4.1), kan bryta ner både kropp och psyke (Zucker m fl, 2006). Även van der Kolk (2001) visar på hur allvarlig diagnosen är genom att förklara att när erinringar om trauma gör sig påmindas blir det förflutna nutid. Den drabbade personen återupplever då traumat som orsakat PTSD, något som kan få förödande konsekvenser. Man betonar dock skillnaden mellan att ha varit utsatt för ett långvarigt trauma som började vid ung ålder och ett enskilt trauma. Ju yngre personen är då hon utsätts för ett trauma, desto större är risken att hon utvecklar PTSD.

Det har även konstaterats ett samband mellan PTSD och exempelvis ätstörningar, självskadebeteende, ångesttillstånd och depression (van der Kolk m fl, 2005).

Nyare forskning har undersökt förekomsten av olika post-våldsymtom hos barn. Exempel på sådana symtom kan vara beteendestörningar, eller störningar i medvetande och kognition. (D'Andrea m fl, 2009*)

2.4.1 Dissociation

Dissociation innebär en störning eller förändring av normalt integrerade funktioner såsom identitet, minne eller medvetande. Det är en försvarsmekanism som hjälper individen att stå ut i en situation som uppfattas som livshotande. En person som dissocierar "kliver ur sig själv" och blir frånvarande. (van der Kolk m fl, 2006) Zucker m fl (2006) visar på hur dissociation kan vara nödvändigt för överlevnad vid långvarigt trauma men som på längre sikt kan bryta ner kroppen och psyket och förvärra PTSD.⁷

2.5 Konsekvenser för inlärning

Svår eller långvarig stress påverkar olika delar av hjärnan. Speciellt allvarliga blir dessa påverkningar hos barn eftersom hjärnan ännu inte är färdigutvecklad. Framför allt påverkas den del av hjärnan som kallas hippocampus och som har betydelse för minnesfunktionen. En skada på hippocampus medför att barnet får problem med inlärning och koncentrationsförmåga. Minnessvårigheter är inte ovanliga. (Ellneby, 2004; Silva, 2004; Spinazzola, 2005; van der Kolk, 2007)⁸

⁷ Lisa-Maria Pettersson (2008-06-01) "Vetenskaplig portfolio". Karlstad: Karlstads universitet.

⁸ Ibid.

2.6 Diagnostisering och behandling

Ett flertal forskare betonar vikten av att man så tidigt som möjligt upptäcker och identifierar trauman hos barn för att kunna ge dem den bästa förutsättningen för läkning. (Zucker m fl, 2006; Cohen m fl, 2002)

Diagnosen PTSD ställs av en psykolog eller en psykiater genom observation och/eller samtal med barnet. (Ellneby, 2004; Silva, 2004; Søndergaard, 2005) PTSD ska alltid behandlas av vårdpersonal, exempelvis psykolog (Søndergaard, 2005), men behandlingen kan underlättas genom att föräldrar och övriga vuxna i barnets närhet hanterar det på ett bra sätt. Det är viktigt att de vuxna som finns i barnets vardag är med i behandlingen. (Silva, 2004; Spinazzola, 2005; van der Kolk, 2007) Många forskare betonar att forskningen kring PTSD hos barn är begränsad och behöver lyftas fram. (Briere & Spinazzola, 2005; D'Andrea m fl, 2009*) Man nämner hur viktigt det är att man genom empirisk forskning utreder effekten hos olika behandlingsmetoder (Cohen m fl, 2002). I en ännu ej publicerad artikel argumenterar van der Kolk m fl (2009)* för en förändring av den psykiatriska diagnostiseringsmanualen DSM V, där man vill lägga till en diagnos som är direkt inriktad mot barn och ungdomar som utsatts för trauma under en lång tidsperiod (Developmental Trauma Disorder). Genom denna justering kan man på ett bättre sätt hjälpa barn och ungdomar med denna problematik genom att det blir enklare att ställa en korrekt diagnos och därigenom ge rätt behandling. Även Zucker m fl (2006) belyser att kriterierna för diagnosen PTSD behöver korrigeras, d v s den måste breddas.⁹

Det finns en rad olika metoder för att behandla PTSD. Nedan beskrivs några av de vanligaste:

- Terapi och EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Behandlingstekniken kan betraktas som en form av accelererad informationsbearbetning som häver blockeringen av hjärnans bearbetningssystem. (Ramos-Ruggiero, 2005)
- Medicinering (Silva, 2004)
- Mindfulness – medveten närvaro (van der Kolk, 2006)

3. Vad säger styrdokumentet?

Här har jag endast valt att undersöka Lpo94 och inte Lpfö98 eller Lpf94, av samma anledning som beskrivs i avgränsningen.

Det som jag känner har varit relevant för mitt ämnesval är framför allt de delar som behandlar förståelse och medmänsklighet, likvärdig utbildning och övriga delar som tar upp barns rättigheter till en undervisning som är anpassad efter deras behov.

”Omsorg om den enskildes välbefinnande och utveckling skall prägla verksamheten. Ingen skall i skolan utsättas för diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder eller för annan kränkande behandling.”

”Undervisningen skall anpassas till varje elevs förutsättningar och behov. Den skall med utgångspunkt i elevernas bakgrund, tidigare erfarenheter, språk och kunskaper främja elevernas fortsatta lärande och kunskapsutveckling.”

”En likvärdig utbildning innebär inte att undervisningen skall utformas på samma sätt överallt eller att skolans resurser skall fördelas lika. Hänsyn skall tas till elevernas olika förutsättningar och behov. Det finns också olika vägar att nå målet. Skolan har ett särskilt ansvar för de elever som av olika anledningar har svårigheter att nå målen för utbildningen. Därför kan undervisningen aldrig utformas lika för alla.”

”Varje elev har rätt att i skolan få utvecklas, känna växandets glädje och få erfara den tillfredsställelse som det ger att göra framsteg och övervinna svårigheter.”

”Läraren skall utgå från att eleverna kan och vill ta ett personligt ansvar för sin inläring och för sitt arbete i skolan,”

”Läraren skall samverka med och fortlöpande informera föräldrarna om elevens skolsituation, trivsel och kunskapsutveckling, och hålla sig informerad om den enskilda elevens personliga situation och därvid iaktta respekt för elevens integritet.”

”Läraren skall vid betygssättningen utnyttja all tillgänglig information om elevens kunskaper i förhållande till kraven i kursplanen och göra en allsidig bedömning av dessa kunskaper.”¹⁰

4. Metod

Efter att ha läst en hel del litteratur och artiklar och annan litteratur, valde jag att genomföra kvalitativa intervjuer och jag fick ta del av en berättelse. Jag bedömer att det är det bästa sättet att få den kunskap och det resultat jag eftersträvar då forskningen ger en mer personlig inblick i ämnet som jag inte uppnår genom att läsa litteratur. (Backman, 1998; Bergström, 2000)

4.1 Urval för intervjuer

Jag fick möjlighet att intervjua några av världens mest ledande forskare inom just PTSD genom att ta kontakt med Trauma Center i Boston. De ställde mer än gärna upp på intervjuer eftersom de anser att skolan behöver mer kunskap om PTSD. Samma sak gällde Traumacentret här i Karlstad där de ställde sig mycket positiva till min undersökning. I min uppsats ”*Kämpa för att leva*” (Pettersson, 2008a) önskade jag få intervjua en pedagog med erfarenhet av arbete barn med diagnosen PTSD. Genom en vän fick jag kontakt med en

⁹ Lisa-Maria Pettersson (2008-06-01) ”*Vetenskaplig portfolio*”. Karlstad: Karlstads universitet.

¹⁰ Samtliga citat i stycke 3.3 är hämtade ur Lpo 94, Skolverket.

pedagog som visade sig ha den erfarenhet jag letade efter. Hon ställde också gärna upp på ett samtal.

4.2 Genomförande

Jag har genomgående använt mig av anteckningar för hand som dokumentationsmetod under intervjuerna. Detta kan givetvis ha medfört att jag kan ha missat vissa delar men jag litar på min auditiva förmåga och känner att jag har fått med det som är relevant för min undersökning. Anteckning är också en metod jag känner mig bekväm med eftersom det skärper mina sinnen när jag lyssnar och samtalar med personer. Jag har under varje punkt nedan beskrivit hur vi gått tillväga. Intervjun med ”Jenny” är den som skiljer sig markant från de övriga, då jag tidigt insåg att jag inte skulle kunna greppa allt hon hade att berätta, så jag tog bort alla mina anteckningar och lät ”Jenny” skriva ner sina erfarenheter i berättelseform. Jag har hela tiden varit noga med att ha gott om tid vid alla intervjutillfällena och jag har redovisat hur det gått till nedan.

4.2.1 Intervju med Christina Görning

Denna intervju genomfördes i hennes arbetsrum på Öppenpsykiatriska mottagningen i Karlstad. Jag hade förberett vissa frågeställningar innan men ämnets art gjorde att det snarare blev ett samtal kring frågeställningarna istället för en regelrätt intervju. Jag valde att intervjua Görning för att detta är hennes specialområde och hon har mycket kunskap inom det. Hon har en gedigen erfarenhet av arbete inom PTSD. Eftersom jag skulle skriva om en psykiatrisk diagnos ville jag vara noga med att få alla begrepp rätt utifrån en expert inom det specifika område jag valt.

4.2.2 Intervju med Wendy D’Andrea och Bessel van Der Kolk

Denna intervju genomfördes via Skype på grund av det långa avståndet oss emellan. Jag valde Skype eftersom det gav en mer personlig kontakt än en intervju via telefon. Det gjorde det även lättare för mig att anteckna under tiden. Detta gjorde också att jag kunde genomföra två intervjuer samtidigt, dels den med Wendy D’Andrea, dels den med Bessel van Der Kolk, eftersom de befann sig på samma plats. Här hade jag i förhand riktat in mig på tre områden som jag fokuserade intervjun kring.

4.2.3 Samtal med Anders Eliasson

Eftersom Anders Eliasson inte hade tid och möjlighet (främst av hänsyn till sekretessen) hölls denna intervju per telefon. Liksom vid intervjun med Christina Görning hade jag förberett några övergripande frågor men även detta utvecklades till mer av ett samtal.

4.2.4 Intervju med “Jenny”

Intervjun hölls först per telefon (av avståndsskäl) men jag insåg snabbt att det var för mycket för mig att ta in och anteckna. För att göra “Jennys” erfarenheter rättvisa bad jag därför henne att istället skriva ner det hon upplevt under sitt arbete med “Ida”, ett barn med PTSD. Hon mejlade sedan detta till mig.

4.3 Urval av skrivet material

Då det gäller skrivet material har jag haft turen att få ta del av ännu inte utgiven forskning via en av de personer jag intervjuade. Van der Kolk hjälpte mig även att leta fram artiklar som passade mitt ämnesval och jag fick även ta del av ännu ej publicerad forskning. I övrigt har jag tagit hjälp av den litteratur jag även använde i mina tidigare arbeten om PTSD (se litteraturlista).

4.4 Bearbetning av insamlat material

Vid genomförande av intervjuer och samtal har jag genomgående valt att dokumentera genom att anteckna för hand. Detta innebär alltså att det är min uppfattning av deras uttalanden som jag har skrivit ner och inte några direkta citat. Dessa anteckningar har jag sedan renskrivit ordagrant på datorn. Därefter har jag valt ut de delar som jag anser passade in på de områden jag valt att undersöka. Dessa delar återges i sin helhet under punkt 6. I den berättelse som “Jenny” skickade, som även den återfinns under punkt 6, har jag inte gjort några ändringar överhuvudtaget.

Även då det gäller litteraturen har jag gjort ett urval av de delar jag ansett vara relevanta för de frågor jag ställt. Därför är det endast en liten del av den litteratur jag läst som redovisas här. Jag är medveten om att mycket av den forskning jag presenterar kommer från samma författare. Detta beror helt och hållet på att det är ett så pass begränsat ämne och på grund av att det hittills finns så lite forskning inom detta område. Den ledande forskningen är gjord i USA och det finns endast ett fåtal forskare i Sverige som arbetar med PTSD.

4.5 Validitet/Reliabilitet

Jag anser att min uppsats har hög validitet eftersom jag har lyckats få svar på mina frågeställningar genom intervjuerna och uppnått delar av syftet med. Det är svårt att svara på huruvida jag fått svar på de frågeställningarna med mitt arbete eftersom detta är något som jag hoppas kommer att ge resultat på längre sikt genom att diagnosen blir mer känd.

Eftersom jag har intervjuat ledande forskare inom området PTSD anser jag att min undersökning har en hög reliabilitet, förutsatt att man kan lita på att de resultat de delgett mig

är korrekta och att mina frågor var nog relevanta. Det finns ju alltid den mänskliga faktorn som är svår att bedöma men jag känner att de intervjuer jag gjort är tillförlitliga. Det handlar om framstående forskare och jag bedömer att dessa personer vet vad de talar om.

4.6 Etiska övervägningar

När jag först började undersöka diagnosen PTSD och hur den påverkar barn i skolåldern funderade jag över om det var möjligt att intervjua barn om deras erfarenheter av diagnosen. Efter att ha talat med experter på området och överlagt med mig själv bestämde jag mig dock för att inte göra det eftersom jag inte har kompetensen för att hantera en sådan intervju.

I stort sett alla personer som intervjuats har godkänt att de nämns vid namn och exakt position, uppsatsen uppfyller alltså forsknings- och samtyckeskravet. Det enda undantaget är ”Jenny” där jag, i samråd med henne och av hänsyn till ”Ida”, har valt att inte skriva ut hennes riktiga namn eller tala om var hon finns. Det samma gäller naturligtvis för ”Ida” själv. Varje intervjuobjekt har även utlovats ett exemplar av den färdiga uppsatsen. (Vetenskapsrådet, 1990)

5. Resultat

5.1 Intervjuer, samtal och berättelse

Här följer de delar av intervjuerna och samtalen som jag anser är relevanta för undersökningen. Jag har valt att presentera texten i samtalsform, eftersom det var så jag antecknade under intervjuerna. Jag har också velat undvika att ändra formuleringar för att därigenom minska risken att viktig information går förlorad.

5.1.1 Intervju 1

Intervju med psykolog och leg. psykoterapeut Christina Görning, Öppenpsykiatriska mottagningen i Karlstad, 2008-02-15 kl. 10.00–11.00. Samtalet har sammanställts och återges här med mina egna ord.

Mina frågeställningar:

- Hur kan jag som pedagog underlätta tillvaron i skolan för dessa barn?
- Vad bör jag vara uppmärksam på?
- På vilket sätt kan jag hjälpa?

Sammanställning:

PTSD är den enda psykiatriska diagnos där orsaken finns beskrivet i namnet (Post-Traumatic

Stress Disorder). Det är viktigt att känna till att PTSD inte är något man föds med utan ett tillstånd som orsakas av ett trauma.

Görsing betonar att jag har det pedagogiska ansvaret för barnet men att det psykologiska ansvaret alltid måste ligga på en psykolog. Jag som pedagog kan lyssna men får absolut inte gräva. Det viktiga är att uppmärksamma barnet, att ge en ytterst liten fingervisning om att jag har sett barnet. Det kan räcka med att fråga ”hur är det idag?”

När jag som pedagog möter barn med denna problematik är det oerhört viktigt att tänka på att skapa struktur och förutsägbarhet, vilket ger trygghet. Ju mindre man lämnar åt fantasin, desto bättre mår barnet. Ju lugnare och tryggare jag som pedagog är, desto bättre är det för barnet. Betoningen bör ligga på så få stimuli som möjligt, d v s begränsa antalet intryck i visuell och auditiv form etc.

För att begränsa stimuli kan man låta barnet sitta längst bak (vilket minimerar oro för att någon tittar på dem) eller längst fram i klassrummet. Det hjälper till att sälla bort onödiga stimuli exempelvis från andra barn, samt ger barnet trygghet i att det ser och kan fokusera på pedagogen.

Tonvikten måste hela tiden ligga på lyhördhet inför barnets signaler. Det är barnet självt som känner och visar vad h-n mår bäst av. Vill barnet sitta mitt i klassrummet och mår bättre av det så ska det självklart få göra det. Beroende på ålder på barnet så anser Görsing att undervisning i små grupper kan vara en god pedagogisk åtgärd.

Det är ytterst viktigt att uppmärksamma förändringar i beteendet hos barnet. Vissa kan bli utåtagerande och ibland även aggressiva, andra blir undvikande och inåtvända. De barn som blir aggressiva spelar ofta upp det som sker i deras inre och de kan i dessa fall bli ”farliga” för sig själv eller sin omgivning. Det jag som pedagog kan göra då är att försöka lugna men det är viktigt att tänka på att vara väldigt tydlig och att alltid förvarna barnet om vad jag tänker göra. Om barnet skulle få exempelvis en panikångestattack är det oerhört viktigt att jag som pedagog är försiktig med kroppskontakt. Jag ska alltid i förväg tala om vad jag kommer att göra och alltid vara ett steg före. Jag kan till exempel säga: ”nu kommer jag att lägga handen på din axel”. Jag måste vara mycket tydlig och vid minsta tvekan inför kroppskontakt – låta bli!

Uppmärksammar jag förändringar i beteendet hos ett barn ska jag som pedagog direkt signalera till specialpedagog och elevvårdsteam. Öppna kanaler måste hela tiden gälla kring dessa barn. Det är dock viktigt att inte övertolka något. Vissa av de symtom som kan tyda på PTSD kan lika gärna vara naturliga stadier i barnets utveckling.

Som pedagog kan jag underlätta för barnet genom att ge det verktyg för att hitta ett lugn och därigenom hjälpa sig själv. Görning föreslår övningar i Mindfulness och avslappning.

Viktigt att tänka på är dock att regelrätt avslappning kan framkalla prestationsångest hos barn med PTSD. Avslappningen kan tvärtom göra att barnet blir mer spänt och känner misslyckande. Precis som vid alla andra tillfällen gäller det att vara väldigt lyhörd för barnets signaler.

Via PET-scan kan man kontrollera hjärnan och man har funnit att hippocampus krymper hos människor med PTSD. Detta i sin tur påverkar inlärningsförmågan och kan exempelvis vara ett uttalat problem hos flyktingbarn. Görning betonar vikten av att inte kritisera barnet om en sådan situation uppstår. Det är viktigt att känna till att inlärningssvårigheterna har en biologisk orsak och inte beror på ointresse eller lättja.

I takt med att barnets PTSD behandlas och förbättras så återgår hippocampus till normal storlek igen. Ju bättre barnet mår, desto mer återställd blir hippocampus.

Avslutningsvis understryker Christina Görning vikten av att det finns hjälp och att det finns hopp!

5.1.2 Intervju 2

Intervju med Dr. Wendy D’Andrea och Dr. Bessel van Der Kolk, Trauma Center, Boston, 2009-09-03 via Skype kl. 19.00–20.30 (svensk tid). Intervjun har återgivits med mina egna ord¹¹. Mina frågor har markerats med “Q” (Question) och svaren med “A” (Answer).

The three main areas for this interview are:

- 1) Biological: The brain.
- 2) Complications in school: Learning-disabilities etc.
- 3) Enlighten teachers about PTSD and help them come to an understanding so they can help these children the best way they can.

Q: So, what really happens in the brain for children with PTSD?

A: This is not yet entirely clear, but I can provide some guidance. First, PTSD is only one of the outcomes of childhood trauma. PTSD as a diagnosis was designed to capture the

¹¹ Eftersom intervjun hölls på engelska har jag valt att återge den på originalspråket för att undvika att viktig information gick förlorad i översättningen.

symptoms of men who went to war; as such, it is not a great diagnosis for understanding children. For example, kids don't seem to have flashbacks in the same way adults do. However, there are some neurobiological findings that appear consistent. The prefrontal areas, which are responsible for concentration and behavior inhibition, appear impacted. See the attached papers for more studies.

Q: Since the brain is not yet fully developed, will hippocampus go back to its normal size again when the children get better, like the way it does with adults?

A: We don't even know for sure if it goes back to normal size with adults. The studies on this topic in adults are extremely preliminary. Some would argue that the hippocampal size differences associated with PTSD are genetic and are risk factors for PTSD, not consequences of PTSD/trauma. The hope is of course that brain development is corrected with treatment, but no one has ever studied it in kids.

Q: What kind of problems can be expected; Difficulties with memory, concentration, problem with sense of time?

A: In a school setting, one can expect the following:

- Difficulties connecting behavior with consequences.
- Difficulties interpreting social cues—hypersensitivity to anger and threat; and then reacting defiantly or aggressively as though threatened.
- Clinginess, regression to younger behavior.
- Inability to inhibit behavior.
- Appearing “hyperactive”.
- Attention-seeking behaviors or excessive independence.
- Spacing out, not hearing what a teacher says.
- Uneven performance — really good one day, and terrible another day.
- Difficulties with memory and concentration, disorganization.
- Extreme tiredness resulting from sleep disruptions.

Q: Do you have any advice for teachers who work with these children in their classrooms etc.? Increase the understanding about PTSD, instead of see them as “problem-kids” and some advice on how to set up the classroom to minimize stimuli and where children with PTSD is best placed in the room?

A:

- Education on PTSD is a must. Frequent meetings with caregivers are important; they can explain what's going on with the kid outside of school.
- Provide a combination of predictability and flexibility; create structure with very clear expectations, but adapt to the child in a non-punitive way when he or she is distressed
- Consult with the child (especially if an adolescent) in formulating plans for them. This helps to provide them with a sense of control and creates buy-in.
- Create a designated space where a child can go and take time to calm down without punishment; designate "safe people" and mentors who the kid can talk to at any time when needing to calm down.
- Help the kid recognize when he or she is becoming agitated, rather than waiting for an explosion.
- Consider "time in" rather than "time out"; a kid who is struggling may succeed when placed closer to the teacher, rather than in exile.
- Allow a kid to move around the room when necessary—feeling trapped can exacerbate stress. Some kids can work standing up but not sitting down. Some kids might do well if they have something to hold in their hands while the teacher is talking.
- Structure the day to incorporate lots of physical activity, especially before demanding tasks.
- Help the kid to build competency by using them as helpers in the classroom.
- Use lots of praise and immediate feedback.
- Provide clear directives (for example, say "sit in your chair now" instead of "stop messing around.") The kid might not know what in their behavior is considered messing around.

5.1.3 Intervju 3

Samtal med psykolog och leg. psykoterapeut Anders Eliasson, Enhetschef vid Center för Traumatisk stress i Karlstad, telefonsamtal 2009-09-07 kl. 9.30–10.30. (Detta var från början tänkt som en strukturerad intervju men utvecklade sig istället till mer ett samtal.) Samtalet har återgivits med mina egna ord.

Diagnosen PTSD förutsätter att trauma har skett någon gång i livet och det är även den enda diagnos där det redan i namnet talar om vad diagnosen står för. Alla som varit utsatta för trauma utvecklar inte PTSD, utan det handlar om i vilken mån bearbetning har skett och om

man accepterat att något hemskt har hänt men att det inte sker här och nu, att det har integrerats hos personen.

Det kan vara svårt att diagnostisera barn då symtombilden inte alltid är lika väl utvecklad som hos vuxna samt kan vara väldigt snarlik ADHD. En stor del av barn med ADHD har PTSD och innan diagnosen ADHD sätts, borde barnet få traumabehandling för att se om symtomen kvarstår eller försvinner. Svarar barnet bra på behandling, så är det nog snarare så att barnet har PTSD och inte ADHD.

Dissociation är även väldigt vanligt hos barn liksom hos vuxna med diagnosen, då de blandar ihop nu och då, här och där och inte kan förmå sig att lära sig klockan eller läsa av kartor. Även flashbacks händer barnet men ter sig olika från vuxna, så vuxna har ett språk och kan förklara mer vad som händer och vad de ser etc. Barn med PTSD agerar mer utåt, eftersom de inte har en tillräckligt utvecklad vokabulär för att förklara vad som händer inom dem, de kan inte förklara ångestpåslagen eller sätta ord på vad som händer. Barn kan höra röster eller se syner vid dissociation och flashbacks, men har svårigheter att kommunicera det med de omkring dem. Även mardrömmar kan ses som flashbacks – maskerade flashbacks då undvikande av jobbigt material i vardagen är vanligt - och barn verkar ha mardrömmar i större utsträckning än vuxna med PTSD.

Många barn med diagnosen vill röra på sig, är aktiva etc. som ett sätt att lindra ångestpåslagen. Aktivitet som ångestreducering eftersom undvikandebeteendet är starkt.

En mycket viktig komponent här är att som vuxen och som pedagog **VÅGA FRÅGA** barnet när man inte förstår beteendet etc. Barnet kanske inte svarar, men känner att någon ser det och bara det är en hjälpare hand på vägen. Om man som pedagog redan vet att barnet har PTSD, behöver man använda sig av ”fingertoppskänsla” för att se hur barnet mår den dagen och vad det verkar klara av. Vägen för de här barnen är långt ifrån spikrak, den är snarare krokig och svår och skolan har ett hästarbete framför sig vad gäller tydlighet, gränssättning och ”särbehandling” – sluta vara ett fyrkantigt system och se till individens behov och inte till gruppen. Exempelvis så är det omöjligt för ett flyktingbarn med PTSD att lära sig svenska – inlärningsförmågan är satt ur spel och det är inte av lathet som barnet inte kan ta till sig och lära sig, utan det finns biologiska och psykologiska orsaker bakom beteendet.

Pedagoger bör få veta om ett barn har diagnosen PTSD, helt enkelt för att förstå (ej behandla!) barnets beteende på ett annat sätt och inte bli upprörd och irriterad om barnet dagdrömmer, ”försvinner bort” etc. Det skall vara adekvat information som hjälper både barnet och pedagogen i skolan. Det är också oerhört viktigt att pedagogen och föräldrarna har

regelbunden kontakt och att även andra vuxna omkring barnet får information så att de förstår varför barnet beter sig som det gör, vilket i sin tur leder till avlastning för barnet.

Den pedagogiska världen behöver ”rustas upp” och bygga upp viss kompetens för att förstå barn med PTSD.

5.1.4 ”Jennys” berättelse

Telefonintervju 2009-09-08 kl. 17.30–20.05.”Jenny”, grundskollärare 1-7, 8 september 2009¹²

”Jenny” är verksam på en 0-5:skola i utkanten av en större stad där hon arbetade tillsammans med ”Ida”, en flicka med diagnosen PTSD, i år 1-3. Vi bestämde att ”Jenny” skulle skriva ner sina upplevelser efter att jag hade intervjuat henne, eftersom det blev för mycket för mig att få grepp om efter vårt samtal och det kändes viktigt för mig att få med allting. Detta är alltså ”Jennys” tankar kring och erfarenheter från de tre år hon jobbade med ”Ida”:

”Att ha ett barn med diagnos PTSD i klassen är inte alltid lätt. Jag som lärare fick tillsammans med elevhälsovården och övrig berörd personal sitta ner innan den här flickan – vi kan kalla henne för ”Ida” – skulle komma till vår klass. Vi skulle få information om PTSD och hur vi skulle lägga upp undervisningen för den här eleven. För mig var diagnosen relativt okänd och kände inte direkt att det här skulle bli några som helst problem, men tji fick jag!

Föreställ dig att det kommer in en liten blond flicka i klassen, lite liten för sin ålder och med stora ögon. Jag kände ett lugn, det här skulle inte bli några problem, men redan första dagen började jag och elevassistenten märka att hon skiljde sig från de andra. Hon tog inte kontakt med andra barn, hon verkade ha svårt att uppfatta instruktioner och jag märkte att det enda hon hade skrivit före lunch, var endast sitt eget namn på ett papper och det var felstavat! Jag tog henne i handen för att gå iväg till maten utan att tänka mig för och den lilla kroppskontakten som hon inte var beredd på fick henne att slita sig loss från mig, sjunka ner på golvet och gömma sitt ansikte i händerna. Jag reagerade direkt med att sätta mig ner och lägga min hand på ”Idas” huvud och fråga vad som hände men hon verkade inte tillgänglig. Elevassistenten hade gått iväg till maten med övriga barnen och jag tillkallade skolpsykologen för att hjälpa mig och ”Ida” i det här.

Så här följde resten av första veckan – kroppskontakt när hon inte var beredd fick henne att ”försvinna bort” och göra sig otillgänglig för oss andra och vi fick helt enkelt vänta ut henne.

¹² På grund av anonymiteten är både ”Jenny” och ”Ida” fingerade namn.

Någon som hon kände förtroende för var tvungen att finnas hos henne i klassrummet och det blev svårt eftersom "Ida" tydde sig mer till mig än till elevassistenten och fritidspedagogen. De andra barnen i klassen behövde ju mig som lärare så vi visste inte riktigt hur vi skulle lösa problemet. Vi bestämde att fritidspedagogen skulle gå med mig och "Ida" så att de kunde bygga upp en relation medan jag fortfarande kunde finnas där hela tiden men samtidigt också vara den lärare som resten av klassen behövde. Kortfattat kan jag säga att det här som tur var fungerade och efter några veckor fanns fritidspedagogen vid "Idas" sida hela dagarna, eller när hon behövde och ville det, och "Ida" började bli mer delaktig i skolarbetet. Jag var fortfarande naiv och trodde att nu var allting i sin ordning, men nej.

"Ida" gick ifrån att vara klängig, till att ta avstånd och fram och tillbaka. Hon reagerade väldigt på saker/stimuli som vi andra inte ens hade märkt. Hon var väldigt känslig för ljud och ljus, men vi visste aldrig vad det var som kunde trigga henne. Det här ledde till att hon ibland nästan verkade känna sig attackerad, hon blev på sin vakt och kunde bli oerhört utåtagerande och aggressiv. Hon bet de som kom nära, slängde saker och skrek och blev sen bara tyst, som att hon gick från att försvara sig från något vi andra inte såg till att ge upp. Jag fick senare förklarat för mig att den tystnaden etc. var dissociation. "Ida" hade svårt att se konsekvenserna av sitt agerande och hade fortfarande stora svårigheter att ta till sig information. Jag kunde se att hon tittade på mig under genomgångar, att hon lyssnade likt de andra barnen, men så fort jag slutade prata och de andra satte igång med skolarbetet, så verkade det som att "Ida" inte hade en aning om vad jag pratat om eller vad hon skulle göra. Hon hade stora svårigheter med minnet och koncentrationen. Vi gjorde samma övningar varje dag men de verkade nya för henne varje gång och jag började bli frustrerad! Jag hade ett barn i min klass som kunde få hemska utbrott, som hade ett utåtagerande beteende. Ett barn som försvann in i sig själv när det blev jobbigt och som inte verkade kunna ta till sig ny information. Det var absolut ingen idé att arbeta med klockan, stavning etc., det gick helt enkelt inte. "Ida" var ofta trött och sedan, utan att jag kunde förstå varför, så blev hon plötsligt hyperaktiv och social. Jag visste inte längre vad jag skulle göra och tillkallade ett möte med skolpsykolog, fritidspedagog, föräldrar och även BUP.

Jag fick nu veta vilket slags trauma "Ida" hade varit med om. BUP förklarade för mig vad PTSD egentligen handlade om och hur vi kunde underlätta skoldagen för henne. Fritidspedagogen och jag gjorde massor av "kom-ihåg-lappar" i glada färger och vi laminerade in ett papper för varje dag så "Ida" kunde se hur hennes dag skulle se ut. Vi fick anpassa oss efter henne och hennes aktuella mående och vi hade blivit tillsagda att inte försöka tvinga henne att hänga med i den vanliga undervisningen. Vi hade fått förklarat för

oss att det finns en biologisk orsak till varför ”Ida” nu hade sådana svårigheter i skolan. Det var att ett område i hjärnan, som kallas hippocampus, krymper vid PTSD och då är det rent ut sagt omöjligt att ta till sig ny information. Hjärnan och kroppen sa i ”Idas” fall ifrån att de inte orkade och att de måste få vila tills ”Ida”, genom terapi, hade jobbat sig ur den PTSD som nu ”höll henne fången”. Ju bättre ”Ida” skulle börja må, ju mer skulle hippocampus återgå till sin vanliga storlek och då kunde hon tillgodogöra sig information i större grad. Nu hade vi förklaringar till hennes beteende och vi hade fått tips om hur vi skulle jobba med henne.

Fritidspedagogen gick nu med ”Ida” varje dag och satt bredvid henne i klassrummet. Hon jobbade efter sitt individuella arbetsschema och hon fick tillåtelse att vara uppe och röra sig om hon kände sig rastlös, eller sitta och vila i soffan en stund och titta i böcker om hon kände sig trött. Vi samarbetade tätt med hennes föräldrar, BUP och även skolhälsovården och vi fick tillvaron att gå ihop men jag som lärare har aldrig tidigare varit så trött som jag var under tiden jag hade ”Ida” hos mig. Jag skyller absolut inte på henne, men det var så mycket svårare än jag hade trott! Trots det lärde jag mig otroligt mycket. Jag kartlade hennes kunskapsnivå och vi utarbetade ett åtgärdsprogram och vi strävade långsamt mot att nå dit vi skulle nå.

Jag hade ”Ida” hos mig i tre år och det blev en ”framgångssaga” men det krävde mycket, mycket jobb från oss och framför allt från ”Ida”. Fritidspedagogen följde med henne när hon började fjärde klass nu efter sommaren och efter vad jag hört så går det bra! Jag tittar in då och då för att se hur hon mår och hennes nya lärare och jag samarbetar för att hon ska må så bra som möjligt!

Tiden med ”Ida” har lärt mig massor, framför allt har jag blivit medveten om hur lite (eller snarare ingenting) jag kunde innan! Vi i skolan behöver mer kunskap om den här diagnosen. Vi får information om ADHD och andra neurologiska diagnoser, men ingen berättar om PTSD.”

5.2 Sammanfattning

I intervjuerna och berättelsen framkommer att PTSD är den enda psykiatriska diagnos där orsaken finns beskrivet i namnet (Posttraumatic Stress Disorder). Det är viktigt att känna till att PTSD inte är något man föds med utan ett tillstånd som orsakas av ett trauma. Det kan vara svårt att diagnostisera barn då symtombilden inte alltid är lika väl utvecklad som hos vuxna samt kan påminna väldigt mycket om ADHD. Det finns alltid en risk att man övertolkar något, vissa av de symtom som kan tyda på PTSD kan lika gärna vara naturliga stadier i barnets utveckling och det är det viktigt att vara medveten om.

Forskning har visat att hippocampus krymper hos människor med PTSD, något som i sin tur påverkar inlärningsförmågan negativt. Då hippocampus påverkats är det omöjligt för barnet att ta till sig ny information eftersom hjärnan och kroppen stänger av för att få vila. De personer jag intervjuat är dock oense om huruvida hippocampus kan återfå sin normala storlek eller inte. Görning anser att den kan återgå till normal storlek, i takt med att barnets PTSD behandlas och barnet mår bättre. D'Andrea är däremot inte alls lika säker, hon nämner att vi i nuläget inte ens vet om hippocampus kan öka i storlek hos vuxna vid behandling med PTSD, än mindre hur det är hos barn eftersom det ännu inte gjorts någon forskning kring detta. I resultatet framkommer även meningsskiljaktigheter angående om förminskningen av hippocampus är en orsak till PTSD eller en negativ effekt av densamma.

Flera av de intervjuade betonar att man måste ha i åtanke att det faktiskt finns en biologisk orsak till hur barn med PTSD kan agera i skolan och att det därför är av yttersta vikt att man inte kritiserar eller bestraffar ett icke önskvärt beteende. Inlärningssvårigheter hos barn med PTSD beror inte på ointresse eller lättja utan har rent biologiska orsaker. Man lyfter fram hur viktigt det är med beröm och omedelbar feedback för att lyfta barnets självförtroende.

Barn med PTSD kan uppvisa en rad olika, mer eller mindre allvarliga, symtom och beteenden. Några exempel är kraftiga reaktioner på yttre stimuli som ljud eller ljus, rädsla för kroppskontakt, hyperaktivitet, utåtagerande beteende eller aggressivitet. Aggressiviteten beror oftast på att barnet upplever en situation som hotfull och därmed försvarar sig med alla medel. Barnet har också ofta svårt att tolka sociala mönster och det har problem med att koppla samman sitt agerande med de konsekvenser det kan få.

Barn med den här diagnosen har problem med minne och koncentration. De kan ha svårt att ta in och organisera ny information vilket leder till svårigheter vid inläring. En orsak till detta kan vara dissociation, d v s att barnet försvinner in i sig själv i situationer som upplevs som jobbiga. I dessa fall är det omöjligt för barnet att lära sig saker.

Alla intervjuade är överens om att det krävs utbildning för att kunna arbeta med barn med PTSD men att det är något som saknas i lärarutbildningarna idag. Det ges ofta mycket information om andra neurologiska diagnoser, exempelvis ADHD, medan PTSD är betydligt mindre känt. Pedagoger och andra berörda vuxna måste få adekvat information och kunskap om vad diagnosen innebär och hur man ska hantera de problem som kan uppstå. En regelbunden föräldrakontakt är nödvändig för att stämma av vad som händer både i och utanför skolan. Det är också viktigt att även andra vuxna omkring barnet får information så att de förstår varför barnet beter sig som det gör. Detta leder i förlängningen till en avlastning även för barnet. För att kunna hjälpa barn som lider av PTSD är det viktigt att den

skolpersonal som arbetar med barnet får stöd och utbildning i hur man hanterar problematiken.

Ett barn med PTSD behöver ha åtminstone en trygg vuxen som alltid finns där för barnet, inte nödvändigtvis i barnets fysiska närhet men som är tillgänglig närhelst barnet behöver stöd. Detta kan vara klassläraren men även en assistent, en fritidspedagog eller någon annan personal på skolan. Det är dock oerhört viktigt att betona att det psykologiska ansvaret för barnet alltid måste ligga på en psykolog. En lärare ska enbart ha ett pedagogiskt ansvar. En pedagog ska aldrig behandla PTSD, däremot finns det mycket som skolan kan göra för att underlätta för ett barn med denna diagnos.

När pedagoger möter barn med denna problematik måste de erbjuda en trygghet genom att sätta tydliga gränser. Barn med PTSD behöver både förutsägbarhet och flexibilitet, mycket beroende på dagsformen. Det är oerhört viktigt att skapa struktur och förutsägbarhet med tydliga och väl avgränsade mål så att barnet vet exakt vad som förväntas av honom eller henne. Detta kan exempelvis göras genom ett bildschema där barnet kan se vad som ska hända under dagen. Tonvikten måste hela tiden ligga på lyhördhet inför barnets signaler. Ju äldre barnen blir desto mer kan man även involvera dem i dagsplaneringen. Detta ger en ytterligare ökad känsla av kontroll och delaktighet.

Det är ytterst viktigt att uppmärksamma förändringar i beteendet hos barnet och som pedagog måste man vara beredd på väldigt ojämna prestationer. Om barnet har en bra dag kan det kanske hänga med i undervisningen, nästa dag kan det vara en fullständig tillräcklig utmaning att bara klara av att befinna sig i klassrummet. Då är det orimligt att kräva att barnet ska hänga med i det arbete som klasskamraterna utför. En mycket viktig komponent här är att som vuxen och som pedagog våga ställa frågor till barnet när man exempelvis inte förstår ett visst beteende eller en viss reaktion.

Ofta behöver barn med PTSD extra fysisk aktivitet, de kan behöva få röra sig runt i klassrummet eller ta en kort promenad utomhus för att få utlopp för den stress som byggs upp inombords. Andra saker som kan underlätta skoldagen är att ge barnen verktyg för att hitta ett lugn och därigenom hjälpa sig själv. Här föreslår man till exempel övningar i Mindfulness och avslappning.

Avslutningsvis är alla intervjuade överens om att PTSD inte är en kronisk diagnos.

6. Diskussion och analys

I min tidigare diskussion från ”*Vetenskaplig portfolio*” (Pettersson, 2008b) fick jag ta del av mycket information om PTSD och inlärningsproblematik och bygger nu vidare på den forskningen. Även om artiklarna och i viss mån litteraturen jag läst har gett mig mycket kunskap är det dock i slutändan intervjuerna och samtalet som bidragit med de mest givande svaren på mina frågeställningar. Därför kommer jag i diskussionen framför allt att utgå ifrån dessa och bara i vissa fall komplettera med skrivet material.

Resultat av hittills gjord forskning visar att hippocampus krymper hos människor med PTSD.

“/.../ several studies have now shown that trauma leads to a decrease in the size of the hippocampus, which is likely to have an effect on the capacity to remember and to integrate incoming information into existing mental schemata.” (Van der Kolk, 2007, s. 569)

Förändring i hippocampus visar på tydlig problematik vid exempelvis skolarbete. Detta i sin tur påverkar inlärningsförmågan och kan exempelvis vara ett uttalat problem hos flyktingbarn. Det är viktigt att känna till att inlärningssvårigheterna har en biologisk orsak och inte beror på ointresse eller lättja. I takt med att barnets PTSD behandlas och förbättras så återgår hippocampus till normal storlek igen. Ju bättre barnet mår, desto mer återställd blir hippocampus. (Van der Kolk, 2007)

Forskningen kring hur PTSD påverkar inlärningsförmågan hos barn har nyss börjat och ingen kan därför ge några konkreta svar än. De är överens om att konsekvenserna av PTSD är markanta och ses som exempelvis informationshämmande, men ingen har egentligen något svar på om dessa konsekvenser är permanenta eller vad bieffekterna kan bli. I intervjuerna framkommer att ytterligare forskning är nödvändig för att få en bättre inblick. D’Andrea och van Der Kolk säger att “*PTSD as a diagnosis was designed to capture the symptoms of men who went to war; as such, it is not a great diagnosis for understanding children*”.

Det här visar på allvarliga konsekvenser för barn som lider av PTSD. Silva tar upp problem med minnesfunktion, tankeorientering och hur det i längden skadar skolgången.

“/.../ if stress can in fact damage the brain and cause problems with memory, learning, and cognition, the potential for further consequences on academic and social development makes it important to understand this in order to help the affected children develop optimally.” (Silva, 2004, s. 86)

En annan aspekt av problematiken är att barn kan fly tillvaron genom att fördjupa sig i skolarbete och prestera långt över förväntan. Genom dissociation som är vanligt vid PTSD, byter barnen fokus och kan många gånger uppfattas som överbegåvade. (Van der Kolk, 2007)

“/.../ people with PTSD have difficulty neutralizing stimuli in their environment in order to attend to relevant tasks. To compensate, they tend to shut down. However, the price for shutting down is decreased involvement in ordinary, everyday life.” (Van der Kolk, 2007, s. 222)

I samtalet med Eliasson framkom att barn som lider av PTSD kan bli än mer dissociativa än vuxna, på grund av att de saknar en tillräcklig vokabulär för att förklara vad som händer inom dem. De kan inte förklara ångestpåslagen eller sätta ord på vad som händer. Reaktionen på detta kan bli att de agerar utåt blandar ihop nu och då, här och där. Detta leder i sin tur till stora inlärningssvårigheter, barnen kan till exempel inte förmå sig att lära sig klockan eller läsa av kartor eftersom allt blir ett enda ”virrvarr”.

Alla forskare är eniga om att fortsatt forskning är av yttersta vikt för att bättre kunna förstå hur barn med diagnosen PTSD fungerar, eller inte fungerar. Forskarna är även överens om att PTSD är mer komplex än tidigare forskning visat. Här uppstår ett problem då man måste ta hänsyn till tidsfaktorn. Det går inte att undersöka huruvida barn kan bli återställda från PTSD förrän de blir vuxna (D’Andrea, 2009).

“How do the biological effects of trauma continue to affect people’s capacity to think and make sense out of current experience? /.../ The unknown is the worst enemy of knowledge. This book is a body of work to be criticized and reacted against; only a critical reading will help us further define what we do not know, and determine the scope of future explorations. (van Der Kolk, 2007, s. 572)

Jag har fått svar på mina frågeställningar, framför allt genom de givande intervjuerna och samtalen. Jag känner att jag har fått en större inblick i och kunskap om hur skolsituationen för ett barn med PTSD kan se ut och även hur det påverkar de som arbetar med barnet. Jag har fått mycket kunskap kring hur barn med PTSD kan agera och jag har fått tips och verktyg för hur jag på ett bättre sätt kan upptäcka och hjälpa dessa barn. Genom samtalet och intervjuerna har jag fått många bra råd som jag tar med mig inför framtiden. Några exempel är att våga fråga barnet, att vara tydlig i mitt språk och använda mig av instruktioner och tillsägelser som barnet kan förstå och ta in och att alltid utgå ifrån dagsformen och hela tiden vara uppmärksam på tecken på att barnet inte orkar. Dessa tecken kan dessvärre ofta sammanblandas med andra svårigheter (exempelvis utåtagerande beteende, koncentrationsstörningar och aggressivitet eller – som motpol – inåtvändhet eller bristande uppmärksamhet) och det är därför viktigt att inte ”avfärda” barnen som jobbiga. Man måste vara medveten om att det finns en anledning till beteendet, vilket exempelvis kan vara ångestpåslag eller dissociation. När barnet får dessa ångestpåslag befinner de sig i traumat och upplever därför omvärlden som farlig eftersom de inte kan skilja på ”då och nu”. Det här kan uppfattas som ett ganska otäckt beteende som kan vara skrämmande att se och det är här man

ser hur viktigt det är att lärare och andra berörda vuxna i skolan får adekvat information om vad som hänt barnet och hur man ska hantera situationen.

Det finns många saker jag som pedagog kan göra för att underlätta för barn med PTSD men det absolut viktigaste är att jag får information om diagnosen och hur den påverkar barnet! Min uppgift är att se till att barnet på bästa möjliga sätt kan tillgodogöra sig undervisningen i skolan genom att vara lyhörd för barnets signaler och med hjälp av dessa göra avvägningar för att kunna lägga en bra nivå på arbetet. Jag måste hela tiden utgå ifrån vad barnet orkar med för tillfället och det kan skilja sig från timme till timme. Detta kan exempelvis innebära att barnet behöver sitta i soffan med en bok en stund, eller gå ut och gå.

Eftersom barn med PTSD ibland kan uppvisa ett aggressivt beteende kan det vara svårt att följa rekommendationen att aldrig tillrättavisa (eftersom detta kan uppfattas som ett hot). Det blir en svår avvägning för mig som lärare eftersom jag ju även måste tänka på de övriga barnen och jag kan inte "släppa igenom" ett oacceptabelt beteende. Här hoppas jag att kontakten med Barn- och ungdomspsykiatri och hemmet ska vara så pass god att en liknande situation aldrig kommer att uppstå. Ett barn som uppvisar svåra aggressiva tendenser bör inte vara i skolan under tiden detta pågår.

Andra saker som kan underlätta för barnet är att se till att det alltid finns en trygg vuxen som barnet kan vända sig till. Personen behöver inte nödvändigtvis alltid finnas i barnets fysiska närhet men ska alltid vara tillgänglig när barnet behöver det (som fritidspedagogen i "Idas" fall). Barnet behöver även mycket beröm.

Det jag ställer mig frågande till angående styrdokumentet är de krav som ställs på måluppfyllelse etc. Barn med PTSD kan helt sakna förmåga att ta till sig kunskap och jag anser därför att man måste anpassa både läroplan och kursplaner efter barnets individuella behov. Även vid nationella prov måste man fundera kring hur dessa kan genomföras (om de överhuvudtaget ska genomföras?), med barn som lider av PTSD. Det finns både biologiska och neurologiska skäl till inlärningssvårigheterna och det måste man ta hänsyn till.

Jag är kritisk till att diagnosen inte tas upp i lärarutbildningen (åtminstone inte här i Karlstad) och att även många yrkesverksamma lärare verkar sakna kunskap om PTSD. Det är en diagnos som måste bli "erkänd" i skolan på samma sätt som exempelvis ADHD eftersom även dessa barn är i stort behov av en anpassad skolgång. Man kan tvingas frångå styrdokumentet helt och jag ställer mig frågan hur detta kan göras på bästa möjliga sätt.

Till sist måste man komma ihåg att detta är en diagnos som inte är permanent utan kan påverkas med ökad läkning och anpassad studiegång kan därför vara nödvändig under en begränsad tid.

Jag hoppas att jag med denna uppsats har gett en liten inblick i hur barn med PTSD fungerar och därmed bidragit till att göra skoltillvaron enklare för dessa barn.

Jag vill avsluta med en kort liknelse som på ett ganska tydligt sätt visar hur barn med PTSD skiljer sig från andra barn genom att de ständigt har full flyktberedskap och hela tiden är på sin vakt. För ett barn med PTSD handlar hela livet om att undvika fara och det kräver konstant vaksamhet och beredskap. För att ge en tydligare bild av hur en situation skulle kunna te sig för ett barn med PTSD, jämfört med dig själv - föreställ dig att du och det här barnet är ute och går i djungeln. Barnet kanske hoppar till hundra gånger, ifall att det finns en tiger någonstans, medan du hoppar till en gång när du hör något prassla i buskarna eller kanske skymtar något som skulle kunna vara en tiger. Du kan med hjälp av logiskt tänkande räkna ut att risken att möta en tiger inte är särskilt stor, speciellt inte om du inte hör några ljud. För ett barn som lider av PTSD är det betydligt svårare att låta logiskt tänkande styra. Sjukdomen har barnet i ett så starkt grepp att den inte tillåter barnet att slappna av ens för en sekund. Även om det aldrig kommer någon tiger är barnet ständigt förberett på att fly en eventuell fara.

6.1 Förslag till vidare forskning

Eftersom forskningen bara har börjat finns det mycket kvar är att allt fler kommer att uppmärksamma diagnosen PTSD och dess påverkan på barns inlärningsförmåga. Information om PTSD borde ingå i lärarutbildningen. I takt med att forskningen fortskrider skulle jag föreslå att man, på ett etiskt försvarbart sätt, försöker ta del av barnens egna erfarenheter av att leva med PTSD. Det är ju trots allt i slutändan barnen som kan ge de bästa svaren på vad som hjälpt dem under deras skolgång. Ytterligare en vinkling skulle kunna vara att ta reda på vad verksamma lärare egentligen känner till om diagnosen PTSD.

7. Referenser

7.1 Skrivna källor

7.1.1 Tryckta källor

Abdulbaghi, A. (1999): "*Childhood trauma and Posttraumatic stress disorder.*" Department of Neuroscience, Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University Hospital, Sweden. Uppsala: Repro Ekonomikum.

Backman, J. (1998): "*Rapporter och uppsatser.*" Lund: Studentlitteratur.

Bergström, G. & Boréus, K. (2000): "*Textens mening och makt.*" Lund: Studentlitteratur.

Ellneby, Y. (2004): "*Om barn och stress och vad vi kan göra åt det.*" Falköping: Natur och Kultur.

Hodgkinson, P. E. & Stewart, M. (1998): "*Coping with catastrophe.*" USA and Canada: Routledge.

Hännestrand, B., Lindholm, E., Moe, S., Ramos-Ruggiero, L., Rydmark-Venegas, A. & Söndergaard, H. P. (2005). "*Själens dolda sår*". Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph).

Marsh, D & Stoker, G. (2002): "*Theory and methods in political science*". Great Britain: Creative Print & Design (Wales).

Silva, Raul. R. (2004): "*Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents.*" United States of America: W. W. Norton & Company.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (2007): "*Traumatic stress, the effects of overwhelming experience on mind, body and society*". New York: The Guilford Press.

Vetenskapsrådet (1990): "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" Vetenskapsrådet: Elanders Gotab.

7.1.2 Vetenskapliga artiklar

Cohen, Judith A, Perel, James M., Debellis, Michael D, Friedman, Matthew J. & Putnam, Frank W. (2002): "*Treating traumatized children: Clinical Implications of the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*". Sage Publications: Trauma, Violence & Abuse, Vol. 3 nr 4 2002 s. 91-108.

Ito, Y., Teicher, M. H., Glod, C. A., Ackerman, E. (1998): "*Preliminary Evidence for Aberrant Cortical Development in Abused Children: A Quantitative EEG Study*". American Psychiatric Press, Inc.: Journal Of Neuropsychiatry, Vol. 10, nr 3 1998.

Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004): "*Childhood Neglect Is Associated with Reduced Corpus Callosum Area*". Society of Biological Psychiatry: Biological Psychiatry 2004;56 s.80–85.

Teicher, M. H., Andersen, S. L. Polcarib, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., Kim, D. M. (2003): "*The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment.*" Neuroscience and Biobehavioral Reviews nr 27 2003 s. 33–44.

Van der Kolk, B. A. (2001): "*The assessment and treatment of Complex PTSD.*" American Psychiatric Press Traumatic Stress, kapitel 7.

Van der Kolk, B. A. (2006): "*Clinical implications of neuroscience research in PTSD.*" New York Academy of Science, 1298, 17.

- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005):** "Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma." Journal of Traumatic Stress nr.18, s. 389-399.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005).** "Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states." Journal of Traumatic stress, 18, 401-412.
- Watts-English, Tiffany, Fortson, Beverly L., Gibler, Nicole, Hooper, Stephen R. and De Bellis, Michael D. (2006):** "The Psychobiology of Maltreatment in Childhood". Duke University: Journal of Social Issues, Vol. 62, nr 4, s. 717-736.
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M. & Van der Kolk, Bessel A. (2006):** "Dissociative symptomatology in Posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress." Journal of Trauma & Dissociation nr.7 s. 19-31.

7.1.3 Opublicerade källor

- D'Andrea, W., Spinazzola, J., van der Kolk, B. (2009):** "Phenomenology and Nosology of Symptoms Following Interpersonal Trauma Exposure in Children: A Review of Literature on Symptoms, Biology and Treatment". Manuscript under review; January 15, 2009.
- Pettersson, L.-M. (2008a):** "Kämpa för att leva: Hur kan jag som pedagog underlätta för barn med diagnosen PTSD?". Karlstad: Karlstads universitet.
- Pettersson, L.-M. (2008b):** "Vetenskaplig portfolio" Karlstad: Karlstads universitet.

Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B. C., Teicher, M. (2009): "Proposal To Include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM-IV". February 2, 2009.

7.2 Övriga källor

Personliga erfarenheter kring att arbeta med ett barn med diagnosen PTSD, nedskrivet av pedagogen "Jenny", september 2009.

Psykologiguiden (2009): "Posttraumatiskt stressyndrom, PTSS."

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=151&PTSS> 2009-09-26 kl 14.23

Skolverket (2006) "Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet. Innehåller en uppdaterad version av läroplanen Lpo 94 där ändringar t.o.m. SKOLFS 2006:23 finns införda".

<http://www.skolverket.se/publikationer?id=1069> 2009-09-26 kl. 13.55

Skolverket (2009) "Orsaker till försämrade skolresultat kartlagda: Social bakgrund har fått större betydelse". Pressmeddelande 2009-09-25.

http://www.skolverket.se/sb/d/2573/a/16797_20090926_14.09 2009-09-26 kl. 14.09

7.3 Muntliga källor

Görsing, Christina, psykolog och leg. psykoterapeut med inriktning mot trauma vid Öppenpsykiatriska mottagningen, Karlstad. Intervju 2008-02-15 kl. 11.00-11.00.

D'Andrea, Wendy, läkare och forskare vid Trauma Center i Boston, USA. Intervju via Skype 2009-09-03 kl. 19.00-20.30 (svensk tid).

Van Der Kolk, Bessel, psykiater vid Trauma Center i Boston, professor och forskare vid Harvard University, USA. Intervju via Skype 2009-09-03 kl. 19.00-20.30 (svensk tid).

Eliasson, Anders, Psykolog och leg. Psykoterapeut, Enhetschef vid Center för Traumatisk stress i Karlstad. Telefonsamtal 2009-09-07 kl. 9.30-10.30.
”**Jenny**”, utbildad grundskollärare 1-7 och verksam i grundskolans tidigare år.
Telefonintervju 2009-09-08 kl. 17.30-20.05.

Orsaker till försämrade skolresultat kartlagda: Social bakgrund har fått större betydelse

Segregering, decentralisering, differentiering och individualisering - fyra faktorer som tillsammans förklarar varför svenska elever presterar sämre i skolan idag jämfört med tidigt 1990-tal. Den slutsatsen drar Skolverket i en omfattande kartläggning. Svaret är viktigt, inte minst eftersom skolan står inför omfattande reformer.

Sedan mitten av 1990-talet har svenska elevers resultat i kunskapsmätningar försämrats. Nedgången märks tydligast i matematik och naturvetenskapliga ämnen men även i läsförståelse. För att förklara den negativa utvecklingen publicerar Skolverket rapporten "Vad påverkar resultaten i svensk grundskola?" Det är en bred kunskapsöversikt som belyser samhällsförändringar, reformer, resurser och arbetet i skolorna, från tidigt 1990-tal fram till idag. I den stora mängd forskning som analyserats utkristalliserar fyra faktorer som tillsammans har påverkat elevernas skolresultat negativt.

Segregeringen - har ökat

I början av 1990-talet infördes det fria skolvalet, bland annat blev det möjligt att starta fristående skolor. Samtidigt har boendesegregationen ökat. Sammantaget har det lett till att det blivit vanligare att elever med likartad bakgrund samlas på samma skola. Det har också inneburit att resultatskillnaderna mellan skolor och elevgrupper har ökat och att föräldrarnas utbildningsnivå har fått större betydelse. Den ökade segregationen har varit negativ för kunskapsutvecklingen. Kamrateffekter som är viktiga för i synnerhet lågpresterande elever förloras och lärarnas förväntningar på elevers prestationer får större genomslag.

Decentralisering - ett systemskifte

Under tidigt 1990-tal förändrades det svenska skolsystemet från att vara ett av världens mest centraliserade system till ett av de mest avreglerade systemen. Kommunerna tog över ansvaret för skolan. En av idéerna var att kommunerna med sin kunskap om lokala behov bättre skulle kunna fördela resurserna för att göra skolan mer likvärdig. Men idag ser vi att skolor ofta kompenseras blygsamt för socioekonomiska faktorer. Inte ens i de mest segregerade kommunerna tilldelas skolorna alltid extraresurser.

Differentiering - särlösningar allt vanligare

Grundskolan ska organiseras integrerat. Det är huvudprincipen enligt grundskoleförordningen. Men utvecklingen har gått i motsatt riktning. Det har blivit allt vanligare med särskiljande lösningar som till exempel särskilda undervisningsgrupper för elever i behov av stöd. Elever delas också in i olika grupper efter kunskapsnivå. För de lågpresterande eleverna kan det vara stigmatiserande och påverka självkänsla och motivation. I segregerade grupper påverkas elevernas resultat även av kamrateffekter och lärarnas förväntningar. Samma mekanismer som verkar segregera på skolnivå framträder alltså här på gruppnivå.

Individualisering - en förändrad lärarroll

Under 1990-talet infördes nya läroplaner och kursplaner utan direkta anvisningar om innehåll och metoder i undervisningen. Tanken var att lärarna skulle få mer utrymme att forma undervisningen efter elevernas olika förutsättningar och behov. Men resultatet har snarast blivit ökad individualisering i form av mer arbete på egen hand och mindre lärarledd

undervisning i helklass. Individualisering i den bemärkelsen påverkar elevernas resultat negativt och gör också att stödet hemifrån blivit allt viktigare.

En likvärdig skola?

Effekten av de förändringar som rapporten belyser är att skolan blivit allt mindre likvärdig. Stöd från hemmet har fått större betydelse för elevernas möjligheter att nå bra resultat eftersom skolan blivit sämre på att kompensera för elevers sociala bakgrund och olika förutsättningar.

För frågor kontakta

Lena M Olsson, undervisningsråd
08-527 332 69 eller 0733-77 32 69
Sverker Härd, enhetschef
08-527 333 11 eller 0733-77 33 11
Per Thullberg, generaldirektör
08-527 334 77 eller 0733-77 34 77