

Vetenskaplig dokumentation om ”apatiska barn” och adekvat behandling

De barn som har reagerat med allvarliga medicinska och psykiatriska uppgivenhetstillstånd har ofta kallats ”apatiska barn”. I massmedia och tyvärr även i myndighetsrapporter, som inte haft förankring i psykiatrisk vetenskap, har allvarliga felaktigheter spridits om dessa barn. T.ex. att det är en tidigare okänd reaktion och att den bara förekommit i Sverige i samband med avslag av asylansökan. Detta saknar helt vetenskaplig grund och har tillbakavistats i översiktsartiklar¹⁻² som redogör för flera både utländska och svenska studier.

I stor korthet är dessa reaktioner kända sedan flera hundra år. Precis som när det gäller kroppsliga sjukdomar finns historiska tydliga beskrivningar. I flera olika länder beskrivs hur svår stress med stor hopplöshet leder till gradvis förlamning av kroppsfunktioner, kraftlöshet och djup nedstämdhet, matvägran och även dödsfall, även genom självmord³.

”I modern tid har militärläkare beskrivit katastrofreaktioner och extrem rädsla, där slutstadiet liknar voodoo-döden, och medicinskt oförklarliga dödsfall på grund av panik t.ex. i skyddsrum i London under blitzen.”⁴ ”Amerikanska kirurger har beskrivit fall då patienter som varit övertygade om att de skulle dö verkligen också avlidit utan tydlig medicinsk orsak.”⁵

I den vetenskapliga litteraturen har det funnits olika benämningar fast den kliniska bilden beskrivs helt lika. Man har bl.a. talat om ”shocking emotional stress”, ”depression withdrawal”, ”uppgivenhetssymtom”, ”depressiv vitalisering”, ”svår depression med psykotiska symtom” och dissociativ stupor⁶⁻⁷. Man kan också se att tillståndet har olika svårighetsgrader som i början väl beskrivs av depression som dock fördjupas och i slutstadiet bättre beskrivs av dissociativ stupor, där stupor inom psykiatrin betyder total psykomotorisk hämning med bibehållet normalt eller partiellt medvetande och där personen är orörlig, inte ger något gensvar och inte talar.

Det finns två grundläggande reaktioner på stor fara: kamp/flykt och totalt tillbakadragande med avskärmning. Det senare har setts som analogt till reaktioner hos djur vid dödsfara där djuren är i ett dödsliknande tillstånd som ett yttersta försvar.

”Avskärmning och tillbakadragande präglas av uppgivenhet, förlamande passivitet och depression då tidigare psykologiska och sociala strategier inte längre är tillgängliga... Om det är helt omöjligt att fly övergår sympaticusreaktionen till det motsatta parasympatiska tillståndet, med bradykardi och eventuellt asystoli och död ’frykteparalysrefleks’ likvärdig med voodoo-döden.”⁸

”Sjukdomsbilden, och därmed vårdbehoven, kan variera från apati, anorexi, mutism och kontaktstörning till livshotande medvetenhetsförlust och bortfall av alla funktioner utom de basalt vitala (dissociativ stupor)”⁹.

¹ Kihlbom M. Flyktingars apati och uppgivenhet välkänd och begriplig reaktion. Läkartidningen. 2006;103:3084-86
<http://larkiv.lakartidningen.se/2006/temp/pda32385.pdf>

² Bodegård G. De apatiska barnen - medial smitta och medicinsk etik. Läkartidningen. 2010;107: 843-44
<http://larkiv.lakartidningen.se/2010/temp/pda37888.pdf>

³ Kihlbom M. Ref 1

⁴ Kihlbom M. Ref 1 och här refererat till Mira E. Psychiatry in War. WW Norton&Comp, N. Y. 1943

⁵ Kihlbom M. Ref 1 och här refererat till Weisman AD, Hackett TP. Predilection of Death. Death and dying as a Psychiatric problem. Psychosom Med 1961; 23/3:232-56

⁶ Bodegård G. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Läkartidningen. 2004;101:1696-99
<http://larkiv.lakartidningen.se/2004/temp/pda28564.pdf>

⁷ Engström I. Diagnostik och differentialdiagnostik. Korrekturmanus till antologi under publikation. Här också analys av de i sammanhanget viktiga begreppen apati, stupor och katatoni. Se även Kihlbom M. Ref 1.

⁸ Kihlbom M. Ref 1. Sympatikus och parasympatikus är olika delar av det autonoma nervsystemet som inte är under viljans kontroll. Bradykardi= långsam hjärtrytm. Asystoli= hjärtstillsånd.

⁹ Bodegård G. Ref 2. Apati= likgiltighet för känslor, kroppen och viljelöshet. Anorexi= aptitförlust. Mutism= psykisk stumhet.

I WHO:s klassifikation ICD-10 beskrivs Dissociativ stupor (ICD 10 F44.2) på följande sätt:

”Dissociativ stupor diagnostiseras på basen av uttalad minskning eller total frånvaro av kroppsliga rörelser som normalt står under viljans kontroll och normala reaktioner på externa stimuli som ljus, ljud och beröring. Undersökning och utredning ger inga bevis för någon fysisk orsak. Däremot finns ofta positiva tecken på psykologiska orsaksfaktorer i form av nyligen genomgången trauma eller belastning.”

Orsakerna till detta allvarliga tillstånd är sannolikt komplexa.

”Ökande hopplöshet, hjälplöshet och ett oöverblickbart tidsperspektiv förstör den psykologiska närmiljön. Ett av barnen kondenserar familjens letala uppgivenhet och utvecklar funktionsbortfall och apati.”¹⁰

Jag känner genom kollegor till ett 10 tal exempel som inte är relaterade till en asylprocess varav några beskrivningar är publicerade: tex en om en afrikansk pojke som blev kidnappad och såg hur hans kamrat blev svårt knivhuggen och sedan dog och där pojken själv sedan var medvetlös i perioder under två års tid¹¹. Jag har också själv varit med om att behandla ett adoptivbarn i en välfungerande trygg svensk familj, där barnet hade haft upprepade episoder med lång (dagar) medvetlöshet men där intensiv utredning på barnklinik inte visade någon fysisk orsak. När vi dock utifrån tidigare traumatiska upplevelser, utanför familjen, utgick från ett tillstånd av dissociativ stupor kunde barnet framgångsrikt behandlas i nära samarbete med föräldrarna.

Vid den andra vetenskapliga konferensen om barn med uppgivenhetssymtom 2007 arrangerad av Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn och Flyktingbarngruppen i Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri sammanfattades det aktuella forskningsläget.¹²

FAKTA 1	
Faktorer av betydelse för uppkomst, utveckling och behandling av uppgivenhetssymtom	slag i kombination med upplevelse av allvarligt hot vid återvändande och ibland sviktande omsorgsförmåga hos föräldrar
Predisponerande faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Upplevelser av våld eller hot i Sverige
<ul style="list-style-type: none"> • Genetik • Personlighet • Tidig anknytning • Uppväxtförhållanden: föräldrar, familj, nätverk, omgivning, samhälle • Traumatiserande upplevelser i hemlandet: krig, våld, död, förföljelse, hot, kränkande övergrepp, fängslade, försvunna eller döda anhöriga 	Underhållande faktorer <ul style="list-style-type: none"> • Tillståndet i sig: biologiska stressorer • Ängest • Föräldravikt • Brister i vården
Utlösande faktorer	Läkande faktorer <ul style="list-style-type: none"> • Att återfå ett hopp • Uppehållstillstånd • Föräldrastöd • Försiktig aktivering (se vidare Fakta 2)
<ul style="list-style-type: none"> • Asylprocessen: misstänkliggörande, lång väntan, av- 	

Bland predisponerande faktorer för uppkomst av uppgivenhetssymtom nämns bla traumatiserande upplevelser i hemlandet. Som utlösande faktorer nämns asylprocessen och upplevelser av våld eller hot i Sverige. Som läkande faktorer nämns: Att återfå hopp, Uppehållstillstånd, Föräldrastöd och Försiktig aktivering. Se faktaruta¹².

¹⁰ Ibid.

¹¹ Dissociation VolX No 3 sept 1977

¹² Ascher H, Gustafsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. Läkartidningen. 2008;105: 31-33
<http://ltarkiv.lakartidningen.se/2008/temp/pda34465.pdf>

Varför just i Sverige?

”En av de frågor som väckt stort intresse är varför så många barn insjuknade under kort tid i Sverige. En ny sammanställning av tillgänglig statistik visar att andelen avslag av asylansökningar i första instans ökade kraftigt under denna tidsperiod, från 38 procent 1997 till hela 91,4 procent 2004. För asylsökande från de länder som sagts vara överrepresenterade i insjuknande (de forna Sovjetrepublikerna i Centralasien och Kaukasus) låg avslagen betydligt högre, över 90 procent, under hela perioden. FNs flyktingkommissariat UNHCR har särskilt påpekat att andelen asylsökande i Sverige som erhåller flyktingstatus enligt Genèvekonventionen vid en internationell jämförelse är extremt låg, bara runt 1–2 procent. I Kanada är motsvarande siffra över 50 procent och i Belgien över 30 procent.

Andelen nyinsjuknade barn med uppgivenhetssymtom ökade månad för månad fram till våren 2005. Därefter finner man ett tidsmässigt starkt samband mellan öppningar för en mer generös asylprövning och ett minskande nyinsjuknande. När Utlänningsnämnden överlämnade ett ärende till regeringen för vägledande beslut och samtidigt frös alla beslut för dessa barn upphörde ökningen.

I juli 2005, då regeringen fattade sitt beslut som innebar en mer generös bedömning, minskade nyinsjuknandet omedelbart. Denna minskning fortsatte under hösten 2005, då regeringen och samarbetspartierna beslutade om den tillfälliga lagen. När denna började gälla i november 2005 hade nyinsjuknande nästan upphört. Farhågorna om att en generös behandling av barn med uppgivenhetssymtom skulle leda till en epidemi besannades inte.

Mediernas betydelse diskuterades också på konferensen. Något tidsmässigt samband mellan det ökade antalet sjuka barn och mediernas uppmärksamhet kan inte ses. När de första reportagen om dessa barn gjordes våren 2003 var antalet insjuknade barn redan stort. Tidssamband mellan polisingripanden eller anklagelser i medierna om förgiftning och ett minskat nyinsjuknande saknades likaså. Det finns dock inte underlag att helt utesluta att medierna och omvärldens reaktioner påverkat den fortsatta utvecklingen.

Orsakerna till att så många barn insjuknade just i Sverige är sannolikt komplexa. De epidemiologiska data som redovisades vid konferensen talar dock för att den svenska flyktingpolitiken och asylprocessen spelar en viktig roll”¹²

Att det är vanligare med svåra tillstånd bland traumatiserade asylsökande barn än bland icke asylsökande skulle också kunna förstås utifrån hypotesen om upprepade trauman. Sverige har ju tidigare och mer än andra länder, kanske mest under Olof Palmes tid, varit känt för att stå för humanism, rättvisa i världen och internationell solidaritet och att stå på de svagastes, läs barnens, sida. Och det nya traumat skulle då bestå av att barnen, som har flytt från mord och tortyr och har börjat anpassa sig till Sverige, som de har stora förhoppningar på som fristad, får veta att de måste åka tillbaka till sitt gamla hemland samtidigt som de är övertygade om att detta kommer att innebära fortsatta hot mot det egna livet eller andras liv. Detta förnyade trauma river rimligen upp och förvärrar ”såren” och det är inte svårt att förstå att ju större det hopp var som sveks desto mer traumatiskt blir upplevelsen av sveket.

¹² Ascher H, Gustafsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. Läkartidningen. 2008;105: 31-33
<http://ltarkiv.lakartidningen.se/2008/temp/pda34465.pdf>

Behandling

Man drar på konferensen följande slutsats som berör behandling:

”Svensk flyktingpolitik och asylprocess är sannolikt en viktig faktor i utvecklingen av uppgivenhetssymtom. På konferensen betonades att flyktingpolitiskt orsakad ohälsa snarare kräver flyktingpolitisk aktivitet än medicinsk behandling. För de allra flesta barn har den trygghet ett uppehållstillstånd gett familjen varit förutsättningen för att behandlingsinsatserna skall ha effekt”.¹²

I de vetenskapliga rapporter som finns framgår klart att dessa tillstånd går att behandla och att barnen nästan alltid mår bäst av att vistas i sina familjer¹³. I det sista stadiet med total aptitlöshet krävs dock sjukhusvård med näringstillförsel via sondmatning. Det framgår också klart att helt avgörande i behandlingen är att ge hopp och skapa trygghet. Även om de länder dit ”apatiska” barn avvisats till har medicinsk och psykiatrisk behandlingskompetens, kan inte den för behandlingen av detta tillstånd nödvändiga tryggheten uppnås när familjen i detta land utsatts för traumatiska övergrepp och är övertygad om att ånyo bli utsatta för förföljelser. Det är därför helt klart att den för adekvat behandlingen nödvändiga tryggheten av barn med uppgivenhet och dissociativ stupor endast kan uppnås genom att familjerna beviljas asyl. Då kan också adekvat traumabehandling påbörjas. Det har också i alla beskrivna fall lett till gott behandlingsresultat även om det ibland tagit lång tid till tillfrisknande, veckor, månader eller ibland år efter beslut om asyl¹⁴.

I den historiska litteraturen finns många dödsfall beskrivna vid utebliven behandling. Detta finns inte ännu beskrivet i den moderna litteraturen eller när det gäller ”apatiska” barn i Sverige^{13,15}. Men vad som hänt med de ”apatiska” barn som avvisats från Sverige vet vi inget om^{13,15}. Av självklara skäl har barnpsykiatrin inte kunnat följa upp dessa barn. Jag känner inte heller till att Migrationsverket eller någon annan myndighet har tagit sitt ansvar och följt upp vad som hänt med avvisade ”apatiska” barn, fast det borde vara självklart enligt barnkonventionen att undersöka konsekvenserna av dessa åtgärder. Barn har rätt till en adekvat behandling och den enda effektiva behandling vi känner till är verklig trygghet och som endast är möjlig genom beslut om asyl.

¹² Ascher H, Gustafsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. Läkartidningen. 2008;105: 31-33
<http://lartarkiv.lakartidningen.se/2008/temp/pda34465.pdf>

¹³ Gustafsson T. Apatiska barn idag. Tidskriften för svensk Psykiatri. 2011; nr 4: 39-41. Se även ref 2, 6
<http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html>

¹⁴ ref 13 och Aronsson m.fl. Asylum-seeking children with severe loss of activities of daily living: clinical signs and course during rehabilitation. Acta Paediatrica 2009

¹⁵ Bodegård G. De apatiska barnen- en utmaning för svensk barnsjukvård. Läkartidningen.2005; 102: 3267-68
<http://lartarkiv.lakartidningen.se/2005/temp/pda31025.pdf>