

Asylsökande barn ... myndigheter väntar och kräver »fakta på bordet«

All nödvändig kunskap finns redan – anklagelse om simulering förkastlig

Kunskapen är idag stor om hur ett barns psyke skadas och bryts ned av obehandlade krigstrauman, hur en hel uppväxt kan skadas av många års asylväntan och hur mottagliga barn är för föräldrars förtvivlan och påföljande sjukdoms- och symtombild. Denna kunskap måste användas från första dagen i mottagandet av en asylsökande familj. Förnekande av denna kunskap – och brist på empati – får konsekvenser, vilka i sin förlängning genererar apati hos barn, som anklagas för att simulera. En anklagelse som utifrån ett barnpsykologiskt erfarenhetsperspektiv är helt förkastlig.

SOLVIG EKBLAD

leg psykolog, enhetschef, Institutet för psykosocial medicin; docent, adjungerad universitetslektor, Karolinska institutet, Stockholm
Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

MAGNE RAUNDALEN

barnpsykolog, Centret för krispsykologi, Bergen, Norge, f d ordförande för norska UNICEF

II Ansvariga myndigheter kan reagera på två sätt då de konfronteras med ökända och chockerande beskrivningar av barns krisreaktioner, t ex då asylsökande barn under mycket lång tid blir passiva och apatiska.

Det första sättet, och det mest vanliga, är att myndigheterna vill ha fakta på bordet, dvs statistik, innan de handlar. Detta kallar vi den reaktiva strategin.

Den andra strategin kallar vi den proaktiva. Denna strategi kännetecknas av att ansvariga myndigheter anser barns extrema uttryck för lidande som så viktiga att myndigheterna så snart som möjligt manar till handling och använder all den bakgrundskunskap de har för att förstå barnens verklighet. Kunskapen är idag stor om hur ett barns psyke skadas och bryts ned av obehandlade krigstrauman, om hur en hel uppväxt kan bli skadad av många års väntan på asyl och hur enormt sårbara och mottagliga barn är under uppväxten för föräldrarnas förtvivlan och påföljande sjukdoms- och symtombild.

Det finns också en tredje strategimöjlighet, ett sätt att närma sig problematiken som vi vill karakterisera som ren de-

humanisering av en hel barngrupp, dvs tendenserna till att förklara reaktionen hos de apatiska barnen som det sista försöket från föräldrarna för att familjen ska få uppehållstillstånd, att föräldrarna uppmuntrar sina barn att simulera sina symtom. Varken på norska eller svenska har vi vokabulär för att beskriva hur det är möjligt att dra en sådan slutsats om en manifestation av lidande som ligger steget före självmordet.

Kunskap genom omvärldsanalys blir speciellt viktig när regeringen inom kort ger vägledande beslut över ett ärende som Utlänningsnämnden överlämnade den 29 april. Världshälsoorganisationen [1] menar att politiska beslut genom utformning och implementering kan såväl främja hälsa som skada och utveckla

Detta är, enligt vårt sätt att se, en reaktion som är steget före självmord, antagligen som ett alternativ till självmord. Mot bakgrund av vår kunskap om flyktingbarn som har väntat länge på asylbesked blir en strategisk simuleringsteori därför helt förkastlig.

ohälsa. Efter ett TV-reportage från Australien som visade att apatiska barn finns även där backade den svenska regeringen den 1 juni från sin ståndpunkt om att de apatiska barnen är ett svenskt fenomen. En uppdaterad version av kunskapsöversikten och kartläggningen av asylsökande barn med uppgivenhets-symtom visar en ökning från tidigare 400 kända fall till 424 sedan 2003 [2]. En omvärldsanalys utifrån en proaktiv strategi ger tre budskap: barn är oskyldiga, vi har skyldighet att hjälpa barnen och föräldrarna måste få stöd att vara föräldrar.

Barn är oskyldiga

Barn är inte förskonade, utan de används tvärtom ofta som del av krigföring/förtvill. Barn kan med eller utan föräldrar ha levt på flykt under flera år inom sitt land eller ha sökt asyl i annat land. Barn kan därför ha egna asylskäl och måste därför få berätta utifrån sin utvecklingsnivå. Barnens symtom kan också vara en reflektion av föräldrars reella skyddsbehov, men barnens förtvivlan kan också böttna i hopplöshet, hjälplöshet och maktlöshet av att inte känna sig delaktiga i asylprocessen. Deras förväntan på att det »egna projektet« skall lyckas övergår i stället till ett reellt hot om avvisning. Föräldrarna kollapsar vid det negativa beskedet om att inte få asyl. Familjestress uppstår som en extra faktor, och föräldrarnas omsorgsförmåga sviktar [3].

Vi har skyldighet att hjälpa barnen

Varje barn är unikt vad gäller sårbarhet och förmåga att bemästra olika typer av våld. Detta gäller inte bara barn som utsatts för våld genom krig, utan även barn uppväxta i Sverige. Fokus ligger nu dock på en polarisering mellan »våra barn och andras ungar«, och vi berörs inte av barns signaler på reaktioner efter våldshändelser, t ex i form av depression med självmordstankar, aggressivitet, stumhet, avstannande i utvecklingen och apati. Dessa reaktioner tar tid att utveckla. I den nuvarande debatten reduceras dock apatin till att endast spegla förtvivlan över föräldrarnas hjälplöshet i samband med avslag. Reaktionerna handlar om tidigare trauman före ankomst, men lika

mycket handlar de om brister i vårt bemötande och i vad vi gör för att inte barnen och deras föräldrar tar skada.

Myndigheter fattar alltför ofta beslut på kortsiktiga planeringshorisonter (regleringsbrev för statliga myndigheter är på ett år). Det förefaller vara ett stort avstånd mellan dem som har etablerad kunskap och dem som fattar beslut. Från och med 2006 träder ett nytt rättssystem för asylsökande i kraft i Sverige. Det blir då än mer angeläget att den barnpsykologiska, barnmedicinska, barnpsykiatriska och transkulturella kompetensen stärks för att komplettera den juridiska kompetensen så att »barnens bästa« utifrån barnkonventionen efterlevs i praktiken.

I Norge har visats att flera flyktningbarn varit djupt skadade även ett år efter beslut om uppehållstillstånd. Eftersom föräldrarna var för psykiskt sköra hade dessa barn vistats på ett norskt barnhem för flyktningbarn, det enda kända i landet [4]! De fick regelmässig grupperapi under två års tid eftersom flera av dem hade ett mönster av passivitet och apati (även om de i stort sett kunde vara uppe och gå), vilket hade många likheter med det som är beskrivet i Sverige. Det som var chockerande, men inte helt överraskande mot bakgrund av den kunskap vi har nämnt inledningsvis, var att den psykiska förbättringen av deras funktionsnivå var mycket liten under den första tiden efter det att de hade fått uppehållstillstånd. Barnen kämpade med att komma upp på morgonen, de hade fortsatta perioder då de bara orkade ligga i sängen, och de rapporterade om dålig matlust. Då barnen själva reflekterade över orsaken till detta framkom den psykiska bördan från tidigare känslor av förtvivlan och lidande – i fokus stod deras minnen av föräldrarnas fleraåriga kamp, rädsla och sammanbrott.

En form av bemästring efter extrema situationer är att tankemässigt och genom kroppen bortförklara vad som hänt. En annan form är att bli apatisk och t ex lägga sig ned, vilket även kan tolkas som en förebyggande reaktion från kroppen att inte begå självmord. Tidigare trauman ökar den psykiska sårbarheten, och vid en ny kris kan barnet därför må psykiskt mycket dåligt. Barnen beskylls för att »smitta« varandra till självmordsförsök för att familjen skall få stanna. Kunskapen visar dock att det inte är »smittsamt« att tala om självmord med ungdomar [5] om de också får möjlighet att reflektera över sin situation.

När vi nämner »smitteorier« i detta sammanhang är det för att data visar att ett sätt att tackla hopplöshet och bottenlös förtvivlan gör att självmord kan ligga så nära i tankarna att man kopierar det

själv med döden till följd. Det som är smittsamt när det gäller självmord är kännedom om att någon har begått självmord och hur det kan göras. Denna insikt är nu så allmänt känd att den är inarbetad i norska mediernas etiska regler.

När bottenlöst förtvivlade, självmordsnära flyktningbarn får vetskap om andra barn som lagt sig ned i veckor och månader, kan de kopiera detta som en lösning för sin egen situation. Detta är, enligt vårt sätt att se, en reaktion som är steget före självmord, antagligen som ett alternativ till självmord. Mot bakgrund av vår kunskap om flyktningbarn som har väntat länge på asylbesked blir en strategisk simuleringsteori därför helt förkastlig.

Stöd föräldrarna att vara föräldrar!

Barnen har psykiskt sett frångått det bästa de har – föräldrar, skola, lekkamrater och språk, dvs sitt sammanhang. Föräldrarna måste stödjas i att vara föräldrar, och det är just detta vi måste börja med. Från och med den 1 januari 2005 gäller föräldrabehandling i de fall där asylsökande barn är i behov av psykiatrisk behandling. Landstingen ges ersättning för detta, men detta blir betydligt dyrare än att uppmärksamma ett barns tidiga signaler och ge stöd då.

En kvinna bekräftade vikten av föräldrastöd i ett chattinlägg den 31 maj efter inslaget från Australien i TVs Aktuellt: »Jag är en kvinna som flyttade hit för 33 år sedan med ett då 2-årigt barn. Jag blev deprimerad själv, kunde inte bry mig om eller sköta mitt barn. Snart upptäckte jag att han blev sjuk själv, apatisk. Som tur fick jag hjälp själv, att bli bättre, för att sedan orka ta hand om mitt barn. Hans tillstånd var följden av mitt tillstånd. Tänker någon på det, att man ska börja med föräldrarna?«

Vi, dvs Sveriges bofasta befolkning, är nu återigen mitt uppe i en lång semesterperiod: Vem tar då ansvar för de sårbara, asylsökande barnens välbefinnande?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. World Health Organization. 25 questions and answers on health and human rights. Health & Human Rights Publication Series, Issue No.1, July 2002. <http://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf>
2. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning [uppdaterad version]. Stockholm: Utrikesdepartementet; 2005:2. <http://www.regeringen.se/sb/d/5519/a/46696>
3. Lauritsen K, Berg B. Mellom lengsel og håp – å leve i flykningmottak. SINTEF; 1999.
4. Raundalen M, Hjermand R. Skadet oppvekst – en betenkning om barn som har levd lenge i mottak. Oslo: Norske barnombudsmannen; 2004.
5. Gould MS, Marocco FA, Kleinman M, Graham Thomas J, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. JAMA. 2005;293:1635-43.