

# Den traumatiserade flyktingen

## Medikalisering av flyktingskap som ordningsregim

**Marita Eastmond**

Artikeln diskuterar flyktingskapets medikalisering i ljuset av samtida föreställningar av osäkerhet och risk. I det offentliga samtalet i Sverige hävdas ofta ett samband mellan flyktingskap och ohälsa. Denna ohälsa kopplas nästan alltid till händelser före ankomst till Sverige. I själva verket innebär osäkerhet, otydlighet och svårigheter att hitta sin plats i det nya samhället, inte minst på arbetsmarknaden, ofta större risker för ohälsa. I denna artikel beskrivs hur föreställningen om "den traumatiserade flyktingen" har vuxit fram och vilka negativa konsekvenser den kan ha för de flyktingar som själva vill definiera sina behov. Medikaliseringen av de svårigheter som rör flyktingar förstärker bilden av flyktingar som offer eller problem för samhället och begränsar snarare än underlättar möjligheterna för dem att återskapa ett normalt liv.

Marita Eastmond, docent, Socialantropologiska institutionen, Göteborgs Universitet, E-post adress: marita.eastmond@sant.gu.se

Nyckelord: Krig, trauma, medikalisering, bosniska flyktingar, Sverige

### Inledning

Med en markant ökning av våldsamma konflikter i många delar av världen under senare år, har trauma och traumatisering kommit att få ny aktualitet. Det utgör ett växande fokus i många humanitära insatser i konfliktområden och i de länder som tar emot flyktingar. I Sverige har vi sedan mottagandet av flyktingar i början av 1990-talet framför allt från krigets Jugoslavien sett en intensiv utveckling av specialistkompetens inom traumapsykiatri och psykologi, med PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) som nyckeldiagnos. Medvetenheten är stor också hos den bredare allmänheten, inte

minst genom medias belysning av flyktingar som offer för krig och politiskt våld. Traumatisering har således kommit att bli nästan synonymt med flyktingars erfarenhet. Samma tendens har noterats i andra mottagarländer, t ex i Storbritannien (Summerfield, 2001; Watters, 2001), Nederländerna (van Ewijk och Grifhorst, 1997) och USA (Muecke, 1992). Den här artikeln söker problematisera den bild av "den traumatiserade flyktingen" som under 1990-talet blir gängse och vill peka på några av de sammanhang i vilka den växer fram.

### Medikalisering av lidande

Det är inte så att trauma är något nytt, vare sig som mänsklig erfarenhet eller som kunskapsfält; det har dykt upp inom medicin och psykiatri i perioder av krig och förändring, om än med olika etiologier och namn, för att däremellan falla i glömska eller osynliggöras av andra diagnoser<sup>1</sup>. Traumats växande aktualitet som psyko-medicinskt fält idag bör förstås inte bara som resultatet av en ökning globalt av konflikter och våld; det ingår också i en fortlöpande medikalisering av mänskliga erfarenheter. Det har blivit allt vanligare att se mänskliga livsprocesser och övergångstillstånd (t ex barnafödande och klimakteriet) som medicinska problem vars kunskapsområde framför allt blir expertisens. En kritisk antropologi har uppmärksammat tendensen att medikalisera effekterna av social och politisk utsatthet. Mediernas roll härvidlag har också uppmärksamats: närgångna beskrivningar av krig och människors utsatthet kan lätt approprieras av professionella kategorier och omsättas i olika slags insatser och rehabiliteringsprogram (Kleinman, m fl, 1997). Scheper Hughes (1992), beskriver i en studie om kvinnor i nordöstra Brasilien hur effekter av fattigdom och maktlöshet definieras och behandlas som psykiska besvär. Att söka vård kan samtidigt vara enda utvägen att få hjälp i samhällen där andra skyddsnet saknas. I samhällen som det svenska, med en stark arbetsetik och en ideologi om full sys-selsättning, ökar förtidspensioner i tider av arbetslöshet; en medicinsk diagnos är en mer legitim identitet än arbetslöshet och blir ett svar på dess politiska och moraliska problem, inte minst för staten.

Även för arbetstagarna kan ett vidgat sjukdomsbegrepp bli ett aktivt verktyg: massjukskrivningar vid enskilda arbetsplatser är i Sverige ett sätt att uttrycka politisk protest (Zaremba, 2004). Medikaliseringen av flyktingskap måste också ses i en vidare ideologisk kontext, en som har med uppfattningar av världens ordning att göra.

### Flyktingskap som anomali

Antropologen Liisa Malkki (1995) pekar på ett antal antaganden om normalitet som formar bilden av flyktingar som en riskgrupp. I den moderna människans världsbild är varje individ självklart tillhörig en nationalstat. I denna ideala ordning är hemlandet den bästa och mest 'naturliga' hemvisten som bara svårligen kan ersättas. 'Uprooting' är en nyckelmetafor för denna process både inom forskning och praktik, där flyktingskap gjorts liktydigt med förlust av kultur och identitet, en rubbning av ordningen (dis-order) som innebär risker för människors mentala hälsa. I det internationella samfundets hantering av flyktingar har repatriering till hemlandet genomgående föreskrivits som den bästa och mest naturliga lösningen för flyktingarna själva. Endast där, rotad i ett territoriellt hemland, kan människan vara hel och må bra. Detta synsätt speglar också en bofasthetens norm av gammalt datum. Nostalgi, eller hemlängtan, hade på 1700-talet sin egen diagnos, en sjukdom som t o m kunde ha dödlig utgång (Johannisson, 2001).

Flyktingskap har inte bara kommit att framställas som ett risktillstånd för flyktingarna själva, utan som en ökande

säkerhetsrisk för omvärlden. I en världsordning baserad på nationalstater blir enligt Malkkis resonemang grupper som faller utanför problematiska avvikelser. De blir anomalier, som i enlighet med Mary Douglas' kulturteori (1966), stör eller hotar den tänkta ordningen. Det hot som flyktingar kommit att förknippas med under de senaste decennierna i Sverige måste ses mot bakgrund av att denna världens ordning utmanas på ett flertal nya sätt, av globalisering, nyliberal ekonomisk politik och välfärdstatens nedrustningar, förändringar som upplevs ligga bortom individens och även statens kontroll. Sociologen Anthony Giddens (1991) talar om en växande upplevelse av otrygghet hos många människor i det senmoderna samhället. Flyktingar är inte bara ett symptom på en värld i kris utan uppfattas alltmer som en orsak till denna instabilitet. Medias bilder av flyktingar är inte sällan skaror av hemlösa och fattiga människor på flykt undan krig och misär, ibland på väg mot just våra gränser. Svenska Försvarsberedningen från 1997 vidgar säkerhetsbegreppet och tar upp okontrollerad migration som en ny säkerhetsrisk och illustrerar bland annat med en bild av flyktingar på en överlastad båt med sikte på en europeisk stat. Stereotypa och negativa bilder av flyktingar har blivit allt vanligare i europeiska media, där asylsökare utpekats som illegala inkräktare, okontrollerbara hot mot våra gränser. Föreställningen att det farliga kommer utifrån och att sjukdom och smitta kräver kontroll av det Främmande är inte ny. Att alla immigranter hälsotestas är sedan många år en del i USA invandringspolitik. Idag riktas fruktan för den

smittsamme andre framför allt mot flyktingar som måste "saneras" innan de ges tillträde (Ong 1995:1255). Medicinska och psykologiska tester blir allt vanligare i europeiska mottagarländer. Med en alltmer restriktiv flyktingpolitik blir asylsökare, enligt van Ewijk och Grifhorsts studie i Nederländerna, utsatta för allt fler medicinska interventioner och framställs därmed som "the contagious and diseased other who is a threat to public health" (1997:242). Tillvaron uppfattas som alltmer riskfylld och många av dessa risker medikaliseras. Den medicinska vetenskapen tycks här bli ett rationellt och auktoritativt verktyg med vilket vi söker bemästra ett alltmer osäkert tillstånd, en hotande o-ordning.

Ett ytterligare problem är att flyktingenskap ofta essentialiseras i forskningslitteraturen, dvs tillskrivs kännetecken som om det handlade om en enhetlig och inte en mångfald erfarenheter med grund i mycket olika historiska och politiska processer. Flyktingar blir därmed lätt generaliserade, som problem eller offer, och deras lidande ett speciellt slags lidande. Vi ser tendensen också i den svenska forskningslitteraturen. Roth & Ekblad t ex, hävdar i en forskningsöversikt av flyktingar och mental hälsa att flyktingar, till skillnad från andra migranter, utgör en homogen kategori vad gäller utvandringsmotiv och traumatiska erfarenheter och uppvisar betydande likheter i grad och manifestation av psykopatologi (Roth och Ekblad, 1993:188, min övers.).

## Trauma som västerländsk diagnos

Få manualer för det internationella arbetet med flyktingars hälsa på 1980-talet omnämnde trauma. Idag dominerar det synen på hur sociala och politiskt omvälvande konflikter påverkar människor och hur de bäst skall bistås (Bracken m fl 1995). Samtidigt ger forskningen ingen entydig bild av traumats prevalens, ens för hårt krigsdrabbade samhällen. Smärtspråket kan t ex vara ett annat: Studier av våldsdrabbade människor på Sri Lanka visade att det vanligaste uttrycket för deras lidande var somatiskt (Silove 1999). Utsagor av humanitära organisationer om massiv traumatisering hos hela befolkningar (som skedde i Bosnien) har således kritiserats för att sakna empirisk grund och har ibland setts som försök att mobilisera resurser hos västerländska biståndsgivare (Stubbs 1999).<sup>2</sup>

Kritik har också riktats mot PTSD som en diagnos grundad i en västerländsk epistemologi, etablerad som svar på de amerikanska vietnamveteranernas erfarenhet; en diagnos som inte kan antas vara universellt tillämpbar. Den reducerar dessutom en komplex erfarenhet till ett psykiatiskt fenomen, och utgår från den enskilda individen abstraherad från sina större livssammanhang. I samhällen där jaget ses som konstituerat av en människas relationer till sin omvärld kan ett fokus på den egna personen ses som ganska irrelevant i sökandet efter både orsaker och bot. Lidande men också lindring uppfattas som i grunden sociala och inte individuella erfarenheter; vikten läggs således vid att återställa

den sociala och kosmologiska ordning som utgör grunden till den enskilda människans vara och välbefinnande.

För de mocambikanska kvinnor i det flyktingläger i Zambia där jag arbetade var det oftast inte det våld kvinnorna själva utsatts för som stod i centrum. De förföljdes istället av att de inte kunnat begrava sina döda familjemedlemmar på rätt sätt så att de fick vila i frid, eller blev sjuka av oro för att de inte kunde komma hem och så sina fält i tid så att de skulle kunna skörda och försörja sin familj om återvändande blev möjligt. Ritualer av rening från våldets effekter, utförda både för drabbade och förövare, var alltid det större kollektivets angelägenhet och knöt människor och livsvärldar samman i en större kosmologisk ordning. Människor, även om de uppfyller kriterier för diagnosen PTSD, kan således ha andra föreställningar och prioriter i synen på hur tillvarons ordning och det egna välbefinnandet skall återställas (Summerfield 1999). Saikkonen (2001) fann att medelålders bosniska män som hade höga värden på självskattningsskalor för trauma samtidigt identifierade just förlusten av sitt arbete efter många verksamma yrkesår (de var fortfarande arbetslösa i Sverige) som det värsta som drabbat dem under kriget.

## Framväxten av 'den traumatiserade flyktingen' i Sverige

I samband med att den stora gruppen asylsökande bosnier i Sverige fick permanent uppehållstillstånd 1993, uttrycktes också en oro av läkare och psykologer för hur de skulle kunna återskapa normala liv och integreras i svenska

samhället som följd av sina erfarenheter av kriget. Internationella experter varnade för massiv traumatisering av den bosniska befolkningen och genom TV kunde allmänheten följa kriget på nära håll. Svenska regeringen anslag således resurser för forskning och metodutveckling och flyktingmedicin och traumapsykologi blev ett snabbt växande professionellt fält. Ett stort antal centra med denna specialisering har etablerats i olika delar av landet; de har också blivit förmedlare av denna kunskap genom vilka yrkesgrupper inom skola, vård och omsorg fått lära sig vara uppmärksamma på trauma och remittera flyktingar till behandling.

I avsaknad av systematiska undersökningar av samtliga nyanlända, kom bilden av flyktingars mentala hälsa på 90-talet att framför allt baseras på dem som redan kommit i behandling. Budskapet var att krigs- och tortyrskador är ett stort problem bland flyktingar, och att detta utgör ett allvarligt hinder för integration, som t ex språkinläring och föräldraskap, och även innebär risker för kroniska skador. Rehabilitering kom att framställas som en förutsättning för integrationen.<sup>3</sup> Den stora variationen inom varje flyktinggrupp, även den bosniska, skymms av så svepande generaliseringar. Senare års forskning nyanserar bilden. Studier både i Sverige och utomlands finner att förhållandena i exil tycks påverka den mentala hälsan mer än erfarenheter av våld före flykt (t ex Sundquist m fl., 2000) eller samverkar på komplexa sätt (Sinnerbrink, m fl 1997). Hjerns och Angels uppföljning (2000) av flyktingbarn tyder på att oron för omfattande långvariga skador varit obefogad och att

förmågan till återhämtning är god, givet relativt stabila förhållanden i mottagarlandet. Från att ha fokuserat ensidigt på flyktingars bakgrund, problematiseras härvid nu också mottagarsamhället.

Medan engagemanget för bosniska flyktingar som traumatiserade var viktigt i utverkandet av asyl i ett skede när flyktingpolitiken blev alltmer restriktiv, kom dessa bedömningar i nästa skede att få resonans i en annan och mer exkluderande diskurs.

### **Bristdiskurser i svenska välfärdssystemet**

När flyktingar kom att dominera invandringen under 1970-talet blev de definierade inom socialpolitiken om en speciell kategori av hjälpbehövande utifrån politisk och ekonomisk utsatthet. Den tidens läroböcker i svenska som andraspråk speglar enligt sociologen Marie Carlsson (2003) förändringen från arbetskraftsinvandrare till flyktingar som bidragstagare, då nyanlända lär sig hur man möter olika myndigheter inom välfärdssystemet. Kulturella olikheter ställs dessutom i fokus som problematiska under 1980-talet, och är fortfarande verk samma informella sorteringsinstrument, inte minst på arbetsmarknaden. En uppsättning bristdiskurser tar således form i offentliga och informella sammanhang vilka handlar om tillkortakommanden i språk och kultur, 'social kompetens' eller rätta yrkeskunskaper, oftast mätta med svensk måttstock. Enligt Carlsson blir lärandet 90-talets modell för nyanlända. Långdragna introduktionsprogram utgör en slags certifieringsprocess, där godkänd nivå i svenska är det första av många steg på en lång väg mot arbete.

Integrationsverket kan konstatera att arbetsmarknaden under 90-talets överbud av arbetskraft ofta prioriterar svenska sökande; personer som uppfattas kunna bli problematiska har svårare att bli anställda. Ohälsa läggs således till raden av andra brister som behöver avhjälpas, i en process som omformar och standardiserar enligt svenska normer.

### **Normalisering utifrån ett bosniskt perspektiv**

Hur talar man då i den bosniska flyktinggruppen om sina erfarenheter? En studie i en mindre västsvensk stad där jag följt ett antal bosnier sedan ankomsten 1994 omfattar yngre och medelålders familjer med god utbildningsbakgrund, från mindre städer i Bosnien. De är således ganska representativa för bosniska flyktingar i Sverige. Oron och lidandet som krigets många förluster inneburit har delvis skiftat fokus med åren: "Nu när kriget är slut och vi äntligen kan börja se lite framåt och leva ett normalt liv så upptäcker vi att det inte finns något liv att starta här" En vanlig erfarenhet för det stora flertalet har varit svårigheter att få fäste på den svenska arbetsmarknaden "Det har blivit som en evig svängdörr, där man aldrig kommer ut på arbetsmarknaden utan bara slussas vidare in i en ny kurs eller åtgärd", säger 35-åriga Mirsad på god svenska. Året är 1996 och runt 80 procent av de vuxna saknar fast arbete<sup>4</sup>. Många har haft svårt att få sina yrkeserfarenheter från hemlandet erkända i Sverige och Mirsad funderar på att göra om sin civilekonomutbildning i Sverige. Situationen har förbättrats efter 1998, men fortfarande har flertalet arbeten som ligger under

deras kompetensnivå. De flesta av dem som närmar sig de femtio eller mer har nu gett upp hoppet om att få anställning.

Ett 'normalt liv' förknippades i hemlandet med två centrala kulturella värden, arbete och socialitet (*druzenje*). De utgör viktiga byggstenar i familjens 'välfärdsprojekt' i en strävan mot materiell välfärd, social trygghet och status. Detta ideal är ännu långt från verkligheten de flesta har i Sverige. Det krympande umgänget är också ett problem. Kriget och exilen har brutit upp nätverk och skapat misstro också inom den egna gruppen. Fortfarande saknar många djupare sociala kontakter med svenskar. En del bosnier har erfarenhet av att bilden av flyktingar som traumatiserade snarare blir ett hinder till kontakt med svenskar de möter i olika sammanhang. Svenskar tycks rädda att ställa frågor om personliga upplevelser för att inte uppfattas som okänsliga eller oavsiktligt framkalla reaktioner eller berättelser om trauma. Genom den mystik och medikalisering som skapats kring trauma, som något över vilka den drabbade och dennes medvetande har lite kontroll, kan samtal om sådana upplevelser uppfattas som något som bäst lämnas till specialister. Den förlust och sorg som flertalet flyktingar bär med sig, oavsett andra erfarenheter, skulle däremot många vuxna svenskar kunna känna igen sig i. Alvina, en kvinna i 40-års åldern, berättar följande:

*"När jag praktiserade på biblioteket här i M, arbetade jag med en kvinna som nyligen förlorat sin man. När jag hörde detta talade vi om hur det är att plötsligt förlora nära anhöriga*

## tema

*och det kändes som om vi hade något gemensamt. Men hon och de andra frågade mig aldrig om hur det varit under kriget. Kanske var de rädda.”*

Berättelserna är många om hur, i mötet med välfärdsbyråkratin eller som arbetssökande, kompetens och arbetsförmåga ifrågasatts. I en grannkommun gjordes deltagande i ett rehabiliteringsprogram till villkor för socialbidrag för flyktingar som var bidragstagare. I många välfärdssystem uppfattas klienter enligt antropologen Don Handelman ofta som ofullständiga människor, vilka behöver kompletteras och formas efter den bild av de medlemmar ett samhälle i en viss period vill skapa (1978). Rehabilitering och omskolning kan ses som olika aspekter av detta formande av nya samhällsmedborgare.

Själva talar bosnier i min studie däremot sällan om krigets påverkan på människor som trauma även om flertalet känner till begreppet. En anledning kan vara att de som själva utsatts för våld eller bevittnat våld mot andra är relativt få. Ett mycket vanligare smärtspråk handlar om ”nerver”, *nervozan* ett välkänt idiom i hemlandet (och många andra delar av världen) för att beskriva ett lidande och som inte tydligt skiljer mellan kroppslig och själslig smärta. Att vara ”nervös” täcker en hel del reaktioner som till viss del sammanfaller med symtom för akut traumatisk stress eller faller under diagnosen PTSD, som irritabilitet eller utbrott, mardrömmar, koncentrationssvårigheter, men också vissa emotionella reaktioner, och fysiska symtom, som hjärtklappning och huvudvärk. Nerver har också en social

innebörd som påminner om hur *nervios* uttrycker erfarenheter av politiskt våld i Centralamerika: De är en förkroppsligad metafor för sammanbrottet i en människas relation till samhället. Här handlar det inte bara om krigets effekter utan också om känslan av utanförskap i Sverige: Det senare kommer också till uttryck i ett annat näraliggande begrepp, *živčan*.

Medan nerver kan vara av mer övergående slag är *živčan* mer socialt betecknande och används dessutom oftare om unga människor: ”Det är inget sjukligt tillstånd, mer en uttryck för desperation, man betar sig irrationellt”; ”Man ser det hos dem som skulle kunna göra något av sitt liv men inte får en chans.. En del av dem har inte ens jobb som städare..”. Det är ingen skarp gräns mellan dessa båda begrepp, men de avskiljs noga från *lud* (galen) och andra tillstånd som ses som patologiska. Det intressanta är således att *nervozan* och *živčan* förlägger problematiska upplevelser och beteenden inom det normalas gräns, förutom att de också fokuserar nuet. I många ovanliga eller akuta situationer som de Ivana Macek beskriver från belägringen av krigets Sarajevo (1997), så tänjs gränsen för det normala så att det kan omfatta även sådant som annars vore socialt oacceptabelt.

Kring de mest extrema erfarenheterna av kriget, t ex hos dem som suttit i koncentrationsläger, dras samtidigt en gräns av tystnad. De talar inte om sina erfarenheter och ingen frågar dem. Men även hos personer i denna grupp tycks ändå förutsättningen för läkande formuleras i andra ord än i behandlingstermer. En bosnisk man gjorde anspråk på förmåga

trots sina erfarenheter från Omarska och hans fortsatta mardrömmar, rastlöshet och nedstämdhet. Han beskrev hur han under flera år försökt att få jobb, vilket som helst, och tillade:

*"Det är inte så konstigt att man blir nervös. De kanske inte tycker att jag är redo att börja arbeta, med mina erfarenheter. Men se på dessa två händer, det finns inget fel med dem... De skickade mig till psykologen och det lättade lite, men egentligen blir jag inte bättre förrän jag kan börja jobba igen!"*

Paradoxen noterades ofta av bosnierna själva: "Man får inget arbete förrän man är frisk men som vi ser det blir man inte frisk förrän man får arbete!" Samtidigt kan en del individer själva medikalisera sitt lidande under vissa betingelser. En medicinsk diagnos är t ex ofta en mer respektabel identitet än den som socialbidragstagare, i synnerhet hos grupper med hög arbetsmoral som den bosniska.

### **Bilder av flyktingkap: Från politiska hjältar till patienter**

Det är intressant att jämföra bosniers erfarenhet med tidigare flyktingmottagande i Sverige. Vi minns de många flyktingar som kom från den chilenska diktaturen i början av 1970 talet och som också utstått våld, ibland långvarig tortyr, och fördrivits från sina hemländer. Deras erfarenhet beskrevs dock inte i termer av psykisk hälsa utan framför allt som ett politiskt problem. Deras behov, som de uttrycktes i den tidens ideologiska kontext, handlade om att få vår solidaritet i kampen för hemlandet

och en möjlighet att försörja sig under sin exil.

Problemet för människor som fördrivits av våldsamma krig och konflikter är ofta både politiskt och existentiellt. Hur kunde det hända, vem bär ansvaret och hur leva vidare med detta? För chilenerna var lösningen en intensiv politisk aktivitet, åtminstone de första åren, med brett stöd av mottagarsamhället. Bosniska familjer, utifrån en annan politisk och social erfarenhet, har fokuserat på att bygga upp familjernas välfärdsprojekt och att söka återskapa ett "normalt" liv. Chilenerna mottogs som politiska hjältar, i en dåtida politisk och ideologisk diskurs som stämde ganska väl med flyktingarnas egen problembild. Deras erfarenhet tenderade därmed att politiseras, där många för individen svåra erfarenheter osynliggjordes i den kollektiva kampen och i en manlig hjältediskurs. De bosniska flyktingarnas problem har snarare medikaliserats av omvärlden, där deras egna röster och syn på återhämtning fått mindre utrymme. Medan chilenerna sågs som aktörer med förmåga att forma sin egen historia har bosnier beskrivits som offer för kriget där problem och lösningar framför allt söktes inom ett fält av expertkunskap. Bosniers normalitetsanspråk kan kanske ses som en slags motdiskurs till utbredda föreställningar om brist och oförmåga vad gäller invandrare och flyktingar som utvecklats på senare år. Skillnaderna påminner oss om vikten att se till varje flyktinggrupps specifika historia och karaktär för att förstå hur de söker bemästra sin situation. Men varje grupps erfarenhet säger oss också något om sin tid: 1970- talets Sverige kännetecknades



tema

av en generös inställning till flyktingar och en mer gynnsam arbetsmarknad. Det står i kontrast till 90-talets restriktiva flyktingpolitisk, nyliberal ideologi och privatisering, invandrarfientlighet och segregerad arbetsmarknad.

### Avslutande reflektion

I den politiska diskurs som chilensare mötte på 1970-talet, fanns möjligheter till igenkännande hos en större allmänhet. Trettio år senare möter bosnier en etablerad bild av invandrare och flyktingar som rimmar illa med hur de ser sig själva. Istället för identifikation blir bilden av "den traumatiserade flyktingen" ytterligare en aspekt av förfrämmandet. Den uppmärksamhet som riktats mot människors lidande till följd av extrema krigserfarenheter har varit av stor betydelse inte minst för de drabbade, det är den generaliserade medikaliseringen av flyktingar som är problematisk. Medan "trauma" var det symboliska kapital med vilket en flyktinggrupp på 1990-talet kunde få stanna i Sverige, blir det senare snarare ett hinder. Mot bakgrunden av en mångfacetterad bristdiskurs som kommit att omfatta invandrare och flyktingar i Sverige, blir psykisk ohälsa ytterligare en markör för problematisk skillnad som påverkar chanserna att bli delaktig i samhället. De många olika program som flyktingar deltar i på sin långa och osäkra väg till delaktighet i Sverige utgör försök att forma (lära, omskola, behandla) nya samhällsmedlemmar enligt nyliberala föreställningar om människan vi ser omsättas i flera västerländska välfärdssamhällen idag (Graham, 1999). För dem som faller vid sidan av eller inte når fram kan kanske

sjukpension bli en socialt sanktionerad utväg.

Tendensen att medikalisera och individualisera krigets och flyktingskapets problem kan ses som ett uttryck för större förändringar i vår omvärld men också ideologiska förskjutningar på senare år. Flyktingar blir alltmer del av en hotbild i ett vidgat säkerhetstänkande, en sinnebild för världens tillstånd av oordning och vår egen utsatthet i den. För motagarländerna blir de både en humanitär angelägenhet men också föremål för försök att återställa ordning och upprätta kontroll bland annat genom att förstärka våra gränser mot dem som vill söka sig hit. Medikalisering kan också ses som en del i en mycket mer generell kulturell process att avskilja det som klassificeras som icke-önskvärt, det som inte passar in eller upplevs som hotfullt. I dag förläggs kanske alltmer av det som uppfattas som riskfyllt, sjukt och bristfälligt i omvärlden till den enskilda människan, och görs ibland till hennes eget ansvar. Människor och erfarenheter som inte platsar och blir anomalier i den sociala ordningen kan bli föremål för osynliggörande, exkludering eller måste omvandlas och omklassificeras. Tidigare diagnoser som hysteri och neurasteni blev på sin tid enligt Johannisson (1990) sanktionerade former för erfarenheter som samhället annars hade svårt att bemästra. I dagens samhälle kan utmattningsdepression och kroniskt trötthetsyndrom vara senmoderna uttryck för anomali och bristtillstånd: trötthet har ingen plats i många människors stressade tillvaro.

Flyktingar är inte enbart offer för de tillstånd och brister som tillskrivs dem.

I sin strävan att bygga upp nya liv, söker flertalet aktivt och ibland framgångsrikt omförhandla föreställningar och livsvillkor i sina vardagliga kontakter med mottagarsamhället. Bourdieus *illusio* som begrepp för en universell mänsklig strävan att investera i drömmar och en vist hysa hopp, är en viktig motbild till synen på flyktingar som offer (Bourdieu i Jenkins m fl 2004). De flesta människor, och inte bara flyktingar, har ofta en förmåga att återskapa någon kontinuitet och mening i sina liv, alla förluster och osäkra betingelser till trots.

### Referenser

- Bracken, P., Giller, J.E., & Summerfield, D. (1995). "Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts." *Social Science & Medicine*, 40(8), 1073-1082.
- Carlsson, M. (2003). Svenska för invandrare – brygga eller gräns Lund: Studentlitteratur.
- Douglas, M. (1966). Renhet och fara. En analys av begreppen orenande och tabu. Nora: Nya Doxa.
- Eastmond, M. (2004) "The disorders of displacement: Bosnian refugees and the reconstitution of normality" I Jenkins m fl, se nedan.
- Ekberg, J. (2002) "Finns det plats för invandrare på svensk arbetsmarknad?" Föredrag vid Hela Folket i Arbeta, Högskolan i Växjö, 22-23 Okt.
- Graham, M. (1999). Classifications, Persons and Policies: Refugees and Swedish Welfare Bureaucracy. Doktorsavhandling. Stockholm: Studies in Social Anthropology.
- Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity. Self and society in the late modern age. Cambridge: Polity Press.
- Handelman, D. (1978). "Introduction: A recognition of bureaucracy." In D. Handelman and E. Leyton (eds.), *Bureaucracy and World View: Studies in the logic of official interpretation*. St. Johns: Inst of Social and Economic Research..
- Hjern A och B Angel (2000). "Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow up." *Acta Paediatrica* 89, 722-7.
- Johannisson, K. (1990) Medicinens Öga. Stockholm: Norstedts
- Johannisson, K. (2001) Nostalgia: En känslas historia. Stockholm:Bonnier
- Jenkins, R., Steffen, V. & Jessen, H.. (2004). *Managing Uncertainty. Ethnographic Studies of illness, Risk and the Struggle for Control*. Köpenhamn: Museum Tusulanum Press.
- Kleinman, A., Das, V & Lockwood, M. 1997 *Social Suffering*. Berkeley: UC Press.
- Macek, I. (1997). "Negotiating normality in Sarajevo during the 1992-1995 war". *Narodna Umjetnost* ,34(1), 25-58.
- Malkki, L. (1995). "Refugees and Exile: From 'Refugee Studies' to the National Order of Things." *Annual Review of Anthropology* vol 24, 495-523.
- Muecke, M.A. (1992). "New paradigms for refugee health problems." *Social Science & Medicine*, 35(4), 515-523.
- Ong, A. (1995). "Making the biopolitical subject: Cambodian immigrants, refugee medicine and cultural citizenship in California." *Social Science and Medicine*, 40(9), 1243-1257.

tema

- Roth, G. & Ekblad, S. (1993). "Migration and Mental Health: Current Research Issues." *Nordic Journal of Psychiatry*, 45(3), 185-189.
- Saikkonen, R. (2001) "Flyktingskap och Psykosocial Stress: En intervjustudie av en grupp bosniska flyktingar" Magisteruppsats i socialantropologi, Göteborgs universitet.
- Scheper-Hughes, N. (1992) *Death without Weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press
- Silove, D. (1999). "The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma." *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4),
- Stone, D. (1984). *The Disabled State*. London: Macmillan Publishers.
- Sinnerbrink, I., Silove, D., Field, A., Steel, Z., & Manicavasagar, V. (1997). "Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers." *The Journal of Psychology*, 13(5), 463-470.
- Stubbs, P. (1999). "Transforming local and global discourses: Reassessing the PTSD movement in Bosnia and Croatia." Paper presented at a Symposium on The Mental Health Care of Refugees, Utrecht.
- Summerfield, D. (1999). "A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas." *Social Science and Medicine*, 48, 1449-1462.
- Summerfield, D. (2001) "Asylum-seekers, refugees and mental health services in the UK". *Psychiatric Bulletin*, 25, 161-163.
- Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L M & Johansson, S E. (2000). "Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden". *Journal of Nervous and Mental Disorder* 188(6), 357-65.
- Van Ewijk, M. & Grifhorst, P. (1997). "Controlling and disciplining the foreign body: A case study of TB treatment among asylum seekers in the Netherlands." In K. Koser, & H. Lutz (Eds.) *The new migration in Europe: Social constructions and social realities*, 42-259. London: MacMillan.
- Watters, C. (2001) *Emerging paradigms in the mental health care of refugees*. *Social Science and Medicine*, 52 ( ), 1709-1718.
- Zaremba, M. (2004) "Arg, besviken, sjukskriven". DN 5 dec

### Noter

- 1 "Psykologiskt trauma" har en intressant medicinsk historia, som på ett märkligt sätt tycks spegla den karaktär av ett episodiskt förlopp som brukar tillskrivas själva sjukdomen. Se vidare Eastmond (2004)
- 2 Min egen erfarenhet från Kambodja är att inhemska organisationer lättare får finansiering om de arbetar med individens trauma än med det kambodjanerna själva ser som grundproblemen, nämligen förlusten av anhöriga och av sina risfält. Sett ur deras framåtblickande perspektiv är det på dessa den sociala kontinuiteten och möjligheten till återhämtning vilar.
- 3 Se Eastmond (2004) för en utförligare översikt.

- 4 Om bosniers arbetslöshet i Sverige, se Ekberg, J. (2002).

### Summary in English

As a trope of world disorder and the uncertainty of our times, refugees and their suffering are an object of humanitarian concern but also of efforts to restore order and control. "Trauma" has tended to become synonymous to the experience of refugees, as victims disordered by war and violence. The article explores medical images of refugees as part of a broader conception of risk and medicalisation in contemporary society and discusses the interplay of such images with pervasive and powerful discourses that concern disability and othering of immigrants in Swedish society. Ethnographic examples from a Bosnian refugee community provide a contrasting picture of problematic reality and notions of post-war normalisation.

**Key words:** War, trauma, medicalisation, Bosnian refugees, Sweden