

ma ibland på ett mera subjektivt sätt ... Traumatisering kan därför inte användas för att förklara ett samhällsfenomen av den storlek som de asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom utgör.»

När man på detta sätt avvisar subjektivt upplevande är man tillbaka till den sorts ytpsykologi som förklarar stridsneuroser som simulering. I själva verket har personens subjektiva upplevelse, och individuella personlighet, stor betydelse för om en händelse blir traumatisk eller ej.

**Begreppet omedvetet förekommer inte i rapporten.** Visserligen citeras, ur en artikel i Läkartidningen, att »bakom den falska sjuka fasaden finns inte en frisk verklighet utan oftast en ännu sjukare och, åtminstone för individen själv, mer svårgripbar psykologisk störning som markeras av de självframkallade kroppsliga symtomen« [3]. Hade författaren begripit innebörden hade han inte fallit i tankegropen att det antingen rör sig om »aktiva aktörer« som simulerar, eller passiva offer för en ännu okänd sjukdom. Men dessvärre förmedlar rapporten just denna grova förenkling.

För det andra havererar orsaksresonemangen. Begreppet »multifaktoriell förklaringsmodell« blir en tom schablon eftersom rapporten använder vardagstänkandets orsaksbegrepp, som är otillräckligt för uppgivenhetssymtomen. Komplexa fenomen har komplexa orsaker, och när man – som i rapporten – beskriver statiska tillstånd och egenskaper i stället för att dynamiskt beskriva processer går komplexiteten förlorad.

**Orsaksresonemangen** kunde ha underlättats av de välbekanta uppdelningarna i proximala/distala, disponerande/utlösande och nödvändiga/tillräckliga orsaker. Det brukar också vara tryggt att hålla pappa Aristoteles i handen och använda hans fyra orsakstyper. I den aktuella frågan skulle dessa kunna vara följande:

- Effektiv orsak är hopplöshet eller uppgivenhet, den subjektiva upplevelsen att asyl aldrig kommer att beviljas.
- Materiell och formell orsak är psykets både omedvetna och medvetna processer, och de stress- och neurofysiologiska processer som kopplar ner från kortext till djupare system.
- Final (eller funktionell) orsak är strävan att överleva.

I rapporten finns emellertid inget försök att nyansera orsaksbegreppet.

Diskussionen om asylsökande barn med uppgivenhetssymtom har förenk-

lats på ett beklagligt sätt. Dessvärre gäller detta också denna officiella rapport. Förenklingarna har ibland lett till vulgära beskrivningar i främlingsfientlig stil, till exempel i reportage i Svenska Dagbladet under april och maj månad, som uteslutande tar fasta på de misstankar om simulering som förekommer i diskussionen. Det minsta man kan önska är att dessa förenklingar snarast korrigeras i en ny statlig rapport.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Replik:**

## Kihlboms psykiatriska aspekter räcker inte som förklaring

Psykologiska och psykiatriska aspekter räcker inte för att förklara samhällsfenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige under de senaste åren. Kihlboms inlägg är bara en i raden av politiska kommentarer. Vi välkomnar en vetenskaplig och objektiv diskussion om vår studies resultat.

I slutet av år 2004 fick jag i uppdrag av den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom att tillhandahålla »en analys av förekomsten av asylsökande barn med svåra stressreaktioner som uppgivenhet, avskärmning och regression«. Inom ramen för detta uppdrag har hittills tre rapporter presenterats: »Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning« (rapport 2005:1-2) [1, 2] samt »Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma,

### REFERENSER

1. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. SOU 2006:49.
2. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Rapport 2005:1 från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
3. Lundin A, Oldenburg C. Är vi alla lurade? Läkartidningen 2005;102:3906-12.

ma, kultur, asylprocess« (SOU 2006:49) [3]. Det är den senare rapporten som Magnus Kihlbom nu går till angrepp mot.

**Magnus Kihlbom verkar ha hittat** förklaringen till fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom redan innan han forskat i frågan. Han anklagar vår rapport (SOU 2006:49) för att inte vara tillräckligt vetenskaplig eftersom den inte har psykiatriska och psykologiska aspekter i fokus. Anklagelsen tyder på en snäv syn på vetenskaplighet – är dessa perspektiv en förutsättning för vetenskaplighet? Dessutom visar kritiken att författarens åsikter bygger på en bristfällig läsning. Rapporten innehåller både sociologiska, statsvetenskapliga och psykologiska perspektiv. Att psykologiska och psykiatriska aspekter inte lyfts fram i den utsträckning som Kihlbom önskar beror på att den »vederhäftiga empirin« visar att just dessa aspekter inte är tillräckligt relevanta för att förklara samhällsfenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige under de senaste åren.

**Författaren anklagar rapporten** för att vara generaliserande men låter sig själv förblindas av såväl generaliseringar som godtrogenhet. Författaren drar alla asylsökande över en kam och påstår att de varit utsatta för trauma och skräck i sina hemländer eller i Sverige. I sin iver att förkasta rapporten glömmer författaren att asylsökande inte enbart är personer som flytt krig och katastrofer. De länder som en majoritet av de asylsökande bar-



**NADER AHMADI**

docent vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet; prefekt vid Högskolan i Gävle nader.ahmadi@socarb.su.se

nen med uppgivenhetssymtom kommer från har i de flesta fall inte varit krigsdrabbade på många år (till exempel har Kazakstan och Kirgizistan varit förskonade från krig eller inbördeskrig sedan en mycket lång tid, kriget i Azerbajdzjan tog slut för mer än tio år sedan och de väpnade konflikterna i Kosovo och Serbien har upphört sedan början av 2000-talet). Många asylsökande har lämnat sina länder av andra skäl än krig och politisk förföljelse, till exempel flykt från sociala och ekonomiska svårigheter.

**Av de olika perspektiven** som diskuteras i rapporten verkar Kihlbom vara mest kritisk till det kulturella perspektivet. Han menar att ländernas kulturer utmärks av »påfallande många och olikartade kulturella, etniska, religiösa och socioekonomiska grupper«. Om Kihlbom hade läst rapporten noggrannare hade han upptäckt att vi betonat *tänkesätten*, vilka per definition är större än *kulturer*, men som även inbegriper kulturerna [4]. Därför kan man prata om ett individualistiskt västerländskt tänkesätt – med dess föreställningar om individen som en oberoende, självförsörjande och autonom del av en helhet, vilken utgör basen för all samhällskonstruktion.

**Synen på individen** och individens roll i den sociala ordningen i de tänkesätt som är dominerande i de undersökta

länderna gör det därför helt vetenskapligt legitimt att trots den kulturella mångfalden i länderna i fråga hänvisa till dessa kulturer som holistiska; dvs kulturer där individen betraktas som en odelbar del av en större helhet; en del vars identitet och legitimitet är definierad utifrån helheten. I det holistiska tänkesättet förkastas den platonska och kartesianska dualismen mellan bl a kropp och själ, heligt och profant, privat och offentligt. Individerna socialiseras i detta tänkande i att prioritera det kollektiva intresset framför sina privata.

**Som påpekats tidigare verkar** Kihlbom ha läst rapporten bristfälligt och varit ivrig att polemisera. Han ger en lektion om hur subjektiva upplevelser kan ha stor betydelse för att avgöra om en »händelse blir traumatisk eller ej« men glömmer samtidigt att syftet inte var att förklara ett enskilt fall av traumatisk reaktion. Förvisso har rapporten beaktat möjligheten att traumatiserande händelser kan förklara enskilda fall, men uppdraget handlade om att förklara ett samhällsfenomen som utvecklat på ett epidemilikhande sätt, med direkta kopplingar till asylprocessen och frågan om uppehållstillstånd.

Kihlbom kan inte heller förklara varför de presumtiva traumatiska händelserna framkallat uppgivenhetssymtom bland asylsökande barn endast i Sverige

eller varför asylsökande barn från andra länder, vilka varit i liknande situation, inte reagerat på detta sätt, varken under 2000-talet eller under tidigare decennier. Inte heller förklarar han varför ett tillfrisknande nästan alltid förutsätter ett positivt beslut om uppehållstillstånd.

**Tyvär kan inte Kihlboms artikel** betraktas som annat än ett i raden av politiska inlägg som på senare år publicerats om fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Vi välkomnar en vetenskaplig och objektiv diskussion kring vår studies resultat.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Rapport 2005:1 från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
2. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Rapport 2005:2 (uppdaterad version) från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
3. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. SOU 2006:49.
4. Dumont L. Essays on individualism. Chicago: University of Chicago Press; 1992.

## Etiska regler för politiker och sjukvårdsadministratörer

Dagens trängda situation inom sjukvården är en svår nöt att knäcka för Läkarförbundet, som inom sig rymmer starka grupperingar och särintressen. En tilltagande polarisering tycks kunna förmärkas i det att öppenvården och slutenvården slåss om samma ekonomiska kaka. Resultatet drabbar patienten, som hamnar i bakvatten. Varför detta? Jo, naturligtvis därför att patienten är beroende av båda parter och därtill av båda parter samverkan. Ingen grupp kan frälsa utan den andras medverkan.

**Klyftan tenderar att vidgas** genom ett otillräckligt samarbete mellan den slutna och den öppna vården. Över denna dualism svävar sjukvårdsadministratörer och politiker, som genomför den ena utredningen och omorganisationen efter den andra. Resultatet av dessa ingrepp – vare sig de är positiva eller negativa för den sjukvård som bedrivs på det skolgolvet – får sjukvårdens fotfolk order att genomföra. Detta är inte långt ifrån en

liknelse med de infanteritrupper som med klingande spel och marschorer från överordnade gick ut i krigets kaos och bedrövelse.

**Läkarförbundets etiska regler** anger i inledningen att »Den som vinner inträde i Sveriges läkarförbund skall ... inte medverka i sådan vård där frihet att handla efter [de etiska reglerna] saknas«. Vidare: »Läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet ... samt efter bästa förmåga bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna.«

Rimligtvis är dessa regler till för att efterlevas i praktisk verklighet. Så till exempel har patienter med höftfraktur enligt vetenskap och beprövad erfarenhet befunnits må avgjort bäst av att opereras snarast möjligt för en snabb rehabilitering, minskad risk för biverkningar och därmed minskad total vårdkostnad.

Nu går inte detta att genomföra på grund av platsbrist, ekonomiska bespa-

ringar m m. Sunt förnuft och patientomsorg får vika.

**Var går då gränsen** för läkarnas medverkan? Läkarna har ju redan pekat på åtgärder som ger optimalt utbyte för såväl patienten som ekonomin! Ansvariga lyssnar uppenbarligen inte till signaler och tar inte sitt ansvar för bristande resurser utan låter läkarna, enkannerligen kompetenta bakjourer, ägna drösvis med timmar åt att lösa akuta platsbrister för akut sjuka.

Akuta operationer skjuts upp. Övriga läkare på sjukhusen drabbas indirekt av svåradministrerade omprioriteringar, nya köbildningar och patientfrustration. Exempelen kan mångfaldigas.

Läkarrollen är på god väg att sättas ur spel. Var finns etiska regler för politiker och sjukvårdsadministratörer?

Hans Fredin  
ortoped, Malmö  
hansfredin@tele2.se