

# Trauma som orsak till uppgivenhetstillstånd bortförklaras i asylrapport

Att tillfrisknande nästan alltid förutsätter ett positivt beslut om uppehållstillstånd visar att negativa beslut om avvisning ofta har en kausal och traumatisk betydelse, skriver Magnus Kihlbom i denna replik till utredaren Nader Ahmadi.

I Läkartidningen 24–25/2006 (sidorna 1982–3) kritiserade jag på en rad punkter den senaste regeringsrapporten om asylsökande barn med uppgivenhetstillstånd (SOU 2006:49) för tendentiös förenkling av ett sammansatt orsakssammanhang. Att rapporten nyligen JO-anmälts av två riksdagsmän förvånar inte.

**I sitt svar i samma nummer** fortsätter rapportförfattaren Nader Ahmadi att försöka förklara bort trauma. »En majoritet« av barnen skulle komma från områden som »i de flesta fall« inte varit krigsdrabbade på många år. Detta påstående är missvisande: de oroliga och våldsamma samhällsförhållandena – som han själv beskriver i sin rapport – kan ha varit tillräckligt traumatiska även om de inte formellt betecknas som »krigstillstånd« eller »väpnade konflikter«.

**Med ett generellt uttalande** att många asylsökande inte flyr från krig och förföljelser antyder Ahmadi, utan att alls redovisa vad asylutredningarna visat, att de uppgivna barnens familjer flytt av ekonomiska skäl. Vidare säger han att hans studie inte syftar till att förklara enskilda fall av traumatisk reaktion. Men vilket värde har hans förklaringar om de inte gäller för de enskilda fallen?



**MAGNUS KILBOM**  
barnpsykiater, Lidingö;  
fd överläkare, Ericastiftelsen  
magnus.kihlbom@swipnet.se

Logiken är fortfarande bakvänd: det faktum att tillfrisknande »nästan alltid« förutsätter ett positivt beslut om uppehållstillstånd skulle bevisa att tillståndet inte orsakats av traumatiska händelser. Emellertid är förhållandet det omvända: just detta faktum visar att negativa beslut om avvisning till hemlandet – som för flertalet familjer medför rädsla och hopplöshet – ofta har en kausal (och traumatisk) betydelse.

**Ahmadi undviker metodkritiken.** Visserligen framgår av hans svar att vi är överens om vådan av att generalisera – jag har själv noga undvikit att påstå att trauma föreligger i *alla* asylsökandes bakgrund – men ändå återkommer nu den svepande tesen om »holistiskt tänkesätt« som den huvudsakliga förklaringen. Den går ut på att man i barnens hemländer skulle prioritera kollektivets intresse framför det individuella. Vi ska övertygas om att dessa barn på den grunden offerar sig för att föräldrarna ska få en bättre ekonomisk situation i Sverige. Däremot skulle familjer i västerlandet, dit Ahmadi inte räknar Ryssland, Serbien och Ukraina, präglas av ett helt annorlunda individualistiskt tänkesätt (underförstått: här ser vi trauma som etiologisk förklaring). Som vid alla generaliseringar återstår för honom den omöjliga uppgiften att med denna enkla tes förklara varför inte alla barn från dessa länder blir »apatiska« när de nekas uppehållstillstånd.

**Om Ahmadis förklaring** ska ha något värde bör den andelen ju utgöra en majoritet. Hur stor andel utgör då barnen med uppgivenhetssymtom av alla asylsökande barn från de regioner som anges präglade av holistiskt tänkesätt? Eftersom han inte nämner saken har jag med hjälp av Migrationsverkets statistik gjort ett enkelt försök att få en fingervisning om saken. Det totala antalet barn med uppgivenhetssymtom har sedan år 2000 uppgått till kanske – definitionerna är oprecisa – drygt 400 eller i varje fall inte mer än 500 fall. Jag har räknat på de asylsökande barn i åldern 0–17 år som under enbart år 2004 kom från de inalles 17 länderna i det forna Sovjet och det forna Jugoslavien och fått summan till 2 807 barn. Låt oss göra de grova antagandena att 1 500 av dessa var i det ål-

dersspann som barnen med uppgivenhetssymtomen befinner sig i och att de utgjort ungefär samma antal under de sex åren från år 2000. I så fall utgör dessa barn 3 procent av det totala antalet asylsökande barn 0–17 år från länderna i fråga.

**Det absurda i Ahmadis** generaliserande förklaring blir också tydligt när man försöker tillämpa den på andra »epidemiska« beteenden. Till exempel skulle man ge en enbart individualpsykologisk men inte kulturell förklaring till senare års explosiva ökning av antalet flickor i västerlandet som skär sig.

Poängen med ett sådant psykologiskt tänkande som saknas i Ahmadis rapport är just att det inordnar kulturella och symboliska influenser i förståelsen av hur den enskilda personen reagerar på trauma. Människor reagerar både likartat och olikartat, beroende på både den alltid individuellt unika livshistorien, den ibland gemensamma kulturmiljön och den principiellt likartade stressfysiologin.

Några, men inte alla, i samma kultur »insjuknar«. Några, men inte alla, soldater i krig utvecklar stridsneuroser, några, men inte alla, kvinnor svimmade i sekelskiftets Europa, några, men inte alla ungdomar, suiciderade i den tyska »själv-mordsepidemin« på 1800-talet som blossade upp sedan Goethe publicerat sin roman om den unge Werthers lidanden. Ett antal, men inte alla, nutida japanska ungdomar uppvisar det s k Hikikomori-beteendet med undandraganden i total passivitet och isolering.

**Ahmadi avslutar med att förklara** att hans rapport, den nationella samordnarens rapport som utgår från regeringen och Utrikesdepartementet och ska utgöra underlag för regeringens asylpolitik, inte är politisk utan i stället objektiv och vetenskaplig. Däremot betraktar han min kritik som ett politiskt inlägg. Man väljer den etikett man vill ha.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Nästa sida:** Nader Ahmadi replikerar.

**Replik:**  
**Kihlbom redovisar ingen empiri**

Utan att ha genomfört någon vetenskaplig studie förklarar Kihlbom att trauma är huvudorsaken till över 400 barns situation.

Kihlbom och jag är överens om att generaliseringar inte bör tillämpas för vetenskapliga förklaringar av komplexa fenomen. Därefter skiljs våra vägar åt. Medan min rapport fastställer att fenomenet är sammansatt och komplext och att man därför inte kan tillämpa en enskild förklaring tar Kihlbom på nytt generaliseringar till hjälp för att övertyga oss om att trauma är huvudorsaken till barnens uppgivenhetstillstånd.

**I artikeln betonar jag** att varken kultur, trauma, manipulering eller asylprocess var för sig kan vara enda förklaringen till problematiken, medan Kihlbom, utan att ha genomfört någon vetenskaplig studie i frågan, förklarar trauma som huvudorsaken till över 400 barns situation. Detta är i mitt tycke en grov generalisering. Emellertid återstår det för Kihlbom, och oss andra, att visa varför över 400 asylsökande barn, med ursprung i vissa regioner i världen, under en begränsad tidsperiod insjuknat enbart i Sverige.

**Samtidigt anklagar Kihlbom** rapporten för att bygga på en svag empiri. Han menar också att jag undviker metodkritiken. Dock misslyckas han med dessa svepande anklagelser att förklara var i dessa svagheter och brister består.

Vad är det i urvalet som är »godtyckligt»? Vilka är svagheter i rapportens empiri? Är det en svaghet att empirin bygger på ett 60-tal intervjuer i barnens hemländer, att ett 30-tal personer inom vården och ett 10-tal handläggare/ofentliga biträden i asylärenden har intervjuats? Att ett dussintal barn och föräldrar som direkt har berörts av frågan också intervjuats? Att aktuella forskningsrapporter om asylprocess i Norden har analyserats och tillämpats?



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

Min fråga till Kihlbom är på vilken empiri hans egen argumentation är byggd. Kihlbom har aldrig redogjort för hur många fall av barn med uppgivenhetssymtom som han själv har studerat. Vad bygger han sin uppfattning på? Varifrån har hans teorier kommit – förhoppningsvis inte från Goethes och Aristoteles' texter.

**Till slut måste jag påpeka** det beklagansvärda i Kihlboms inlägg då han misstänkliggör våra myndigheter, regeringen och Utrikesdepartementet. Han anklagar vår rapport för att vara politisk därför att uppdraget har utgått från regeringen. Antingen antyder han att regeringen och departementen alltid, när de ger uppdrag om offentliga utredningar, beställer politiskt favoriserande studier, eller så menar han att just denna utredning skulle vara ett »beställningsjobb« utifrån ett visst politiskt intresse. I båda fallen handlar det om grova anklagelser, och bevisbördan ligger tung på Kihlboms axlar.

**Slutreplik:**  
**Psykologiska insikter saknas**

Ahmadi och jag talar förbi varann, tyvärr. Ännu tycker jag mig inte ha bemötts av sakargument.

Väsentligast i min kritik är att rapporten saknar psykologiska insikter. Den bygger på den alltför enkla tanken att trauma förutsätter tydlig förekomst av våldsamma yttre händelser. Men avgörande är individens inre verklighet, hur händelsen upplevs. Hur sårbar han eller hon är beror av de unika livserfarenheterna, graden av mognad och hur robusta de psykologiska försvararna är.

Nu inför Ahmadi epitetet »politisk«. Det är tillämpligt på hans egen rapport. Den har politiska konsekvenser. Spekulerandet om »misshandel och manipulation« är mums för medierna och flyktingfientlig opinion.

Läsaren må avgöra var tyngsta svarsbördan ligger.

**Magnus Kihlbom**  
 barnpsykiater, Lidingö; f d överläkare, Ericastiftelsen  
 magnus.kihlbom@swipnet.se

**Asylrapport  
 JO-anmäld**

Såsom varandes en av dem som uttalat sig de senaste åren om »samhällsfenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom« har jag med stort intresse tagit del av Nader Ahmadi's svar på Magnus Kihlboms inlägg om de skapatska barnen i Läkartidningen 24–25/2006 (sidorna 1982–4).

**Vad jag kan konstatera** är att de som hävdar att barnen måste få uppehållstillstånd för att återhämta sig och bli friska hade rätt. Ahmadi säger också att det nu är långt färre barn som insjuknar. Enligt min mening kan detta förklaras med att barnen nu uppmärksammas på ett helt annat sätt i asylprocessen än tidigare.

**Första gången jag läste om ett barn** som utvecklade uppgivenhetssymtom var i boken »Gömda«. Svenska Emma far väldigt illa i Sverige. Hon har sett pappa misshandla mamma, har själv blivit misshandlad och hotad till livet av pappa. Familjen tvingades att gömma sig. När flickan i princip döende kommer under läkarvård – det är som bekant inte så lätt att söka sjukvård i Sverige när man lever gömd – konstaterar barnpsykiologen i mars 1992 att Emma har stort behov av att bearbeta sina mycket traumatiska upplevelser och att »Denna bearbetning kan göras först när hon och familjen befinner sig under säkrare förhållanden«.

Emma tvingades att fly från Sverige och söka asyl i USA för att få den säkerhet hon behövde för att kunna bearbeta sina traumatiska upplevelser. För de asylsökande barnen som flytt till Sverige handlar det om att få säkerhet genom uppehållstillstånd för att signalen att livet är värt att leva ska gå fram. Konstigare än så är det faktiskt inte.

**Ahmadi konstaterar att** det är »minoriteter som är överrepresenterade bland asylsökande barn med uppgivenhetssymtom«, men drar inte några slutsatser av detta. Kriget i Azerbajdzjan upphörde för tio år sedan. Att barn i familjer där en eller båda föräldrarna har armeniskt ursprung kan utsättas för förföljelse och övergrepp av majoritetsbefolkningen har gått honom spårlost förbi. För oss som arbetar med flyktingfrågor är det sedan länge känt.

Det skulle vara intressant att få veta vilka siffror i rapporten som är de kor-

rekta. I texten till tabell 7 anges att cirka 69 procent av barnen lever tillsammans med båda sina föräldrar, i tabellen är siffran 50,8 procent. I texten anges att en ganska stor andel av fallen gäller ensamstående mödrar, cirka 27 procent, i tabellen anges 20 procent. I texten under tabell 9 anges att det äldsta barnet är 16 år medan tabellen anger 18 år. Texten anger tre flickor och sju pojkar, tabellen tre flickor och åtta pojkar. I texten på sidan 75, där fallen diskuteras, anges att barnet i familj 7 är en flicka, men i tabell 9 är det en pojke.

**Ahmadi efterlyser en vetenskaplig och objektiv diskussion kring rapporten.** Jag har fått lära mig att citera rätt och inte förvanska citat för att bevisa hypoteser.

På tre ställen – Ekblad och Raundalen sidan 95, Lars H Gustafsson sidan 98, Kongstad sidan 98 – görs förvanskningar av citat så att de får en helt annan innebörd. Jag nöjer mig här med citatet av Lars H Gustafsson.

I rapporten anges citatet så här: »Läkarens etiska dilemma uppkommer när hon, eller han, menar att Migrationsverket, Utlänningsnämnden eller polis inte ser till barnets bästa ... läkaren då stundom agerar i utkanten av lagens rāmärken?»

I själva verket lyder citatet: »Läkarens etiska dilemma uppkommer när hon, eller han, menar att migrationsverket, utlänningsnämnd eller polis inte ser till barnets bästa, behandlar barnet på ett diskriminerande sätt och inte följer 'människokärlekens och hederns bud'. Sådant händer. Ska läkaren då vara lojal med de beslut som fattas och verka i deras riktning – eller ska läkaren låta sin etiska kodex ha företräde, även om det innebär att läkare då understundom agerar i utkanten av lagens rāmärken?»

Citatet får en helt annan innebörd när man läser hela än den förvanskning som gjorts i Ahmadis rapport.

**Jag menar att »myndigheten Hessle«** inte iakttagit den saklighet och opartiskhet som Regeringsformen kräver av offentliga utredningar. Jag har därför, tillsammans med Kalle Larsson, anmält Statens offentliga utredningar 2006:49 »Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess« för brott mot Regeringsformen till JO för granskning.

Ulla Hoffmann  
riksdagsledamot (v)  
ulla.hoffmann@riksdagen.se

## Ja, vi allmänläkare är beredda att ta oss an hemsjukvården!

Gösta Eliasson och Elisabet Linder, direktörer på Fammi, frågar i en debattartikel i LT 26–27/2006 (sidorna 2025–6) om allmänläkarna är beredda att ta sig an hemsjukvården. Svaret är ja – och för att detta skall vara möjligt krävs tillräckligt många allmänläkare som arbetar med ett rimligt uppdrag!

Artikeln inledes med en analys av dagens situation – bilden är entydig, allmänläkarmedverkan i hemsjukvården brister på många ställen. På flera håll blir insatsen av typen brandkårsutryckningar när patienten är allvarligt sjuk.

Hemsjukvården omfattar huvudsakligen äldre människor som är kroniskt sjuka och som har ett omfattande vårdbehov. Denna patientgrupp är i stort behov av kontinuitet i vården, möjligheter till hembesök, att vården genomförs av ett helhetsperspektiv och att anhöriga är involverade. Allmänläkaren är den läkare som är mycket väl lämpad att utföra detta.

**För att detta skall bli verklighet** i Sverige krävs att vi får tillräckligt många allmänläkare som arbetar med ett rimligt och definierat uppdrag. Åldersstrukturen i dagens allmänläkarkår och den rekrytering som sker för närvarande kommer inte att lösa allmänläkarbristen.

Då Sverige inför ett familjeläkarssystem, där landets invånare får möjlighet att få en egen personlig familjeläkare, kan även hemsjukvårdens patienter få sin läkarmedverkan tillgodosedd på ett bra sätt.

En egen, personlig familjeläkare skapar trygghet för dessa patienter, deras

anhöriga och för vårdpersonalen. Andelen onödiga besök på sjukhusens akut-mottagningar minskar. Arbetsmiljön för oss distriktsläkare blir bättre med en ökad variation i arbetet och med möjlighet till hembesök bland annat.

I grunden är detta en mycket viktig fråga för våra politiker i landsting och regioner – satsningen på primärvården och tillräckligt många allmänläkare måste bli verklighet och inte bara vackra, tomma ord.

Allmänläkarorganisationerna och Sveriges läkarförbund har sedan flera år tillbaka drivit frågan om att basen i svensk hälso- och sjukvård skall vara ett familjeläkarssystem med en egen, personlig familjeläkare. Landstingen har haft decennier på sig att lösa detta, men inte lyckats. Därför har vi föreslagit ett nationellt familjeläkarssystem, Protos.

Bygg ut primärvården med fler allmänläkare. Då detta blir verklighet kan bland andra hemsjukvårdens patienter få trygghet, kontinuitet och hembesök. Ersättningssystemen måste prioritera hembesöken. Alla är vinnare på ett utbyggt familjeläkarssystem, i synnerhet våra patienter.

**Svaret blir JA på frågan** – vi allmänläkare är beredda att ta oss an hemsjukvården, vi behöver bli flera allmänläkare, och våra politiker måste prioritera primärvården med fler allmänläkare.

Benny Ståhlberg  
ordförande i Distriktsläkarförbundet  
2:e vice ordförande i Läkarförbundet  
benny.stahlberg@dlf.se

### Fler debattinlägg på webben:

- Läkartidningen har sällat sig till den moraliserande aidskören. *Hugo Stenström*
- Kommentar av *Pehr Olov Pehrson*
- Replik av *Björn Ramel*

Pejla in var du står politiskt med Valkompassen

Gå in på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Utmanande saklig

Läkartidningen