

Epidemier av psykisk sjukdom. Om predikosjukor och apatiska barn

Kjell Asplund

Den våg av apati/uppgivenhet som under början av 2000-talet drabbade barn i flyktingfamiljer var på många sätt dramatisk. Den antog formen av en omfattande icke-infektiös epidemi med ett förlopp över ca sex år. Att psykiska symtom kan vara smittsamma är väl känt. De svimningar och de attacker av hysteri som drabbade unga kvinnor vid förra sekelskiftet är välkända exempel. Flickor som skär sig är kanske det mest slående av de aktuella exemplen på smittsamt beteende.

Under de flesta av dessa epidemier av smittsamma beteenden har spridningen varit långsam och förloppet långvarigt. Det finns dock epidemier med mer dramatiskt förlopp. I denna artikel anlägger jag ett epidemiologiskt och medicinhistoriskt perspektiv på epidemin med apatiska flyktingsbarn. Den ses i ljuset av två andra epidemier, en från 1700-talets Tornedalen, en från 1800-talets Småland.

Att psykisk sjukdom är smittsamt och kan utvecklas till tydliga epidemier har varit långt ifrån unikt för Tornedalen, Småland eller svenskt 2000-tal. Många har lyft fram andra liknande företeelser, både religiösa och icke-religiösa. I Frankrike uppträdde i slutet av 1600-talet de s k Cevennesprofeterna, som hade anfall av skakningar, kropparna blev känslolösa, ögonen slöt sig, de beskrev syner (mest världsliga) och förutspådde död (1). I Sverige brukar man framhålla häxprocesserna i Dalarna och Norrland på 1600-talet, den "entusiastiska" rörelsen i Lillhärdal, Härjedalen i slutet av 1760-talet och en mindre omfattande epidemi liknande den i Tornedalen som inträffade i Gideå i norra Ångermanland på 1850-talet (2).

I Finland förekom flera utbrott av avvikande beteende med epidemisk karaktär från 1700-talets mitt och in på 1780-talet. Predikosjukan i Överkalix, som jag beskriver i denna artikel, har betraktats som en utlöpare av de finska epidemierna. Där varierade epidemins uttryck från socken till socken. Oftast förekom kramper och predikningar. Men på något håll rörde det sig främst om svimningar i kyrkan – upp till 25 personer kunde ligga avdånade samtidigt. I en av de finska epidemierna saknades sägs de sjuka "hafwa lama fötter och ligga till sängs. Men de stiga upp, då de vilja tala. Ingen af dem kan tala, när hon själf vill utan endast då Anden gifver henne det."

Predikosjukan i Tornedalen

I avhandlingen *Norrländskt fromhetslif på sjuttonhundra-talet* (1919) beskrev kyrkoherden i Grundsunda Carl Hasselberg utförligt predikosjukan i Tornedalen under andra hälften av 1700-talet. I sin opublicerade bok om övre Norrlands medicinhistoria (1970) redovisade överläkaren Sven Ekvall också ytterligare källmaterial om epidemin (3).

I början 1773 tog sågställaren Matts Markström i Övertorneå sig an Stina Larsdotter, en tiggarflicka från Torneå. Flickan, som var analfabet, hade redan på sin hemort haft anfall av konvulsioner, följda av en slags extas då hon predikade och manade folket till bättring. Anfallen avslutades med en ny attack av konvulsioner. Senare på våren kom Sophia Hast, 11-årig soldatdotter, också från Nedertorneå, till Övertorneå. Även hon hade täta anfall av konvulsioner och predikningar. Dessa båda predikoflickor utlöste den epidemi av predikosjuka som under ett par år gick genom Övertorneå och nådde en del av de angränsande socknarna.

I mitten av 1774 hade ytterligare fyra unga personer drabbats av predikosjukan. När epidemin nådde sin kulmen, troligen i mitten av 1775, uppgick predikanternas antal till 87 i Övertorneå församling enligt den förteckning kyrkoherden Isaac Grape upprättade. I december samma år uppger han att 16 hade upphört, så att det då fanns 71 aktiva predikare. I mitten av 1777 var antalet nere i 20, i början av 1779 6. Epidemins ursprung Stina Larsdotter fortfor att predika men nu mer sällan. Snart var epidemin överstånden i Övertorneå.

Predikosjukan spred sig också till andra socknar. Åt söder, i Hietaniemi och Nedertorneå, uppträdde enstaka fall, i Pajala åt norr och Överkalix åt öster något fler. I Jukkasjärvi blev den extatiska rörelsen under 1777 "en hastigt uppflammande eld, som snart slocknade", något som också kunde sägas om den korta epidemin bland Kaitomsamerna i Gällivare.

Symtomen var mycket enahanda. Den ditsända undersökningskommission av tre präster som studerade de sjuka på plats i Övertorneå beskriver förloppet: "de falla först liksom i sömn eller svimning, hvarpå följa starka ryckningar och brytningar i kroppen, hos somliga mer, hos andra mindre, mycket likt brottfall [svimning]; sedan de sålunda en stund legat, börja de tala eller predika". Efter talet "följa starka brytningar likasom i början; händerna igenknäppas, ögonen wändas, knän kontraheras, och tungan ryckes ibland upåt halsen, så at de måste hafwa hjelp, innan de restitueras." Anfallen kunde komma upp till 7-8 gånger om dagen, oftare på lördagar och söndagar (eller annars när mycket folk var närvarande) än på andra dagar, och predikningarna varade 15-30 minuter. Ingen en de predikosjuka hade någon klar förnimmelse av vad som hänt under anfallet. De uppfattade bara att de sovit en stund.

Vilka drabbades? Det fanns både män, kvinnor och barn bland predikarna, men det tycks särskilt ha varit unga kvinnor som drabbades. Det gemensamma var att nästan alla var fattiga i bondesamhällets utkanter – "gement folk och slödder" som fientligt inställda uttryckte det. Många var analfabeter. Nästan alla var helt friska mellan anfallen, och unga män som hade predikosjukan sades vara "av god kroppsstyrka".

Det handlade alltså om en epidemi med en väldefinierad social riskgrupp, en tydlig smittkälla, enhetliga symtom och ett först långsamt förlopp över drygt ett års tid, så en snabbt expansiv fas med kulmen inom ett år, därefter mer långsamt borttynande över fyra års tid.

Gammal ovänskap mellan Tornedalsprästerna underblåstes av den extatiska rörelsen i Övertorneå. Där verkade kyrkoherden Isaac Grape och kyrkoadjunkten Nils Wiklund. Framför allt Wiklund tycks ha sett predikosjukan som ett välkommet andligt uppvaknande bland befolkningen i Övertorneå. Under sina åtta tidigare år i Övertorneå tänkte jag, säger han, ofta som profeten: "Här arbetar jag fåfängt och förstör onytteligen mina krafter."

De båda prästerna anklagades nu av kollegor, framför allt av komministern i grannförsamlingen Pajala, för att ha visat undfallenhet mot eller till och med uppmuntrat de predikosjuka. Medan Övertorneåprästerna såg predikosjukans attacker som genuina och omöjliga för de predikande att själva behärska, beskrev Pajalaprästen exempel på att paroxysmerna och talandet var något "själfgjordt" som kunde avbrytas när man till exempel i kyrkan läste upp landshövdingens förbud mot att åhöra de talande.

Epidemin togs på allra största allvar i 1700-talets Sverige. Innan den var över hade domkapitlet, konsistorierna i både Härnösand och Stockholm, tingsrätten, Svea hovrätt, justitiekanslern, provinsialläkaren, Collegium medicum, överståthållaren i Stockholm och Kungl. Maj:t involverats.

Den predikosjuka uppfattades ha drabbats av just en sjukdom, en uppfattning som ofta också tycks ha delats av dem själva. Men, som till exempel kyrkoherde Grape påpekade, det var en sjukdom given av Gud. Provinzialläkaren Dr Grysselius utfärdade ett intyg om att rörde sig om en kroppslig sjukdom och Kungl. Collegium medicum, dåtidens motsvarighet till Socialstyrelsen, stödde den uppfattningen. En av de mest aktiva predikarna, lapp-pigan Ella Jonasdatter Lappe, anmäldes till Collegium medicum men denna anmälan tycks ha runnit ut i sanden. Sjukdomens smittsamhet framhölls ofta i de utredningar som genomfördes av olika myndigheter. Många av besluten kom att handla om hur smittan skulle begränsas genom diverse former av andlig karantän.

De världsliga och kyrkliga myndigheterna blev tidigt i stort sett eniga om att skulden till epidemin skulle läggas på kyrkoherden Grape och adjunkten Wiklund. Dels hade de genom att predika en särskilt sträng form av kristendom orsakat stor ängslan och ånger bland församlingsmedlemmarna, dels hade de inte gjort tillräckligt för att stävja extasen och predikandet. Kyrkoherden hade visserligen tidigt under epidemin rådfrågat domkapitlet i Härnösand, men man tyckte uppenbarligen inte att han följde de råd som gavs. Domkapitlets svar hade innehållit en utläggning om vikten att hålla sig till den sanna läran. Prästen skulle inte i sitt predikande vara alltför sträng och han tillhölls att hålla sig till religionsstadgar och kungliga förordningar. Det mest handfasta rådet var att folket inte borde tillåtas höra de talande.

När sedan komministern i Pajala anmälde sina kollegor, gjorde domkapitlet en omfattande utredning som slutade med att Grape och Wiklund, även om de sades vara nitiska präster, hölls ansvariga för vad som skedde i deras hjord. Detta var en tid då de kyrkliga myndigheterna fruktade att pietismen skulle besmitta den rena lutherska läran. De båda prästerna varnades.

Den världsliga makten utövades av landshövdingen i Umeå och av tingsrätten i Övertorneå. Landshövdingen skrev till domkapitlet i Härnösand att man måste ingripa mot "entusiastieriet" i Övertorneå. Han utfärdade också ett förbud mot att ge predikanterna uppehåll eller åhöra dem. De som bröt mot detta skulle bötfällas och åtminstone två bönder dömdes i tingsrätten för att de inte hejdat sina pigor från att predika.

Tingsrätten dömde Grape och Wikman för villfarelser i prästämbetet. Medan kyrkoherden fick dryga böter, dömdes Wikman, som uppfattades som anstiftare av den extatiska rörelsen, till avsättning från prästämbetet och förvisning från Övertorneå. Åtta dagar fick han på sig att lämna orten. Det var alltså inte de predikande själva som sågs som ansvariga för sitt beteende utan husbönderna och prästerna.

Det rättliga, medicinska och andliga kom att sammanföras när två av predikarna, Henrik Henriksson Buska och Anna Greta Samuelsson fördes med fångskjuts till Stockholm, där de insattes på stadshäktet Kastenhof vid nuvarande Gustaf Adolfs torg. Här ställdes de under läkarbehandling och själavård. Ingen av de båda tornedalingarna kunde svenska och därför kom komministern i den finska församlingen i Stockholm att stå för själavården. Collegium medicum genomförde den medicinska utredningen och behandlingen. Henriksson och Samuelsson uppfattades som svårmodiga men i övrigt själsfriska. Behandlingen bestod mest av att efter behag såga och trava ved.

Överståthållaren Carl Sparre samordnade de medicinska och andliga insatserna och han stod för de slutliga rekommendationerna. Han noterade att under de tre månader de båda satt på häktet hade paroxysmerna avtagit alltmer för att slutligen helt upphöra. En bidragande orsak ansåg han vara att inga andra personer hade fått samlas kring dem för att se deras åthävor och åhöra deras tal. Han föreslog att de två Stockholmsfararna och andra predikosjuka i Övertorneå skulle skiljas från prästerna Grape och Wiklund, hållas i arbete samt att predikosjuka inte skulle få tillfälle att nå några åhörare. De båda predikarna från Övertorneå försågs med en rejält tilltagen reskassa och kunde färdas hem efter var sin häst. Överståthållaren föreskrev att de skulle tas emot väl på hemorten.

Överståthållaren diskuterade också en annan åtgärd. Skulle alla smittade – han använde ordet just det ordet – föras till Stockholm för bot? Behandlingen av Henriksson och Samuelsson hade ju varit framgångsrik. Nej, kostnaden för deras underhåll skulle bli ”odräglig” och dessutom behövdes alla dessa människor i det folkfattiga Övertorneå, resonerade överståthållaren.

Också justitiekanslern uttalade sig. Han skrev till Härnösands domkapitel att man snarast borde företa en episkopal visitation på plats i Övertorneå och se till att komminister Wiklund fick förflyttning till en annan församling.

Men det blev alltså tingsrätten i Övertorneå som dömde Nils Wiklund som ovärdig att inneha prästämbetet. Den avsatte prästen uppvaktades av församlingsmedlemmarna: ”Vi har kommit för att bedja magistern resa till kungs för att återfå tjänsten.” När Nils Wiklund sa att han inte hade råd med resan, han hade bara 16 skilling i fickan, svarade gubbarna: ”Vi bekosta resan”.

Wiklund kom att tillbringa tre år i Stockholm, kämpande för sin sak. Tre gånger gjordes insamlingar bland tornedalingarna för att ge honom pengar till uppehållet. Av Svea hovrätt och Kungl. Maj:t återfick han till sist möjligheten att arbeta som präst och han kunde återvända till sin församling. Då hade den extatiska rörelsen ebbat ut.

Predikosjukan i Småland

Under åren 1839-1843 härjade den småländska predikosjukan. Epidemins epicentrum var Hjelmeryds socken. När epidemin hade sin största utbredning nådde den inte bara andra delar av Jönköpings län, den gick också ner i Kronobergs län och in i angränsande delar av Västergötland och Östergötland. Den mest genuina beskrivningen kommer från prästen och läkaren Johan Pontén, som 1843 på eget förlag utgav *Om Predikosjukan i Småland*, ett 36-sidigt häfte där han beskriver tillståndet, ger en rad fallbeskrivningar och presenterar sina medicinska och teologiska betraktelser över orsaker och effekter av åtgärder (4). Även andra samtida beskrivningar publicerades (5, 6).

Det hela tycks, liksom i Övertorneå, ha börjat med två predikoflickor i socknen. Hur de drabbades beskrivs inte närmare, men från dem spred predikosjukan sig snabbt. Det är intressant att Pontén så tydligt beskriver det hela som en medicinsk åkomma och att han tidigt i sin skrift avfärdar tanken på att det handlar om en kristen irrlära. Han skriver:

Allraförst hafva de känt ett illamående i hela kroppen, liksom en feber accée, eller uppdrifning av blodet, dernest en nedslagenhet, sveda under bröstet och äfven qväfning, som övergått till djupa suckningar, hicka och slutligen ryckningar i händer, fötter och ansigtsmuskler, samt sist till så starka krampdrag och skakningar, att den sjuke blifvit kullkastad och upplyftad under de svåraste smärtor för de friskas ögon, hvarefter patienten fallit i en slags vanmakt eller sömn, och vid vederqvicknandet eller uppvaknandet härifrån, då börjat tala, predika, sjunga och profetera hvarjehanda galenskap.

Pontén intervjuade de predikosjuka. Han gör följande iakttagelser:

- Vid själva insjuknandet är tillståndet smärtsamt, men under de svåraste kramperna upplever de predikosjuka ingen smärta. På så sätt skiljer sig predikosjukan från dragsjukan (Raphania, dvs. ergotism) som Pontén personligen sett flera fall av.
- De sjuka kommer inte ihåg vad de predikat under anfallet, inte heller minns de synerna de beskrivit under sitt predikande.
- Anfällen kommer regelbundet, ofta en viss tid på dagen. Pontén drar paralleller med "frossan" (dvs malaria). Mellan anfällen är de predikosjuka helt friska.
- De som insjuknat har själva träffat på eller hört talas om andra som drabbats av predikosjukan. Pontén drar slutsatsen att sjukdomen är smittsam.

Beträffande orsaken till predikosjukan presenterar Pontén en syntes av sina medicinska och teologiska kunskaper. Han noterar att 1840 och 1841 var ovanligt våta år med illa bärgad skörd (dock kommenterar han inte att de första fallen uppträdde redan året innan). Säden var uppblandad med mycket ogräs, och där förekom både svampangrepp och insekter. Han nämner särskilt det giftiga dårrepet (*Lolium temulentum*), mjöldrygor (*Secule cornutum*) och en rödaktig svamp i rågen (*Olidium*) som ger yrsåd. Dårrepet, säger han, angriper hjärnan och ger "fånighet" och mjöldrygan ger dragsjuka (ergotism).

Pontén menar att den skämda och giftiga säden är den fysiska orsaken till predikosjukan. Att det framför allt var fattiga som drabbades trodde han bero på att den säd de hade tillgång till var särskilt dålig. Till detta kommer den psykiska orsaken: "... det här i orten myckna religionsgrubbel, läseri och svärmeri ibland både allmoge, lekmän och prester...". Han menar att när anfällen kommer, så tänker de predikosjuka: "Jag dör visserligen i denna underliga sjukan, men hvar skall då min fattiga själ hamna, i himmelen eller helfvetet?". Pontén ser krämper sprida sig från kroppen till hjärnan och där ge upphov till synerna, predikningarna och profeterandet. Det är uppenbart att han såg ett komplext samband mellan fysiska och psykiska orsaker till predikosjukan.

Smittsamheten beskriver han vara stor. Han spekulerar i om isolering av de två första predikoflickorna i Hjelmeryd skulle ha kunnat förhindrat det epidemiska förloppet. De båda flickorna borde, enligt hans förmenande, ha fått sina lekamliga och andliga behov tillgodosedda av läkare och präst. Nu skedde det inte, utan man tillät större folkhopar samla sig kring de predikosjuka och "höra

deras tal, skrikande och predikande". Pontén beskriver hur dessa folksamlingar dels bekräftade och förstärkte de sjukas beteende genom "det omkringstående myckna folkets skrän, låt och gråt", dels bidrog till att sjukdomen spreds. Den predikosjuka pekade ut någon bland åhörarna och sa: "Du skall också predika." Många hundra personer drabbades på så sätt av predikosjukan. Pontén påpekar att de som drabbas redan har "anlaget dertill af den i faggorna varande kropps-eller krampsjuka, som förut är nämnd och alltid föregick själva predikosjukan".

Pontén noterar att det 60 år tidigare gått en liknande epidemi i Kymenegårds län i Finland. Också där hade de drabbade "drag och krampryckningar i kroppen, gäspade, drogo djupa suckningar, bortsvimmade eller somnade hela timmar och uppvaknade med gudeliga betraktelser". Han tycks inte känna till den epidemi av predikosjuka som grasserade i Tornedalen på 1770-talet.

Predikosjukan åtgärdades med insatser från läkare, präster och myndigheter. De medicinska insatserna handlade dels om isolering, dels om rent medicinsk behandling. De svårast sjuka fördes till länslasarettet för isolering och behandling. Men Pontén beskriver hur han kunde bota de flesta predikosjuka utan vård på lasarettet. Genom att först åderlåta, så dagen därpå rensa magen, först med kräksalt, sedan med laxering, fick han anfallen att upphöra. För många var detta tillräckligt. Var anfallen mer ihärdiga kompletterades behandlingen med en längre laxerkur samt kramplösande och lugnande medicinering, vid de svåraste anfallen även varma vattenbad. De sjuka upplystes med Guds ord och uppmanades att aldrig besöka andra predikosjuka. Pontén ger en optimistisk bild av behandlingens effekter: hans patienter blev "snart friska igen".

En tid in på epidemin antog sjukdomen en delvis annan karaktär. Pontén tycker sig tydligt kunna skilja på den ursprungliga äkta formen och den "efterapade eller tillgjorda Predikosjukan". Några började predika extatiskt som en form av tiggeri – åhörarna gav allmosor efter predikan - men enligt Pontén saknade de många av de genuina anfallens karaktäristiska drag. Också barn började predika. Här är Pontén otvetydig: föräldrarna låg bakom detta genom att de "lärde och inöfvade sina små barn att börja på och predika".

Åhörarna kring de predikosjuka angrep handgripligen präster, läkare och kronobetjäning (poliser) som försökte tala till folksamlingarna. Landshövdingen grep in. Först sändes länsläkaren till Hjelmeryd för att undersöka saken. Hans rekommendationer om bot med läkemedel räckte inte långt. Landshövdingen bestämde då att vite skulle utmätas för den som upplät sitt hus för de kringvandrande predikosjuka och för sammankomsterna. Han försökte begränsa epidemin genom att föranstalta om att de predikosjuka skulle återföras till sin hemsöcken eller till länslasarettet. De polisiära insatserna för att bryta upp predikomötena förstärktes också.

För dessa åtgärder fick landshövdingen bister kritik av tidningarna, uppenbarligen främst av Aftonbladet. Man menade att predikosjukan var en sak som borde avhandlas av de religiösa och rättliga instanserna, dvs. av domkapitlet och domstolarna.

Kritiken mot landshövdingen tycks ha varit den främsta anledningen till att Pontén författade sin skrift om predikosjukan. Han uppfattade att det inte handlade om en religiös irrlära som domkapitlet kunde ingripa mot och han pläderade starkt mot att de predikosjuka skulle straffas av en världslig domstol: "En känd svagsint människa kan väl icke dömas till ansvar, utan såsom skedt, tagas i andras vård". Han pläderar för att de två insatser man använt för att hejda smittspridningen var de rätta:

”Vitet och Lazarettet voro två oskadlige skräckbilder både för de predikande och allmänheten”. Pontén reagerar mot att pressen agerat likt en domstol i denna sak, ”... för en Svensk undersåte, som söker rättvisa, är Tidningsbureauen ej rätta stället ... vår lagbok har lyckligtvis ännu ej blifvit detsamma som tidningspalterne ...”.

Predikosjukeepidemin tycks ha ebbat ut under 1843. Insprängt i Ponténs framställning kan man spåra fem orsaker som han tycker sig se:

- Profetiorna om blodregn, världens undergång och om tidpunkter för egen eller andras död slår fel. Allmänheten blir alltmer skeptisk till predikarnas utsagor.
- Smittspridningsinsatserna (förbudet att hysa sammankomster, förbudet för predikosjuka att träffa andra predikosjuka, isoleringen på lasarettet) har effekt.
- De medicinska behandlingarna botar många av de predikosjuka.
- Det religiösa budskapet gentemot de sjuka präglas av mildhet, nåd och försoning snarare än av bannor, vrede och straff.
- Kombination av medicinska och religiösa insatser är särskilt framgångsrik: ”... de predikosjuka som till Lazarettet i Wexjö infördes, betjenades vissa timmar om dagen af Läkarne med läkmedel, och åter på andra af presten med Catechesen ...”

Det är möjligt att en del av de predikosjuka fördes till lasarettet med tvång. Men i övrigt är det notabelt att ingen av åtgärderna gick ut på att straffa de predikosjuka själva.

Asylsökande barn med uppgivenhet

Epidemin med uppgivenhet (apati) bland flyktingbarn i Sverige började med ett första fall år 2000. Året därpå hade 15 barn insjuknat och sedan tilltog epidemin mycket snabbt. När den 2004-05 nådde sin kulmen fanns det mellan 180 och 190 apatiska barn (7, 8). När den temporära asyltag som gjorde det möjligt för familjer med apatiska barn att stanna i Sverige infördes i slutet av 2005 sjönk antalet snabbt (från över 180 år 2005 till 36 i slutet av 2006). Sammanlagt uppskattas nära 500 barn ha drabbats under denna epidemi (7).

När epidemin 2004 nått sådan omfattning att den blev en politisk belastning för regeringen, tillsattes en nationell samordnare, psykologen Marie Hessle, som kom att arbeta nära med sociologen och forskningsledaren Nader Ahmadi. I sina SOU-rapporter gjorde de en omvärldsanalys, redovisade resultaten från sina kvantitativa och kvalitativa studier och gav förslag till handläggning baserade på framgångsrika exempel av förebyggande arbete och tidiga insatser för barn med uppgivenhet (7, 8). Deras forskning och slutsatser blev kontroversiella och de blev snart måltavlor för massiv kritik i media och fackpress.

De barn som drabbades drog sig tillbaka från skolan och omvärlden, de vägrade inta mat och gjorde aktivt motstånd när man försökte mata dem (9-12). När sjukdomen var som svårast var barnen helt sängliggande, matades med sond, behövde hjälp med även de mest basala dagliga rutiner (t ex klädsel och toalettbesök), svarade inte på tilltal och föreföll helt avskärmade från omvärlden. Många barn hade lättare varianter dominerade av social isolering och matvägran. Ofta pendlade symtomen

mellan olika grader av funktionsnedsättning. Det kom inga rapporter om dödsfall eller svåra kroppsliga komplikationer till följd av sjukdomen.

Den stora merparten (fyra av fem) av barnen var 8-15 år när de insjuknade. Pojkar och flickor drabbades i samma utsträckning. De allra flesta av dem som insjuknade var flyktingar från f d Sovjetländer i Centralasien eller från f d Jugoslavien. Två folkgrupper drabbades särskilt ofta: uigurer och romer. Under epidemin notades att apatin inte tycktes drabba flyktingbarn som kom från andra länder med svåra levnadsbetingelser, t ex Somalia.

Orsakerna till epidemin sökte man inom familjen, i hemländerna och i det svenska samhället (10, 13-17). Familjerna kom ofta från svåra, ibland traumatiska, förhållanden och levde i Sverige under stor osäkerhet inför framtiden. Svåra psykiska symtom var inte ovanliga bland föräldrarna. Den svenska asylpolitiken med små men inte helt stängda möjligheter att stanna i landet av humanitära skäl ansågs av många vara ett av huvudskäl till att så många barn insjuknade (t.ex. (13)).

En häftig debatt dök upp kring påståendena att det bland de apatiska barnen fanns fall av manipulation som föräldrarna skulle vara ansvariga för. Denna debatt hade många sidospår, bl a förekom påståenden om föräldrarna skulle ha använt lugnande läkemedel för att droga ner sina barn. Migrationsverket polisanmälde ett antal misstänkta fall av manipulation, men utredningarna lades ner i brist på bevis. De som framförde berättelser om manipulation synades och misstänkliggjordes i media. Vid en vetenskaplig konferens fastslogs att det inte fanns några bevis för manipulation. Här vill jag deklarerera min egen uppfattning: Jag har hört ett par förstahandsberättelser som tett sig så genuina att jag övertygats om att det bland den stora gruppen av barn med "äkta" uppgivenhetssymtom funnits enstaka barn där symtomen varit manipulerade.

Socialstyrelsen samlade i början av sommaren 2005 landets ledande experter inom området, många av dem med betydande erfarenhet av att arbeta med förebyggande insatser och behandling av apatiska flyktingbarn . Framgångsrika lokala program för att stävja epidemin inventerades. Olika modeller med brett samhällsengagemang hade visat sig fungera på orter med många insjuknade barn vid flyktingsförläggningar, t ex i Boden, Gällivare-Kiruna och Uppsala.

Vid Socialstyrelsens hearing blev det uppenbart att det bland läkarna var en attitydförändring på gång. Farorna med hospitalisering och medikalisering lyftes fram. I stället försköts tyngdpunkten mot förebyggande och tidiga insatser. Resultatet blev ett s k Meddelandeblad (ett mindre bindande dokument än föreskrift) till hälso- och sjukvården och socialtjänsten där man framhöll de goda effekterna av förebyggande program och tidiga interventioner med brett deltagande från socialtjänsten, skolan, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, Migrationsverket och frivilligorganisationerna (18).

Regeringens samordnare framhöll att det inte tycktes finnas någon annan verksam behandling än att permanent uppehållstillstånd i Sverige beviljades. Hessles och Ahmads kritiker, många av dem läkare med erfarenhet av att behandla apatiska barn, gav exempel på när inte denna åtgärd hjälpte (eller tillfrisknandet gick mycket långsamt efter att uppehållstillstånd beviljats). När regeringen i mitten av 2005 uttryckte att man måste ta stor hänsyn till att barnen "kunde få bestående skada i sin psykosociala utveckling" om familjen avvisades, och detta senare samma år följdes av en tillfällig lag med mildare krav för att få uppehållstillstånd, bröts epidemin. Dock inte helt, vid kartläggningar

under åren 2008-2011 rapporterades att det vid varje givet tillfälle fanns ungefär 30 barn med uppgivenhetssyndrom, därtill något fler som bedömdes ligga i farozonen (19). Möjligen har antalet ökat sedan dess (20).

De tre epidemierna –likheter och olikheter

Predikosjukorna i Tornedalen på 1770-talet och i Småland på 1840-talet och epidemin bland barn i asylsökande barn över hela Sverige har vissa likheter men också viktiga olikheter. Här anlägger jag ett i huvudsak epidemiologiskt perspektiv.

Epidemiernas förlopp

De tre epidemierna har ett mycket likartat förlopp tidsmässigt. Efter det att de första fallen inträffat har spridningen under ca ett års tid varit långsam med endast ett fåtal nya fall. Därefter har epidemin skjutit fart, nästan explosionsartat för att snart nå en kulmen. Denna inträffade i Tornedalen 2 ½ år efter det att de första fallen uppträtt, i Småland efter ca 2 år, bland flyktingbarnen efter 4 år. Endast några få fall har funnits kvar efter 6 år i Tornedalen, efter 4 år i Småland och efter 6 år i 2000-talets epidemi. I motsats till de båda andra epidemierna har dock fall av apatiska barn funnits kvar under många år efter det stora utbrottet, det som epidemiologer kallar endemisk förekomst.

Smittsamheten

Smittsamheten var i fokus när man sökte orsakerna till de båda epidemierna på 1700- och 1800-talen och åtgärderna inriktades tidigt på att bekämpa just smittspridningen. Detta tema har varit påfallande frånvarande när epidemin bland flyktingbarnen diskuterats.

Både i Övertorneå och Hjelmeryd fanns tydliga smittkällor, namngivna flickor. Det noterades också att anfallen kom tätare när mycket folk var närvarande, särskilt i och utanför kyrkan på söndagarna. Det hände att predikarna pekade ut en eller flera av åskådarna och uppmanade dem att börja predika. De utpekade drabbades sedan av de typiska anfallen. Smittan spred sig från ursprungssocknarna till de angränsande. Åtminstone i Tornedalen tycks mottagligheten i de olika socknarna ha varit beroende av prästernas hållning – det var åtminstone vad myndigheter och rättsliga och kyrkliga instanser ansåg.

I de livliga diskussionerna kring de apatiska flyktingbarnen förefaller man ha undvikit termer som smittsamhet och epidemi (när ordet epidemi användes var det i regel inom citationstecken). Ändå ter sig förloppet typiskt epidemiskt. Bland personal på flyktingförläggningar fanns ofta uppfattningen att tillståndet var starkt smittsamt, en uppfattning som inte stod oemotsagd. Kritikerna menade att de bakomliggande och utlösande faktorerna måste sökas bland familjernas traumatiska upplevelser före och under tiden i Sverige och i den svenska asylpolitiken.

Att beteenden och reaktionssätt smittar är välkänt. Som bl a idehistorikern Karin Johannesson utrett kan svimningarna bland förra sekelskiftet kvinnor ses som en sådan tids- och kulturpräglad smitta (21). Ett tydligt aktuellt exempel är unga kvinnor som skär sig.

Om det nu funnits en smittsamhet, kan man då också tala om en smittkälla när det epidemin bland flyktingbarnen? Här finns förstås inga namngivna barn. De första fallen beskrevs i rapporter från

Stockholm. Sjukdomen spred sig först på förläggningar för asylsökande, senare bland flyktingar i eget beroende, ofta papperslösa. På vissa orter, många av dem med stora flyktingförläggningar, var föreföll smittsamheten vara särskilt hög under epidemins tidiga skede. Det är också anmärkningsvärt att smittsamheten tycktes var så olika i olika städer. Den var t ex uppenbart mycket större i Stockholm än i Göteborg. Smittan höll sig också tämligen strikt inom Sveriges gränser. Enstaka fall uppträdde i grannländerna, de flesta med direkt knytning till den svenska epidemin.

Smittsamheten avtog drastiskt när nya tillfälliga asyllagen infördes i Sverige på hösten 2005. Men redan dessförinnan hade man vid flera flyktingförläggningar, särskilt de där man gjorde stora förebyggande insatser, sett epidemin vända. Smittsamheten tycks ha bestått längst i Storstockholm.

Symtomen

De mest uppenbara skillnaderna mellan de båda epidemierna av predikosjukan och epidemin med apatiska flyktingbarn ligger i de symtom som de drabbade hade. Det gemensamma var dock att symtomen var så enahanda inom en och samma epidemi. Att insjuknande och sjukdomsförlopp ter sig ensartat noteras också från andra icke-infektiösa epidemier – själva beteendet smittar. Inte ens de båda epidemierna av predikosjuka ter sig identiska. Gemensamt var kramperna när anfallen började och predikandet. De somatiska symtomen från bröstet tycks bara ha funnits i Småland, kramperna vid anfallets slut bara i Tornedalen.

Gemensamt för de tre epidemierna är också att de drabbade inte har några tydliga minnesbilder av det tillstånd de befunnit sig i, något som både domkapitlets undersökningskommission i Övertorneå och prästen och läkaren Pontén i Småland särskilt noterar. Inte heller de flyktingbarn som under lång tid befunnit sig i ett apatiskt tillstånd har något tydligt minne om vad som hänt under deras sjukdomstid. Detta är vad som i allmänhet karaktäriserar djupa suggestionstillstånd.

Riskgrupper

De två predikosjukepidemierna drabbade främst bondesamhällets fattiga och utsatta: tiggarflickor, inhysesfolk, pigor och drängar. I Tornedalen var många av de predikosjuka analfabeter och de behärskade inte svenska, något som försvårade kontakterna med myndigheterna. När domkapitlet sände sin kommission till Övertorneå, ifrågasattes tolkarnas kompetens.

I 2000-talets Sverige tillhör de asylsökande och papperslösa de mest utsatta, ofta utanför samhällets stöd. De grupper som dominerat 2000-talets epidemi – uigurer från Centralasien och romer från Balkan – har redan i sina hemländer befunnit sig utanför samhället, bland de föraktade. Analfabetism förekommer. Att språksvårigheter, liksom i 1770-talets Tornedalen, försvårar kontakterna med Myndighetssverige är uppenbart.

Medan 2000-talets epidemi nästan enbart drabbade barn under 15 års ålder, så omfattade de andra båda epidemierna fler grupper. Händelserna i Övertorneå började med två flickor, 11 och 13 år gamla, de i Hjelmeryd med två predikoflickor vars ålder inte anges. På båda ställena omfattades både barn och vuxna av båda könen, även om flickor och unga kvinnor tycks ha dominerat både i Tornedalen och i Småland. 2000-talsepidemin drabbade pojkar och flickor i ungefär samma utsträckning.

Susceptibilitet

Finns också en slags mental eller andlig beredskap för en psykiskt präglad epidemi, med moderna termer en susceptibilitet? Både i Tornedalen och i Småland talas om hur vanligt det religiösa grubbleriet var. I Övertorneå fanns ett strängt, tidigt pietistiskt inslag, åtminstone genom prästen Nils Wiklund, och i Småland talar man om det myckna läseriet och svärmeriet. Denna samhällsliga miljö skulle, säger de dåtida utredarna, samverka med individfaktorer. Domkapitlet talar om "blödiga sinnen". Överståthållaren i Stockholm bedömer i sitt utlåtande om hur paroxysmerna hos de båda predikare som förts till Stockholm "härröra egentligen från deras melankoliska temperament, som blifvit skakadt och skrämmt af deras lärares i orten undervisning."

Bland flyktingfamiljerna med apatiska barn har det inte funnits någon tydlig religiös bakgrund till epidemin. Regeringens utredare Marie Hessle och Nader Ahmadi talade istället om den kulturella miljön bland uigurer och romer med deras "holistiska familjekultur" som möjlig grogrund för epidemin (22). Utredarna fick bister kritik för denna del av sin analys. Kritikerna menade att denna analys var felaktig och att den drog uppmärksamheten från bristerna i det svenska flyktingmottagandet, den - miljö/kulturfaktor som var den verkliga grunden för epidemin {Ascher, 2013 #28. Det fanns större uppslutning kring uppfattningen att det finns viktig individuellt betingad utsatthet i familjerna med utsatta barn.

Äkta eller manipulerat?

I diskussionerna kring de apatiska flyktingbarnen var frågan om det förekom manipulation eller inte central. Varje påstående om manipulation tillbakavisades emfatiskt, främst av de aktiva i barnläkarnas flyktingskommitté och journalister. Argumentationen följde två linjer. Den första var att manipulation inte förekom. De som berättat att de sett exempel på manipulation var inte trovärdiga. Vid ett forskarmöte 2007 antogs en resolution om att det inte finns några bevis för manipulation. kolla. Det andra argumentet var att, även om det funnits enstaka fall av manipulation, så var det kontraproduktivt att nämna denna möjlighet – det är välkänt att manipulation eller simulering förekommer vid allehanda sjukdomar, särskilt bland barn. När det särskilt framhölls att detta förekom även bland apatiska flyktingbarn (något som t ex Socialstyrelsen skrev {Socialstyrelsen, 2005 #16}) bidrog det, enligt journalister och barnläkare, till att misstänkliggöra familjerna och spela främlingsfientliga krafter i händerna. Tanken på att några av flyktingbarnen kunde vara manipulerade blev mer eller mindre tabubelagd.

Kontroverserna kring eventuell manipulation är inte nya, de tycks följa varje psykisk epidemi i spåren. Redan under Tornedalsepidemin framfördes exempel på att enstaka av de predikosjuka inte hade "äkta" symptom. Dr Pontén ägnar en hel del utrymme åt att försöka skilja på vad som i den småländska epidemin är genuina anfall som den predikande inte själv rår över och vad som är den "efterapade eller tillgjorda Predikosjukan", som han menar uppträdde en bit in på epidemin. Han förmodade att det fanns personer som då insåg att de kunde nå en slags sjukdomsvinst om de extatiskt började predika för att få allmosor.

Det har funnits en rad missförstånd kring frågorna om manipulation. Hos enstaka individer tolkades de psykosomatiska tillstånden således redan på 1700- och 1800-talen vara inlärda och avsiktligt bedrägliga. Men det innebär inte att manipulation skulle vara en viktig orsak till epidemierna. Som

psykoanalytikern Magnus Kihlbom påpekat i en rad debattartiklar, är den symbolanvändande människan starkt påverkad av sin kultur, också på en omedveten nivå (14, 23). Omedvetna kunskaper och omedvetna intentioner kan avgöra hur man reagerar. När uppgivenheten och hopplösheten är överväldigande kan människor omedvetet och utan avsikter gå in i tillstånd med somatiska symtom eller uppgivenhet, oförmögen att själv återta normala funktioner. Barn och ungdomar kan vara särskilt benägna för sådana reaktioner. Inom vuxenpsykiatri talar man om dissociationstillstånd, som tjänar som en omedveten flykt från en utsatt situation. Kihlbom framhåller att det är fel att tolka en sjukdomsvinst som bevis för simulering.

Omvärdens reaktioner

Utöver myndigheternas ingrepp (se nedan) är det osäkert om epidemin med predikosjuka i Tornedalen orsakade några mer vitt spridda reaktioner. Att myndigheterna ägnade saken så stor uppmärksamhet kan möjligen tolkas som ett uttryck för kyrkans mer allmänna oro för vad pietismen skulle kunna betyda för den rena lutherska läran. Den kyrkoherde och adjunkt som hölls som ansvariga för epidemin ansågs – direkt eller indirekt – ha uppmuntrat den extatiska rörelsen. Det kan ha legat något i detta. Smittan spreds under alla förhållanden endast kortvarigt till grannförsamlingarna och epidemin ebbade snart ut, när den som uppfattades som den drivande kraften, pastorsadjunkten Nils Wiklund, inte längre fanns kvar i församlingen.

Predikosjukan i Småland diskuterades inte bara lokalt utan också nationellt. I Aftonbladet kritiserades landshövdingen i Jönköping för de åtgärder han vidtog mot smittspridningen. Man ansåg att predikosjukan borde betraktas som en irrlära. Som sådan borde den hanteras av domkapitlet och prästerskapet, inte av landshövdingen som ett problem för sjukvården och ordningsmakten.

Epidemin med apatiska flyktingsbarn orsakade bred debatt bland allmänhet, professionella företrädare, politiker och media. Den dominerades av ett stort engagemang för de drabbade barnen och deras familjer. De avvikande rösterna sågs allmänt främja främlingsfientlighet, medvetet eller omedvetet. Det fanns, åtminstone i media, föga utrymme för nyanserade diskussioner.

Även om problemet med de apatiska flyktingsbarnen debatterades ur oerhört många synvinklar, kom den epidemiologiska karaktären knappast alls att diskuteras så länge epidemin pågick. Så här i efterhand måste man ändå fundera över smittsamheten. Liksom infektiösa epidemier sprids snabbare i dagens samhälle än de gjorde mellan de lokala, ganska isolerade bondesamhällena, så kan inte icke-infektiösa epidemier idag hållas lokala särskilt länge. I Tornedalen och Småland försökte myndigheterna begränsa spridningen genom att förbjuda de sjuka att uppträda för andra. I 2000-talets Sverige exponerades i stället de sjuka extensivt i media. Det kan inte uteslutas att detta bidrog till att epidemin fick så stor spridning. Det är välkänt att självmordsepidemier kan utlösas om media beskriver spektakulära självmord, något som har kallats Werthereffekt efter den självmordsvåg som ansågs ha uppstått efter Goethes publicering av *Den unge Werthers lidanden* (24). Därför brukar redaktörer ålägga sig viss restriktivitet när det gäller publiceringar kring självmord. Någon motsvarande återhållsamhet fanns inte kring de apatiska flyktingsbarnen – smittfaran tycks inte ha varit uppe till diskussion.

Kan också andra aktörer ha bidragit till smittspridningen? Barnläkarföreningens flyktinggrupp, många politiker och journalister spelade särskilt aktiva och avgörande roller för opinionsbildningen. Kan den

stora uppslutningen kring de utsatta familjerna och deras apatiska barn möjligen ha bidragit till att epidemin fick så stor omfattning? De sjuka och deras familjer bekräftades och stärktes på ett sätt som de inte mött i sina kontakter med Myndighetssverige. I slutändan blev aktionerna framgångsrika och till gagn för de utsatta familjerna. Svensk asylpolitik ändrades temporärt, och familjerna kunde stanna i Sverige. Om den breda uppslutningen kring flyktingfamiljerna och bekräftelsen bidrog till att så många barn drabbades av uppgivenhetssymtom, så kan det möjligen ses som ett, naturligtvis helt oavsett och oönskat, offer för att nå ett mycket lovvärt mål.

Sjukvårdens roll

Alla de tre epidemier som jag tagit upp har betraktats som sjukdomar av omgivningen, oftast också av de drabbade själva. I 1700-talets Tornedalen tycks sjukvårdens roll främst ha varit diagnostisk. Provinsialläkaren, en statens myndighetsperson, bedömde de predikosjuka och fann dem i grunden lida av en kroppssjukdom. Collegium medicum, den centrala myndigheten, gjorde samma bedömning.

I 1840-talets Småland kom sjukvården att spela en mycket mer aktiv roll, inte bara diagnostiskt utan även terapeutiskt. Om ergotism orsakad av mjöldryga eller andra gifter i säden spelat någon roll är osäkert, men flera av de symptom som läkaren Johan Pontén beskriver (t ex kramperna och magplågorna) skulle onekligen kunna vara förenliga med ergotism.

Bland flyktingbarnen var det inte svårt att se vilka som drabbats när uppgivenheten nått långt. I de tidiga eller lindriga stadierna var det svårare att identifiera vilka som var drabbade. Många barnläkare ansåg det viktigt att tydligt definiera sjukdomstillståndet och relatera det till fall som tidigare beskrivits i den vetenskapliga litteraturen. Den beteckningen som flera av dem slöt upp kring var pervasive refusal syndrome, PRS, ett tillstånd med uppgivenhet bland barn först beskrivet från England, där man noterat några få fall (dock utan flyktinganknytning) (25). Också andra beteckningar föreslogs, t ex uppgivenhetssymtom och depressiv devitalisering.

Vissa paralleller finns med den medicinska diagnostiken av predikosjukan i Småland. När läkarna gick tillbaka i litteraturen fann de likheter med det tillstånd som redan under medeltiden beskrivits under namnet Chorea Sankt Viti. Även beteckningen Mania epileptica religiosa lanserades.

Den enda medicinska behandling som kan spåras bland predikarna i Överkalix var den som de båda som fördes till Stockholm fick genom Collegium medicum. Den skulle med litet välvilja kunna betecknas som en kombination av karantän, aktiv expektans och socioterapi. Och den var uppenbart framgångsrik.

Vid Smålandsepidemin engagerades länsläkaren tidigt och han föreslog att predikosjukan borde behandlas medicinskt. Behandlingen med åderlätning, kräkmedel och lavemang måste betraktas som ospecifik – det var vad som vid den tiden allmänt tillgreps för de flesta åkommor. Till detta kom isolering på lasaretten i Jönköping och Växjö - att beröva de predikande sina åhörare ansågs viktigt för att dels bota dem, dels förhindra smittspridningen. Också här beskrivs att de flesta snart botades.

Vad den medicinska behandlingen för de apatiska flyktingsbarnen borde ha bestått i var kontroversiellt. I epidemins tidiga skede ansågs inläggning på sjukhus med tillförsel av näring och vätska via sond eller dropp nödvändigt för att förhindra död eller svåra komplikationer. Senare kom

läkarna allmänt att betrakta de långa sjukhusvistelserna – upp till nio månader – som kontraproduktiva. I stället sonmatades barnen i sina hem. Ännu längre fram i epidemin talades mer öppet om riskerna med hospitalisering och medikalisering. Alltmer av tyngdpunkten lades i stället på förebyggande insatser, där sjukvården sågs som en av många viktiga samarbetande partners. I ett viktigt avseende skiljde sig 2000-talets epidemi från de båda föregående jag beskrivit här: Få talade om vikten av isolering/karantän för att förhindra smittspridning och underlätta bot. I stället skapades särskilda behandlingscentra där de apatiska barnen och deras föräldrar samlades.

Genom hela 2000-talets epidemi löper en professionell antagonism mellan, grovt indelat, barnläkare och barn- och ungdomspsykiatriker. Denna antagonism är inte ny, men den fick ett nytt, mycket handfast, fokus när de apatiska tillstånden uppträdde bland flyktingsbarnen. Man blev oense om förklaringsmodeller, förebyggande insatser och omhändertagande/behandling av de sjuka.

Man kan inte undgå parallellen till den professionella antagonism som rådde inom kyrkan under epidemin i Tornedalen, där olika fraktioner bekämpade varandra. Medan 2000-talets diskussion fördes främst i fackpress och media, använde 1700-talets kombattanter de medel som stod dem till buds. I oändliga inlagor till domkapitel och rättsliga instanser kom anklagelser, motanklagelser och försvarsskrivelser.

Den andliga dimensionen

Den religiösa dimensionen av epidemierna i Tornedalen och Småland är uppenbar, predikandet om Gud och helvete, synd, skuld, försoning och straff var ju centrala delar av anfallen. Religionen gav förutsättningarna för epidemin och bestämde dess yttringar, men det är tveksamt om den i övrigt var så viktig för epidemins förlopp som det i förstone kan förefalla.

I Övertorneå kom domkapitlet att spela en mycket aktiv roll. Men om domkapitlets visitationer, utredningar och förmaningar om att hålla sig till den sanna lutherska läran verkligen påverkade förloppet förefaller tveksamt. Dokumenten från epidemin i Småland är visserligen fyllda av gudsord, men också här är frågan om den andliga makten kom att spela särskilt stor reell roll för epidemins förlopp.

Om de befolkningsinriktade insatser de kyrkliga myndigheterna gjorde kanske hade begränsad effekt, så tycks de individinriktade insatserna med undervisning och förmaningar ha haft större effekter, något som det finns flera vittnesbörd om från båda epidemierna. Mildheten var central i den religiösa hanteringen av de drabbade.

De flesta som haft djupare kännedom om epidemin bland flyktingsbarnen har inte sett religionen som någon central komponent. De båda huvudgrupperna från Centralasien och Balkan har ju också haft olika religioner (islam vs. kristendom). Möjligen kan man se avsaknaden av religiösa uttryck och betoningen av kroppsligt hot i denna epidemi som en slags adaptation av sjukdomens uttryck till det sekulariserade svenska samhället.

Rättsväsendet och andra myndigheter

Gemensamt för de tre epidemierna är misstron mot myndigheterna, men också att de åtgärder myndigheterna vidtog förmodligen bidrog till att bryta epidemierna. I de båda första epidemierna

stod kampen mot smittspridning i centrum. Landshövdingarna i de båda berörda länen, Collegium medicum och rättväsendet (och i Småland polisväsendet) understödde alla denna kamp. Man förbjöd sådant som underlättade för de predikande att nå åhörare. I Övertorneå dömdes de båda prästerna för att de underblåst den extatiska rörelsen eller åtminstone inte stävjat den. Under de tre år centralgestalten Nils Wiklund kämpade för sin upprättelse i Stockholm hann epidemin i Övertorneå i stort sett dö ut.

Det är rimligt att tro att de ansträngningar som myndigheterna, bl a Socialstyrelsen, gjorde bidrog till att bryta epidemin med de apatiska flyktingbarnen. Men den helt avgörande rollen spelade förändringen av den svenska asylpolitiken. När lagen tillfälligt mildrades så att de allra flesta familjer med apatiska barn kunde stanna i Sverige, kom epidemin att avta mycket snabbt, även om tillfrisknandet tog lång tid för några av de sjuka barnen.

Referenser

1. Prophetic movement. Virtual Museum of Protestantism.
<http://www.museeprotestant.org/en/notice/prophetic-movement/>.
2. Hasselberg CJE. Norrländskt fromhetslif på sjuttonhundratalet. Synodalafhandling. Örnsköldsvik: Tryckt hos Ågrens boktryckeri; 1919.
3. Ekvall S. Sjukdoms- och sjukvårdsförhållandena i Västerbotten med dess lappmarker intill 1800-talets början jämte drag ur landsändans historia. Stencil. 1970.
4. Pontén J. Om Predikosjukan i Småland. Växjö: Eget förlag; 1843.
5. Sköldberg SE. Om chorean inom Jönköpingslän och det deraf uppkomna religiösa svärmeriet. Jönköping: Tryckt hos J.E. Lundström; 1843.
6. Sondén CU. Anteckningar och reflexioner angående den epidemiska religiösa ecstas som herrskade i Sverige år 1841 och 1842: en sjukdom i medeltiden känd under namnet Chorea S:t Viti. Stockholm: Tryckt hos L.J. Hjerta; 1842.
7. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom - ett svenskt fenomen åren 2001-2006. Slutrapport av nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
8. Asylsökande barn med uppgivenhetssymptom - kunskapsversikt och kartläggning. Uppdaterad version. Rapport 2005:2 från den nationella samordnaren för barn med uppgivenhetssymtom.2005.
9. Bodegård G. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Läkartidningen. 2004;101:1696-99.
10. Lindberg T, Sundelin C. Apatiska flyktingbarn - var står vetenskapen idag? Läkartidningen. 2005;102:1338-45.
11. Tunström A. Barn som gett upp: Enkät angående asylsökande barn som vårdats på barnpsykiatrisk klinik under år 2003. . Stockholm: Stockholms läns landsting, BUP, Flyktingheten; 2004.
12. Bodegård G. De apatiska barnen - en utmaning för svensk barnsjukvård. Läkartidningen. 2005;102:3627-28.
13. Joelsson L, Dahlin K. Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn. Negativt besked om uppehållstillstånd ofta utlösande faktor. Läkartidningen. 2005;102:3646-50.
14. Kihlbom M. Flyktingars apati och uppgivenhet välkänd och begriplig reaktion. Läkartidningen. 2006;103:3084-86.
15. Kjellberg E, Nordvall A, Omma L, Palm T. Intensivt samarbete och helhetstänkande - ett sätt att motverka uppgivenhetsprocessen bland asylsökande barnfamiljer. Psykisk hälsa. 2005;3:41-50.

16. Lundqvist S. Anhopningen av patiska barn förblir ett svårförklarligt fenomen. *Läkartidningen*. 2007;104:1247-48.
17. Ascher H, Hjern A, (red.). *Från apati till aktivitet: Studentlitteratur*; 2013.
18. Socialstyrelsen. Uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn. *Meddelandeblad: Socialstyrelsen*; 2005.
19. Socialstyrelsen. *Barn med uppgivenhetssyndrom. En vägledning för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård*. 2013.
20. Krey J. Antalet apatiska barn ökar. *Dagens Medicin* 2016-02-24.
21. Johannisson K. *Den mörka kontinenten : kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts; 1994.
22. *Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom - trauma, kultur, asylprocess*.
23. Kihlbom M, Nyman E. Uppgivenhetssymtom hos asylsökande mödrar och barn. *Psykisk hälsa*. 2007;48:9-16.
24. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*. 1974;39(3):340-54.
25. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Adv Psychiat Treatment*. 2004;10:153-59.