

# Makt och maktlöshet i asylsituationen

Torgny Gustavsson

De asylsökande i Sverige hamnar ofta i en maktlöshetssituation. Detta analyseras på samhälls- familje- och individnivå.

Samhället har en tendens att patologisera asylsökande, och i asylprocessen förlorar de begriplighet och kontroll över sin situation.

Också på familje- och individnivå bidrar den svenska asylprocessen till att beröva den asylsökande makt och inflytande.

Ökad distans mellan familjemedlemmar är en riskfaktor såväl på system- som på individnivå. Kulturella aspekter är viktiga för att förstå sjukdomsreaktioner samt för att se styrka och kompetens hos flyktingen.

Den asylsökandes livsberättelse riskerar att förvandlas från en om ansvar och kompetens till en om hopplöshet och svaghet. Avslutningsvis ges synpunkter på hur förändrade synsätt kan bidra till hälsa.

Torgny Gustavsson är överläkare i barnpsykiatri och leg. familjeterapeut.

Kontakt: BUP, Box 1223, 351 12 Växjö, Torgny.gustavsson@ltkronoberg.se

## Maktlöshet på olika nivåer

I Inferno beskriver Dante helvetes första krets Limbo (Dante, 1966). Det är att veta att himmelriket finns och samtidigt veta att man aldrig når dit. Limbo är platsen för dem som visserligen var rättfärdiga och syndfria men inte fått dopets ”maktsigill”. Det är i denna situation de asylsökande ofta befinner sig, i en tröstlös väntan på något ouppnåeligt, ett paradiset alldeles utom räckhåll, utan det permanenta uppehållstillståndets ”maktsigill”, i ett helvete som endast konstrueras av maktlöshetens uppgivenhet.

Asylsökande berövas makt över sin situation och motståndsförmåga mot ohälsa på flera olika nivåer och av flera mekanismer. Detta kan granskas på samhällsnivån, via minst fyra olika mekanismer samt på familjenivån och på individnivån.

## Samhällsnivå

De som söker asyl gör det i första hand av politiska och sociala skäl. De upplever sig förföljda, utsatta för hot och trakasserier, de har fått sina levnadsvillkor förstörda. Krig, tortyr och katastrofer har drabbat dem och gjort livet omöjligt för dem i deras hemland. Detta är deras berättelse, deras beskrivning av sitt liv. Men i Sverige idag får endast ytterst få uppehållstillstånd av flyktingskäl. De som får uppehållstillstånd får det av humanitära skäl, som lidande offer.

Samtidigt finns det rikliga belegg för att, när flyktingar både internt i hemländerna och i mottagarländer formulerar sina behov, så sker det i socioekonomiska och politiska termer (Porter och Haslam, 2005, Pupavac 2002, Watters 2001). Men den svenska asylprövningen underkänner deras egen berättelse om såväl sin situation som sina behov.

Effekten är en kränkning och ett angrepp på den personliga identiteten. De berättelser man ger av sitt liv är ju en intim del av ens självförståelse och identitet och när de blir diskvalificerade och inte tillmäts betydelse påverkas det psykiska välbefinnandet. När människor flydde från Grekland och Spanien på 1960-talet, från Syd-Amerika på 1970-talet och även från Östeuropa i 1990-talets början så fanns en omedelbar förståelse för den politiska ram som flykten skedde inom.

Nu är det istället lidande, som ger legalitet, ger inträde och möjligheter. Den asylsökande måste då omdefiniera sig själv, skriva om sin berättelse till en om lidande, sjukdom och impotens. Den som i hemlandet och vid ankomsten såg sig som en motståndsmän, en som kämpade eller en som uthärdat, en som genomfört ett flyktprojekt, räddat sina barn, blir till en hjälpbehövande, som är oförmögen och svag. Den nya livsberättelsen blir en om sjukdom och den blir en del av identiteten och självsynen.

Vårt samhälle är i osedvanlig grad upptaget av sjukdomsintresse. Även ganska specialiserade och perifera nyheter på det medicinska området får uppmärksamhet i allmänna media (Beland, 2003). Kanske är det så att hälso- och sjukvårdsfrågor har övertagit tidigare förklaringsmodeller beträffande hur samhällets medborgare mår och betar sig. De stora omvärldsförklarande berättelserna, de religiösa och politiska har i stor utsträckning förlorat sin analyskraft (Hydén, 1997). I dess ställe kommer individualiserade förklaringsberättelser. Bland annat stiger psykiatrin fram som en sådan

förklaringsmodell. Det är en individualiserande förklaringsmodell, som i sig innehåller en ojämlikhetsdimension mellan frisk och sjuk, mellan vårdare och patient, där den senare är beroende och har mindre makt samt redan i och med sin position bevisat sin brist. Dessutom ger sjukdomen fördelar och öppnar dörrar. Det kan röra sig om förtidspension, särskilda rättigheter (t.ex. vid allergi), stödåtgärder i skolan, sociala insatser enligt lag. Men för att få tillgång till dessa fördelar krävs svaghet hos den enskilde.

Den asylsökande möter denna samhällsideologi. När projektet, som hade politiskt-sociala förtecken, har misslyckats återstår det humanitära sjukdomsprojektet. Advokater, myndigheter, hjälporganisationer upplyser om detta. Reaktionen på väntan och på avvisningsbesked, som kanske i sig är naturliga och övergående, kläds då lätt i patologiserande termer och får en medicinsk och inte sällan psykiatrisk kontext. Vården möter upp med högspecialiserade åtgärder och intyg om svaghet, fara och risk. Att den asylsökande anpassar sig till majoritetssamhällets ideologi är både självklart och en överlevnadsstrategi.

Hand i hand med denna generella sjukdomsmodell i det svenska, och kanske i det västerländska, samhället går vår tendens att patologisera den andre, den som kommer från det främmande eller har de främmande erfarenheterna. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) har på relativt kort tid blivit en diagnos på i stort sett var mans läppar. Vi ”vet” att en hög andel av dem som kommer från krigs- och katastrofhärjade regioner och som

söker asyl hos oss ”har” PTSD. Det finns i hjälparkretsar och bland hjälporganisationer internationellt och nationellt en stark tendens att se tecken på sådana diagnoser hos en stor del av flyktingar och asylsökande (Watters, 2001, Pupavac, 2002). Detta blir en sorts patologisering av hela populationer och får till följd att vi både ser den asylsökande som en patient och som någon som drabbats av ohälsa på grund av sådant som vi inte kunnat göra något åt, något som hände innan de kom hit (Watters, 2001, Porter och Haslam, 2005). Återigen understryks svagheten och dessutom ansvarsbefriar vi oss själva.

Men PTSD är i sig en diagnos bunden till en tid och en situation – USA’s krigsveteraner hemkomna från det förlorade Vietnam-kriget – och det är inte självklart att den har universell giltighet. I många länder, som har stor erfarenhet av krig och förföljelse har fenomenet varit okänt och undersökningar antyder att det i sådana länder i viss mån är mindre psykisk ohälsa bland drabbade än t.ex. bland flyktingar från Europa (Porter och Haslam, 2005). När det gäller PTSD är den gängse åsikten att det är ett symptom som obehandlat har dålig prognos, men kanske är dessa reaktioner mer att se som övergående och ganska naturliga. På Östtimor sjönk t.ex. den höga frekvensen diagnostiserad PTSD efter de indonesiska truppers härjningar på några år drastiskt utan någon som helst tillgång till västerländsk psykoterapi (D Siloves ref i Ekblad och Söndergaard 2005).

Barnen som visar uppgivenhets-symptom är en speciell grupp, unik

för vårt land i sin mängd, sin specifika asylbakgrund och tidsmässiga koncentration. De har fått en oerhörd uppmärksamhet, såväl genom allmänmedia som på den politiska nivån. Bilderna på helt apatiska och okontaktbara barn har haft en oerhörd genomslagskraft och fått en direkt påverkan på regeringsbildning och regeringspolitik. Det är i hög grad sannolikt att denna exempellösa ”framgång” för svaghetens symptomatologi har en effekt på tendensen att insjukna i sådana svaghetstillstånd, eftersom ju ingen sjukdom existerar i ett socialt tomrum. Asylsökandes styrka, framgång och initiativkraft ger inte ens antydan till samma uppmärksamhet och positiva effekt. Samtidigt är det väl känt från internationell forskning att barn har generellt sett större motståndskraft mot trauma än vuxna (Porter och Haslam, 2005).

Den situation som den asylsökande hamnar i, präglas i flera avseenden av brist på kontroll. Till väsentliga delar är detta en effekt av de rent faktiska förhållandena. De saknar språk, de är i en främmande kultur med okända regler och saknar kunskap om förhållningssätt och sociala konventioner, lagar och institutioner. Men det är också en funktion av vår svenska asylprocess och utlänningslagstiftning. Den asylsökande hänvisas till de offentliga institutionerna för sin bostad, försörjning och välfärd. Han och hon får ingen egen möjlighet att styra, kan inte tjäna sitt uppehälle, ses inte som en tillgång. Deras berättelse om sin situation och sina skäl underkänns oftast och deras motiv misstänkliggörs.

Att inte ha kontroll över sitt liv bi-

drar starkt till att motståndsförmåga minskar och att risken för ohälsa ökar. Motståndskraft är nära knutet till självkänsla, självtillit och förmågan att ta i tu med och lösa sociala problem (Goldberg och Huxley i Watters, 2001). Processer som minskar styrka och motstånd ökar risken för framför allt psykisk ohälsa.

### Familjenivå

De flesta familjer är goda familjer. Normen är troligen i alla samhällen att stödja varandra, att klara av och stå emot svårigheter, att anpassa sig till och hantera stress, och att motverka negativa faktorer. Hälsa, inte sjukdom, är det vanliga (Garmezy, 1987). Forskningen runt hälsofaktorer har ju vuxit påtagligt under senare decennier och bland annat visat familjens betydelse som hälsofaktor (Garmezy, 1987, Werner, 1989, Werner och Smith, 1992, Dahlin m.fl. 1990, Dahlin och Cederblad, 1993). Aron Antonovskys forskning om salutogenes är central, och hans identifiering av Känslan av Sammanhang (KASAM) som en av de viktigaste hälsofaktorerna har bidragit med mycket viktiga perspektiv på vad som ökar motståndskraft och friskhet (Antonovsky, 1991). Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är de tre ingredienser i KASAM, som lyfts fram som de viktigaste. Behandlingsarbete vilar allt mer på att främja familjers motståndskraft genom att stödja dem i att hitta och positivt utnyttja gemensamma värderingssystem, stabil familjeorganisation och samarbetsinriktad kommunikation (Walsh, 2003).

Centrala familjefaktorer, som be-

främjar hälsa är sammanhållning, känslomässig närhet och stöd, tydliga gränser och tydlighet i uppfostringsnormer, gemensamma traditioner och värderingar. Det är rimligt att anta att sådana skyddande hälsofaktorer är väl representerade hos de asylsökande familjerna. Ofta kommer man från kulturer, som av tradition värderar sammanhållning och gemenskap högre än individualitet och självhävande, har tydliga familjestrukturer och kommer från samhällen eller samhällskretsar, som är värderingsmässigt mer uniforma än vårt och där religion spelar en stor roll (Brodén-Celander, 1992, Ahmadi och Ahmadi, 1995, Ahmadi och Ahmadi, 1995a, Al-Baldawi, 1998). Familjerna har också genomfört en flykt, vilket kan tyda på styrka och företagsamhet, offervilja och vilja att prioritera familjens väl och ve.

Det finns också riskfaktorer, som kan vara överrepresenterade i dessa familjer. Förutom svagheter, som kan finnas i alla familjer världen över, har dessa familjer med sig minnen och erfarenheter, som har med anledningarna till flykten att göra. Ofta har familjemedlemmarna varit utsatta för förföljelse, varit med om krig, misshandel och andra trauman. De har kanske varit separerade, den ökade pressen på de vuxna kan ha inneburit att barnen inte haft tillgång till föräldrastöd och närhet, barnen kan ha egna trauman som de vuxna inte känner till eller inser den fulla vidden av.

Flykten och de uppoffringar och beslut, som varit nödvändiga i anslutning till den, kan ha lett till att konflikter och slitningar uppstått i familjen, allt sådant som minskat familjens och för-

äldrarnas motståndskraft. Anledningen till flykten kan t.ex. vara pappans politiska eller militära verksamheter och ställningstaganden, något som kanske både innebär skuld känslor för honom och kritik från andra och flyktbeslutet var kanske inte enigt.

Det kan också finnas inslag i familjernas ursprungskultur, som är mindre hälsosamma, ojämlikhet, kvinnoförtryck, negligerande av barns behov. Sådana drag, fast kanske andra, finns ju också i vår egen kultur.

För många av de familjer som flytt och som jag träffar i min kliniska vardag, har mycket av deras ursprungliga familjeförhållanden förändrats till det sämre efter ankomsten. Den tydliga familjestrukturen med klara och funktionella roller för familjemedlemmarna, har delvis brutits ner av de nya yttre förhållandena. Mannens traditionella ledar- och försörjarroll har förändrats påtagligt. Han blir gående hemma, pengar kommer från Migrationsverket, han har inte längre någon uppenbar och viktig funktion. Han, som var kompetent bagare i Bosnien, har ingen plats i Alvesta, hon som var en duglig mamma till fem barn i Kosovo, klarar inte att stödja sina barn, när de blir ledsna i det nya landet.

Barnen lär sig kanske det främmande språket tidigare, föräldrarna blir beroende av sina barn i dagliga göromål, barnen tar hem impulser och synsätt från det nya samhället, vilka stämmer dåligt med familjens ursprungliga värderingar och normer. Dottern lär sig om mänskliga rättigheter i den svenska skolan och ifrågasätter pappas rätt att lova bort henne till äktenskap. Detta bidrar till att begripligheten av

och möjligheten att hantera den nya situationen minskar. Strategier för att bemästra och möta utmaningar och stress saknas, och kontrollen ligger utanför. Detta är kända faktorer som frestar på den interna sammanhållningen och ökar hälsoriskerna.

En avgörande del i familjestrukturens förändring blir ofta att närheten mellan familjemedlemmarna och inte minst mellan makarna/föräldrarna minskar. Familjen som system hotas av sönderfall. Resurserna avtar när relationerna tunnans ut, funktionsnivån i systemet sjunker. Det kanske viktigaste är att den ömsesidiga tillfredsställelsen, attraktionen och glädjen hotar att försvinna. Detta drabbar i sin tur barnen, när stämningen försämras och omsorgsnivån sjunker.

### Individnivå

Den asylsökandes möjlighet att orientera sig i det nya samhället är begränsad. Förlusten av språk är bara en del i detta. När man inte har språket, inte kan prata, läsa, kommunicera med det omgivande samhället, så förlorar man mycket av sin kompetens, av självbestämmande och beslutsfattande. Man blir maktlös och utlämnad till andra. Dessutom finns risken att man blir behandlad som dum, besvärlig, miss-tänksam och obegriplig och till slut kan man till vissa delar också komma att se sig själv så.

Men språket är bara en del av kommunikationen. I det nya landet är de kulturella koderna andra och svåra att avläsa. Samtidigt har majoritetssamhället oftast attityden att den egna kulturen, de egna normerna är självklara, neutrala och naturliga. Den

som inte betar sig i enlighet med dem är främmande och fel. För den asylsökande innebär detta att begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet drastiskt minskar och risken för ohälsa ökar, ohälsa som ett sätt att kommunicera sin situation.

Dessutom innebär den nya kulturen att viktiga vägar att få hjälp och stöd försvunnit. Det privata nätverket, som ju är en central hälsofaktor, är inte tillgängligt. Det som finns är kanske ett professionellt nätverk, som är distanserat och ifrågasättande. Andra kända hjälpvägar och copingstrategier är inte tillgängliga. Dessutom kanske de traditionella copingstrategierna i det nya samhället ses som primitiva och vidskepliga, utan att den asylsökande vare sig förstår sig på eller kanske får tillgång till nya sätt att skaffa hjälp och stöd. I majoritetssamhället har vi en tydlig tendens att förringa invandrar-kulturers egna sätt att möta trauma och stress, trots att dessa kulturer kan ha långt större erfarenhet av att hantera yttre påfrestningar än vi. Det finns studier som tyder på att människor i samhällen som har nära erfarenhet av samhällspåfrestningar, löper mindre risk att drabbas av traumarelaterad psykisk ohälsa (Porter Haslam, 2005). Det finns ju i sig inget som säger att det skulle vara mindre rationellt eller hjälpanande att gå till en shaman eller religiös imam för råd och hjälp än att vända sig till en socialkurator eller psykoterapeut. I Erbil hade kanske min kurdiska familj låtit sin djupt deprimerade dotter få en magisk hennafigur målad på armen samtidigt som verser ur Koranen lästes, men här vet inte föräldrarna vart man vänder sig och vad som är den bästa

hjälp. Effekten av mötet mellan den asylsökande, som söker inträde i vårt samhälle och vår kulturimperialistiska syn på andras värderingar, traditioner och trosföreställningar, blir dock oftast att vårt synsätt blir normgivande och den asylsökande tar till sig detta och blir utarmad.

Den ökade distansen i familjen får konsekvenser för individen. Människan får psykisk näring ur relationer som är givande. Det sker på alla nivåer. Närhet betyder kroppsberöring, smekningar, värme. Då får man ökat inflöde av oxytocin, ett hormon som bl.a. får oss att må bra, ger lugn och bidrar till social interaktion (Uvnäs-Moberg 2004). Närhet ger också bekräftelse, man duger, är värd kärlek, är sedd, självförtroendet ökar och det bidrar till hälsa och initiativförmåga. När detta försvinner hotar depression och uppgivenhet.

Nära relationer är också, främst för barn, trygghet. Barnet avläser föräldrarna, och när de signalerar att situationen är hotande, samtidigt som de visar sin egen maktlöshet innebär det ett existentiellt hot för barnet. När den situationen permanentas och barnet uppfattar att det inte finns någon utväg ur ångesten, reagerar det med den totala uppgivenhet, som vi ser hos så många asylsökande barn i Sverige idag. Det har beskrivits både som en ”spe-la-död-reaktion” och som s.k. inlärda hjälplöshet och är sannolikt grundläggande såväl biologiska som psykologiska reaktionsmönster. Det finns också anledning att överväga ytterligare förklaringar till dessa reaktioner. En kan vara konsekvenser av det förtryck, den förföljelse och de samhällssystem,

som man flyr från. De som under generationer levit maktlösa i system, där de inte haft möjlighet att föra sin talan och påverka sin situation, och som ständigt erfarit meningslösheten och risken i att opponera mot makten och myndigheterna, har antagligen inför samhällets beslutsmakt nära till att ge upp, gå in i letargi och hopplöshet inte bara kognitivt utan också emotionellt och till slut biologiskt.

En central del av vår identitet och av hur vi förstår oss själva är de berättelser eller beskrivningar vi ger, både inom oss, mellan oss i familjen och utåt (Hydén, 2005). Den situation den asylsökande familjen så småningom hamnar i riskerar att leda till att dessa berättelser förändras på ett negativt sätt – från att handla om kompetens till inkompetens, och från att vara överensstämmande inom familjen till att bli divergerande. Deras egen berättelse blir svår att förstå för dem själva och förvirring och osäkerhet ökar. En livsberättelse bör, för att vara hälsosam, ha ett då, ett nu och en framtid eller mål. Den asylsökandes berättelse kommer ofta att sakna ett möjligt mål och framtiden och nuet smälter samman i väntan och hopplöshet. Det blir då berättelser om förföljelse och lidande, om flykten och den hopplöshet den ledde fram till och om skrällen för återvändande till då, som kommer att vara familjens interna och externa berättande, berättelser utan slutpunkt. Från den berättelse man, då flykten inleddes, hade om ett lyckosamt slut med ett bra liv i ett land i fred och välstånd och där man själv bidrog med sin förmåga och sin vilja, har det egna berättandet, efter månader eller år i

asylkvarnen, istället omgestaltats till berättelser om svaghet, beroende och utelämning, till berättelser om att vara ett offer. Verkligheten finns i språket, i våra berättelser. Verkligheten finns också hos åhöraren till berättelserna. Vilka av de asylsökandes berättelser lyssnar vi till och uppmuntrar?

### Vad göra?

Som land och som professionella inom vård och skola, har vi ett ansvar för de människor som söker sig hit från livsomständigheter de uppfattar som outhärdliga.

På den politiskt juridiska nivån har vi ansvaret att bedriva en invandringspolitik och skapa en asylprocess, som innebär ett värdigt bemötande präglad av respekt för att den som söker sig hit, har fog för sitt handlande, har insikt i sin egen situation och är en resursstark person. Det betyder att den asylsökande oavsett ålder, måste få vara en person som agerar i sin egen sak, inte ett föremål för andras hanterande.

Under tiden man väntar i Sverige, borde det finnas möjligheter och förväntan att den asylsökande kan få ge av sin förmåga, uppträda och bli behandlad som en tillgång för vårt samhälle och som en person som har erfarenheter och kunskaper vi behöver. Vi borde återgälda i form av socioekonomiska resurser och social uppskattning. Detta borde gälla oavsett kön och ålder och vara en del av inträdesbiljetten, så att kompetens premierades mer än lidande. Då skulle vi också mer motsvara flyktingens egna önskemål.

Under asylprocessen bör den asylsökande familjen stödjas i att behålla sin ursprungliga familjeorganisation

och sina egna problemlösningstrategier och att vila tryggt i sina grundläggande värderingar och trosföreställningar. Hjälparnas uppgift bör i första hand vara att uppmuntra familjen att återfinna och utnyttja sin inneboende motståndsförmåga.

Givetvis skall vi också ge de asylsökande möjlighet att läka sina psykologiska sår och bearbeta sina traumatiserande erfarenheter. När vi gör det måste vi dock vara medvetna dels om att detta kanske mer skall ses som naturliga reaktioner på extrema händelser än som sjukdomar och dels att de asylsökande ofta besitter en expertis i sin kulturella bakgrund angående hur de bäst får hjälp. Sammantaget vet vi att:

- Passivitet, offerposition och sekundär sjukdomsvinst fördjupar psykiatrisk symptomatologi.
- Väntan i hopplöshet och upplevd maktlöshet skapar ohälsa.
- När människan förstår sitt sammanhang, har tillgång och tilltro till sina resurser och när hennes ansträngningar har möjlighet att leda framåt, då är förutsättning-

arna för hälsa de bästa.

- Allt för lite av denna kunskap tilläts idag prägla asylpolitiken.

## Referenser

- För fullständig referenslista hänvisas till författaren Ahmadi, F., & Ahmadi, N. (1995) Iranian Islam and the concept of the individual. On the non-development of the Concept of the individual in the ways of thinking of Iranians. Dr.avhandling, Uppsala universitet, sociologiska institutionen.
- Al-Baldawi, R. (1998) I migrationens och exilens spår: Konsekvenser av en förändrad familjestruktur. *Läkartidningen*, 95(19)2223-2231.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlin, L., & Cederblad, M. (1993) Salutogenesis – protective factors for individuals brought up in a high-risk environment with regard to the risk for a psychiatric or social disorder. *Nord J Psychiatry*, 47(1)53-60.
- Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., Hagnell, O. (1990) Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psykiatr Scand*, 82: 228-232.
- Hydén, L.-C (1997) Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1)48-69.
- Porter M., & Haslam, N. (2005) Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons. A Meta-Analysis. *JAMA* 294(5)602-612.
- Pupavac, V. (2002) Therapeutising refugees, pathologising populations: international psychosocial programmes in Kosovo. *News Issues in Refugee Research*. Geneva: UNHCR. Working paper No 59.
- Watters, C. (2001) Emerging paradigms in mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52:1709-1718.
- Werner, E.E., & Smith, R., S. (1992) *Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood*. New York: Cornell University Press.

## Summary in English

### Power and disempowerment in asylum seeking families

Asylum seeking families and children in Sweden often find themselves in a disempowered situation. This is analysed on the levels of society, family and individual. Society has a tendency to pathologise the asylum seeking individual and in the process of applying for permanent residence they lose possibilities to understand and to have control over their situation. On the family- and individual level as well, the process of getting residence contribute to take away power and influence from the asylum seeking person. Increased distance between family members is a risk factor on system- as well as on individual level. Cultural aspects are important in order to understand illness reactions and to discover strength and competence in the refugee. The life narrative of the asylum seeking individual is at risk to transform from one of responsibility and competence into a story of hopelessness and weakness. Finally aspects are given on how changes in views on the asylum process can contribute to health.

Keywords: asylum seeking families, disempowerment, society influence, risk factor, culture, life narrative